

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



DISSERTAÇÃO

Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como
protagonistas da própria história

Ariane da Cruz Guedes

Pelotas, 2010

ARIANE DA CRUZ GUEDES

Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como
protagonistas da própria história

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2010

Catálogo na fonte:
Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

G924t Guedes, Ariane da Cruz.

Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história / Ariane da Cruz Guedes ; Luciane Prado Kantorski, orientadora. – Pelotas, 2010.
165f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas.

1. Serviços de saúde mental. 2. Desinstitucionalização.
3. Saúde mental. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Título.

CDD: 616.89

Folha de Aprovação

Autor: Ariane da Cruz Guedes

Título: Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Profª Drª Luciane Prado Kantorski

Profª Drª Cláudia Turra Magni

Profª Drª Agnes Olschowsky

Profª Drª Valéria Cristina Christello Coimbra

Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira

Dedicatória

A Deus, que permitiu a concretização de mais esse sonho em minha trajetória de vida.

Tudo o que sou e tudo o que conquistei é teu, Senhor! Palavras são insuficientes para expressar a minha gratidão e louvor ao AUTOR DA VIDA.

Agradecimentos

A Deus, que me deu o fôlego de vida e permite que eu me sinta feliz e realizada com a profissão que escolhi. A ele que tem me ajudado a transpor as dificuldades em todos os momentos, sendo minha fortaleza, em quem posso confiar. Obrigada Pai, por preencher meus dias com amor e esperança e suprir todas as minhas necessidades.

Aos meus familiares (pais, irmãos, tios e primos), os quais sempre me encorajaram e apoiaram em todos os momentos. Obrigada por cada palavra de incentivo, de carinho e de amor. Se cheguei até aqui, é porque pude contar com cada um de vocês. A vitória é nossa!

A minha avó-mãe, Casimira. És a minha princesa, a minha joia mais preciosa, palavras não descrevem o quanto eu te amo!

Ao meu avô-pai, João. És o meu maior exemplo de integridade e honestidade. Obrigada por teu cuidado para comigo. Amo-te!

A minha orientadora Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski, meu maior exemplo de enfermeira e professora. Obrigada por todos os momentos e ensinamentos compartilhados. Você mora em meu coração!

Ao meu amado Roger, obrigado por todo amor, apoio e incentivo. Contigo tudo fica mais fácil.

As queridas amigas Ana Paula e Andressa. Vocês fazem parte da minha história e da minha vida, obrigada pelos momentos felizes que compartilhamos durante esse longo tempo de convívio no dia a dia. Amo vocês, gurias!

As minhas amigas do coração, e de todos os momentos: Jana, Deisi, Bárbara, Thiana, Raquel e Eunice. Obrigada pela amizade e carinho!

As colegas de Mestrado e amigas: Roberta, Samanta, Bianca e Maria Angélica, compartilhar esse tempo com vocês deixou o mestrado mais alegre e feliz!

A toda equipe REDESUL e Grupo de Pesquisa de Saúde Mental, os quais contribuíram para a realização deste estudo. Obrigada pelos momentos de discussão e aprendizado, vocês contribuíram significativamente em minha trajetória acadêmica.

A Daniele Lima, querida “mestranda”, pela correção de português desta dissertação.

Aos professores da Banca de Qualificação e de Defesa desse trabalho: Agnes Olschowsky, Cláudia Turra Magni, Leandro Barbosa de Pinho, Michele Mandagará de Oliveira e Valéria Cristina Christello Coimbra. Obrigada por terem contribuído e enriquecido a construção desse estudo.

Ao CAPES, pela disponibilização da bolsa do mestrado.

Ao CNPq e Ministério da Saúde pelo financiamento da Pesquisa REDESUL, a qual este estudo faz parte.

E especialmente aos moradores do Serviço Residencial Terapêutico de Caxias do Sul, que compartilharam suas histórias de vida e assim possibilitaram que este trabalho ficasse mais bonito e mais vivo, por conter as suas trajetórias.

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.

(Michel Foucault)

Resumo

GUEDES, Ariane da Cruz. **Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história.** 2010. 165p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O movimento de reforma psiquiátrica constitui-se numa importante ferramenta de empoderamento dos sujeitos, pois os indivíduos, antes excluídos, retomaram o protagonismo de sua história. Um serviço estratégico para a consolidação da reforma é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) o qual tem o objetivo de servir como suporte para pessoas que permaneceram institucionalizadas durante muito tempo e não contam com o apoio familiar, assim como para usuários da saúde mental que não têm condições adequadas de moradia. Esta pesquisa qualitativa tem como objetivo geral compreender as trajetórias estabelecidas pelos usuários de um SRT, no processo de resolução dos seus desafios cotidianos de vida. Foi desenvolvida em um SRT de Caxias do Sul – RS, através de entrevistas semiestruturadas realizadas com quatro moradores. Utilizou também as observações dos quatro entrevistadores, num total de 700 horas, e os dados dos prontuários para apoio à análise dos dados. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFPel, sob o parecer 073/2009, de 14 de janeiro de 2009. Teve dois pressupostos centrais: que com o movimento de reforma psiquiátrica houve uma ampliação da rede de serviços em saúde mental, disponibilizando novos caminhos e possibilidades para que os indivíduos em sofrimento psíquico possam construir suas trajetórias terapêuticas, ancorados na liberdade e cidadania; e que os indivíduos em sofrimento psíquico formaram novas redes sociais, o que fortaleceu o seu empoderamento e os possibilitou traçar novas trajetórias de maneira mais autônoma e resolutiva aos seus problemas. Na análise, foram apresentadas as trajetórias terapêuticas, a história de vida, o cotidiano e as redes sociais de cada protagonista deste estudo. Conclui-se que após a reforma psiquiátrica e, nesse caso – especificamente os sujeitos que residem no SRT– ampliaram-se as possibilidades de estabelecer novas redes sociais, bem como o empoderamento e a autonomia. Entretanto, surge o desafio para que essas redes dos moradores possam ser construídas não somente entre as pessoas que fazem parte do SRT, mas além, na sociedade.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Desinstitucionalização.

Summary

GUEDES, Ariane da Cruz. **Therapeutic paths: mental health users as the protagonists of their own history**. 2010. 165p. Dissertation (Master Course). Pos graduation department in nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas.

The movement towards the psychiatry reformation constitutes an important tool for the empowerment of the subject and through this very same movement the ones who were once excluded, manage to obtain once again the protagonist position of their history. A strategic service for the consolidation of this reformation is the Residential Therapeutic Service (RTS), whose aim is to be used as a support by those who were institutionalized for too long and do not lean on the familiar sustain and also by those who are mental health users and do not have proper living housing. In this sense, this research has as its general wish to comprehend the established paths by the users of the RTS in Caxias do Sul – RS in the process of solving their daily challenges, taking into account their health deficiencies, being it of a qualitative characteristic. The research has been developed inside a SRT, in the town of Caxias do Sul – RS, through out semi-structured interviews realized with four local residents. The observations of four interviewers (totalizing 700 hours) and the residents charts, were used as a base for the data analyses. This work was approved by the Ethic committee of the Dentistry College at UFPel, under the item 073/2009 on January 14th, 2009 as well as has respected the ethic principle that maintains the identity of the subjects anonymous. This work had two main assumptions: one is that because of the movement towards the psychiatry reformation, the structure of services on mental health increased, and with that, new ways and opportunities where those who suffer of psychic disturbs became able to build their own life line, endured by freedom and citizenship; the second assumption is that the individuals with psychic suffering produced new social contacts because of the new pattern of attention in mental health, once these people become aware of their social connections and points of strengthening in these connections, their empowerment raises, and then they are able to build their own therapeutic paths in a more autonomous manner, in order to solve their specific problems. At the moment of the data analysis the first thing was to contextualize the town and the RTS. In the second place, the therapeutic paths and the history of life of each person were presented. Soon after that, the daily routine of the residents was expatiated and at last, the social structures of each person in this work were exposed. Finally, it is noticed that after the psychiatry reformation, and in this sense, specifically for those who reside at the RTS, the possibilities of expanding new social contacts stepped up as well as the empowerment and the autonomy. On the other hand, what appears is the challenge of building these social structures not only among those who belong to the RTS, but beyond that, among society.

Key words: Mental health. Mental health services. No longer institutionalized.

Lista de Figuras

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental, 2010.....	30
Figura 2 – Cidade de Caxias do Sul-RS e municípios vizinhos.....	64
Figura 3 – Pirâmide etária da população de Caxias do Sul – RS.....	64
Figura 4 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, Caxias do Sul –RS	65
Figura 5–Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, Caxias do Sul – RS	65
Figura 6 – Objetivo do SRT, Caxias do Sul – RS	69
Figura 7 – Público alvo e equipe de trabalho do SRT, Caxias do Sul – RS	70
Figura 8 – SRT 1, Caxias do Sul – RS	71
Figura 9 – Sala do SRT 1, Caxias do Sul – RS	71
Figura 10 – Cozinha do SRT 1, Caxias do Sul – RS	72
Figura 11 – Banheiro do SRT 1, Caxias do Sul – RS	72
Figura 12 – Escala de tarefas do SRT 1, Caxias do Sul – RS	73
Figura 13 – Garagem/Lavanderia do SRT 1, Caxias do Sul – RS.....	73
Figura 14 – Garagem/Lavanderia do SRT 1, Caxias do Sul – RS.....	74
Figura 15 – Descrição dos sujeitos do estudo quanto à data de ingresso no SRT, estado civil, escolaridade, naturalidade e fonte de renda.....	75
Figura 16 – Trajetória terapêutica da Ent. 1	81
Figura 17 – Trajetória terapêutica do Ent. 2	87
Figura 18 – Trajetória terapêutica do Ent. 3	93

Figura 19 – Trajetória terapêutica do Ent. 4	97
Figura 20 – Paisagem do caminho à equoterapia, Caxias do Sul – RS	112
Figura 21 – Sessão de equoterapia, Caxias do Sul – RS	113
Figura 22 – Cuidados com o cavalo após a equoterapia, Caxias do Sul – RS	113
Figura 23 –Hidroterapia realizada pelos moradores do SRT. (1). Caxias do Sul – RS	114
Figura 24 – Hidroterapia realizada pelos moradores do SRT. (2). Caxias do Sul – RS	114
Figura 25 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 1	118
Figura 26 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 2	124
Figura 27 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 3	126
Figura 28 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 4	129

Lista de abreviaturas e siglas

Universidade Federal de Pelotas	UFPeI
Ministério da Saúde	MS
Sistema Único de Saúde	SUS
Saúde Mental	SM
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	CAPS i
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	CAPS ad
Serviço Residencial Terapêutico	SRT
Projeto Terapêutico do Serviço	PTS
Plano Terapêutico Individual	PTI
Unidade Básica de Saúde	UBS
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	SAMU
Centro Especializado de Saúde	CES
Serviços de Auditoria, Controle e Avaliação	SACA

Sumário

1 Apresentação.....	14
2 Construção do objeto de estudo	18
3 Objetivos	47
3.1 Objetivo geral	47
3.2 Objetivos específicos.....	47
4 Referencial teórico	48
4.1 As redes sociais na perspectiva sociológica	48
5 Metodologia	57
5.1 Caracterização do estudo	57
5.2 Local do estudo	58
5.3 Sujeitos do estudo	58
5.4 Trabalho de campo	58
5.5 Princípios éticos.....	59
5.6 Análise dos dados.....	59
6 Análise e Discussão dos resultados	61
6.1 Contextualização do município de Caxias do Sul	63
6.2 Apresentação do SRT de Caxias do Sul.....	67
6.3 Descrição dos sujeitos participantes do estudo	75

6.4 Trajetórias terapêuticas	79
6.4.1 Protagonista 1	80
6.4.2 Protagonista 2	87
6.4.2 Protagonista 3	92
6.4.4 Protagonista 4	96
6.5 O cotidiano e o viver no SRT.....	100
6.6 Os sujeitos e as suas redes sociais	116
6.6.1 Protagonista 1	118
6.6.2 Protagonista 2	124
6.6.3 Protagonista 3	126
6.6.4 Protagonista 4	129
 7. Considerações Finais	 134
 Referências.....	 138
 Apêndices	 147
 Anexos	 154

1 Apresentação

O movimento de Reforma Psiquiátrica constitui-se numa importante ferramenta de empoderamento dos sujeitos, pois a partir dessa mudança na sociedade, os indivíduos, antes excluídos por terem uma patologia psiquiátrica, começaram a retomar o protagonismo de sua história.

No modelo manicomial, esses seres humanos não eram considerados como pessoas, mas incapazes, perigosos e sem valor existencial. Seus direitos e deveres lhes foram retirados, eram tratados com todo o tipo de preconceito possível e de maneira excludente, reprimindo assim qualquer manifestação por parte destes na sociedade. Foram privados por muitos anos de credibilidade, cidadania, valores morais e autonomia.

Todavia, com a Reforma Psiquiátrica renasceram a esperança e a possibilidade de resgate das vivências/experiências que retratam a dignidade dos indivíduos. Os ideais da reforma psiquiátrica têm compromisso com a luta por uma sociedade mais igualitária e que respeite as diferenças entre as pessoas, por meio da desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico, dando voz e vez àqueles que têm sentimentos e vontades próprias.

E por acreditar nessa manifestação social é que me aproprio também dessa luta a favor da liberdade, e torno-me militante desse movimento tão inovador e que busca o reposicionamento dos usuários de saúde mental na sociedade.

Entretanto, há muito trabalho a ser feito, o processo de reforma precisa ser construído no dia a dia em diferentes espaços: nos serviços, na legislação, na ciência, na cultura. É necessário se considerar que, mesmo no interior dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, persistem práticas manicomiais que destoam dos ideais propostos.

E como a vida é dinâmica e está sempre se alterando, ao mesmo tempo, surgem serviços inovadores, que se destacam nesse contexto de mudanças assumindo cotidianamente a luta “Por uma sociedade sem manicômios”¹ e fazem a diferença na vida de indivíduos, às vezes com muitos entraves, mas que conseguem transpor barreiras e limites. E também por meio do conhecimento e da pesquisa, temos a oportunidade de estudar estas práticas diferenciadas e enriquecedoras, apontando suas particularidades e permitindo o aprendizado e a replicação dessas particularidades.

Meu interesse de estudo para esta dissertação surgiu, pois, através do conhecimento das trajetórias terapêuticas dos usuários de saúde mental, é possível repensar estratégias políticas para o aprimoramento da atenção psicossocial.

Portanto, descreverei a seguir meu percurso na área da saúde mental e interesse pela temática em questão, o qual teve influência e impulsionou-me a pesquisar nesse contexto da atenção psicossocial.

Minha experiência na área da saúde mental iniciou na época da graduação em enfermagem, durante o quarto semestre do curso, quando pude participar de um projeto de pesquisa intitulado “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil” - CAPSUL², no qual tive a oportunidade de participar coletando de dados junto a usuários, familiares e equipe no contexto dos CAPS.

Nessa experiência marcante, pude vivenciar o dia a dia dos usuários no âmbito do CAPS e percebi que apesar da legislação em saúde mental, que assegura os seus direitos e redireciona o modelo de assistência, ainda existe uma rede de saúde fragmentada, poucos serviços fora do espaço do hospital, entre outros

¹ Lema adotado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) no II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987.

² Trata-se de uma pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil, considerando-se estes como serviços substitutivos estratégicos no processo de consolidação da reforma psiquiátrica. Foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia com ajuda do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. Esse projeto se desdobra em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo. Propõem-se a investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados. As diferentes abordagens metodológicas privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferecem diferentes eixos para os julgamentos. O Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS constitui-se em avaliação construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética. A proposta da avaliação qualitativa centra-se no cotidiano dos serviços e ocorre mediante a participação da equipe, usuários e familiares. Ela busca apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

fatores, o que impediam que de fato uma rede de atenção em saúde mental fosse solidificada e fizesse a diferença na vida desses cidadãos.

A partir desse momento, dediquei minha vida acadêmica a pesquisar e estudar a saúde mental. Foi então que recebi uma bolsa de Iniciação Científica do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e pude qualificar-me através da participação em seminários, congressos, elaboração de trabalhos acadêmicos e artigos científicos, apropriando-me de conhecimento nessa área.

Percebi que para o reposicionamento do usuário enquanto cidadão não é suficiente apenas uma rede de serviços estruturada. Ainda notei que a rede social destes precisa estar articulada com a sociedade para que a reinserção e a reabilitação psicossocial aconteçam verdadeiramente.

Surgiu então meu questionamento a fim de compreender como se desenvolvem as trajetórias terapêuticas e as práticas cotidianas dos indivíduos em sofrimento psíquico, analisando a dimensão de sua rede e percebendo a influência dos vínculos familiares, de amizade, da comunidade e das mais diversas instâncias no município que facilitam ou dificultam o modo de viver desses sujeitos.

Em relação às partes integrantes deste estudo, no Capítulo 1, o leitor terá conhecimento sobre a temática a ser explorada. No Capítulo 2, denominado *Construção do objeto de estudo*, foram abordados fundamentos que tratam da Reforma Psiquiátrica, rede de saúde mental, rede social e trajetórias terapêuticas. Já no Capítulo 3 – *Objetivos* – são evidenciados quais os objetivos e questionamentos que fazem parte desta dissertação e que resultam na questão de pesquisa e interesse. Dando continuidade, no Capítulo 4, foi apresentado o *Referencial teórico*, o qual norteia os conceitos e fundamentos do desenvolvimento do estudo, evidenciando *As redes sociais na perspectiva sociológica*.

E em seguida, foi ratificada a *Metodologia*, no Capítulo 5, descrevendo o percurso metodológico, justificando os métodos de pesquisa que consolidam esta dissertação enquanto trabalho científico. No Capítulo 6, designado *Análise e Discussão dos Resultados*, são explanados os dados coletados em campo de pesquisa, explorando cada informação criticamente e em debate com a literatura, almejando assim corroborar os objetivos deste estudo.

E para finalizar, no Capítulo 7, são apresentadas as *Considerações Finais*, cuja finalidade é fazer uma conclusão deste estudo, evidenciando os objetivos deste

em consonância com os pressupostos e resultados. E a seguir, são trazidas as *Referências* que foram utilizadas para construir esta pesquisa, bem como *Apêndices* e *Anexos*, respectivamente.

2 Construção do objeto de estudo

Tendo em vista a temática deste estudo que trata das trajetórias terapêuticas e redes sociais de indivíduos em sofrimento psíquico, cabe abordar inicialmente um breve histórico dos rumos da saúde mental – desde o reconhecimento da loucura e seu impacto na sociedade – até os primeiros movimentos que desencadearam a Reforma Psiquiátrica de fato.

A história da loucura confunde-se com pensamentos e crenças que permeiam a sociedade nas mais variadas épocas e sociedades. Ela sempre existiu, todavia o que mudou foi a maneira como o ser humano a encara, questão responsável pela liberdade ou aprisionamento moral daqueles que convivem com o transtorno psíquico.

No período clássico, os doentes mentais viviam livremente nas ruas, e a loucura era interpretada como sinônimo de sabedoria, de divindade. Na Grécia antiga, por exemplo, a loucura era considerada uma dádiva. Era através dos delírios que alguns indivíduos podiam ter acesso a verdades sublimes. Porém, não consideravam essas pessoas normais ou iguais, mas sim que estas eram portadoras de uma desrazão. Dessa forma, a relação entre consciência crítica e experiência mística vai preponderar por muito tempo, e somente no período denominado como Antiguidade Clássica, vai se dissipar (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Os referidos autores afirmam que a brecha entre a consciência crítica e a experiência mística foi iniciada durante a Renascença e – deste momento em diante – teve um afastamento cada vez mais progressivo. Então, a loucura já não ocupava mais o lugar de porta-voz da verdade sublime, passando a ocupar o lugar simbólico de representante do mal.

No período medieval, o louco cursava a sociedade livremente, tinha acesso aberto a todos os lugares que desejava percorrer. Todavia começou a surgir no interior da sociedade o desejo de excluir essas pessoas do convívio social. Então, surgiram as primeiras tentativas de segregação da loucura, deixando os doentes mentais à margem de tudo, confinando-os no hospital.

Segundo Foucault (2009), a internação consiste numa criação institucional inerente ao século XVII. Esta, desde o início, assumiu uma magnitude que não lhe admite uma comparação com a prisão, tal como esta era exercida na Idade Média. Como precaução social e medida econômica, ela tem valor de invenção. O momento em que a loucura é compreendida no horizonte social da pobreza, da impossibilidade de integrar-se ao grupo, da incapacidade ao trabalho; instante em que começa a integrar-se no texto dos problemas da cidade. Os novos significados atribuídos à pobreza, a estima dada à obrigação do trabalho e a todos valores éticos a eles ligados determinam a experiência que se faz da loucura, modificam-lhe o sentido.

A história da loucura confunde-se com o nascimento dos asilos, devido ao fato que esta instituição teve sua formação pautada em uma necessidade moralista, de higiene social. Os hospitais tinham o dever e a obrigação de recolher, do âmbito social para o espaço institucional, todas as pessoas que não se enquadrassem nos padrões de normalidade vigente (FOUCAULT, 2009).

O hospital não era uma instituição médica, teve sua fundação na época da Idade Média e surgiu como instituição de caridade, oferecendo assistência espiritual, alimentação e abrigo aos indivíduos marginalizados. E essa expressão “hospital”, em sua origem, no latim, significa hospedaria, hospitalidade (AMARANTE, 2007).

Segundo Foucault (2008), dentro do hospital, o paciente é somente um fato externo em relação àquilo que está sofrendo; a visão médica só o leva em consideração para colocá-lo entre parênteses.

Esse espaço era considerado apenas como lugar de reclusão e hospedagem para os indivíduos marginalizados na sociedade, não tinha como prioridade as funções terapêuticas e de cuidados com a saúde, e as pessoas que prestavam assistência eram religiosas, com o intuito de realizar caridade e garantir seu lugar no céu.

Durante a época clássica, o hospício tem sua principal função de hospedaria. As Santas Casas de Misericórdia representavam o recolhimento de

todos os marginais, prostitutas, ladrões, leprosos, loucos, ou seja, todas as pessoas que simbolizavam uma ameaça à ordem social e à lei (AMARANTE, 1995a).

O enclausuramento em asilos de mendigos, pessoas sem teto, desempregados foi uma das respostas do século XVII à crise econômica e à desorganização social então provocadas na Europa pela mudança estabelecida nos modos de produção. Isso foi uma intenção absolutista de esconder a miséria (DESVIAT, 2008).

Acredita-se que os termos “reforma” e “psiquiatria” só se tornam cúmplices recentemente. Todavia eles caminham lado a lado desde o próprio surgimento da psiquiatria. Percebe-se no contexto dos hospícios, onde os indivíduos encontravam-se recolhidos juntamente com as outras pessoas marginalizadas da sociedade, que passa a existir uma alternativa à questão dos loucos. As autoridades da revolução francesa delegam a Phillippe Pinel, no ano de 1793 em Paris, a tarefa de tornar o ambiente hospitalar terapêutico e humanizado, surgindo então a psiquiatria enquanto saber médico (TENÓRIO, 2002).

O que era para ser um ato responsável por proporcionar maior dignidade aos sujeitos, acabou acorrentando-os ao hospital psiquiátrico, no intuito de ter controle sobre a doença mental e banir a convivência da sociedade com qualquer pessoa considerada anormal e diferente.

Foucault (2009), em seus registros sobre a história da loucura, faz uma crítica ao gesto de Pinel, pois acredita que este não foi a favor da liberdade, mas da hegemonia e sua detenção da verdade médica. O filósofo concorda que o asilo construído por Pinel não teve nenhuma utilidade, e com isso não protegeu o mundo moderno contra a grande maré da loucura; compreende que serviu no sentido de libertar o doente mental da desumanidade das “correntes”, todavia o acorrentando ao homem dito “normal” e seu padrão de verdade. O acesso a si mesmo, como ser verdadeiro, só passa a ter validade na presença da alienação.

Ao discorrer sobre a loucura e ao investir sobre o denominado “louco”, a psiquiatria determina seu objeto no nível do saber médico-psiquiátrico. O saber psiquiátrico toma forma a partir da experiência clínica, da experiência médica moderna, tendo como categoria central de análise a doença, ou seja, o rótulo encobridor e objeto criado sobre o silêncio coagido à experiência trágica da loucura. Sendo assim, o ser humano, de louco na Idade Clássica e também despossuído da

razão pelo alienismo, vai sendo modificado progressivamente em doente mental (CARVALHO; AMARANTE, 2006).

Os mesmos autores (CARVALHO; AMARANTE, 2006) afirmam que apesar do estatuto epistemológico pouco definido da doença mental, é importante notar que ao seu redor realizou-se uma rica produção de discursos que compõe a psicopatologia moderna. Um certo eixo de pensamento tornou-se hegemônico e defendido pelo senso comum, sem levar em conta as decorrências sociais, nem sempre estimáveis, ligadas a um conjunto de práticas proveniente de um processo de normatização. Há também interesse da psicofarmacologia que, estimulada pelo investimento de recursos financeiros das indústrias farmacêuticas, busca encontrar na ciência uma realidade objetiva. E isso vai muito além do interesse em encontrar uma verdade cada vez mais fidedigna, e pura, de uma questão de estratégia de mercado e de hegemonia.

Tendo esse pressuposto, a psiquiatria originou-se e estruturou-se a partir do surgimento do capitalismo, da concretização do trabalho assalariado e do surgimento do estado burguês, amparados na Revolução Francesa e Revolução Industrial, processo esse que exigiu uma forma diferenciada de organização social, tendo como hipótese filosófica o positivismo e como fundamento o princípio da razão e da ciência. A intervenção sobre a vida do indivíduo, denominando-o anormal ou normal, constitui-se na declaração de um poder médico que, mascarado de científico, nada mais é do que a determinação ideológica de um modelo de racionalidade burguesa (GRADELLA JÚNIOR, 2002).

Nesse processo, houve uma apropriação do saber médico em detrimento da subjetividade de cada indivíduo. As pessoas foram “rotuladas” de acordo com cada diagnóstico, e a partir de então houve um fortalecimento do preconceito na sociedade com relação à loucura e ao louco.

Ainda assim, o modelo biomédico que organiza as profissões da área da saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para corroborar doenças e lesões, afastou-se do indivíduo humano sofredor enquanto totalidade viva e possibilitou que o diagnóstico tomasse o lugar da atenção e do cuidado integral à saúde. No entanto, muito além da descoberta do diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir acolhidos e cuidados em suas necessidades e demandas (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2009).

De acordo com Alarcon (2006), foi em favor da liberdade, que o humanismo positivista abreviou a loucura a objeto de tratamento, matéria de compaixão e pena.

Na impossibilidade de qualquer ordem executar-se sem o seu contrário, o capitalismo criou sobre a alma e o corpo seu ponto de apoio, no qual a credibilidade para os negócios era o essencial. Credibilidade identitária para a alma, credibilidade produtiva quanto ao corpo. Sujeito de boa vontade e trabalhador livre “*Mens sana in corpore sano*”. Esse se traduz no anseio da economia, portanto, tendo como resultado a medicina pública e a psiquiatria para providenciá-la, as quais já nasceram viciadas pelos objetivos de ordenação sociopolítica, e traduzem-se sob o nome ideológico de humanismo, Ordenação higiênica dos espaços privados e públicos pela saúde da humanidade.

Os indivíduos em sofrimento psíquico eram considerados “inúteis” para a sociedade, pois muitos não participavam do mercado de trabalho. Eles não produziam lucros para o Estado e sua maneira capitalista de ser, tornando-se cada vez mais excluídos pela sociedade, pois sua “anormalidade” os impedia de conviver igualitariamente com os donos da razão.

No Brasil, até a época da Primeira República, a assistência de enfermagem era baseada preferencialmente na cura e ficaria a cargo de pessoas religiosas. Quem trabalhava nos hospitais eram irmãs de caridade que dominavam o poder administrativo e também pessoas leigas, serventes ou ex-pacientes. E enquanto isso, mundialmente a influência Pineliana instituía e fundamentava a psiquiatria como especialidade médica, prevendo a internação no hospício, no qual o isolamento, a vigilância e a disciplina constituíam o tratamento psiquiátrico. Todavia, ao mesmo tempo a internação possibilitava estabelecer-se a nosologia e nosografia da doença mental. Logo, nesse período, a loucura adquire status de doença mental (KANTORSKI et al., 2004).

Nesses locais denominados manicômios, os reclusos eram submetidos aos mais diversos tipos de violência (moral, repressão, negligência, maus-tratos), resultando na privação da condição de sujeito (ACIOLY, 2006).

No interior dos hospitais psiquiátricos, os sujeitos perdiam totalmente a sua subjetividade, eram considerados números e não pessoas. Seu tratamento consistia na alienação e na repressão de toda manifestação de poder. As camisas de força e eletrochoque são apenas exemplos da crueldade que era disseminada nesse contexto de (des)cuidados.

De acordo com Desviat (2008), o manicômio possui algumas funções específicas, as quais podem ser delimitadas com clareza e devem ser conhecidas e

mantidas muito presentes no momento da desinstitucionalização, na hora de pensar em como é possível desmontar essas instituições, para evitar escolhas insuficientes. Suas funções são três: médica, social e de proteção da sociedade. Na primeira, sua eficácia é questionada, desde muito tempo. Na social, este constituía-se num refúgio para loucos pobres, necessitados de um ambiente protegido, tutelar. E por fim, havia uma função de proteção da sociedade, perante um conjunto populacional que geralmente era impossível de classificar por meio da psiquiatria, que permeava no limite da legalidade e cuja maneira de vida não era aceita pela maioria.

Desviat (2008) assegura que o manicômio e a psiquiatria surgiram numa época constitutiva de ordem democrática, resgatando o atendimento dos indivíduos alienados do tratamento promíscuo dos hospitais ou albergues para pobres, resultado da grande crise econômica da fase inicial do capitalismo, e desempenhando uma série de funções que não eram exclusivamente médicas.

Essas instituições manicomiais começaram a dar sinais de incompetência para tratamento dos indivíduos, pois expressavam desassistência, e a população em geral começou a ficar inconformada com tais atitudes.

Anteriormente, quando não havia uma rede de atenção em saúde mental, os indivíduos em sofrimento psíquico tinham a oportunidade de desfrutar de “cuidados” apenas dentro do manicômio. De acordo com Souza, Kantorski e Pinho (2009), essa instituição chamada de hospital psiquiátrico, enquanto responsável pelo poder disciplinar sobre os corpos, legitimou a execução de um processo que levava gradualmente à desapropriação do ser, à exclusão dos espaços sociais, negando a liberdade de ir e vir, confinando o sujeito e promovendo-o ao estatuto de ser-doente. Vale ressaltar que a liberdade do indivíduo em sofrimento psíquico transcorre de uma complexidade que vai da reflexão à necessidade dos direitos assegurados. Liberdade essa que proporciona livre arbítrio para a escolha de meios e caminhos, e não como uma relação formal, baseada na vinculação compulsória e na dependência de instituições especializadas. Uma liberdade que é contratualizada, negociada e co-construída entre sujeitos em sofrimento, comunidade, instituições e relações sociais. Sendo assim, parte-se da identificação e reconstituição do poder de liberdade do indivíduo em sofrimento psíquico como eixo central para a consolidação de novas propostas de atenção ao fenômeno da loucura.

De acordo com Amarante (2007), após o período das duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a pensar e refletir sobre a natureza humana, com

relação à solidariedade e à crueldade entre os homens. A partir disso, foram lançados olhares sobre o manicômio e compreendeu-se que este deveria ser modificado, pois as práticas desenvolvidas nesse contexto eram muito semelhantes ao que ocorria nos campos de concentração. Houve, assim, o nascimento das primeiras experiências em relação à Reforma Psiquiátrica. Vale ressaltar o movimento pela desinstitucionalização que teve maior influência no Brasil, o italiano. Movimento este que iniciou nos anos 60, mais especificamente no norte da Itália, na cidade de Gorizia, tendo como protagonista principal o psiquiatra Franco Basaglia. O profissional foi impulsionado na luta pela desinstitucionalização após a visita a um hospital psiquiátrico, passando a formular ideologia e prática assistencial inovadora e original, baseada na superação do aparato manicomial.

De acordo com Amarante e Torre (2007), no início dos anos 70, Basaglia juntamente com a sua equipe, teve a iniciativa de fechar as enfermarias de um hospital psiquiátrico, em troca de serviços substitutivos ao manicômio. Sendo assim, a expressão “substitutivos” passou a ser empregada para caracterizar o conjunto de estratégias que contemplassem, efetivamente, a tomada do lugar das instituições psiquiátricas, no sentido de não serem paralelo, e sim alternativos, às mesmas.

[Basaglia] Juntamente com um grupo de psiquiatras (Jervis, Slavich, Pirella e Casagrande), transformou o hospital, num primeiro momento, em uma comunidade terapêutica, e depois, consciente das limitações, propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio (DESVIAT, 2008, p.42).

Sendo assim, nesse momento a desinstitucionalização na Itália, enquanto processo, tornou-se responsável pela reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase é colocada no projeto de invenção de saúde e produção social do sujeito, ao invés da busca pela cura. O problema não é mais a cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sociabilidade, de sentido e de convivência dispersa (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Rotteli também assevera que a simplicidade de todo esse processo de mudança proporciona a compreensão de que a desinstitucionalização expressa principalmente um trabalho terapêutico compromissado com a reconstituição dos indivíduos como sujeitos. Dessa forma, uma mudança nessa dimensão assegura que talvez não se cure e se resolva de imediato, mas certamente promove-se o cuidado, transformando os modos de vida, e ameniza-se o sofrimento do indivíduo em transtorno psíquico.

A Reforma Psiquiátrica é um processo social e político complexo, composto por instituições, atores e forças de diferentes origens, e que ocorre em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, no mercado, nos serviços de saúde, nas universidades, nos conselhos profissionais, nas associações de usuários e seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios da opinião pública e do imaginário social. Essa é compreendida como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores sociais e culturais; no dia-a-dia dos serviços, das instituições e das relações interpessoais que o movimento de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por tensões, impasses, desafios e conflitos (BRASIL, 2005).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 70, a partir de reflexões e críticas ao modelo de atenção em saúde mental em vigor na época, o qual promovia a segregação e exclusão social.

De acordo com Ferreira (2007), a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso durante a ditadura militar, momento em que a medicalização era o princípio básico de intervenção. O poder centralizador do manicômio e o elevado número de internações passaram a ser considerados as causas cruciais das condições desumanas que os pacientes psiquiátricos vivenciavam.

A forte recessão, resultante da política econômica que obedecia a grupos de pressão internacionais, tinha como produto a precariedade do trabalho, a baixa renda familiar e o índice preocupante de miséria, fatos que demandavam maior atenção à saúde. O intuito da Reforma é paralelo à urgência de mudanças no panorama político, cultural e econômico do país (FERREIRA, 2007).

Tanto os indivíduos em sofrimento psíquico, quanto os familiares e os profissionais de saúde mental, inconformados com o tratamento dispensado nesse contexto, resolveram manifestar-se no Brasil.

O estopim para a consolidação dessas críticas enquanto movimento ocorreu no Brasil em 1978, com a chamada Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), na qual os profissionais da saúde mental instituíram greve, com o intuito de denunciar as irregularidades sobrevindas nos manicômios, reivindicando condições de trabalho e salários adequados; balizando críticas ao modelo médico assistencial e à cronificação do hospital psiquiátrico, e acima de tudo, lutando por melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços (AMARANTE, 1995a).

Apesar de já identificada como movimento que busca transformações na política de saúde, somente em 1992 a Reforma Psiquiátrica adquire características mais definidas no campo sociopolítico. Esse fato se torna evidente no decorrer da II Conferência Nacional de Saúde Mental, momento em que há elevada participação dos usuários dos serviços de saúde mental colocando em questão o saber psiquiátrico e o dispositivo tecnicista diante de uma realidade que somente eles conhecem e reivindicando o fim do manicômio, através da instituição de recursos e equipamentos não manicomiais, como: residências terapêuticas, ambulatórios, centros de atenção diária, assistência à saúde e às cooperativas de trabalho na rede pública (FERREIRA, 2007).

Os usuários de saúde mental, bem como seus familiares começaram a ter oportunidade e coragem de lutar por seus direitos, reivindicando uma rede de saúde mental mais ampla e efetiva, para contemplar as necessidades integrais dos indivíduos.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica inicia um processo de transformação não somente nas práticas da saúde mental, mas também no potencial disruptivo dentro da sociedade no momento em que coloca em questão a divisão entre o patológico e o normal, entre a normalidade e a loucura (KODA; FERNANDES, 2007).

E nesse processo foi instituída a Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), a qual redireciona o modelo de assistência em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. A partir desse marco político, ocorreram diversas mudanças no campo psicossocial e foi estabelecida uma rede de atenção em saúde mental.

Com o surgimento dessa Lei, que é considerada a lei da Reforma Psiquiátrica, houve uma mudança de rumos na assistência, bem como a retomada da esperança para os usuários e seus familiares, os quais, a partir desse momento, poderiam contar com o amparo legal e jurídico em seu favor.

O processo de desconstrução de redes de instituições totais na área da saúde mental implica em uma estratégia institucional, política e técnico-profissional de desmontagem do aparato hospitalocêntrico e das representações sociais que promovem a segregação. Em contrapartida, tenta-se construir novas instituições e práticas que questionam seguidamente as formas recicladas de repressão, opressão e exclusão social do usuário. Essas transformações permitiram a revelação de um

fluxo dialógico nas práticas inter e intrainstitucionais, bem como invenções terapêuticas comprometidas com a inclusão social e liberdade. Entretanto, essas são mudanças em construção sócio-histórica, âmbito que lhe fornece um ritmo culturalmente possível, diversas vezes lento. Assim, o novo sistema de redes institucionais vigente deveria funcionar de maneira que expressasse um circuito integrado de serviços de saúde mental, com as funções sócioassistencial e terapêuticas dominantes, tendo como porta de entrada as estruturas sanitárias territoriais (VIERA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Percebe-se que ocorreram diversas mudanças no modelo de assistência brasileiro. De acordo com Silva et al (2005), o modelo de assistência em saúde é uma categoria que resume a compreensão sobre os referenciais teóricos da política, bem como as concepções do objeto de trabalho e os serviços que os utilizam. Esse conceito maior, que se refere à assistência na área da saúde, inserido no Brasil a partir da década de 70, ocorre no momento em que a sociedade começou a refletir sobre o modelo de assistência em vigor, em termos de Saúde Pública. Foi a partir de então que a Reforma Sanitária propôs tal substituição. A insatisfação gerada pelo modelo anterior, o qual não supria às necessidades reais das populações pobres, impulsionou o enfrentamento do reducionismo da prevenção clássica e da assistência meramente curativa. E o resultado dessa crítica, através do movimento de Reforma Sanitária, resultou na proposta do SUS, cujas diretrizes são a universalidade, integralidade e equidade.

Tendo em vista esse contexto de reforma sanitária e do Estado, a ação redistributivista e regulatória se estruturaram, tendo como referência histórica uma sociedade civil basicamente homogênea, marcada por mobilizações reivindicativas que se baseavam prioritariamente nas lutas de sobrevivência econômica dos trabalhadores do meio rural, de inserção profissional dos trabalhadores assalariados, de anseio de participação da classe média e de interesses corporativistas e utilitários das classes dominantes. Esses conflitos suscitados a partir de tais mobilizações contribuíram para a elaboração de políticas sociais engajadas prioritariamente para a proteção do cidadão trabalhador, para o amparo dos interesses das classes médias e das classes dominantes, o que se torna responsável por marcar a modernização do Estado e a essência das políticas públicas do século XX (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

A luta pelo respeito e pela humanização das práticas que contemplam os indivíduos em sofrimento psíquico, impulsionada pelo esgotamento do modelo hospitalocêntrico, gerou um processo de mudanças do modelo assistencial em saúde mental. Esse prisma de transformações é importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios iniciam a superação de um paradigma que contempla a atenção centrada na doença e se direcionam para a atenção baseada na promoção da saúde, em que são ressaltados os conceitos de integralidade e cuidado (SILVEIRA et al, 2009).

A partir do momento em que o foco sai da doença e visa à busca da promoção da saúde, é extremamente necessário que a integralidade seja efetiva nesse contexto, pois quando a estratégia de atenção visa o usuário em primeiro lugar, é importante que a resolução das suas necessidades de saúde sejam contempladas, tendo em vista que esse é um ser complexo e subjetivo.

Tendo em vista os princípios do SUS, pode ser que a integralidade seja a menos visível no próprio sentido do sistema destinado aos usuários e nas avaliações técnicas realizadas. As mudanças ocorridas desde 1988 são evidentes, no aspecto do controle social, da descentralização e no tema do acesso universal, no qual não existem mais barreiras formais na atenção aos usuários. Todavia a discussão do cuidado se fixa hoje à resolutibilidade do sistema e à sua qualidade de humanização, ao desempenho da atenção básica, ao acesso aos vários níveis tecnológicos e aos seus resultados no que diz respeito ao coletivo e ao individual, sempre demarcados pelo padrão de financiamento insuficiente no Brasil (MATTOS, 2004).

O mesmo autor afirma que a integralidade na prática se traduz pela capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento evidenciado, que resultou na demanda espontânea. Para a equipe, isso significa adicionar no seu contexto de trabalho rotinas ou processo de busca sistematizada das necessidades mais silenciosas, menos vinculadas à vivência individual do sofrimento. Sendo assim, para os serviços, isso se traduz pela criação de dispositivos e adoção de processos coletivos de trabalho que eles permitam oferecer, além das demandas da população, construindo ações voltadas para a prevenção a partir de experiências particulares de sofrimento.

De acordo com Merhy (2006), a integralidade deve ser autopoietica, ou seja, uma maneira de agir na qual a vida produza vida. E nesse encontro autopoietico é

onde ocorre, micropoliticamente o encontro de ‘*n*’ vidas, em mútuas produções. Essa palavra é emprestada da biologia, sendo utilizada como linguagem de expressão e significação do caminhar de um ser vivo que, em locomoção, produz vida e não morte. Sob esta nova perspectiva, as cenas podem ser ressignificadas, e passam a ter novos sentidos: o mesmo espaço, ocupado pela interdição é, ao mesmo tempo, espaço de encontro autopoiético. Nesse sentido, há uma micropolítica inscrita dentro de outra. Por exemplo, uma cena que pode transmitir angústia e morte, de repente, ser preenchida pela possibilidade de novos sentidos de vida.

E na área da saúde mental é de extrema importância que a integralidade seja priorizada no âmbito dos serviços, pois somente assim poderão ser contempladas necessidades particulares na vida dos sujeitos que há muito tempo foram reprimidas e que necessitam ser resgatadas.

Tendo em vista que o paradigma da desinstitucionalização incorpora uma revitalização do sentido da loucura e do louco, entende-se que ele envolva, prioritariamente, questões relacionadas à liberdade do sujeito diferente, visando retomar o seu poder de contraturalidade. É necessário, dar-lhe condições para agir e falar no mundo, não apenas como uma questão conceitual ou técnica, mas fundamentalmente como uma questão política de mobilização (SOUZA, KANTORSKI e PINHO, 2009).

De acordo com Brasil (2004a), a rede de saúde mental tem como objetivo ser de base territorial, diversificada, complexa, e deve constituir-se num conjunto concreto e vivo de referências para outros serviços. Apenas uma rede, com seu potencial de construção coletiva, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e promoção de cidadania e autonomia aos indivíduos com transtornos mentais.

Tendo em vista essa rede complexa de cuidados e demandas, evidencia-se como meta prioritária do movimento de Reforma Psiquiátrica: a desinstitucionalização como foco e prioridade. O desmonte da clínica amparada na hospitalização, para que o tratamento seja realizado em liberdade.

Segundo Amorim e Dimenstein (2009), há uma série de impasses que dificultam a concretização desses ideais. Dentre eles, encontram-se a redução desse movimento a um processo de desospitalização sem a verdadeira substituição do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em saúde mental para os serviços territorializados da rede de saúde. Essa problemática se depara ao

fato de que os serviços que deveriam ser substitutivos não contemplam as necessidades em saúde mental da população, reforçando os discursos segundo os quais a Reforma Psiquiátrica tem promovido a desassistência, reforçando o modelo tradicional. Tendo em vista a desinstitucionalização como um processo efetivo de desconstrução de práticas e saberes manicomiais, ela ainda se coloca como um sistema cujos pilares precisam ser mais bem desenvolvidos.

A rede de saúde mental é composta por várias esferas que compõem o processo de cuidar em liberdade, e nesse sentido as equipes contam com o suporte e apoio de recursos territoriais. Estes estão convocados para potencializar os esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, quais sejam: recursos sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, escola, trabalho, esporte), afetivos (família, amigos), econômicos (previdência, dinheiro), religiosos, culturais e de lazer (BRASIL, 2004a).



Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental, 2010.

Fonte: BRASIL, 2004a, p. 11.

Como foi visto na figura anterior, o modelo de rede de atenção à saúde mental, proposto pelo Ministério da Saúde, concorda que os CAPS são serviços

estratégicos para o deslocamento em todos os outros que cercam o indivíduo em sofrimento psíquico que necessita de resolução de seus problemas de saúde.

Assim, nesse modelo substitutivo às práticas manicomiais, o qual visa à reinserção e à reabilitação social dos usuários, há dois serviços importantes, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Os CAPS foram instituídos através da Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a), a qual estabelece que estes serviços devem constituir-se nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos em ordem crescente de complexidade/porte e abrangência populacional. Estes só poderão funcionar em área física delimitada e, assim, independente de qualquer estrutura hospitalar, funcionando segundo a lógica do território, constituindo-se num serviço ambulatorial de atenção diária.

As práticas realizadas nestes locais se caracterizam por ocorrerem em ambiente acolhedor, aberto e inserido no bairro e comunidade. Os projetos desses serviços, na maioria das vezes, transpõem a própria estrutura física, buscando a rede de suporte social, a qual potencializa as suas ações, tendo compromisso com o indivíduo e sua singularidade, suas histórias, sua vida cotidiana e sua cultura (BRASIL, 2004a).

E em relação à capacidade operacional para atendimento, conta com a seguinte distribuição, conforme a população: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes. E ainda CAPSi proporcionando atendimento às crianças e aos adolescentes e CAPS ad, os quais atendem pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002b).

Há diversas modalidades desse serviço substitutivo, para que contemple a maioria dos municípios e também a diversidade das demandas dos usuários, buscando alcançar aumentar a oferta de atendimento àqueles que necessitam de cuidados em saúde mental.

Os CAPS são serviços ambulatoriais e comunitários que assumem a responsabilidade de cuidar de indivíduos com transtornos mentais, especialmente os transtornos severos e persistentes, dentro do seu território de abrangência. Esses garantem que as relações entre trabalhadores e usuários sejam centradas no

vínculo e acolhimento. Incluem ações voltadas aos familiares dos indivíduos em sofrimento psíquico e comprometerem-se na construção de projetos de inserção social, as quais promovam uma melhor qualidade de vida e inclusão social possível e minimizem o estigma (BRASIL, 2002b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), os CAPS são instituições que têm como finalidade acolher pacientes com transtornos mentais, estimular a integração familiar e social, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, e também oferecer atendimento psicológico e médico. Sua principal característica é buscar integrá-los a um ambiente cultural e social concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde acontece a vida diária de usuários e seus familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica.

Criado para ser a porta de entrada em saúde mental no SUS, este dispositivo de atenção assume sua parte de responsabilidade na centralidade e administração dos atendimentos no território. Tem como responsabilidade supervisionar e capacitar as equipes que atuam na atenção básica bem como outros serviços de saúde mental, contribuindo para a preparação de programas nessa área. Tudo isso se resume numa estrutura que visa à superação de rede de instituições totais do circuito hospitalocêntrico (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Os CAPS visam proporcionar a atenção psicossocial dentro do território em que o usuário está inserido para que suas potencialidades possam ser trabalhadas, bem como proporcionar oportunizar a sua reinserção social.

De acordo com Teixeira Júnior, Kantorski e Olschowsky (2009), a partir do novo paradigma de cuidado em saúde mental, os CAPS incorporam na sua prática cotidiana diária um cardápio diversificado de atividades, as quais devem ser disponibilizadas para os usuários do serviço conforme suas necessidades e afinidades. Essas atividades não devem ser visualizadas somente como tarefas para preencher o tempo, mas como momentos importantes para treinar a concentração e possíveis ansiedades do sujeito ou do grupo. Ainda, proporcionam o estímulo da criatividade e abordam as manifestações culturais próprias do contexto de cada usuário. Essas atividades também se configuram num espaço de aprendizagem de técnicas artesanais que podem ser utilizadas como geração de renda, compondo o campo sócio-econômico.

É necessário que se reflita o papel do serviço para que este esteja sempre atento para não se tornar um mero “preenchedor” de tarefas, transformando o local num lugar de passatempo apenas, mas que contemple em suas atividades momentos de empoderamento dos usuários, trabalhando a sua autonomia.

Para ser um equipamento efetivo na construção da rede de saúde mental, o CAPS não pode considerar que o tratamento do indivíduo se limita apenas ao espaço físico do serviço. É necessário conhecê-lo e acompanhá-lo no território, nos espaços da cidade em que mora e percorre. Mas para que isso aconteça, é preciso que a agenda diária do CAPS esteja aberta e a forma de organização da equipe também, considerando olhar o modo de viver do sujeito. Também não será possível, se as ações em favor da reabilitação forem separadas daquelas em favor do tratamento (LEAL; DELGAGADO, 2007).

Outro serviço estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o qual tem o objetivo de servir como suporte para pessoas que permaneceram muito tempo institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e não contaram com o apoio familiar, bem como para usuários da saúde mental que não têm condições adequadas de moradia (BRASIL, 2004b).

Os SRT constituem-se em casas que são compartilhadas por outros usuários, e que contam com o suporte da equipe de saúde, a qual está sempre visando atividades que trabalhem a autonomia destes, para que consigam se reposicionar na sociedade.

Estes dispositivos foram instituídos a partir da Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2010a), a qual estabelece que os SRT devam garantir assistência aos indivíduos com transtorno mental com grave dependência institucional, os quais não tenham possibilidade de usufruir de inteira autonomia na sociedade e que não possuam vínculos familiares e de moradia. Devem atuar como unidade de suporte aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento em regime hospitalar de longa permanência. E por fim, têm a responsabilidade de reinserção desta clientela à vida em comunidade.

Outra responsabilidade primordial desse serviço, de acordo com a mesma Portaria, é ter um Projeto Terapêutico afinado com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, qual seja: ser centrado nas necessidades dos usuários, com o objetivo da construção progressiva da autonomia destes nas atividades cotidianas e expansão de sua inserção social; deve contemplar os princípios da reabilitação

psicossocial e oferecer aos indivíduos um amplo projeto de reintegração social, através dos programas de alfabetização, de mobilização de recursos comunitários, de reinserção no trabalho, de autonomia para as atividades pessoais e domésticas e de estímulo à formação de associações de usuários, voluntários e familiares. E por fim, deve respeitar os direitos do usuário como sujeito e cidadão em condição de desenvolver uma vida integrada ao ambiente comunitário e com qualidade (BRASIL, 2010a).

De acordo com Brasil (2005), um SRT deve acolher no máximo oito moradores. Geralmente um cuidador é responsável por apoiar os usuários nas tarefas, conflitos e dilemas cotidianos do morar e do circular na cidade, fortalecendo assim a autonomia do usuário. A inserção de um usuário num SRT é o começo de uma longa caminhada no processo de reabilitação e que deverá visar à progressiva inclusão social do morador. Cada serviço deverá estar referenciado a um CAPS e trabalhar junto à rede de saúde mental dentro da lógica do território.

A reabilitação psicossocial dos indivíduos de longa permanência institucional percorre intervenções e intersecções em diversos campos, porque a integralidade do cuidado implica, além da moradia e da desinstitucionalização: reconstruções de histórias de vida, emprego, rede social, lazer, além de outras precisões que vão além da atenção possível, somente através da reorganização dos serviços (PINHEIRO, GULJOR; SILVA JÚNIOR, 2007).

Para que este serviço seja realmente efetivo, como já foi explanando, deve estar em consonância com o território adstrito, e essa é uma prática que demanda extremo comprometimento dos profissionais engajados nesse contexto.

Portanto, trabalhar nos serviços substitutivos com o enfoque na reabilitação psicossocial é possibilitar a desconstrução de atitudes e práticas fundamentadas na doença mental e reconstruir práticas direcionadas para as verdadeiras necessidades do usuário, estabelecendo relações que permitam a sua significação, apropriação e reelaboração de histórias de vida (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

As vantagens que os usuários têm ao contar com esse serviço são diversas: a alegria de enfim ter um quarto privativo, uma cozinha para o desejado café preto, a decisão de escolher a hora do banho, de dormir etc. Alguns ganhos são notórios e imediatos, enquanto outros são peculiares a cada um e podem demorar anos para serem conquistados e percebidos. Todavia, não há comparação entre o passado (a vida coletivizada no manicômio) e o residir na comunidade, contemplando toda a sua

complexidade e incontáveis possibilidades de troca, conforme expressa um residente do SRT citado no documento do Ministério da Saúde: *"Uma casa... é o habitar da cidade. É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar... para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade!"* (BRASIL, 2004b, p. 13).

Em virtude do que foi descrito acerca do primeiro eixo teórico desta pesquisa, define-se o primeiro pressuposto inicial que: **Através do Movimento de Reforma Psiquiátrica houve uma ampliação da rede de serviços em saúde mental, disponibilizando novos caminhos e possibilidades para que os indivíduos em sofrimento psíquico possam construir suas trajetórias terapêuticas, ancorados na liberdade e cidadania.**

De acordo com Brasil (2005), a rede comunitária de cuidados é primordial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação dos variados equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico é de extrema importância para a constituição de um conjunto concreto e vivo de referências aptas a acolher o indivíduo em sofrimento psíquico. No entanto, essa rede é maior do que o conjunto de serviços de saúde mental da cidade. Uma rede se estabelece na medida em que são constantemente articuladas outras instituições, cooperativas, associações e variados espaços nos municípios. Esta se define por ser de base comunitária. Enfim, acredita-se que somente uma organização em rede, e não somente um serviço, é capaz de fazer face à diversidade das demandas de inserção social de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de salientes desigualdades sociais. Então, somente a articulação em rede de diversos equipamentos do município, e não somente da saúde, pode assegurar resolutividade e promoção da cidadania e autonomia dos sujeitos em sofrimento mental.

Vieira Filho e Nóbrega (2004) concordam que uma estrutura celular não seria capaz de dar conta de toda a sua demanda genérica. A rede deve integrar e diversificar suas intervenções e recursos materiais e humanos, de modo a poder atender a maior parte dessas demandas, no âmbito das estruturas celulares. Situação essa que pode cooperar para o crescimento da rede e para a promoção das mudanças das demandas provenientes das instituições totais, dando início a um novo circuito de intervenções e demandas mais harmônico com o processo de liberdade, cidadania e subjetivação dos usuários.

Poder-se-ia se dizer que a existência de redes de serviço em saúde mental é contemporânea, pois antigamente, quando existia somente o hospital psiquiátrico não havia a disponibilidade de outros serviços além da instituição total. Era visada apenas a doença do ser humano, esquecendo-se de suas particularidades e cidadania.

O usuário de longa permanência age num paradoxo de conceito de cuidado. Se, por um lado, se compreende a instituição/institucionalização como produtora de sujeitos excluídos e passivos no direito de escolha de sua própria existência, tornando-se a saída do asilo o primeiro passo do que se chama desinstitucionalização, por outro, se busca, através de sua reinserção no território o estabelecimento de novas redes, que em último caso poderiam ser denominadas como “novas institucionalidades”. Esse termo foi adotado a partir do entendimento de que o universo das redes sociais se traduz por instituições que permitem sua sustentabilidade. E também porque o termo institucionalidade permite um afastamento da conotação negativa pressuposta pelo termo institucionalização (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

A saída de um sujeito de um longo tempo de internação requer um árduo trabalho de agenciamento no território, o que vai desde a aquisição de direitos sociais que garantam a sua sobrevivência além do ambiente manicomial, até o acompanhamento dos familiares, caso existam. Se o usuário não tem família, sustentar a sua vida na sociedade através do convívio na cidade repetidas vezes requer a construção de redes alternativas de cuidado e suporte na comunidade, geralmente tecidas junto de outros pacientes, familiares e mesmo usuários (LEAL; DELGADO, 2007).

Compreende-se que o trabalho realizado no campo da saúde mental deve ser realizado no contexto de uma rede articulada com o território. De acordo com Honorato e Pinheiro (2007), o território é um espaço de relacionamento, de encontro com a sociedade, que concretiza o mundo das potencialidades e diversidades. A interação entre o sujeito em sofrimento psíquico e o profissional é marcada por um trabalho que tem como objetivo a reintegração do sujeito no espaço social e a reversão do modelo de exclusão construído historicamente. Todavia, não se trata de um trabalho de adaptação ou modelagem, e sim da meta de transformação social, a mudança do paradigma manicomial. É necessário assegurar que, em sua diferença,

o sujeito em sofrimento mantenha a sua presença no mundo dos homens, no mundo social.

Na medida em que os usuários têm conhecimento das suas redes sociais e do apoio que estas proporcionam ao seu viver, estes ficam fortalecidos para transitar na sociedade de forma mais segura e atuante. Isso se traduz em seu empoderamento quanto a suas relações sociais.

De acordo com Carvalho (2004), “empowerment” é um conceito complexo que traz noções de diferentes campos do conhecimento. Tem suas raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social, a qual está presente nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Já nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda e, nos anos 80, pela psicologia comunitária. Já na década de 90 recebe o influxo de diversos movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre esferas distintas da vida social entre as quais a educação em saúde, prática médica e o ambiente físico.

Sendo assim, esse *empowerment*, na forma de processo e resultado, é visto como despertando em um processo de ação social dentro do qual os sujeitos tomam posse da sua vida pela interação com outros sujeitos, despertando o pensamento crítico sobre a realidade, favorecendo a construção da capacidade pessoal e social e dando oportunidade a mudança de relações de poder. Ainda assim, no nível individual, se refere à capacidade das pessoas em adquirir conhecimento e controle sobre as forças sociais, pessoais, políticas e econômicas para agir com o objetivo de melhorar a sua situação de vida. No contexto dos usuários, isso se traduz pelo fato de terem voz no serviço, adotando uma postura ativa no tratamento e conhecendo seus direitos e responsabilidades (ANDRADE; VAISTMAN, 2002).

Conforme Almeida, Dimenstein e Severo (2010), no campo da saúde mental, a perspectiva da desinstitucionalização implica a ampliação das estratégias de pertencimento e de vida de usuários para além do campo sanitário, assim como exige a diversificação dos espaços de socialização. Nesse sentido, o empoderamento é percebido não como transferência de responsabilidades ou mero usufruto de benefícios por familiares e usuários, mas como ampliação da capacidade de eleição e ação: os vê como coprodutores de políticas, por meio da corresponsabilização com vários atores e do trabalho em rede de diversas instâncias sociais.

Para que haja um bom funcionamento dos serviços, estes precisam estar organizados em redes dinâmicas, que permitam o livre percurso dos usuários em seus equipamentos. Essa organização auxiliará também o empoderamento dos sujeitos no que se refere à apropriação desse sistema como fator decisivo em seu tratamento. E isso se acontece pelo fato de a rede não ser apenas composta por serviços de saúde, mas também por outras instâncias que fortalecem também as redes sociais destes.

Nesse sentido, cabe ressaltar a diferença que Jacques Godbout (2008) descreveu sobre aparelhos e redes. Os aparelhos se caracterizam por ter um público, ou seja, indivíduos que mantêm uma relação de exterioridade em relação à organização. Fundamentam-se pelo princípio dualista, sobre um vão entre a instituição que gera serviços ou bens e aqueles que são alvo da produção: seu público.

Godbout (2008) ressalta, porém, que as redes possuem uma definição oposta a dos aparelhos: estas não têm público, representam um processo regulatório que se remete a um conjunto de membros, ou seja, o modo de funcionamento de uma rede se traduz na auto-regulação. E esta regulação se refere aos seus membros, os quais fazem parte de um mesmo conjunto. A ausência de ruptura produtor-usuário, própria dos aparelhos, define as redes sendo inerente ao modelo comunitário. São flexíveis, informais, variáveis, fracamente hierarquizadas e com estrutura muito mais leve. Seu sistema, na maioria das vezes, não tem centro, é composta de entidades autônomas, sendo impossível reconstruir seu funcionamento conforme um esquema racional central.

A partir do que foi exposto anteriormente, fica clara a afirmação de que os usuários possuem maior autonomia e liberdade no interior das redes, reconstituindo o seu poder de contratualidade que vai muito além da troca de bens e serviços, segundo a lógica de produção, mas apodera-se da solidariedade e da formação de vínculos.

E para que haja um entendimento dessas questões mais subjetivas é necessário refletir sobre a complexidade do sistema de saúde pública no âmago das realidades associativas e organizacionais mais complexas, pois exigem a incorporação da diversidade, alteridade e pluralidade para se reelaborar o planejamento estatal. Para além das linearidades das visões individualistas e

funcionalistas do usuário, a realidade aplica sistemas de redes que refazem necessariamente a natureza e sentido das ações (MARTINS, 2009a).

De acordo com Barbosa, Byington e Struchiner (2000) e Castells (1999), uma rede pode ser caracterizada como um conjunto de nós conectados, os quais podem ser grupos, pessoas ou outras unidades, e essas ligações podem ser simétricas ou assimétricas. E o termo rede social se remete ao conjunto de indivíduos em uma população e suas conexões. Cada sujeito tem ligações com outros sujeitos, cada um dos quais, por sua vez, está ligado a muitos ou alguns outros, sendo assim por diante.

Redes também são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem códigos semelhantes de comunicação. Uma estrutura social com base em redes é, pois, um sistema aberto, extremamente dinâmico apto à inovação sem ameaças ao seu equilíbrio (CASTELLS, 1999).

No campo da saúde mental, com o redirecionamento da assistência, familiares, vizinhos e amigos dos usuários de saúde mental têm sido instigados a fazer parte da política pública, no que se refere à posição de cuidadores e de suporte social. Essa reestruturação da relação entre Estado e sociedade civil é marcada pela diretriz governamental de responsabilidade do serviço por seu território de inserção, caracterizando a mudança na lógica de oferta e demanda de atendimento, estimulando os serviços extra-hospitalares. Tais mudanças privilegiam alternativas que vão além dos cuidados com a saúde física, mas que fortalecem a mediação de trocas sociais, a arbitragem de conflitos junto a vizinhos e familiares, por exemplo, e também em entidades como escolas e centros culturais (SILVA, 2009).

As redes sociais surgem como recurso decisivo para impulsionar o avanço dos programas territorializados, os quais exigem participação ativa e envolvimento das populações locais, tendo como objetivo a democratização da vida local e a promoção da cidadania (MARTINS, 2008). Nesse sentido é de extrema importância que os serviços substitutivos ao modelo manicomial sejam comprometidos em funcionar com base no território, e com o objetivo de fortalecimento das redes sociais dos usuários e possibilidade de formação de novos vínculos.

Torna-se necessário ir além das críticas convencionais a respeito das dicotomias entre sociedade e Estado, avançando numa perspectiva de análise

capaz de considerar as relações sociais como fontes de teorias identitárias e experiências humanas, que no momento em que se constituem em redes sociais, não excluem as redes de serviços com atores novos, num contexto de luta entre as diferentes concepções de mundo (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Conforme Souza, Kantorski e Mielke (2006), os novos espaços de intervenção, propostos pela Reforma Psiquiátrica se traduzem em contextos responsáveis que, enquanto rede, exercem a função de promover saúde, apoiar e possibilitar a criação de novos vínculos, e também possibilitar a intersecção com outras redes no âmbito da comunidade.

Nas redes sociais, há valorização das relações e dos elos informais, ao invés das estruturas hierárquicas. A análise e estudo das redes evidenciam um dado da realidade contemporânea que ainda está sendo pouco explorado, ou seja, de que os sujeitos estabelecem suas ações nos próprios espaços políticos em função de mobilizações e socializações desencadeadas pelo próprio desenvolvimento das redes. Mesmo que as redes sejam informais, os seus efeitos podem ser percebidos além do seu espaço, nas intervenções com a sociedade, com o Estado e com outras instâncias. As decisões micro são influenciadas pelo macro, e a rede se posiciona como intermediária (MARTELETO, 2001).

Independentemente das leituras que se faça sobre as mesmas, as redes aparecem como um conceito sociológico primordial na proporção em que se faz necessário dar destaque à vida cotidiana como espaço estratégico para a articulação institucional e política dos grupos sociais e comunidade, principalmente contra as tentativas dos modelos de economia individualistas e privatistas de colonizar a vida cotidiana em detrimento do espaço público. Então surge a mudança metodológica, valorizando os conceitos de redes interativas produtoras de solidariedade, reciprocidade e dádivas ampliadas, as quais ultrapassam o sistema formal (Estado, Mercado e Ciência) e constituem-se num fenômeno complexo, cultural, social e multidimensional (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

O referencial sociológico de redes que é utilizado nesse estudo surgiu na Europa, mais especificamente na França, a partir de um movimento das Ciências Sociais denominado M.A.U.S.S. (Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais), no qual são expressadas e difundidas as ideias do antropólogo e sociólogo Marcel Mauss, que estas serão melhor descritas no referencial teórico deste estudo.

O conceito sobre a troca de dádivas foi descrito por Marcel Mauss em seu notório livro intitulado “Ensaio sobre o dom, forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”, o qual foi publicado em 1924. Este, após analisar um conjunto expressivo de material etnográfico sobre os habitantes do noroeste da América do Norte e da orla do pacífico, descobriu uma forma de intercâmbio sócio-cultural amparado em um complexo sistema de prestações e contraprestações, cuja fundamental característica era a troca de presentes, em sociedades onde não existe o sistema financeiro (FONTES, 2008).

Marcel Mauss realizou um estudo com os povos da Polinésia, Melanésia, Noroeste americano, entre outros, e percebeu que nos direitos e nas economias que precederam os nossos nunca se observavam simples trocas de riquezas, bens e produtos entre indivíduos, e sim entre coletividades (tribos, famílias, clãs). E o que se troca não são exclusivamente riquezas e bens, imóveis e móveis, coisas úteis economicamente. São, também, amabilidades, festins, serviços militares, ritos, mulheres, crianças, danças, festas, e nesse sentido o mercado é um dos seus momentos em que a circulação de riquezas não é mais do que um dos termos de um contrato mais permanente e mais geral. Deste modo, estas prestações e contra prestações se dão sob uma forma preferencialmente voluntária, mas ao mesmo tempo, rigorosamente obrigatórias, cujos fundamentos, observados empiricamente, são: dar, receber e retribuir (MAUSS, 2008).

Uma tentativa recente de relançamento da teoria de Marcel Mauss é, sem dúvida, a representada pelos trabalhos do M.A.U.S.S., fundado em 1981, na França. O termo M.A.U.S.S. tem dois sentidos propositais: um deles, realizar uma homenagem a Marcel Mauss, destacando o seu lugar na sociologia; e o outro é divulgar o potencial da teoria da dádiva e o seu caráter antiutilitarista, para fundamentar uma consistente crítica sociológica à doutrina neoliberal, buscando demonstrar ser um equívoco a ambição do pensamento econômico e utilitarista de evidenciar o mercado como variável central no estabelecimento da vida social (MARTINS, 2005).

Antiutilitarismo, nesse estudo, é entendido como a capacidade de perceber o valor que o ser humano tem, além do que ele pode produzir, ou seja, é valorizar o indivíduo em sua essência, contemplando sua subjetividade.

O M.A.U.S.S. percebe que as dídivas traduzem-se pela presença de atores coletivos que compartilham formas de intercâmbio, a percepção da dádiva não é uma ação isolada e sim um ciclo (FONTES, 2005).

Nas economias que se norteiam pelo dom, as trocas não são impessoais como no mercado capitalista. O que verdadeiramente importa é a relação que se solidifica entre as pessoas, ou seja, o objeto de troca é a concepção de vínculos ou o surgimento de obrigações e rivalidades. Nesse sentido, a circulação de riquezas efetua-se somente à margem (MARTINS, 2002).

De acordo com Martins (2009), em nossas sociedades complexas, as redes de usuários de saúde não são compostas apenas por indivíduos, mas também por um conjunto de objetos invisíveis (símbolos, mitos, crenças etc.) ou visíveis (dinheiro, medicamentos, alimentação etc.) que contribuem para criar a circulação de dons e o sistema de trocas.

Nesse sentido, é de extrema importância que as pesquisas em saúde mental, ancoradas na Reforma Psiquiátrica, estejam comprometidas com a captação da subjetividade das relações de trocas e com o estabelecimento de vínculos entre os usuários e sociedade, incluindo família, amigos e a sociedade em geral, pois haverá relevância para o que realmente fará a diferença na vida dos indivíduos, que é a autonomia e a independência.

O sofrimento surge como tema sociológico proeminente quando se compreende que o mau funcionamento dos mecanismos de socialização têm relação direta com as representações que os indivíduos fazem do seu grupo social e de si mesmos, à respeito do valor dado ao pertencimento coletivo (a uma comunidade, a uma família, a uma nação), criando ou destruindo práticas de solidariedade e alianças. Então, quando as instituições trabalham adequadamente (trabalho, família etc.), são produtoras de bem estar social. E ao contrário, quando não funcionam adequadamente, causam mal-estar social (MARTINS, 2008).

Segundo Amarante e Torre (2007), a Reforma Psiquiátrica nos conduz à consolidação dos processos avaliativos que sejam sensíveis à apreensão dos movimentos de produção de subjetividades pautadas pelas singularidades, pelo escape ao modelo, pela inovação, pela superação dos padrões de normalidade, e que sejam potencializadoras e criativas de novos modos de existência, provenientes de movimentos de profissionais, usuários ou comunidades. Os novos dispositivos e serviços em saúde mental requerem a construção de novos modos de interferir,

compreender, interpretar e avaliar a produção de subjetividades, já que o modelo manicomial é insuficiente para dar conta de captar as inovações criadas nesse contexto de novos objetivos.

No momento em que a prática associativa e os mecanismos de pertencimento em rede estão funcionando adequadamente na vida local, os acordos e negociações tendem a estimar uma visão mais democrata e cidadã do usuário. O usuário torna-se obrigatória e simultaneamente objeto e sujeito da ação social em rede; ele é demarcado pela cena institucional onde está configurada a sua trajetória inicial e reinventa esta cena a partir da sua luta por sobrevivência e reconhecimento (MARTINS, 2009).

Nesse contexto de mudança de práticas na assistência em saúde mental, surge a urgência em avaliar e estudar em profundidade como se formam os laços que compõem a rede social dos usuários e a formação de vínculos. Sendo assim, uma maneira de realizar esse objetivo é por meio do conhecimento das trajetórias terapêuticas individuais de cada sujeito.

De acordo com Novakoski (1999), as trajetórias terapêuticas se definem como o conjunto de recursos de cuidados com a saúde, desde o surgimento de um problema ou doença até a sua cura, estabilização ou morte. Lenta ou bruscamente perpassa da normalidade ao estado de doença, desencadeando um processo complexo, quanto à decisão do tipo de recurso a adotar, influenciado não somente por fatores objetivos, mas também pelas representações que interferem na explicação da patologia, na busca por determinado recurso e consequentemente nos itinerários em busca de assistência.

Há uma grande semelhança entre trajetórias terapêuticas e itinerários terapêuticos, todavia, uma diferença crucial entre as duas temáticas consiste no fato temporal. Os itinerários objetivam compreender e analisar em profundidade determinado percurso dos indivíduos, levando em conta o tempo em que o pesquisador convive com este em seu contexto, para que possa captar detalhadamente sua cultura e fundamentar as escolhas dos indivíduos e seus porquês. Enquanto que as trajetórias objetivam ter uma visão ampla dos caminhos trilhados pelos sujeitos, descrevendo seus cursos a partir do que este relata e do que é observado pelo pesquisador em um tempo breve e delimitado.

Tendo em vista o que declara Pinheiro e Silva Júnior (2009) sobre os itinerários terapêuticos, mas que se aplica às trajetórias terapêuticas, é que estes se

traduzem por uma estratégia eficaz de avaliação, pois esses processos não se limitam apenas aos sujeitos que agem, mas também às redes de relações sociais que são edificadas nessa atuação, as quais compõem o imaginário sobre o tratamento em uso. E este imaginário propaga as experiências do adoecimento e suas variadas formas de tratamento, que inclui também as diversas concepções de doença e maneiras de tratamento, bem como as estratégias utilizadas no acesso às terapêuticas aplicadas.

A intenção desses percursos é subsidiar a escolha de estratégias apropriadas que propiciem acesso aos usuários em momento oportuno e de maneira contínua, resultando em vínculo com a equipe de saúde e, por conseguinte em adesão ao tratamento proposto (CABRAL et al, 2009).

De acordo com Rotoli (2007), a procura por serviços de saúde que atendam as necessidades dos usuários faz com que as trajetórias terapêuticas sejam realizadas de diversas formas. Então, compreende-se que os serviços de saúde poderiam estar estruturados de forma que as trajetórias terapêuticas de cada paciente estivessem organizadas com clareza, para que o indivíduo tenha discernimento de que caminho irá traçar para ser atendido no serviço com resolutividade.

O cuidar em saúde como objeto de avaliação é produzido por interações humanas que incluem o envolvimento e o relacionamento humano entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito por seu sofrimento e história de vida. Se, por um lado, o cuidado em saúde, seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de cuidado – ou seja, o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

De acordo com Fontes (2008b), podemos relacionar as trajetórias terapêuticas em consonância com as redes sociais. Os atores sociais (organizações, indivíduos) são compreendidos a partir de sua inserção em uma estrutura de rede social. A delineação desta posicionará o indivíduo num ambiente social, o que implicará em trajetórias biográficas individualizadas decorrentes de sua posição, na estrutura social, e também das experiências vivenciadas.

As trajetórias dos indivíduos não são determinadas integralmente por sua posição na estrutura social, bem como não somente pelos resultados de suas decisões. A sua inserção em uma estrutura de redes, embora de certa forma condicionada por sua posição na estrutura social, lhe garante certo grau de liberdade na escolha de estratégias de ação, possibilitando deslocamento na estrutura social. Ao mesmo tempo, o formato da rede social em que está inserido lhe possibilitará de certa forma localizar-se em posições diferenciadas no acesso a recursos – mesmo considerando comparativamente indivíduos com posições semelhantes na estrutura social (FONTES, 2008 b; p.123).

Compreender essas trajetórias requer um movimento analítico retrospectivo apto para conferir coerência entre os atos praticados, na maioria das vezes de forma fragmentada, mas que fundamentam diferentes processos de decisões e escolhas. Analisar esses fatos significa também considerar os discursos produzidos por eles, não os dissociando, evitando cometer dilemas epistemológicos e falsas dicotomias, que limitam a interpretação apenas aos resultados alcançados, ou seja, à resolutividade ou não apreendida na trajetória traçada, dissociando esses processos do mundo social (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2009).

As redes sociais dos indivíduos podem ser divididas em duas categorias, ou seja, na esfera micro e na macrosociológica. Conforme Martins (2009), no plano macrosociológico, as redes são valorizadas por observadores externos às práticas no campo da saúde, os usuários são condicionados por dispositivos sociais como trabalho, educação, renda, entre outros. Entretanto, no plano microsociológico, esta categoria é valorizada pelos que entendem o significado da experiência vivida na dinâmica dos cuidados, então o usuário é considerado co-participante na produção de determinantes sociais.

As injunções elaboradas pelas vivências e crenças produzidas no interior da família, do trabalho, dos vizinhos, da igreja, da política, do sistema de saúde e da cultura são revalorizadas pelos usuários a partir de suas redes de pertencimento e trajetórias de vida. Sendo assim, o usuário refaz a sua prática no momento em que toma consciência de sua existência pessoal e de seu posicionamento enquanto mediador de diversos planos de interatividades, as redes sociais.

O fato de tomarmos conhecimento sobre as inserções dos sujeitos (a partir de suas redes egocentradas), no contexto de suas práticas diárias de sociabilidade permite inferir sobre as possibilidades de tomar posse de recursos e, sendo assim, saber qual a sua posição na sociedade (FONTES, 2002b).

Diante dos argumentos expostos, o segundo pressuposto básico que fundamenta este estudo é o seguinte: **Os indivíduos em sofrimento psíquico formaram novas redes sociais a partir do novo modelo de atenção em saúde mental, o que fortaleceu o seu empoderamento e os possibilitou traçar novas trajetórias de maneira mais autônoma, e resolutiva aos seus problemas.**

Tendo em vista as significações da loucura na sociedade no decorrer da história e das épocas, o contexto em que surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica, os diversos serviços substitutivos ao modelo manicomial e a rede de saúde mental em si, surge o interesse pela temática do estudo.

Então, surge a questão norteadora desta pesquisa:

Quais as trajetórias terapêuticas estabelecidas pelos usuários de um Serviço Residencial Terapêutico, para o enfrentamento dos seus desafios cotidianos de vida?

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar as trajetórias terapêuticas estabelecidas pelos usuários de um Serviço Residencial Terapêutico, para o enfrentamento dos seus desafios cotidianos de vida.

3.2 Objetivos específicos

Descrever as trajetórias terapêuticas dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico;

Conhecer o cotidiano dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico e como estes desenvolvem suas atividades, levando em conta suas trajetórias terapêuticas;

Conhecer as redes sociais dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico.

4 Referencial teórico

4.1 As redes sociais na perspectiva sociológica

As redes sociais na atualidade constituem-se um tema primordial para se compreender a complexidade da vida social, sobretudo nos tempos atuais em que a sociedade civil mundial requer respostas políticas locais, eficazes e rápidas, para assegurar a ampliação dos direitos de gozo da cidadania (MARTINS, 2008).

De acordo com Mance (2001) o conceito de rede define-se por articulação entre as diversas unidades que, por meio de determinadas ligações trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e estas podem multiplicar-se em novas unidades, as quais fortalecem o conjunto como um todo na medida em que são fortalecidas por ele, colaborando assim para a expansão de novas unidades ou para a manutenção de um equilíbrio saudável. Cada nódulo evidencia uma unidade, e cada fio, um canal através dos quais as unidades se articulam através de diversos fluxos. O princípio fundamental dessa rede é o fato de que ela funciona como um sistema autopoietico, ou seja, um sistema aberto que se auto-reproduz.

Essas redes que se formam no decorrer da trajetória de cada ser humano se constituem em teias que vão se formando conforme a vida de cada sujeito, são individuais e contêm particularidades inerentes apenas para quem a vivencia. Cada movimento que o indivíduo faz no seu cotidiano passa por redes diferentes, e cada momento contém especificidades que não se repetem exatamente como aconteceram em outra determinada situação.

Durante esses deslocamentos os indivíduos exercem a sua cidadania, no momento em que são reconhecidos como pessoas que têm direitos,

que podem circular livremente na sociedade, aumentando o seu poder de contraturalidade, que é a capacidade de realizar trocas dentro do espaço social. Todavia há um local em que os indivíduos que necessitam de cuidados psiquiátricos na maioria das vezes não possuem rede social, ou quando esta existe é muito limitada. Esse local é o manicômio, serviço capaz de excluir e segregar todos que dele se “beneficiem”.

Kinoshita (1996), considera que nesse âmbito o doente mental tem valor apenas na sua dimensão de doente, um local que serve apenas para suporte da doença. Anula-se qualquer valor do indivíduo que o assegure como sujeito social. Os manicômios nada mais são do que agentes de desvalor, pois têm a capacidade de transformar as manifestações de poder por parte do indivíduo em sofrimento psíquico, em negatividade pura do sintoma, tornando-se um lugar de troca social zero. A maneira de cuidar dentro do hospital psiquiátrico anula e exclui qualquer manifestação de poder dos sujeitos.

No modo asilar, o indivíduo é visto como doente, tanto em relação à sua família quanto ao seu contexto social mais amplo; as intervenções são centralizadas exclusivamente nele. O indivíduo constitui-se como centro do problema, a partir de então se inicia o isolamento social em relação ao meio social e familiar. Há uma espécie de paralelo entre o isolamento do sujeito e o exílio da cena do seu tratamento (COSTA-ROSA, 2006).

Todavia, com o advento da Reforma Psiquiátrica, surge a esperança de que esses indivíduos com transtorno mental retomem o direito à sua cidadania. No âmbito da reabilitação psicossocial há a responsabilidade e o comprometimento com a inserção social dos sujeitos. De acordo com Tonini, Maraschin e Kantorski (2008) a reorganização do modelo assistencial recomendado pela Reforma necessita ser centrado em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, no ponto de vista da produção de qualidade de vida, enfatizando ações promocionais e integrais de saúde.

A subjetividade do usuário existe legitimamente somente no momento em que ele pode sair do hospital psiquiátrico, ou seja, somente quando lhe são reconstruídos e atribuídos os recursos e condições sociais, materiais, culturais que tornem possível o exercício efetivo de sua subjetividade (ROTELLI, 1994).

Os serviços substitutivos ao modelo manicomial são estratégicos para o desenvolvimento das redes sociais dos usuários, pois estes, ao trabalharem

comprometidos com a reabilitação psicossocial, promovem a inserção dos indivíduos na sociedade, contribuindo para a formação de vínculos e para a identificação de redes sociais.

A participação do usuário, com o conhecimento sobre suas redes sociais e suas experiências, contribui para a elaboração de respostas eficazes aos seus problemas de saúde, principalmente nos questionamentos sobre a própria capacidade de a avaliação produzir julgamentos e informações necessários para auxiliar as instâncias e decisões a melhorar o desempenho de suas ações. (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

A relação entre os estudos no campo da saúde e a sociologia afirma-se a partir de caminhos entrelaçados, revelando a importância de se compreender a saúde como fenômeno social, ou seja, um fato resultante das interações humanas, resultado da vida em sociedade, como igualmente são outros acontecimentos: família, religião, educação, política, lazer, e economia (MARTINS, 2008).

Nesta dissertação, defende-se o conceito de Rede Social proposto pelo sociólogo Paulo Henrique Martins (2008), o qual é ancorado no antiutilitarismo, o qual será exemplificado a seguir. Segundo o autor, o interesse por essa temática surge de uma busca progressiva por um pensamento prático e complexo sobre a realidade social. Esse conceito está amparado na construção de um pensamento sociológico humanizante e antiutilitarista, o qual, ao decorrer no século XX, vem valorizando a força de associação entre os homens como um recurso explicativo influente dos movimentos espontâneos e coletivos. Ou seja, como um recurso teórico de valor prático na elaboração de esferas democráticas e públicas isenta das esferas do mercado e do Estado. Essa visão apoia-se no afastamento do pensamento individualista e burocrático-funcional tradicionais.

O mesmo autor assegura que a preocupação em evidenciar o pensamento antiutilitarista implica em um diálogo da sociologia com as mudanças paradigmáticas das disciplinas afins e, por outra visão, na elaboração de um pensamento complexo no campo da sociologia que responda aos novos desafios postos pelas mudanças materiais e simbólicas dos bens circulantes e pelos processos de reorganização temporal e espacial da sociedade moderna (MARTINS, 2008).

A fim de situar a conjuntura do conceito antiutilitarista, vale ressaltar que este teve início, enquanto movimento intelectual e cultural, na Europa, mais especificamente na França, em 1981. Essa articulação de pensadores

comprometidos com a crítica sistemática e articulada ao utilitarismo econômico foi denominada M.A.U.S.S. – *Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales* (Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais), sob a tradição teórica de Marcel Mauss. Neste contexto, a dádiva é centrada como figura sociológica central para a realização de uma crítica profunda ao utilitarismo (MARTINS, 2002).

Mauss era discípulo e sobrinho de Durkheim, e ao ler as etnografias de alguns teóricos como Malinowski e Boas, tentou entender o sistema de trocas aos quais eles se referiam. Vale ressaltar que ele estudou durante muito tempo o sistema de prestações econômicas, nas chamadas sociedades arcaicas e primitivas. Em seu livro intitulado *Ensaio sobre a Dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas* (1924), ele afirmou que nelas os contratos e as trocas se davam por presentes que eram voluntários, mas que necessariamente também eram retribuídos. Propôs chamá-los de fenômenos sociais totais, porque exprimiam todos os tipos de instituições (políticas, econômicas, religiosas e morais). Apesar dessa complexidade, ele queria demonstrar o caráter aparentemente voluntário dessas prestações, que ao mesmo tempo eram paradoxalmente interessados e forçados (BARBOSA, 2007).

De acordo com Martins (2005), no Brasil, Marcel Mauss também é conhecido como etnólogo e antropólogo. Muitas pessoas ficam surpresas ao saber que este tem uma relevante contribuição sociológica, na medida em que aparece como o principal sistematizador da teoria da dádiva, a qual vem sendo estudada como um modelo interpretativo de grande relevância para refletir sobre os fundamentos da aliança e da solidariedade nas sociedades contemporâneas. Uma de suas principais contribuições para a sociologia foi comprovar que o simbolismo é indispensável para a vida social e que o valor das coisas não deve ser superior ao valor da relação.

Esta abordagem alternativa afasta-se do tratamento tradicional demonstrado pelo estruturalismo, o qual enfatiza no dom um papel de troca rígido, para ressaltar no vínculo social um paradoxo entre a espontaneidade e a regra, entre a obrigação e a liberdade. E essa visão não estruturalista é ao mesmo tempo antiutilitarista, criticando os discursos que minimizam os motivos da ação social ao utilitarismo material. Então o dom aparece como uma alternativa aos dois paradigmas tipicamente modernos, quais sejam, o do holísmo, em que a força do coletivo prevalece sobre o indivíduo, e do individualismo, em que o indivíduo se sobrepõe ao

coletivo; sendo o primeiro representado pelo Estado e o segundo pelo Mercado (SABOURIN, 2008).

Segundo Martins (2002), o objetivo do mercado não é criar o social, mas ao contrário, é produzir lucros, não importando se isto significa o fim dos empregos e do social. Entretanto, o social surge somente sob condições individuais de confiança, doação e solidariedade que não podem ser explicadas, nem pela óptica da burocracia estatal, nem do interesse individual, mas do paradigma do dom.

A tentativa de afirmar que o social tem regras particulares não redutíveis às dimensões mercantis e estatais é uma das características cruciais da escola antiutilitarista para o pensamento crítico lançado nas sociedades como a nossa. Os teóricos adeptos ao antiutilitarismo acreditam que a obrigação mútua gerada pelos movimentos da dádiva (receber, retribuir e dar) se constitui não apenas num fenômeno sociológico das sociedades tradicionais, sobretudo das sociedades modernas, mas também na primeira qualidade da existência do vínculo social. Sendo assim, a perspectiva do paradigma do dom é de que as regras de fundação de uma sociedade são interdisciplinares e paradoxais. Então, a sociedade se fundamenta na ambivalência da reciprocidade (MARTINS, 2002).

O termo “antiutilitarista” não quer dizer de maneira alguma não-utilitário, gratuito, inútil (no sentido de sem motivo), sem razão de ser. Mas ao contrário, nada é mais precioso de que a aliança solidificada pelo dom, visto que ela permite a transição, sempre revogável, da confiança à desconfiança, da guerra à paz. Por isso que importa rivalizar em generosidade, perseguindo, paradoxalmente, a guerra pelos meios da paz; a aliança representa em certo sentido o que há de mais “útil” no mundo. O laço precisa ser querido por causa de si próprio e não pelo bem (CAILLÉ, 2002).

Para Marcel Mauss, a dádiva equivale a uma evolução da consciência de ser, a um desenvolvimento de autoridade e fama para o doador. O ato de dar não significa só oferecer algo de si, mas adquirir esse “si”. A importância nasce da dádiva e relaciona-se àquele que toma iniciativa ao doador, para formar seu próprio nome, valor de renome e fama. Para ele, nas dádivas não existe nem compra, nem troca. A contradádiva e a dádiva pertencem a uma dialética econômica e social polarizada pela honra e pelo prestígio. Essa polaridade por si só proíbe diminuir o sistema contradádiva/dádiva a uma troca e diminuir o efeito de redobramento da dádiva ao interesse do primeiro doador (SABOURIN, 2008).

De acordo com Lanna (2000), a dádiva produz a aliança, tanto as alianças políticas (trocas entre diferentes camadas sociais ou chefes) como as matrimoniais, religiosas (através dos sacrifícios que representavam relacionamento com os deuses), jurídicas, econômicas e diplomáticas (incluindo as relações de hospitalidade entre os indivíduos). Mauss afirmava também que as dádivas incluem não só presentes como também festas, comunhões, visitas, esmolas, heranças, tributos, enfim, prestações que podem ser totais ou agonísticas.

O dom na perspectiva antiutilitarista constitui o performador e o motor por antonomásia das alianças. O dom é que as sela, garante e lhes dá vida e as simboliza. Mesmo que se trate de um dom inicial ou de um dom refeito muitas vezes que nem mesmo pareça mais um dom, é no ato de dar que se declara concretamente a disposição a tomar parte no jogo da aliança e da associação e que se solicita a participação dos outros nessa mesma relação (CAILLÉ, 2002).

O verdadeiro dom é aquele que tem o objetivo de não conformar-se com uma regra ou convenção social, mas, sobretudo expressar o vínculo com a pessoa (GODBOUT, 2002).

A constituição da vida acontece por um constante dar-e-receber, bem como dar e retribuir são obrigações, porém organizadas de modo particular em cada caso. Nesse aspecto encontra-se a importância de entender como as trocas são praticadas e concebidas nos diferentes lugares e tempos, e que de fato elas podem se traduzir em diversas formas, da retribuição pessoal à redistribuição de tributos (LANNA, 2000).

Essa teoria de rede social elucida preocupação de explicar o fato social a partir de uma injunção coletiva que se sobressai às vontades individuais (todavia, essa injunção não elimina a liberdade dos atores sociais em participar de diversos círculos de trocas), ao invés de explicar o fato social a partir da liberdade individual (MARTINS, 2008).

A troca de presentes representa um significado muito mais amplo do que se percebe. No presente recebido e trocado, cria-se uma obrigação, enfim, o que é recebido não é inerte. A transmissão do dom cria um vínculo moral, jurídico, político, econômico, espiritual e religioso, um vínculo de almas. Presentear algum objeto a alguém é presentear alguma coisa de si. Dessa forma, tanto a qualidade como a quantidade do que é trocado tem importância no estabelecimento da superioridade moral e política como também a iniciativa do que é oferecido de uma primeira dádiva

que ira solidifica a relação. A ascendência do indivíduo doador se relaciona também à iniciativa da troca (LANNA, 2000).

Dar, receber e retribuir, essa tríplice obrigação identificada por Mauss no coração das sociedades arcaicas e selvagens demonstra que as relações sociais nessas sociedades não fluem segundo os padrões do contrato ou do mercado. Em termos sociológicos, o antiutilitarismo deve hierarquicamente ter a precedência sobre o útil, englobando toda funcionalidade, pois o que importa em primeiro lugar é construir o laço social, pois este é mais importante que o bem (CAILLÉ, 2002).

Para Mauss, a dádiva é um ato ao mesmo tempo simultâneo e obrigatório, e o aspecto criador da sociabilidade da dádiva não se restringe à política. Dar e receber implica não somente uma troca material, mas também uma troca espiritual, elevando o seu significado. A Antropologia de Mauss é uma sociologia comprometida com o símbolo e a comunicação. Ao dar, se doa sempre algo de si mesmo. Ao aceitar, o receptor aceita algo proveniente do doador. Assim, ele deixa, ainda que momentaneamente, de ser um outro, a dádiva os torna semelhantes, os aproxima. Ou seja, a etnografia da troca dá um novo sentido às etiquetas sociais (LANNA, 2000).

As intensas transformações por quê passaram as sociedades contemporâneas têm impactos bastante significativos em diversas esferas da vida social. A partir daí se podem observar arranjos de sociabilidade que resultam em produção de solidariedade. Ou seja, concorda-se com laços mantenedores do vínculo social, que de certa forma também se adaptam às mudanças recentes, e que também haveria outros mecanismos elaboradores de solidariedade substitutos dos anteriormente dominantes, os quais seriam inadequados (FONTES, 2008 a).

Fontes (2008a), julga também que partir do ponto de vista da Teoria das Redes Sociais, essas são definidas como pontes que ligam os sujeitos às instituições sociais e organizam suas biografias em inserções sociais que asseguram suas identidades. Por meio desse conceito compreendemos os complexos processos sociais vivenciados em nível microsociológico, a partir de sua ligação com fenômenos identificados ao nível macro.

De acordo com Fontes (2008b), os processos organizados das redes sociais têm como origem as interações sociais firmadas pelos indivíduos, ou seja, a estrutura de sociabilidade presente em cada um dos atores de uma interação. Esta é visualizada em campos sociais, componentes de identidade de uma geografia social

que admite a localização de sujeitos em uma estrutura social e as possibilidades interativas entre eles.

O fato de conhecermos as inserções dos indivíduos (a partir de suas redes egocentradas) em suas práticas cotidianas de sociabilidade nos permite inferir sobre as suas possibilidades de acessar os recursos e, portanto, qual a sua posição na sociedade. [...] o ponto central de análise para os teóricos das redes sociais se desloca do *indivíduo* (posição compartilhada por muitas correntes das ciências sociais), ator e unidade de análise, ou da *estrutura*, elemento explicativo do processo de organização social, para as posições concretas dos indivíduos e das organizações em uma determinada sociedade segundo os padrões de estruturação das *redes* em que estão inseridos (FONTES, 2008. p. 122 b)

Segundo Paulo Henrique Martins (2009b), há quatro princípios a serem observados ao eleger o usuário como ponto de partida pra se debater o impacto da ação pública sobre as redes do cotidiano:

1º Princípio: A perspectiva fenomenológica se cruza com uma compreensão formal de sistemas complexos para configurar o conjunto de variáveis (rotinas, crenças, regras, valores, sentimentos) que influenciam nas práticas sociais.

- Variáveis Macrossociológicas: possuem usos eficazes para a gestão de sistemas hierárquicos, porém insuficientes para definir as motivações estruturadoras das ações humanas.
- Variáveis Microsociológicas: são relevantes para entender o funcionamento das redes, dos itinerários e trajetórias. Nesse sentido, constata-se que o usuário é uma unidade cultural e biopsíquica complexa. Ex.: instituições primárias como família, vizinhos, amigos.

2º Princípio: As redes sociais dos indivíduos são constituídas sempre nos espaços públicos localizados entre as experiências e os sistemas.

- Redes espontâneas: de amigos, vizinhos etc.
- Redes induzidas pela intervenção externa: redes de diabéticos, hipertensos etc.
- Dádivas: na perspectiva fenomenológica as redes sociais são caracterizadas por sistemas de reciprocidade e de trocas, que envolvem os indivíduos mediante ações de conflitos/alianças ou de acordo/desacordo.
- Redes invisíveis: o indivíduo não tem consciência da mesma, e posiciona-se passivamente em seu interior.

- Redes visíveis: o indivíduo tem consciência de sua dependência em relação a outras instituições e agentes sociais.

3º Princípio: As redes de relacionamentos se articulam por mediadores não humanos e humanos.

- Mediadores inibidores: são definidos por perpetuarem conflitos;
- Mediadores colaboradores: quando são acionados para intermediar conflitos e promover alianças e soluções, bem como tomar iniciativas que diminuam as tensões estruturais ou que produzam novas situações sociais inéditas. *Internos à rede*: tia, irmão etc. *Externos à rede*: enfermeira, médico, agente comunitário de saúde etc.
- Tipos: pessoa, instituição ou objetos.

4º Princípio: As redes sociais e comunitárias interativas podem elucidar recursos importantes para se criar e implementar novos indicadores e critérios de avaliação das políticas públicas que retornem efeitos mais efetivos do que os tradicionais determinantes sociais epidemiológicos, pois estas integram ao mesmo tempo os fatores micro e macrossociológicos, pensados a partir do sistema e também a partir das lógicas do mundo da vida.

Tendo em vista o arcabouço teórico sobre rede social discutido anteriormente, este permite resgatar a essência das relações humanas e destacar as particularidades da vida dos indivíduos em sofrimento psíquico, entendendo que o sujeito pode realizar trocas no espaço social. A partir disso permite subsídios para conhecer os entraves e facilidades tanto no âmbito social de cada sujeito, quanto para as questões da desinstitucionalização, da reabilitação e da reinserção social.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem metodológica qualitativa. Trata-se de um recorte do Projeto de Pesquisa Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)³. Foi autorizada a utilização dos dados pela coordenação da pesquisa (ANEXO A).

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa define-se como um determinante que envolve não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao indivíduo, mas também as representações objetivas pelos atores sociais que lhe designam significados. É um recorte da realidade, a qual não pode ser quantificada.

³ O presente projeto de pesquisa tem como objeto de estudo a avaliação de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. Entendendo que a rede deve ser composta por diferentes dispositivos busca-se estudar, a partir do usuário, CAPS (CAPS I, II e III, CAPS ad e CAPS i), Hospital Geral, Leitos Psiquiátricos, Ambulatório, Serviço de Emergência, Geração de Renda, Residências Terapêuticas, PSF/UBS, Geração de Renda, em cinco municípios da Região Sul do Brasil, pensando estes como instrumentos catalisadores do processo de atenção psicossocial. Constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferecem diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando esses serviços. Deste modo, divide-se a apresentação do projeto a partir de dois sub-projetos, a saber: Estudo de Avaliação Quantitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial por meio de uma abordagem epidemiológica. Estudo de Avaliação Qualitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial através da avaliação de quarta geração, construtivista e responsiva de Egon Guba e Yvona Lincoln (1985,1988,1989) adaptada por Wetzell (2005) e da metodologia de análise de redes do cotidiano de Paulo Henrique Martins (s.d). Este estudo é realizado pela Faculdade de Enfermagem da UFPel em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS.

5.2 Local do estudo

O desenvolvimento do estudo se deu no contexto de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município de Caxias do Sul - RS. Os dados foram coletados a partir do Projeto de Pesquisa REDESUL, o qual pesquisou os cinco municípios do Rio Grande do Sul que possuem Serviço Residencial Terapêutico (Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre e Viamão). A escolha do município de Caxias do Sul se deu devido ao fato de que a autora deste estudo esteve inserida na coleta de dados neste município, e também porque nesta cidade a rede de saúde mental encontra-se estruturada, permitindo o deslocamento do usuário pelos diversos dispositivos que compõem a rede de saúde.

A contextualização do município e do SRT poderão ser evidenciados no Capítulo de Análise e Discussão dos Resultados.

5.3 Sujeitos do estudo

No município de Caxias do Sul há dois SRT, no SRT 1, o qual é um sobrado independente, residem os usuários que têm maior autonomia e no SRT 2 aqueles que necessitam de cuidados da equipe em tempo integral.

Os sujeitos escolhidos para participar deste estudo constituem-se em quatro usuários do SRT 1, os quais foram escolhidos devido o seu grau de independência, e também por residirem na parte superior do sobrado.

A fim de garantir o anonimato da identidade desses participantes os mesmos assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), e foram identificados pela ordem em que foram entrevistados (ex.: Ent. 1; Ent. 2).

5.4 Trabalho de campo

O trabalho de campo se deu da seguinte maneira:

1ª Etapa: Observação (APÊNDICE A) dos moradores do SRT e seu cotidiano, assim como da dinâmica do serviço. Esta foi realizada por quatro pesquisadores, sendo que uma desses é a autora deste estudo, totalizando 700 horas de observação.

2ª Etapa: Entrevistas semiestruturadas junto aos quatro usuários participantes deste estudo (APÊNDICE B). E após este momento, foram confeccionados o ecomapas de cada morador, individualmente.

3ª Etapa: Coleta de dados dos prontuários individuais dos sujeitos, conforme instrumento elaborado para esta finalidade (APÊNDICE C), contemplando o histórico do acolhimento e a história de vida de cada indivíduo

5.5 Princípios éticos

Os princípios éticos foram assegurados conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, através do Capítulo III⁴, artigos 89, 90 e 91, os quais expõem aspectos sobre as responsabilidades e deveres, e artigos 94 e 98 os quais tratam das proibições; e também de acordo com a Resolução nº 196/96⁵ do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFPel, sob o parecer 073/2009, de 14 de janeiro de 2009 (ANEXO C).

5.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em temáticas, conforme Minayo (2010). Esse tipo de análise desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos dados obtidos e interpretação.

Primeiramente as entrevistas foram transcritas na íntegra e em seguida agrupadas em temáticas, conforme os objetivos desse estudo. Também foram

⁴ Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Proibições: art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

⁵ Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde: são normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

confeccionadas as trajetórias terapêuticas de cada protagonista, tendo com suporte os dados extraídos das entrevistas e dos prontuários, os quais foram analisados conforme um instrumento pré-definido (APÊNDICE C).

6. Análise e Discussão dos resultados

Este capítulo evidencia a análise e discussão dos dados coletados, tendo como alicerce o referencial teórico previamente esclarecido. No decorrer desta construção, serão acrescentadas as falas de cada protagonista ao longo do texto, preservando o anonimato da sua identidade, sendo identificados pela ordem em que foram entrevistados, como por exemplo, Ent.1, Ent. 2. Também serão acrescentados os dados coletados nos seus prontuários individuais, além das observações relatadas em diários de campo pelos quatro pesquisadores que participaram da coleta de dados qualitativa REDESUL em Caxias do Sul – RS, os quais são identificados como DC (Diário de Campo) de 1 a 4.

Neste capítulo será apresentado o contexto do município de Caxias do Sul e do Serviço Residencial Terapêutico, quais os sujeitos do estudo e suas histórias e trajetórias de vida, assim como seu cotidiano e redes sociais.

Afim de que o leitor desse estudo possa compreender melhor o âmbito em que se localiza o SRT e onde os moradores deste vivem e desenvolvem suas trajetórias, torna-se fundamental a *Contextualização do município de Caxias do Sul*, conhecendo o seu histórico, sua cultura e sua colaboração no contexto brasileiro. Nesse espaço são abordados os aspectos principais que envolvem a cidade de Caxias do Sul.

Também é realizada a *Apresentação do SRT de Caxias do Sul*, possibilitando conhecer as condições em que foi inaugurado o SRT na cidade, quais são seus objetivos, seu público-alvo e equipe de trabalho. Além disso, descrevem-se características da estrutura física e do funcionamento da moradia, baseado em dados de documentos, observações de diários de campo e ainda fotografias.

No capítulo: *Descrição dos sujeitos participantes do estudo*, há um breve relato dos dados referentes a cada sujeito: características pessoais, local de proveniência e data em que passaram a residir no SRT.

A seguir, em *Trajetórias terapêuticas*, é descrito um esquema que ilustra a trajetória terapêutica de cada indivíduo, até o momento em que chegou ao SRT, com dados fundamentados nos prontuários. Em seguida são exploradas as peculiaridades inerentes a cada *Protagonista*, a partir das entrevistas, dando vida e sentido ao estudo.

Em seguida, é apresentado *O cotidiano e o viver no SRT*, contextualizando o dia-a-dia dos moradores que vivem no SRT, suas atividades, relacionamento com os colegas da casa e com a equipe, evidenciando o modo de vida dentro da moradia. Para isso, foram utilizados os dados explorados nos diários de campo.

E para finalizar, *Os sujeitos e as suas redes sociais*, as redes de sociais e de apoio que fazem parte da vida de cada *protagonista*, identificando também os mediadores colaboradores e inibidores presentes em cada uma delas. Para isso, conta-se com o suporte dos ecomapas, os quais foram confeccionados individualmente com cada morador e os dados coletados nas entrevistas.

Buscou-se por meio da apresentação deste capítulo, disponibilizar um breve *roteiro* para que o leitor desta dissertação encontre o sentido da estrutura deste estudo, proposto pela pesquisadora. E que possa conhecer as *trajetórias terapêuticas*, o *cotidiano* e as *redes sociais* que fazem parte da vida de cada morador, *protagonista da sua história*.

6.1) Contextualização do município de Caxias do Sul-RS

A história da cidade de Caxias do Sul iniciou antes da colonização italiana, quando a região era habitada por tropeiros, habitada por índios e era conhecida como “Campo dos Bugres”. Entretanto, a ocupação pelos imigrantes italianos deu-se a partir de 1875, os quais eram em sua maioria camponeses provenientes da região Vêneto, Itália (BRASIL, 2010d).

De acordo com essa mesma fonte de informações, Caxias do Sul é o pólo centralizador da marca italiana no Rio Grande do Sul, contando com laboriosos colonos, vastos parreirais, diversas vinícolas, um variado parque industrial e um comércio dinâmico. Caxias do Sul é conhecida como a Capital da Montanha, Pérola das Colônias e Colméia do Trabalho. Em decorrência do vinho e da uva, Caxias se notabilizou como o berço do turismo do Estado, quando em 1931 lançou a maior festa do sul: a Festa da Uva, a qual é um evento importante para destacar esta cidade em sua qualidade turística.

Este município localiza-se em uma região privilegiada econômica e culturalmente, pois articula belos e diferenciados pontos turísticos, além de ser um local com diversas riquezas, as quais proporcionam destaque desta cidade no Rio Grande do Sul e no Brasil.

O município de Caxias do Sul está localizado na encosta superior do nordeste do Rio Grande do Sul, distribuído com parte na extremidade leste da microrregião vitivinícola e parte no planalto dos Campos de Cima da Serra. Região esta que também é conhecida como Roteiro da Uva e do Vinho (BRASIL, 2010d).

A próxima figura (Fig. 2) demonstra a localização da cidade de Caxias do Sul, junto aos municípios vizinhos:



Figura 2 – Cidade de Caxias do Sul – RS e municípios vizinhos.

Fonte: CAXIAS TUR, 2010.

Constitui-se em uma cidade de médio porte, localizada na serra do estado, sendo a segunda cidade mais populosa do Rio Grande do Sul. De acordo com dados do IBGE (BRASIL, 2010c), em 2009 a estimativa era de que Caxias contava com 410.167 habitantes, sendo destes 201.570 homens e 208.597 mulheres.

A seguir, evidencia-se a Pirâmide Etária da população de Caxias do Sul:

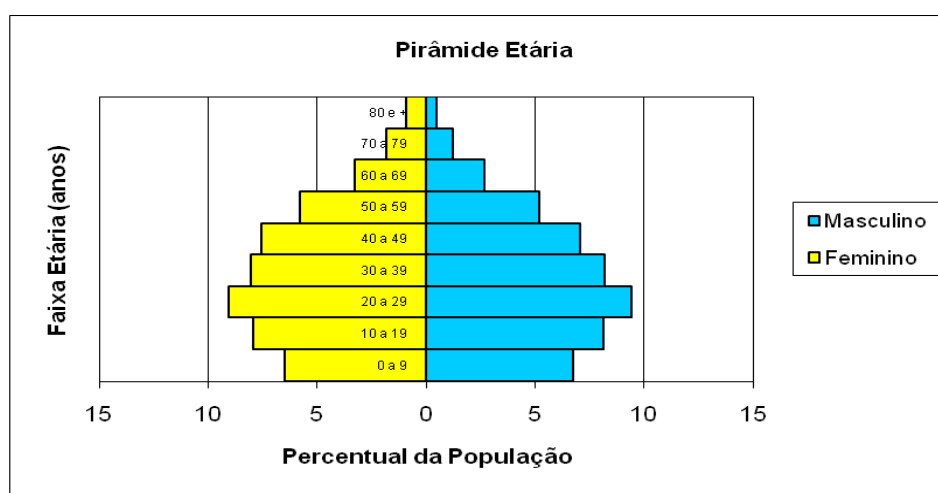


Figura 3 – Pirâmide etária da população de Caxias do Sul – RS.

Fonte: BRASIL, 2010c.

No que se refere à base econômica, nesta cidade ela está centrada prioritariamente na indústria, o que se traduz por 50,01%, contando com 6.665 empresas. A seguir evidencia-se o comércio e outros serviços, com 38% (21.923 estabelecimentos), e por fim a agropecuária contribui com 4,51% da economia. A composição do setor industrial acontece pelos seguintes campos: metal mecânico, material de transporte, mobiliário, produtos alimentícios e bebidas (BRASIL, 2010d).

Em 2004, Caxias do Sul contribuiu nacionalmente através do PIB (Produto Interno Bruto) com R\$ 8,1 bilhões, o que equivale a 5,68% do PIB estadual, tendo uma Renda Percapita, nesse mesmo ano, de R\$ 20.485,00, representando 150,4% da média do estado do RS.

Com relação ao saneamento básico da cidade, pode-se observar na figura a seguir um paralelo entre os anos de 1991 e 2000, percebendo-se a melhoria da qualidade deste no município:

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária		
Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	0,2	73,3
Fossa séptica	83,5	16,1
Fossa rudimentar	6,4	5,9
Vala	2,5	2,7
Rio, lago ou mar	-	0,9
Outro escoadouro	2,9	0,5
Não sabe o tipo de escoadouro	0,1	-
Não tem instalação sanitária	4,3	0,5
Fonte: IBGE/Censos Demográficos		

Figura 4 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, Caxias do Sul – RS.

Fonte: BRASIL, 2010c.

Entretanto, com relação ao abastecimento de água evidenciam-se as seguintes características:

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	87,0	92,2
Poço ou nascente (na propriedade)	9,2	7,1
Outra forma	3,8	0,7
Fonte: IBGE/Censos Demográficos		

Figura 5 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, Caxias do Sul – RS.

Fonte: BRASIL, 2010c.

Tendo em vista as questões relacionadas à saúde, em 2009 Caxias do Sul contava com 830 estabelecimentos em sua rede assistencial, tanto de caráter público quanto privado, filantrópico e de sindicatos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2006a), a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul tem a prioridade no orçamento da cidade, é composta por 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde 16 possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF), com um total de 26 equipes de ESF das quais 22 trabalham na zona urbana e quatro na zona rural, o que abrange uma população de aproximadamente 96.101 habitantes.

Além da Atenção Básica, esta cidade conta também com os seguintes serviços: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro Especializado de Saúde (CES), Hemocentro Regional (Hemoces), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Ambulatório de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus tratos (APOIAR), uma unidade do CAIS Mental, um Pronto Atendimento (PA 24 horas), Central de Exames, Farmácia Central e dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Ainda nesse sentido, no que concerne aos serviços de apoio à Secretaria Municipal de Saúde pode-se evidenciar as seguintes estruturas: setor administrativo, financeiro, compras, jurídico, gestão de pessoas, ouvidoria, central de telefonia, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, lavandeira, central de veículos, setor de informações em saúde (cartão SUS) e serviços de auditoria controle e avaliação (SACA/ Saúde Mental/ Atenção Básica e Referenciada).

E também com relação à rede hospitalar, o município conta com quatro hospitais, sendo um estadual/universitário, um filantrópico e dois privados, que disponibilizam 617 leitos para o sistema, sendo que destes 100 são leitos psiquiátricos, 90 na Clínica Paulo Guedes, quatro no Hospital Pompéia e seis em hospital geral (BRASIL, 2006a).

Em 2009, apresentou 2.142 internações na área da psiquiatria, o que corresponde a 8,7% das internações em relação às demais especialidades. A média de permanência hospitalar nesses casos foi de 33,7 dias, com um investimento total em internações psiquiátricas de aproximadamente R\$ 2.759.174,56, neste ano, o que corresponde a 8% do investimento total do município em internações hospitalares (BRASIL, 2010c). O investimento em internações ainda é grande, tendo

em vista que no Brasil as internações em psiquiatria correspondem a 2,1% (BRASIL, 2010c), o que reforça a ideia de repensar a consolidação da rede de atenção psicossocial.

Pela exposição dos dados acima, percebe-se o destaque que a cidade de Caxias do Sul tem frente ao Rio Grande do Sul, e também no contexto brasileiro, devido a sua cultura artística, seu turismo e economia. Isto fortalece a ideia de que esta é uma cidade progressista e promissora, para fortalecer a rede de serviços de saúde mental.

6.2) Apresentação do Serviço Residencial Terapêutico do município de Caxias do Sul

Conforme o Projeto Terapêutico do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul (BRASIL, 2009), até o ano de 2004 o município de Caxias contava como recursos para atendimento em saúde mental a consulta e o encaminhamento para a internação psiquiátrica. Assim, não havia uma rede de saúde mental que pudesse oferecer outras formas de tratamento além do hospital psiquiátrico, resultando em um processo de porta giratória das internações psiquiátricas, quando o paciente consultava – internava – tinha alta – consultava – internava.

Era necessária a estruturação de uma rede de saúde mental no município, que pudesse atender a demanda diversificada de cuidados, pois o que estava sendo disponibilizado não era suficiente para atender os indivíduos em sofrimento psíquico. Caxias do Sul necessitava de novas formas de cuidado que priorizassem o tratamento em liberdade, através da desinstitucionalização.

Sabe-se que o movimento de reforma psiquiátrica é um processo político de mudança no paradigma assistencial no que tange às questões relacionadas à loucura, e que vai muito além da desinstitucionalização (desospitalização). Para que este seja efetivo, é necessário que haja uma rede de saúde mental ativa e articulada, a fim de que os usuários não fiquem desassistidos, mas que possam contar com os diversos serviços substitutivos previstos pelas políticas públicas em saúde mental.

Em 2004, foi realizado o mapeamento no município do número de indivíduos em sofrimento psíquico que residiam em asilos para idosos, objetivando-se identificar a procedência e resgatar o histórico de vida e da doença destas pessoas.

Uma destas casas foi interditada em janeiro de 2005, por não apresentar as mínimas condições para abrigar tanto idosos quanto pessoas em sofrimento psíquico, surgindo nesse momento na cidade uma demanda para a criação de um SRT que abrigasse aproximadamente 25 asilados que careciam de acompanhamento em saúde mental (BRASIL, 2009).

De acordo com os dados do Projeto Terapêutico do SRT, notava-se que estas pessoas apresentavam patologias psiquiátricas e os outros não possuíam nenhum diagnóstico psiquiátrico, mas também demonstravam marcas da institucionalização, necessitando então de um trabalho de reconstrução do cotidiano e apoio na reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, a desinstitucionalização significa cuidar do indivíduo em sua existência e em relação com suas possibilidades concretas de vida. O tratamento deixa de ser a exclusão em locais de mortificação e violência, para tornar-se invenção de novas maneiras concretas de subjetividade e sociabilidade. O paciente, antes excluído do mundo da cidadania e dos direitos, torna-se um sujeito, e não uma propriedade do saber psiquiátrico. O futuro da reforma psiquiátrica não se encontra apenas no sucesso das novas tecnologias de cuidado através dos serviços substitutivos, mas na escolha da sociedade pela forma em que irá lidar com os seus diferentes, com os sujeitos que estão em desvantagem social (AMARANTE, 1995b).

A chegada no novo ambiente de moradia significou esperança de novos rumos na vida, e o trabalho da equipe comprometida com os preceitos da reforma foi fundamental para que realmente iniciasse um processo de reabilitação psicossocial.

Segundo Pitta (1996), a ideia literal do conceito de reabilitação se traduz da seguinte maneira: o prefixo *re* denota movimento para traz, referindo a ideia de repetição, mudança de realce ou estado. Todavia, *habilitação* traduz o sentido de efeito ou ato de habilitar-se por meio de um conjunto de capacidades, aptidões e conhecimentos. Quando os dois termos se encontram na palavra *reabilitação* esta expressa assim o sentido de recobrança de estima, crédito ou bom conceito perante a sociedade.

A seguir, são apresentados os objetivos dos SRT's do município de Caxias do Sul, conforme o Projeto Terapêutico do SRT, do ano de 2009:

OBJETIVOS	
GERAL	ESPECÍFICOS
Oferecer uma alternativa de moradia para pessoas que tem um histórico de institucionalização, tendo sido internadas por um longo período em asilos e hospitais psiquiátricos, sem contar com suporte na comunidade, tendo em vista a sua reinserção social e crescente autonomia, para que posteriormente possa administrar a sua própria casa.	- Oferecer moradia aos indivíduos em sofrimento psíquico com dificuldades de convívio familiar e social, sob caráter temporário; - Contribuir para o desenvolvimento dos potenciais individuais, rompendo com o estigma da doença mental e o isolamento; - Trabalhar a reabilitação psicossocial a partir da moradia, objetivando o trânsito e apropriação desses indivíduos nos espaços públicos do município. - Desenvolver formas e hábitos de ocupar o espaço de moradia, tendo como premissa as características individuais dos moradores; - Desenvolver a cidadania e autonomia dos moradores os tornando responsáveis pelo seu local de moradia.

Figura 6 – Objetivo do SRT, Caxias do Sul – RS.

Fonte: BRASIL, 2009.

De acordo com os objetivos, pode-se perceber o comprometimento do serviço em ser mais do que um suporte e moradia para pessoas que foram internadas por um longo período em asilos e hospitais psiquiátricos. Estes têm o compromisso com o fortalecimento da autonomia dos moradores e sua reinserção social, visando que estes futuramente possam administrar a sua própria casa.

Ainda, nos objetivos específicos encontram-se outras estratégias que destacam a presença do SRT na rede de saúde mental, pois têm como meta oferecer moradia em caráter temporário, servindo como um alicerce para o sujeito no momento em que ele precisa. Também objetiva o desenvolvimento do potencial do morador e sua inserção social, com o intuito de romper o estigma do sofrimento psíquico. E para finalizar, visa desenvolver a autonomia e cidadania destes no âmbito da moradia.

Na Figura 7 é apresentado o público alvo do SRT, assim como a composição da sua equipe de trabalho, conforme definido no SRT:

PÚBLICO ALVO	- Sujeitos egressos de longas e múltiplas internações psiquiátricas, com dificuldade nos vínculos familiares, sem local para moradia; - Indivíduos em sofrimento psíquico provenientes de casas asilares, que a idade não justifique a permanência em asilos; - Somente adultos, de ambos os sexos, que tenham vínculos no município.
EQUIPE DE TRABALHO	- 1 coordenadora: 40h/semana; - 1 assistente social: 10 h/semana; - 1 psicólogo: 33 h/semana; - 1 enfermeiro: 33 h/semana; - 1 terapeuta ocupacional: 33 h/semana; - 1 nutricionista: 12h/semana; - 1 musicoterapeuta: 5h/semana; - 1 oficineiro de artes: 3h/semana; - 16 auxiliares/técnicos de enfermagem; 44 h/semana; - 2 higienizador: 40h/semana; - 2 cozinheiras: 40h/semana.

Figura 7 – Público alvo e equipe de trabalho do SRT, Caxias do Sul – RS.

Fonte: BRASIL, 2009.

Evidencia-se que o público alvo do SRT está em consonância com a Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2004b), a qual instituiu os SRT, pois visa atender sujeitos provenientes de longas e múltiplas internações em hospitais psiquiátricos e provenientes de casas asilares, sem residência e com dificuldades nos vínculos familiares. Sendo que estes necessariamente devem ser adultos, de ambos os sexos e com vínculos no município.

A equipe de trabalho é composta de maneira diversificada e contempla as diversas profissões, qualificando o atendimento e a terapêutica no processo de reabilitação psicossocial dos moradores

Com relação a estrutura física do SRT, de acordo com os dados de observação do DC1, constitui-se em um sobrado independente, no qual moram nove usuários, sendo que cinco residem na parte de cima do sobrado e quatro na parte de baixo.



Figura 8 – SRT 1, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2009.

Os quatro moradores participantes deste estudo residem na parte superior da casa, a qual está disposta da seguinte maneira: uma sala, uma cozinha, um banheiro e dois quartos. Num desses quartos residem três moradores e no outro reside um casal.

A seguir, serão expostas figuras que ilustram esse local. Estas fotografias foram tiradas anteriormente à coleta de dados qualitativa, em agosto de 2009:

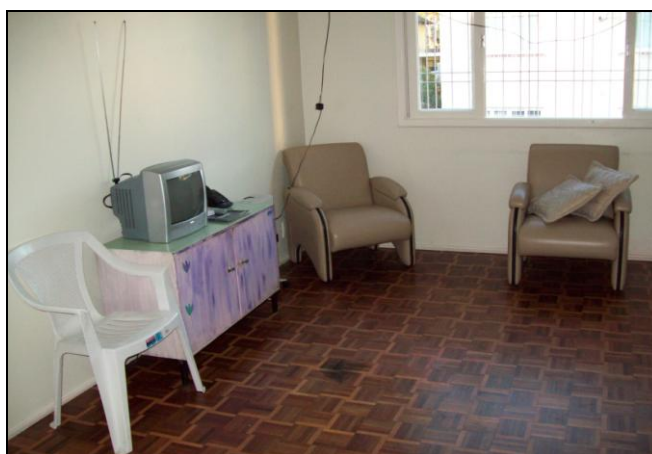


Figura 9 – Sala do SRT 1, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2009.



Figura 10 – Cozinha do SRT 1, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2009.

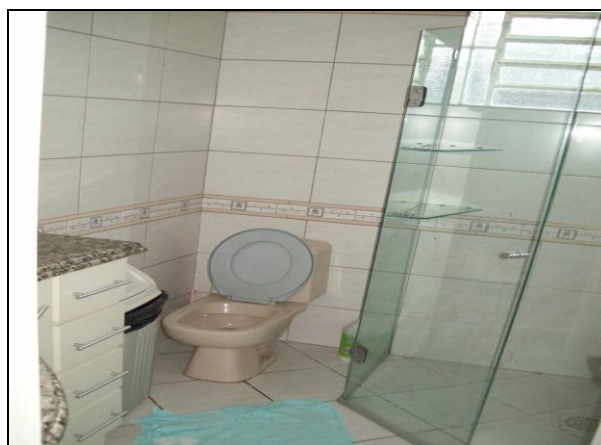


Figura 11 – Banheiro do SRT 1, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2009.

Todavia, durante a coleta de dados qualitativa observou-se que a casa onde residem os moradores do SRT, apesar de ser espaçosa e ampla, em alguns aspectos estava desorganizada:

As duas casas estavam muito sujas e desorganizadas (DC1).

A cor da casa interna é branco, móveis na cozinha brancos com detalhes em verde nos armários. Quando cheguei a casa estava bastante suja, com algumas louças na pia para lavar. O chão da cozinha bastante sujo e molhado. Algumas camas por arrumar. O banheiro estava bastante sujo, vaso cheio, apesar de ser um banheiro bem amplo com armário e espelho bem grandes, box de vidro, com azulejos por toda a parede. O quarto do casal estava com a cama arrumada, porém as roupas do armário todas desarrumadas, com as gavetas fora do lugar, algumas roupas estavam no cabide (DC2).

Percebo que a casa está muito suja e desorganizada, em especial os quartos, com muitas roupas fora do armário (DC3).

Conforme o DC2, semanalmente uma faxineira realiza limpeza no SRT, para que haja uma maior organização do ambiente. Ainda assim a rotina da casa é disposta em uma escala onde diariamente um dos moradores é responsável pelo almoço e outro pela limpeza, conforme figura a seguir:

ESCALA DE TAREFAS							
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Almoço	Ent. 3	Ent. 2	Ent. 5	Ent. 4	Ent. 1	Todos	Todos
Limpeza	Ent. 5	Ent. 3	Ent. 2	Ent. 1	Ent. 4	Todos	Todos

Figura 12 – Escala de tarefas do SRT 1, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2010.

Ainda com relação à disposição da área física do SRT, podemos evidenciar, por meio da observação a seguir, como está organizado o andar inferior da casa:

Desço ao andar inferior, onde fica uma lavanderia instalada na dependência do que seria uma garagem, tem cestos para as roupas sujas, identificadas com os nomes dos moradores. Um armário com uma escala de tarefas domésticas, limpeza e almoço apregoada nas portas. Na parede também tem ainda um grande quadro verde “de giz” e um ábaco junto; uma mesa de passar roupas e ferros elétricos, uma máquina de lavar roupas. (DC3).



Figura 13 – Garagem/Lavanderia do SRT 1, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2009.

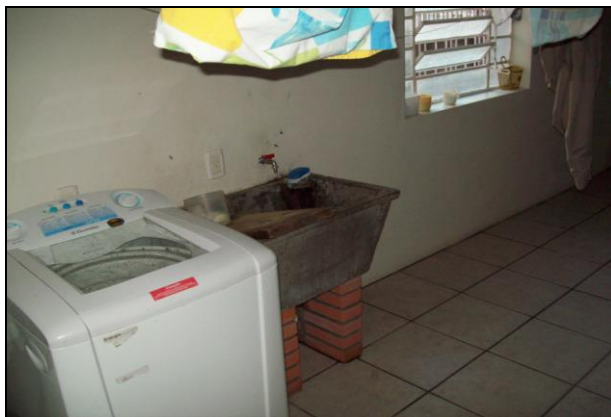


Figura 14 – Garagem/Lavanderia do SRT 1, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2009.

Observou-se que o SRT busca ter uma demanda de funcionamento e organização, considerando as atividades da vida diária com divisão de tarefas. Há espaços amplos que permitem aos moradores residirem num local agradável e com qualidade de vida.

Conforme Santos Júnior, Silveira e Oliveira (2009), cada moradia necessita ser considerada única, e, organizada segundo as necessidades, hábitos e gostos dos moradores, tendo em vista que as residências centram o tratamento no modelo humanista, objetivando oferecer vivências enriquecedoras que possibilitem meios para os sujeitos enfrentarem os seus desafios de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a ambiência significa o ambiente social, físico, profissional e de relações interpessoais, o qual necessita estar relacionado a um projeto de saúde direcionado a uma atenção acolhedora, humana e resolutiva. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas presentes, quanto por componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olfato, olhar, audição, como por exemplo, os ruídos do ambiente, a luminosidade, a temperatura. Entretanto, um fator extremamente importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma de acolhimento, da atenção dispensada ao usuário e da interação entre gestores e trabalhadores. E também, devem-se destacar também os componentes culturais e regionais, os quais determinam os valores do ambiente.

Percebe-se, no contexto do SRT, que o conceito de ambiência proposto pelo Ministério da Saúde é contemplado, pois é um serviço acolhedor e receptivo, o qual conta com profissionais qualificados e comprometidos em prestar uma assistência

em saúde mental de maneira humana e resolutive. Entretanto, ao mesmo tempo em que é 'serviço', é 'residência' no sentido literal da palavra, pois disponibiliza aos moradores recursos e ferramentas para que estes vivam de maneira autônoma, tendo seus próprios pertences, podendo ter sua rotina individualizada e conforme as suas vontades, obviamente com alguns limites e regras, o que também faz parte da vida em sociedade.

Conclui-se que a lógica de organização do SRT de Caxias do Sul é bastante coerente com a Portaria n.º 106/2000 (BRASIL, 2010a), a qual institui e regulamenta os SRT, pois este serviço além de servir como suporte habitacional para os indivíduos em sofrimento psíquico, os quais são egressos de longas internações, promove a reabilitação psicossocial no sentido mais amplo do que essa expressão quer dizer.

6.3) Descrição dos sujeitos participantes do estudo

Com o intuito de descrever os indivíduos participantes desse estudo, a seguir encontra-se uma figura ilustrativa para esse fim, a qual será explorada no decorrer deste tópico:

	Ent. 1	Ent. 2	Ent. 3	Ent. 4
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	48 anos	50 anos	44 anos	56 anos
Data de Ingresso no SRT	Março/ 2005	Março/2005	Março/2005	Março/2005
Estado Civil	Solteira (mora com companheiro)	Solteiro (mora com companheira)	Solteiro	Solteiro
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
Naturalidade	Esmeralda-RS	São Marcos-RS	Caxias do Sul-RS	Caxias do Sul-RS
Fonte de Renda	Aposentadoria por invalidez	Aposentadoria por invalidez	LOAS (Lei da Orgânica Assistência Social)	Aposentadoria

Figura 15 – Descrição dos sujeitos do estudo quanto à data de ingresso no SRT, estado civil, escolaridade, naturalidade e fonte de renda.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2010.

Nesse sentido, vale ressaltar que os quatro indivíduos moradores do SRT 1 de Caxias do Sul, possuem histórias peculiares de vida, todas permeadas por situações estressantes e inibidoras da liberdade, as quais serão exploradas neste estudo. Neste momento serão explanadas características gerais desses sujeitos, tendo em vista que nos próximos capítulos o leitor terá uma visão ampla e detalhada do histórico de vida, trajetórias, cotidiano e redes sociais de cada morador.

Os quatro moradores do SRT constituem-se em três homens e uma mulher, os quais estão inseridos na faixa etária adulta, com idade variando de 44 a 56 anos. Todos ingressaram no serviço no ano de 2005, sendo que três desses sujeitos moravam juntos antes de virem para o SRT, quais sejam: Ent. 1, Ent. 2 e Ent. 4.

De acordo com Dalmolin (2006), a saúde e a doença devem ser compreendidas como processo, pois estão atreladas a situações complexas e singulares da existência humana, o que têm um caráter contraditório, dinâmico e de poucas certezas. Esse entendimento remete a histórias, biografias, culturas, enfim, a indivíduos sociais concretos, com seus mundos subjetivos e suas trajetórias, os quais são muito mais do que sintomas ou do que resultados obtidos em escalas padronizáveis, mais do que possa dar conta alguma concepção teórica.

E por entender a saúde e doença como processo, é necessário contemplar as características peculiares de cada sujeito, para construir as suas biografias e conhecer o seu contexto de vida individual, afim de que se possa entender absolutamente as trajetórias terapêuticas.

Os moradores Ent. 1, Ent. 2 e Ent. 4. residiam no Asilo Vó Rose anteriormente, a qual era uma grande casa asilar localizada em Vila Seca, zona rural e distrito de Caxias do Sul. O asilo destinava-se a receber idosos, entretanto abrigava pessoas com menos de 60 anos e com transtornos mentais graves.

Esta casa foi investigada, em virtude de denúncias de maus tratos, por parte do Ministério Público, Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária no ano de 2004. Também vale ressaltar que em Caxias do Sul não havia uma rede de saúde mental com os serviços substitutivos ao manicômio, então foi realizado um mapeamento dos indivíduos que internavam no hospital psiquiátrico de Caxias do Sul, a Clínica Paulo Guedes, e percebeu-se que estes internavam periodicamente nesta

instituição, porém não se sabia onde residiam nesse ínterim, pois não contavam com o suporte familiar, foi então que se descobriu o Asilo Vó Rose⁶.

Este local, aparentemente bem estruturado, recebia diversas doações de empresas da cidade, inclusive a proprietária deste asilo construiu um grande pavilhão que parecia uma enfermaria, todo de alvenaria cercado por azulejos, com camas hospitalares. Este era o local apresentado para as pessoas que iam realizar doações, uma falsa aparência de cuidado e organização.

Entretanto, numa das vistorias realizadas pelas instâncias antes citadas, foram encontrados cárceres, pequenas salas trancadas com cadeados pelo lado de fora. Foram descobertas pessoas desnutridas em completo estado de abandono e humilhação. Outro fato também presenciado durante estas inspeções é que nos horários de refeições, nunca havia pessoas cozinhando e nenhuma articulação nesse sentido, o que surpreendeu estes profissionais, pois era uma casa que recebia muitas doações de alimentos.

E após todo esse processo de vistoria e de confirmação de maus tratos e negligências com essas pessoas, o Ministério Público resolveu interditar a casa, porém surgiu o problema que esses indivíduos não teriam outro local para residir, e estavam com uma situação muito complicada de saúde.

O Ministério Público decidiu que estas pessoas (idosos e pessoas com transtorno mental) deveriam ser levadas para residir na Casa Lar, uma estrutura localizada no bairro Cinquentenário, em Caxias do Sul. Todavia, esse local não estava dando conta de abrigar esses dois públicos distintos que careciam de cuidados diferenciados, surgiu a urgência em instalar um Serviço Residencial Terapêutico no município de Caxias do Sul.

E para isso foi realizado um estudo social com cada um dos moradores, para verificar quem iria residir no SRT e quem iria continuar morando na casa asilar, a qual ficaria destinada aos idosos. Realizou-se uma triagem, separando os idosos, idosos com transtorno mental e indivíduos com transtorno mental para que se pudessem encaminhar cada um para o local mais apropriado. Vale ressaltar que esse processo entre o ingresso das pessoas na Casa Lar e a inauguração do SRT durou dois meses.

⁶ Histórico do Asilo Vó Rose, coletado a partir de informações em documentos. Disponível no Banco de Dados da pesquisa REDESUL.

A Ent. 1, Ent. 2 e Ent. 4 participaram desse processo e passaram a residir no SRT, após saírem do Asilo Vó Rose. A Ent. 1 é companheira do Ent. 2, desde a época em que residiam no Asilo Vó Rose. Estes referem que não são casados pelo fato de que ela recebe uma pensão da mãe a qual é falecida, e se vier a se casar perde o benefício. Os demais moradores são solteiros.

Também vale ressaltar que o Ent. 4 é considerado pai adotivo do Ent. 2, devido ao vínculo afetivo construído entre eles no asilo, estes se chamam de pai e filho, apesar da semelhança de idade (Ent.4 – 56 anos e Ent.2 – 50 anos). A Ent. 1 se refere ao Ent. 4 como sendo seu sogro.

Além disso, sabe-se que o Ent. 3 passou a residir no SRT encaminhado pelo CAPS, e que este morava em uma pensão anteriormente.

Outro fato interessante a ser destacado quanto à escolaridade é que apenas um dos entrevistados possui ensino fundamental completo, sendo que os outros têm ensino fundamental incompleto. E em relação à questão financeira, todos recebem benefício financeiro, seja a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) ou aposentadoria.

Considerando as características dos quatro moradores, conclui-se que há semelhança entre as idades e a formação escolar. Entretanto há peculiaridades que os tornam sujeitos dotados de subjetividades.

Por fim, nesse contexto é importante destacar que a vivência de intenso sofrimento psíquico, denominada pela psiquiatria como “doença mental” é um processo que ocorre na vida do ser humano e que abrange o conjunto de elementos que a constituem (seja eles de ordem individual, política, familiar, religiosa, econômica, entre outros) repercutindo na sua rede de relações e na sua história individual e familiar, transcendendo os momentos específicos da “crise” (DALMOLIN, 2006).

6.4) Trajetórias terapêuticas

Hoje se percebe no campo da saúde mental no Brasil um significativo processo de transformação do lugar do indivíduo em sofrimento psíquico como sujeito político e social. Uma das facetas desse processo aponta para a ampliação do conceito de reforma psiquiátrica, ou seja, o objetivo consiste em não reduzi-la a um movimento exclusivamente restrito a mudanças técnicas ou administrativas dos serviços (TORRE; AMARANTE, 2001).

Nesse processo de resignificação do cuidado ao sofrimento psíquico, o sujeito torna-se fundamental para a reorganização da assistência psiquiátrica, impulsionando uma nova maneira de tratar as questões do sofrimento e da loucura.

Sendo assim, para que seja superado efetivamente o modelo manicomial, torna-se urgente a consolidação de novos caminhos que possam dar conta de servir como suporte para indivíduos que inúmeras viveram a maior parte de suas vidas trancados em uma instituição, como serem serviços/agentes impulsionadores para que esses sujeitos conquistem o seu lugar social.

Segundo Furtado (2006), a tarefa de reduzir leitos e superar a condição cronicante dos internos de hospital a que diversos pacientes foram expostos implicou a um desenvolvimento de alternativas de residência para os futuros egressos, seja pela dificuldade de reinserção familiar, seja pelo suporte demandado para garantir sua permanência fora do hospital.

Entretanto, antes de chegar ao SRT, o sujeito em sofrimento psíquico percorre uma longa caminhada que não raras vezes é marcada pela segregação, exclusão social e sofrimento moral, àquele que ultrapassa a patologia/diagnóstico e que fere a alma e a integridade biopsicossocial do ser humano.

De acordo com Dalmolin (2006), as trajetórias podem ser compreendidas como expressões da produção subjetiva que permitem ao sujeito vivenciar diferentes maneiras de compreender o mundo e de se articular com ele. Nessas trajetórias, a subjetividade está sempre em movimento, por meio das variadas maneiras pelas quais os sujeitos e as coletividades se formam e são constituídas e cujos sentidos têm de ser descobertos nos contextos em que são produzidos.

Cabe denominar esses indivíduos de *protagonistas*. Segundo o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008), esse termo é entendido como “personagem principal”. Por conseguinte, não há expressão mais adequada para se referir a esses sujeitos,

os quais permaneceram longo período isolados em instituições manicomiais e com características asilares, e que hoje encontraram novas possibilidades de construir a sua história.

Conforme Torre e Amarante (2001), o protagonismo inicia com a crítica dos lugares que se quer produzir, basicamente, dois lugares distintos: o de paciente alienado, demente, tutelado e dependente ou o de sujeito de direito, político, que contesta o tratamento e a instituição, que é ativo e que interfere no campo político.

Nesse estudo evidenciam-se sujeitos que antes de residirem no SRT eram protagonistas da alienação, da exclusão social, e hoje podem protagonizar e construir a sua trajetória.

Destarte, a seguir serão descritas as trajetórias terapêuticas destes moradores do SRT através de figuras, conforme os dados extraídos dos seus prontuários individuais e entrevistas. Estas trajetórias se resumem em explicitar a história de vida destes desde o nascimento até a vinda para residir no SRT. Há de se considerar a limitação de dados encontrados nos prontuários, sendo que alguns se apresentam mais ricos enquanto outros apresentam poucas informações.

Em seguida serão acrescentados os dados coletados nas entrevistas, a fim de complementar as trajetórias e torná-las vivas, mediante a expressão das falas de cada sujeito.

Vale ressaltar neste momento que os sujeitos deste estudo, apresentaram grande dificuldade em descrever o seu percurso de vida antes da internação em hospitais psiquiátricos, e também em relatarem os fatos ocorridos durante a época de internação. Isto pode ter ocorrido devido à perda da continuidade temporal, a qual é banida ao ingressarem em instituições manicomiais, ou até mesmo pelo fato de não quererem recordar momentos tristes e dolorosos os quais vivenciaram.

6.4.1) Protagonista 1

A Ent. 1 é uma senhora de 48 anos, estatura média, cor da pele morena, olhos e cabelos castanhos e com semblante que expressa as marcas de uma vida sofrida. Num primeiro momento, demonstrou-se arredia, evitando conversar com os pesquisadores, entretanto com o passar do tempo evidenciou ser uma doce pessoa, que demonstra seus sentimentos sem reservas, deixando transparecer um caráter amoroso e uma inteligência e sabedoria capaz de ver o mundo de outra maneira.

Tem como característica marcante a grande demonstração de cuidado e lealdade para com o seu companheiro, tornando o seu relacionamento um suporte para os desafios cotidianos.

Além da entrevista, por meio da leitura do seu prontuário pode-se realizar um resgate da história desta desde o seu nascimento até a chegada no SRT, complementando a sua trajetória terapêutica, a qual pode ser visualizada a seguir:

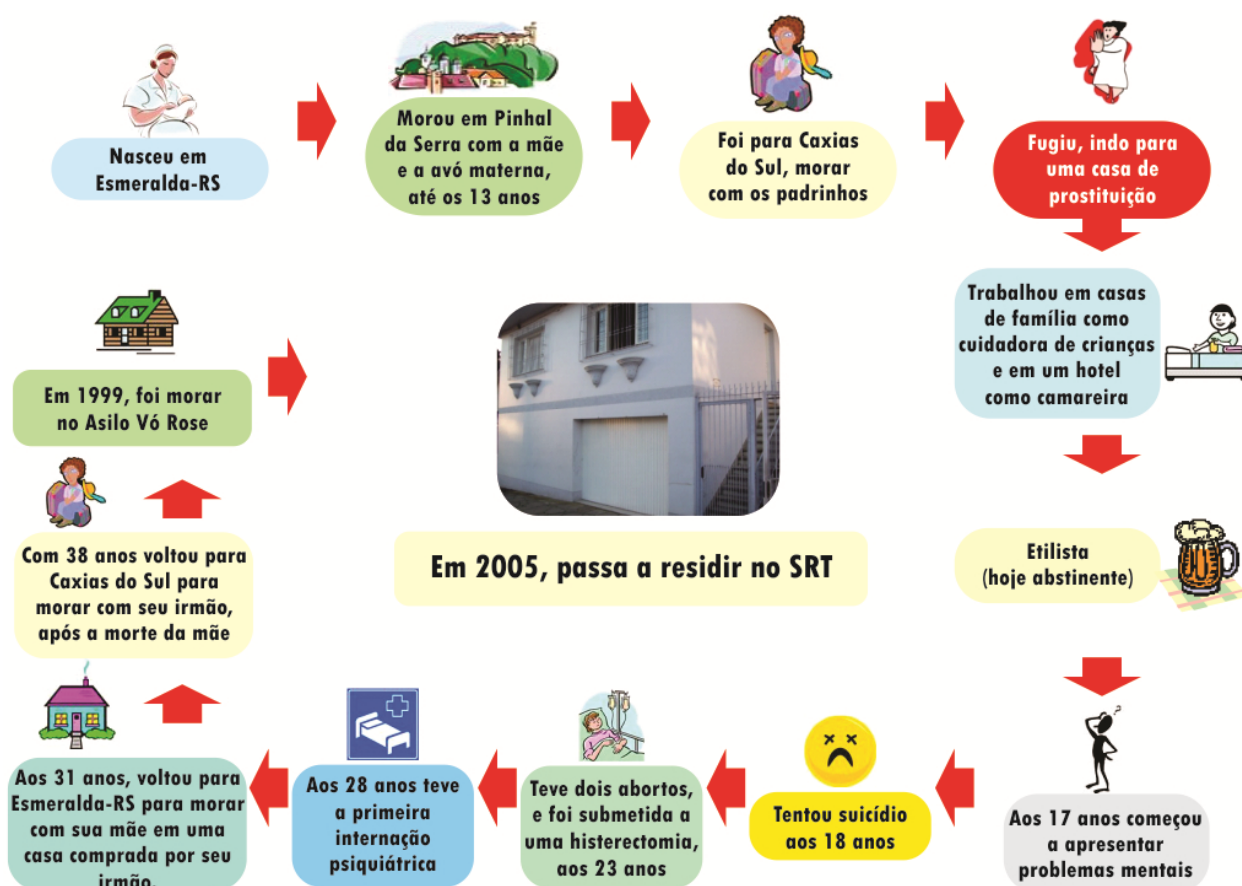


Figura 16 – Trajetória terapêutica da Ent. 1.

Percebem-se, pela visualização desta trajetória, ao longo do desenvolvimento da vida da Ent.1, que esta teve a privação materna e desestruturação familiar, prostituiu-se, tornou-se alcoólatra entre outras situações, as quais contribuíram para que o sofrimento psíquico fosse apenas mais um fato em sua vida.

Desde a sua infância até a fase de adolescência, esta teve a sua vida marcada pela desestruturação familiar, exposição moral e dependência química,

fatos que contribuíram para o desencadeamento do sofrimento psíquico e suas consequências.

Foi relatado no prontuário também, que a mesma perdeu o pai antes dos dois anos de idade de forma violenta, assassinado em Videira-SC, por um irmão paterno. E quando morava com o seu irmão, após a morte da mãe, aos 38 anos, repetidas vezes fugia de casa, tirava a roupa e andava nua pela casa. Demonstrava-se agressiva quando tinha crises, sendo que era internada na Clínica Paulo Guedes, em Caxias do Sul, cerca de quatro vezes por ano.

Passou a residir no Asilo Vó Rose pelo fato que a sua cunhada tinha um filho de três anos e, com as crises e fugas da Ent. 1, foi se tornando muito difícil a convivência com esta em casa. Na época, por intermédio da assistente social da Unidade Básica de Saúde (UBS), foi sugerido três casas para que esta fosse residir, porém, somente no Asilo Vó Rose foi possível o asilamento, devido à questões financeiras e também pela aceitação da patologia da Ent. 01.

Sua última internação em hospital psiquiátrico foi em 30/01/01, sendo que já internou 25 vezes, tanto na Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes quanto no Hospital Psiquiátrico São Pedro, perdendo nesse processo o convívio e os vínculos sociais.

Segundo Amarante (1996), no manicômio, todas as pessoas tornam-se iguais, são objetivadas, não importam os seus sofrimentos, histórias e culturas. Todavia essa objetivação é vista posteriormente, pela psiquiatria, como sendo os sinais porvindouros da doença: distintos são apenas os sinais e sintomas psicopatológicos. A estereotipia, a inércia, as maneiras de alheamento da realidade, como todas as coisas que têm relação com as perdas (da contratualidade, da colocação social) e com todo fenômeno de-socialização que parte da doença passam a ser compreendidos como sinais e sintomas de uma doença que se desenvolve naturalmente, e não das consequências da institucionalização.

De acordo com a entrevista realizada com a Ent. 1, esta relata que a sua vida, antes de descobrir a doença mental, era boa, que ela não “sentia nada” e que não precisava ser internada. Relata brevemente sobre a convivência com sua mãe e das obrigações desta com o sustento da casa:

Morava a minha mãe e eu, mas a minha mãe me deixava só eu na casa, e ia cuidar de uma velhinha, trabalhar pra ganhar o pão pra nós que nós não tinha ainda dinheiro, sabe? Daí ela ia trabalhar lá. Eu ganhava comida, a velhinha me dava e o seu X. Papeleiro. [...] Eu rezei por ele porque ele levava comida lá na minha casa pra mim comer (Ent. 1).

Ao desenvolver esse estudo, atentando para cada detalhe de observação, a cada entrevista e convivência com estes moradores, ratifica-se a afirmação de que o sofrimento psíquico não é um fato isolado na vida do ser humano, e que muito além do diagnóstico fechado que rotula e exclui este indivíduo há outros fatores que contribuem para o desenvolvimento e agravamento da doença mental, como a perda do convívio familiar e social.

Neste momento, esta moradora relata uma situação de abuso físico e moral no local onde residia com a sua mãe:

Lá nesse bairro dá muito nego e eles invadiam a casa lá e iam lá me insulta lá... [...] De dia era bom, de noite que não era bom. [...] Porque eles iam lá me incomodar. [...] Iam lá me pedir dinheiro e eu dava dinheiro e ainda faziam a gente fazer coisas. [...] Manter relações, e eu não queria, e eles me forçavam. [...] Eu tinha medo que eles me matassem (Ent.1).

Refere que percebeu que estava ficando doente quando começou a sair de casa sem rumo, indo viver na rua. E teve como experiência sua primeira internação psiquiátrica aos 28 anos, no momento em que sua cunhada se responsabilizou por sua internação na Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes.

Embora as propostas da Reforma Psiquiátrica serem consideradas positivamente pela maioria dos atores envolvidos, quando as famílias não dispõem de um suporte estrutural e técnico adequado, podem sentir-se resistentes e inseguras à mudança, tendo em vista que a presença de um doente em casa impõe reivindicações de cuidado, atenção emocional e material, que na maioria das vezes são inexistentes (FRAZÃO; LIMA, 2008).

No momento em que o indivíduo não conta com o suporte familiar, ou quando este é insuficiente pelo fato de a família não saber lidar com as questões da loucura, o sofrimento deste se intensifica, pois há dificuldades em encontrar quem o ajude.

Neste caso, a Ent. 1 menciona que após a sua primeira internação, passou a residir na casa da mãe da sua cunhada:

Porque eu nunca mais andei na rua, achei a casa da minha cunhada, a minha cunhada me levou pra uma chácara. Eu convivia lá só com a mãe dela, sabe? Só eu e ela [...] Era bom, eu ajudava ela a trabalhar sabe? Eu trabalhava na pia, lavava louça, secava louça, no fim do mês ela me levava até Caxias na casa da minha cunhada, posava lá. Ela recebia meu benefício e comprava cigarrinho, comprava erva, comprava comida pra nós comer e trazia pra cá né? (Ent.1).

Quando questionada quanto às suas internações em hospital psiquiátrico, a Ent. 1 refere que teve 28 internações na Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes, porém não desenvolve detalhes específicos de cada vivência, generalizando os fatos.

Porque os loucos pulam na gente. Eles me agrediam demais, me agrediam. Eu não... eu não sou de agredir ninguém, porque problema de nervos não, a gente não... não agride ninguém, sabe? Eu não agrido. Eu não agrido ninguém, mas eles me agrediam lá, sabe? Eles acalmavam eles no colete a baixo de soro. Claro, eles me agrediam e eu não né? Derrubavam eles no chão (Ent.1).

Na fala anterior esta moradora relata a violência que sofria dentro do hospital psiquiátrico pelos outros pacientes, referindo que mesmo não sendo agressiva sentia-se ameaçada pelas outras pessoas. Na citação a seguir esta refere a conduta que era tomada com esses pacientes pelos profissionais do estabelecimento.

Colete era um... a senhora nem queira saber! Amarram eles assim, sabe? Os braço assim junto, amarram as perna e levam lá pra um quarto e fazem soro lá. A coisa mais horrível! Eu nunca tive nisso! Nunca agredia ninguém (Ent.1).

Outra questão colocada pela Ent. 1 refere-se à equipe médica da Clínica Paulo Guedes. Esta refere que no momento em que perguntou ao médico qual era o seu problema de saúde, este não quis informar a ela, negligenciando o seu direito de cidadã:

O doutor dizia que eu não tava bem só pra ficar comigo lá, sabe? [...] Eu disse oh doutor, o senhor pode me contar qual é o meu problema? Ele dizia não posso dá e a enfermeira dizia não, ele não pode contar o problema pra você. Ele disse que não pode contar o problema pra você. [...] Ele era falso. Os doutores são falsos, a senhora não vá atrás! Nem todos, porque eu já vi, já encontrei doutor bom (Ent. 1).

Devido à sua experiência nesse contexto, esta refere que os “doutores” são falsos, evidenciando o seu desejo negado de participar de seu tratamento. Isso ocorre ao fato de que o modelo manicomial objetiva e verticaliza o cuidado, demonstrando uma relação de poder autoritária, que exclui o sujeito nesse processo (COSTA-ROSA, 2000). Entretanto, afirma que já encontrou médicos bons, os quais certamente a tratavam como pessoa, levando em conta suas subjetividades.

De acordo com Goffman (2008), o aspecto principal das instituições totais pode ser definido como a ruptura das barreiras que comumente separam as três

esferas que fazem parte da vida: ‘dormir, brincar e trabalhar’. Sendo assim, todos os aspectos da vida são desenvolvidos no mesmo local, sob uma autoridade única. E cada uma dessas atividades diárias é realizada na companhia de um grupo extenso de pessoas, as quais são todas tratadas da mesma maneira, e obrigadas a fazerem tudo em conjunto. E por fim, essas atividades são rigorosamente instituídas em horários preestabelecidos, formado por um sistema de regras formais explícitas, subjugando o poder aos funcionários. A organização dessas atividades têm a finalidade de atender aos objetivos da instituição.

O manicômio traduz toda forma de negligência e descaso com a humanidade do indivíduo. Na fala a seguir, presencia-se o abuso de poder por parte dos profissionais, quando estes trocam “favores” por carteira de cigarros:

Dizia assim pra mim: hoje não é o dia da senhora sair daqui, daí uma enfermeira lá que era muito minha amiga disse que eles mandavam a gente trabalhar assim, juntando papelzinho e folha pra elas me dá uma carteira de cigarro. E eu trabalhava, eu obedecia as ordem dela, sabia? Eu tomava banho, escovava dente, me secava... não precisava ninguém me secar (Ent.1).

No âmbito do hospital psiquiátrico o “doente mental” assume seu papel de subserviência, dentro deste local prevalece a tutela e a punição. Daí surge a ênfase dada pela Ent. 1 quando esta refere anteriormente que “trabalhava e obedecia as ordens”.

Menciona que após ter dado alta hospitalar da Clínica Paulo Guedes, não tinha onde morar, então procurou ajuda com uma tia e esta conseguiu um emprego de camareira em um hotel, para que a Ent. 1 pudesse trabalhar, sendo que trabalhou neste local por um ano e logo após aposentou-se:

Fui na casa de uma tia minha e disse: tia X eu queria uma mão da senhora, eu to na rua e não tenho pra onde ir e queria que a senhora me desse uma força, para arrumar um serviço, pra mim ganhar um dinheirinho e ganhar o pão. Daí ela disse: eu vou te arrumar sim [...] de camareira eu vou arrumar uma vaga pra você. E ela arrumou uma vaga pra mim trabalhar lá [...] foi quando me aposentei, trabalhei um ano lá (Ent.1).

Em relação à experiência da Ent. 1 vivenciada no Asilo Vó Rose, esta relata como era morar naquele local, e como foi a sua saída de lá:

Daí a assistente descobriu que ficavam maltratando nós lá. [...] Levava 15 dias pra dá um banho em nós? Comida nunca tinha, matando nós lá de fome. Nunca tinha comida. [...] na Vó Rose. [...] Vila Seca, Vila Seca, não é aqui. Lá fora, é num sítio, não é aqui. É fora daqui. [...] Ah, era ruim. O meu irmão levava erva e cigarro e não me davam. Ela dava o cigarro pro filho dela que chamava X e ficava com, com a minha erva. Tomava chimarrão, na minha cara. [...] A Vó Rose. Foi lá o brigadiano, vestido de brigadiano com uma caminhonete branca da assistente social e me tirou de lá (Ent.1).

Sempre estiveram desprivilegiados dos direitos humanos, à vida e à dignidade os segmentos pauperizados e percebidos como à margem da sociedade: os 'desviantes', os 'deficientes', entre outros. A esses, incontáveis vezes foram negados os direitos humanos, pois estas parcelas são vistas como 'sub-humanas', ou seja, não pertencentes ao gênero humano (COIMBRA, 2006).

O asilo onde a Ent. 1 viveu, promoveu a negação dos seus direitos enquanto indivíduo, colocando-a em extrema situação de risco e violência, indo contra a vida em seu sentido mais amplo. Após a saída do Asilo Vó Rose, como foi anteriormente explanado, os moradores foram morar na Casa Lar:

Trouxeram nós ali pro Cinquentenário [...] É um casarão, um casarão. [...] Morava todos nós lá. [...] Morava eu, o meu marido. [...] A minha sogra, o meu sogro e os outros que tinha lá (Ent.1).

E sendo assim, permaneceram neste local por dois meses, sendo que nesse tempo foi estruturado em Caxias do Sul o SRT, e a partir de então a Ent. 1 passou a residir primeiramente no SRT 2, e em seguida no SRT 1:

Daí eles me trouxeram pra ali, de lá. [...] Ali pro Residencial. [...] E depois fizeram uma casa particular pra nós (Ent.1).

O ingresso no SRT é visto pela Ent. 1 como uma mudança no rumo de sua vida:

Mudou muito viu? [...] Eu fui bem recebida, sabe? Eu fui bem recebida porque os enfermeiro me trouxeram aqui e me mostraram: Oh Ent. 1. Compraram o nosso quarto. Esse aqui é o quarto pra ser do teu marido, ali é teu sogro e dos outro dependente do teu sogro. [...] Porque aqui eles são bom pra mim. Só o meu marido que às vez briga comigo, mas nós sempre nos entendemos (Ent.1).

Com o advento da reforma psiquiátrica, as estratégias solidificadas pelos diversos serviços substitutivos ao modelo manicomial foram muito importante para a

reconstrução da dignidade e autonomia de cada indivíduo em sofrimento psíquico, dando a estes a possibilidade de construir uma nova história.

6.4.2) Protagonista 2

Extrovertido e desinibido, adjetivos ideais para expressar a essência do Ent. 2, o qual é um indivíduo expansivo, de 50 anos de idade, cujas características físicas se expressam em cor da pele branca, estatura alta, um pouco acima do peso, olhos castanhos e cabelos grisalhos.

Demonstra muita afetividade para com as pessoas que conhece, é muito falante e permanece o tempo todo fazendo declarações de amor à sua companheira, dizendo o quanto ela é bonita, e que não vive sem ela. Para ele, o relacionamento entre os dois é uma razão de viver.

A seguir será descrita a trajetória terapêutica deste morador até a sua chegada no SRT, porém mais sucintamente, pois no prontuário havia poucas informações. Entretanto, após essa ilustração será descrita a sua trajetória conforme a sua entrevista.



Figura 17 – Trajetória terapêutica do Ent. 2.

De acordo com dados extraídos do prontuário, a casa onde residia o Ent. 2 e sua família era “precária” e no terreno de um vizinho, estando cedido para a família.

Entretanto, após a morte de seu pai, este juntamente com sua mãe, passou a residir na casa de seu tio em uma peça junto à garagem, em Caxias do Sul.

Seu tio relata que este teve várias internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro, refere também que tinha dificuldade de cuidá-lo, pois ele e a esposa sofriam de problemas cardíacos, sendo que o Ent. 2 saía à noite, não respeitava o horário das refeições, deixando-os preocupados. A única alternativa que encontraram foi interná-lo junto com a mãe.

Também há histórico de internações recorrentes na Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes, sendo a última em agosto de 2004.

Quando o sujeito é recluso em um espaço onde sofre diversas espécies de violência, passa a reunir em seu comportamento, por força dessas mesmas violências, tudo o que o manicômio deseja que se torne: antissocial, violento, melancólico e alienado. Se o sujeito portador ou não de um sofrimento mental é submetido a tal situação, no final de algum tempo é difícil distinguir o que lhe é próprio, o que faz parte do seu sofrimento e o que é resultado da sua condição de institucionalizado (AMARANTE, 1996)

De acordo com familiares, apresenta comportamento sexual exacerbado, com fraco controle de impulsos, segundo os dados retirados de prontuários médicos, seu histórico apresenta também episódios de agressividade.

Quando questionado sobre os fatos relacionados à descoberta da doença em sua vida, este relatou sobre a sua experiência referindo que quando tinha um ano de idade teve que ser operado por problemas renais. E que para “os nervos” e hipertensão toma remédio desde os 24 anos. Ressalta que não pode ficar sem tomar medicação.

Com relação à sua primeira internação em hospital psiquiátrico, Ent. 2 refere o seguinte:

O meu tio me levou, lá foi o X, a segunda vez, a primeira o meu tio me levou. [...] Antes eu morava com o tio, um outro meu tio que se enforcou [...] O meu primo e o filho dele, Y. É o filho do Y que me levou (Ent. 2).

Diante desse fato, percebe-se o familiar como ponto de apoio e incentivador para internação do seu parente em um hospital psiquiátrico, e também se verifica a desestruturação familiar no contexto de sua vida.

As internações em hospital psiquiátrico são frequentes e em demasia na vida deste usuário de saúde mental, o qual relata genericamente o número de vezes que internou e em quais locais, entretanto não menciona fatos vivenciados em cada local distintamente.

No São Pedro, no Paulo Guedes e na Santa Casa. [...] Eu tenho 26 baixas lá. [...] A primeira vez foi que eu tava bem agitado, eu não tinha nada, foi tanto que eu me agarrei num ponta pé num do grupo dos 8 (Ent. 2).

O grupo de 8 é uma alternativa muito empregada dentro das instituições manicomiais. Consiste em reunir oito pessoas dentre eles, pacientes que são mais fortes e menos comprometidos psiquicamente, para que possam realizar uma técnica de contenção física realizada com o próprio corpo destas pessoas, em situações de crise e em momentos de surto. Esses sujeitos que participam dos grupos geralmente adquirem alguns “privilégios” dentro do manicômio, pois é dado a eles um falso poder sobre os demais. Nesse sentido, o Ent. 2 participou desse processo, e refere que era tratado bem dentro do manicômio devido a esse fato:

No grupo de oito eles me tratavam bem, vinha no meio da noite ki-suco e pão. [...] É, no grupo de cinco. [...] Eu era porteiro. [...] Eu ficava na frente e não deixava ninguém passar, a não ser as enfermeiras. [...] Ou só a emergência do grupo de oito, o grupo de oito pra fazer uma emergência, sabe? [...] É, pra fazer uma coisa no cara, pra dar injeção. Só esses que podia passar e a enfermeira junto [...] Eu era tratado bem (Ent. 2).

Por meio da liberação de regalias ao Ent. 2, os funcionários lhe proporcionavam um status fictício, e através disso conseguiam manter o controle sobre os seus atos, além de delegarem tarefas que faziam parte da sua função para o paciente.

Segundo Foucault (2009), o âmbito do manicômio não sanciona mais a culpabilidade do louco, porém, faz mais que isso, ele organiza-a para o louco, como relacionamento não recíproco com o guardião e como consciência de si, ele organiza a intervenção terapêutica na existência do homem, e o organiza para o homem razoável como consciência do outro. Isto se traduz no fato de que através dessa culpabilidade a pessoa se torna objeto de punição sempre oferecido a si mesmo e ao outro, e do reconhecimento dessa condição de objeto e da consciência de sua culpabilidade, este deve voltar a sua consciência de sujeito livre e responsável, por conseguinte voltar à razão.

Quando questionado a respeito das demais internações, este sintetiza relatando a sua última internação em hospital psiquiátrico:

No São Pedro foi o ano passado. [...] Porque eu não tinha remédio, e tinha terminado o meu remédio que tava no bolso. E daí eu disse pra um delegado de polícia: “Olha, eu preciso baixar urgente no São Pedro, que eu não to bem” eu disse pro delegado. Então me deu um atestado médico, e então disse ta bom. Quando eu cheguei na portaria, oh, digo “Olha moço, ta aqui oh”. Leu, e aí eles me abaixaram (Ent. 2).

Referiu que a urgência em internar se deu devido ao fato que tinha acabado os seus medicamentos, e então necessitou ser internado. Esta circunstância pode ter acontecido provavelmente pela falta de uma rede estruturada de saúde mental naquela época, pois o usuário não tinha onde recorrer quando estava em crise a não ser no hospital psiquiátrico.

Após essa internação, este relata que foi morar no Asilo Vó Rose e conta um pouco de sua experiência neste local:

Ah, eu fui pro Vó Rose. [...] Ah, lá era ruim. Comida mal feita. [...] Pra comprar um cigarro tinha que ser uma enfermeira pra comprar. [...] Comigo né? Pra nós queria comprar tinha que ser com ela. [...] A Vó Rose era, era ruim. [...] Porque ela pegava nosso dinheiro, nosso benefício, e dava pra ela e dava pro filho dela (Ent. 2).

Percebe-se o quanto deve ter sido sofrida essa experiência, pois nem mesmo os seus mantimentos pessoais os moradores podiam comprar. E não tinham controle algum sobre o seu benefício financeiro, pois como este relata, o dinheiro era administrado e utilizado pela proprietária da casa asilar, para seu próprio sustento

Quando questionado sobre o local em que morava este refere à seguinte citação:

O lugar era bom, domingo que não era bom, domingo era uma tristeza que nossa? [...] Chegava nos domingo, era uma tristeza que nossa! Não chegava ninguém pra ver a gente (Ent. 2).

Além de viver em um ambiente completamente tutelar, este verbaliza a tristeza que sentia ao não receber visitas no domingo, único dia de receber familiares ou amigos naquele espaço onde vivia, pois nem se pode chamar de casa este local.

Numa das citações verifica-se que dentro do Asilo Vó Rose o Ent. 2 também recebeu uma função de trabalho, lá era considerado porteiro:

Na Vó Rose eu era chefe de portaria. [...] Cuidava do portão com um cadeado e uma chave (Ent. 2).

Outra situação vivenciada nesse contexto foi o fato de que o Ent. 2 construiu um vínculo afetivo com o filho da proprietária da casa asilar, chegando a chamá-lo de pai, sendo esta uma relação disciplinar e de poder, pois essa pessoa controlava a vida do Ent. 2, não o deixando sair para longe do asilo:

O meu pai, o X (filho da Vó Rose), ele eu também chamava de pai, porque ele me cuidava, sabe? [...] Não deixava eu sair pra longe [...] Ele ia atrás pra ver aonde a gente tinha ido de verdade. [...] O X nunca me tratou mal não. Só uma vez que me deu uma tunda. [...] Só porque ele bebeu catuaba demais sabe? Bebida de álcool. [...] Não sabia o que tava fazendo. Ele tava fora de ar [...] Eu não gosto dos filhos dele, são muito abusado diziam um monte de desaforo. [...] Me batiam os filhos dele (Ent. 2).

No último parágrafo da citação anterior, o entrevistado refere que os netos da proprietária do SRT eram desaforados, chegando até a bater nele. Quando questionado sobre a “Vó Rose”, este diz que ela era uma pessoa muito ruim.

Verbaliza que residiu neste local durante cinco meses, e que morava com mais 26 pessoas. Diz que dividia um “quartinho” com mais uma pessoa.

Este menciona a interdição do Asilo Vó Rose na seguinte fala:

Tava fechado [...] Por que nós tava tudo passando fome. [...] Porque ele tinha pão bom pra ele e pra nós era ruim. [...] Porque eles eram ruim. Eram assim oh... Mão fechada. [...] Era péssima. [...] Porque o tio dele (do Ent. 4) foi lá e fechou, era delegado de polícia também (Ent. 2).

Refere que passou muitas dificuldades enquanto residia naquele local, pois as pessoas eram muito ruins quanto ao cuidado com os moradores, chegando a passar fome.

Ao ser interditado o asilo, este refere que foi morar na Casa Lar juntamente com os outros moradores. Após esse momento, primeiramente morou no SRT 2; entretanto diz que não gostou de morar neste local pois “ficava o dia inteiro fechado”.

Todavia, refere como foi bem recebido no atual lugar onde vive, o SRT 1:

Aqui é melhor, tem chave pra gente sair. [...] Melhorou (a vida). [...] Tem mais amigo. Aqui tem chave pra sair. [...] Essa é a do meu quarto... a do portão... bicicleta... essa aqui é a de baixo... essa aqui eu vou deixar... (mostra as chaves) [...] Eu fui bem. Me trataram com carinho. [...] As enfermeiras que trabalham aqui (Ent. 2).

Sendo assim, na vida do Ent. 2 também se percebe um paralelo entre viver no manicômio e em instituições asilares, pois um ganho conquistado em seu cotidiano foi a liberdade. Verifica-se este fato quando este refere que sua vida melhorou, pois agora há as chaves do local onde habita o que proporciona autonomia no seu ir e vir na cidade, e que também há mais amigos, ampliando a sua rede social.

6.4.3) Protagonista 3

A fim de descrever o Ent. 3, vale ressaltar algumas de suas características peculiares. Este é um homem de 44 anos de idade, de estatura alta, pele morena, cabelos grisalhos e olhos castanhos. Expressa um tom de juventude pelo seu jeito de falar, o qual é composto por muitas gírias e seu jeito de vestir, pois se veste sempre com moletom e capuz, estilo característico de um jovem. Usa constantemente óculos de sol, tanto no dia, quanto à noite.

Este morador está sempre tranquilo e bem-humorado, e também quieto, pois desenvolve diálogo com os demais apenas quando é solicitado. Gosta de escutar música no estilo rock e reggae principalmente, como ele mesmo refere. Enfim, é um indivíduo que hoje possui o potencial para desenvolver todas as suas características subjetivas, podendo ter voz ativa em suas próprias decisões.

A próxima figura demonstra o longo caminho trilhado por este morador até a chegada no SRT, expressando a desestruturação em sua família, perdas de parentes, envolvimento com drogas, diversas internações psiquiátricas e situações de abandono, quando este morou nas ruas e em albergues.

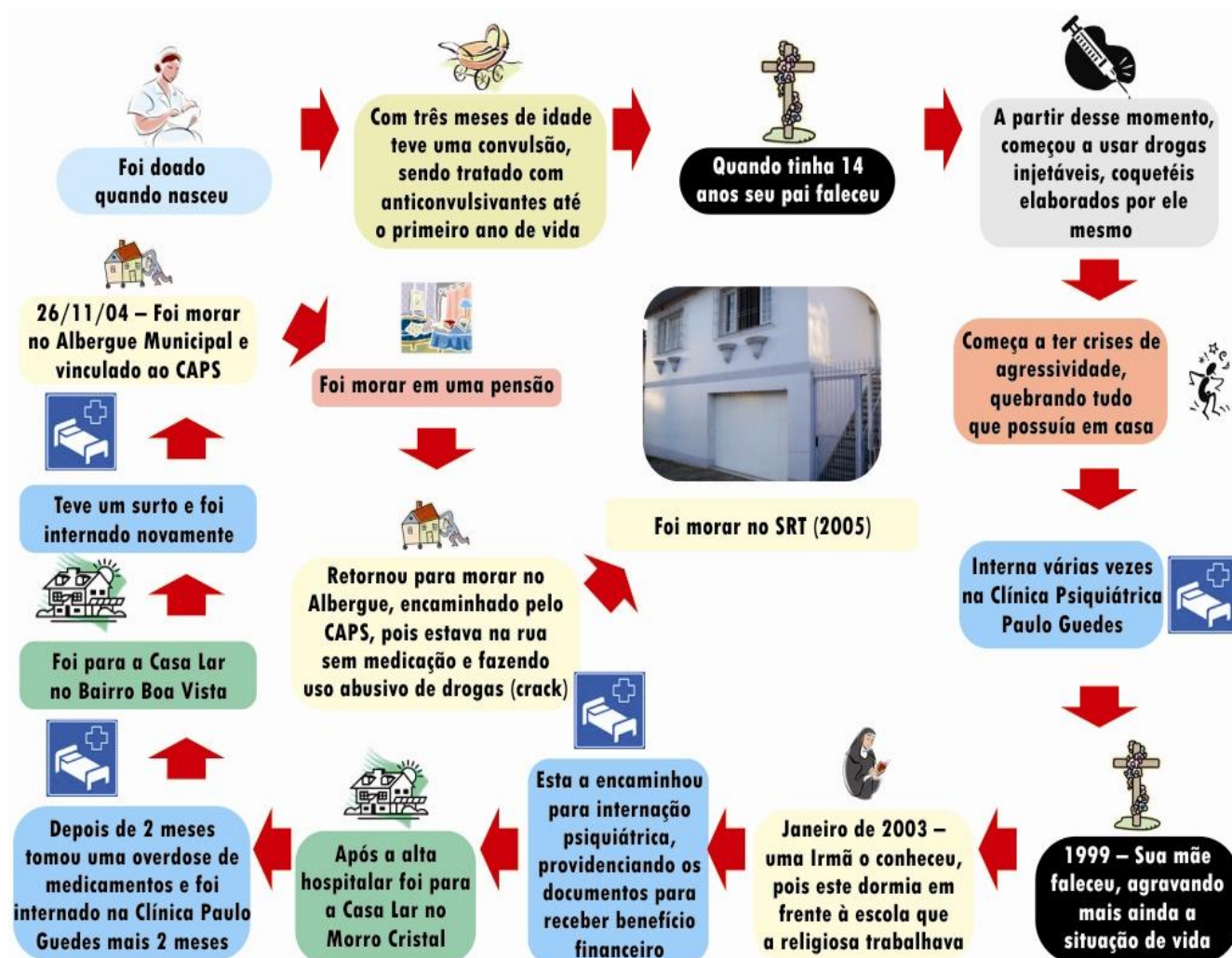


Figura 18 – Trajetória terapêutica do Ent. 3.

A mãe do Ent. 3 era alcoolista crônica e já tinha seis filhos quando ele nasceu. Seus tios também eram alcoolistas, perambulavam pelas ruas e morreram em função da doença. Seus pais adotivos o criaram com carinho, este teve uma infância boa, não lhe faltando nada em termos afetivos e materiais, mantendo vínculos sólidos.

A partir dos dados coletados no prontuário, sua irmã relata que o Ent. 3 sempre foi uma criança estranha, introspectiva e mentia constantemente.

Quando tinha 14 anos seu pai faleceu, e na escola contaram que era filho adotivo, fato que lhe era desconhecido até então. A partir de então começa a usar drogas. Internou mais de 35 vezes na Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes. Demonstrou-se resistente ao uso de medicamentos.

É comprometido mentalmente, apresentando transtorno mental grave. Os vínculos familiares são inexistentes, pois a irmã adotiva não possui condições de

cuidá-lo devido à problemática que o envolve. Apresenta dificuldades de interagir onde vive e alheio para o que se passa ao redor.

Quando questionado durante a entrevista sobre a descoberta da doença psíquica, este relata o seguinte depoimento:

Com uns 14 anos mais ou menos. [...] Sim, eu não parava em casa. Mas quando eu ia em casa assim, quando tinha alguém perto de mim, eu não conversava muito, eu saía, eu ia fazer alguma coisa até... até amanhecer e eu ia dormir daí. Não tinha muito contato com o pai (Ent. 3).

Refere que começou a apresentar problemas psíquicos aos 14 anos de idade, ou seja, na adolescência. Esta, por si só, já se apresenta como uma fase delicada devido à descoberta do exercício da sexualidade, da oposição, em que se busca autonomia, e quando combinada com o sofrimento mental é ainda mais potencializada. A seguir o Ent. 3 refere o momento em que foi internado em uma instituição psiquiátrica pela primeira vez, quanto tempo permaneceu internado e qual é a sua doença:

Sim, eu fui levado pro hospital por causa da doença psíquica que eu não parava em casa, não comia, não bebia, não dormia. E aí, a primeira vez que eu fui levado foi com doença né? Eu fiquei no fim um, uns dez anos mais ou menos, no hospital psiquiátrico. [...] Eu fui com 19. [...] O nome da doença seria depressiva (Ent. 3).

Relata sobre a dependência química, a qual se desencadeou na época em que estava trabalhando no exército. Comenta sobre a sua internação para esse problema e sobre o longo tempo de tratamento dentro do ciclo internar-receber alta:

Eu tinha saído do quartel e tinha problema com álcool. E daí da primeira vez não internei nos alcoólatras, sabe? Foi da terceira vez já que eu internei nos alcoólatras. Daí, daí foram ver o meu problema e eu tava com psicose, sabe? [...] Daí eles me mandaram ficar no hospital até melhorar, durante uns três, quatro anos que eu fiquei indo e voltando, dali inteirou dez anos e eu ainda tava com problema, com as mesmas atitudes sabe (Ent. 3).

Quando questionado sobre quem o encaminhou para internar pela primeira vez, este refere que não lembra, evidenciando o esquecimento de um passado sofrido:

Bah, nem me lembro mais quem foi. Acho que foi um vizinho (Ent. 3).

Com relação à sua família, este refere com que morou e quando internou em Porto Alegre no hospital psiquiátrico:

Eu morava sozinho. Morava com a mãe, quando eu andava. Há uns tempos atrás. Primeiro eu morei com a minha irmã, morei em Capão da Canoa lá, daí de lá já queriam me levar pra Porto Alegre [...] Daí eu fiquei uns três anos lá com a minha irmã [...] não me lembro qual era o lugar. Eu sei que era o hospital maníaco de Porto Alegre (Ent. 3).

Percebe-se que este percorreu um longo caminho na busca de resolver os seus problemas de saúde, se expondo a situações que nem mesmo recorda. Quando questionado sobre quantas vezes internou, este refere que internou mais de 30 vezes, e em diversos locais:

Foram várias internações, eu tive em Porto Alegre [...] Foi o CDQUIM lá [...] É, bem antes, no começo, eu tinha usado droga daí, e não podia se livrar, daí tava com o problema do uso, sabe? [...] me internaram lá daí eu fiz o AA lá, fiz o narcóticos, fiz até problema mental até. Daí não sabiam qual era o meu problema, se era uma coisa ou outra, qual era. E ficou sempre assim, no meio termo né? Se é uma coisa ou outra daí, sempre assim. [...] Aqui em Caxias era no Paulo Guedes [Ent. 3].

Uma questão interessante, referida pelo Ent. 3 foi com relação à sua experiência na Clínica Paulo Guedes, quando este faz um paralelo com o SRT e o CDQUIM⁷, a qual pode ser verificada na fala a seguir:

Ruim, ruim né? Não era nem parecido com aqui. Ali no CDQUIM não era tão ruim, mas lá no Paulo Guedes era ruim, eles amarravam, né? [...] Era assim, a gente falava com a psicóloga uma vez por semana, uma vez por semana com a médica ou o médico, né? [...] Só que era bem deficitário assim, ficava por lá, e nos corredor, às vezes amarrado, né? [...] Bah, me sentia horrível... pensava que eu tava no inferno. Sim, pensava que eu tava no inferno (Ent. 3)

Nesse mesmo sentido, relata o cotidiano de viver internado na Clínica Paulo Guedes, relata a rotina do sofrimento, as lembranças tristes e a sua experiência com a depressão:

Eu ia pro refeitório comer, depois saía, ia pros quarto daí dormia, levantava. Sempre assim. E sempre com aquele problema. [...] Aquela opressão, aquela coisa assim... bah... forte assim. [...] Pensava que nunca mais ia me livrar né? [...] Na hora de comer eu assim, nossa! Tava assim e nossa! Parecia um bicho, mas aí depois com o tempo foi passando. [...] Por causa que eu me lembrava sabe? Dos problemas e do que tava acontecendo. [...]

⁷ Centro de Dependência Química (CDQUIM) do Hospital Parque Belém, Porto Alegre – RS.

É, a doença sabe?... Da doença... [...] Qualquer coisa que eu fosse fazer, tomar banho... E parecia que eu me lembrava de tudo assim, voltava tudo na minha memória assim, daí depois eu saía pra fora, ia fazer outra coisa e esquecia. E vivia nesse ritmo, né? Sempre assim (Ent. 3).

Devido ao seu envolvimento com drogas, o Ent. 3 diz que o tratamento que recebia era controverso, pois inúmeras vezes os profissionais não sabiam se o que ele tinha era apenas dependência química, ou se também evidenciava problemas mentais, tornando um mediador inibidor para o seu crescimento enquanto pessoa.

Relacionando aos vínculos estabelecidos dentro da Clínica Paulo Guedes, o Ent. 3 refere que conheceu várias pessoas naquele lugar, sendo que a maioria desta era de outras cidades, e por isso não manteve mais contato com algumas pessoas. Entretanto, relatou que tentou visitar um amigo que reside na Clínica, fato que é expresso na citação a seguir:

Eu tive lá esses tempos lá pra visitar, na Paulo Guedes. E tem vez que eles deixam, e tem vez que eles não deixam né? Porque quando é horário de visita eles até deixam entrar um pouco. [...] Ele era paciente né? Crônico, daí eu entrei, mas não pude visitar ele, ele se perde no pátio né? [...] Ele é um cara que era bonzinho sabe? Ele era bonzinho pra mim, mas ele tinha, ele tinha problema sério, ele não tinha mais como voltar. Esse... o problema dele era sempre a mesma coisa, ficava brabo. Fiquei amigo dele (Ent.3).

Em suma, percebe-se que a trajetória terapêutica desse sujeito é evidenciada por eventos diversos e marcantes, os quais fazem parte da sua história e que contribuíram para que ele se constituísse no sujeito que é hoje. Percebe-se um novo rumo em seu viver a partir do momento em que passou a residir no SRT, muito embora ainda tenha impregnado em sua essência traços adquiridos no manicômio, quando era sujeitado em todos os momentos e recebia as coisas para seu sustento básico de vida ou em troca de pequenos favores.

6.4.4) Protagonista 4

Para descrever o Ent. 4 basta dizer que este é um homem introspectivo e sereno, e que a primeira vista não deixa transparecer o quanto é amável e gentil. Tem 56 anos de idade, estatura média, cabelos grisalhos e olhos castanhos. Anda sempre cabisbaixo, entretanto quando necessita posicionar-se sobre alguma questão este sabe muito bem o que quer, deixando claro o seu ponto de vista.

Parecido com os demais sujeitos, este também carrega em sua trajetória de vida marcas do abandono familiar, perdas de parentes e histórico de moradia em diversos lugares. Todavia, vale ressaltar que este foi privilegiado no sentido de nunca ter vivido em hospital psiquiátrico.

A próxima figura demonstra a sua trajetória terapêutica, desde quando foi abandonado por sua mãe, aos cinco dias de vida, até o ingresso no SRT:

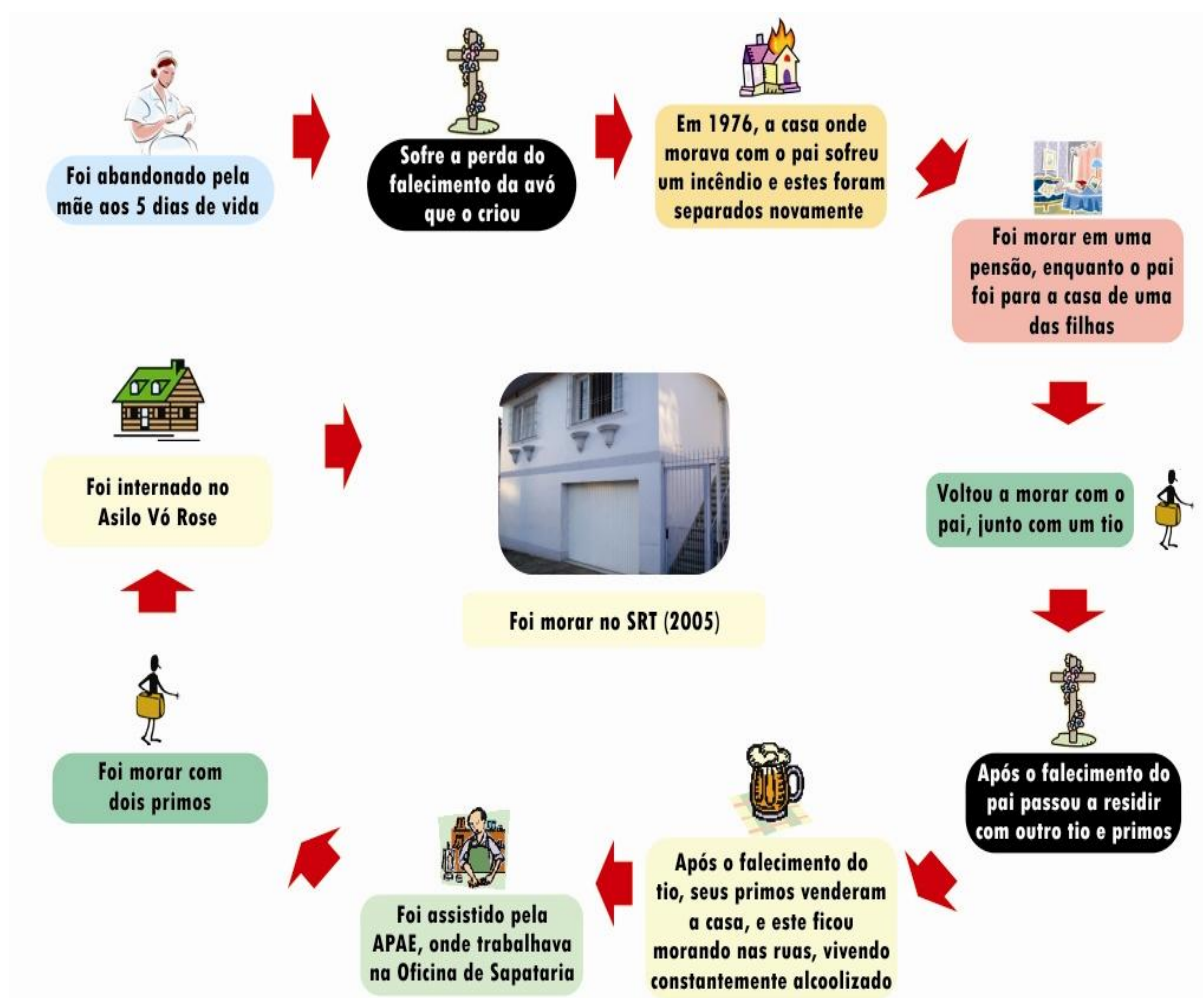


Figura 19 – Trajetória terapêutica da Ent. 4.

Segundo os dados do prontuário, foi registrado somente com o sobrenome da mãe, sendo que aos 22 anos o seu pai fez o reconhecimento de paternidade para que o Ent. 04 pudesse ser seu dependente junto ao Instituto de Previdência Social.

Foi criado pela avó paterna, a qual faleceu quando este tinha sete anos de idade, sendo que após esse fato foi criado pelo pai (na época separado), sendo seu único vínculo afetivo. O seu pai era etilista e tinha como profissão pintor autônomo.

De acordo com as informações coletadas, este nunca trabalhou em outros locais a não ser na APAE. Teve paralisia infantil, sofre de crises de epilepsia e faz uso de medicações continuadas. No que se refere à sua mãe, nenhum dos familiares tem informações sobre esta.

Durante a sua entrevista, este relatou que seu problema psíquico de saúde é “ataque e tontura, quando não tem remédio” iniciou aos três anos de idade, porém nunca precisou ser internado em hospital psiquiátrico devido a esse fato.

Refere que foi criado por sua avó e que, até o momento desta falecer, residiu em sua casa, sendo que em seguida foi morar com a sua irmã e depois com o sobrinho, o qual o levou para residir no Asilo Vó Rose quando o pai do Ent. 4 faleceu.

Entretanto, este relata como foi a sua vivência no contexto do Asilo Vó Rose e faz um paralelo com a sua vida atualmente no SRT, o que pode ser exposto na fala a seguir:

Na Vó Rose era ruim porque não podia, pra sair só se fosse algum parente buscar. [...] Tinha que ficar fechado, ficar lá. E eu ficava no portão o dia inteiro. [...] Atendendo o portão o dia inteiro. [...] Só se fosse algum parente buscar, daí podia sair, era liberado. [...] Não adiantava fugir, eles saiam de atrás [...] aqui é diferente. Aqui se o cara quer sair ele sai (Ent. 4).

As situações experienciadas serviram para que este tivesse a sua liberdade completamente banida. Dentro dessa “casa” este refere que não tinha nem mesmo o direito de ir e vir na sociedade. Além disso, há também o fato de que neste local os pertences pessoais eram roubados, caso o indivíduo não cuidasse:

Dormir... era... me parece que era três em cada quarto. Cada um tinha que cuidar das suas coisas, se não pegavam tudo. [...] Ah, eles que davam né? O remédio pra tomar (Ent. 4).

Segundo Goffman (2008), um conjunto de bens individuais possui uma relação estreita com o eu. O indivíduo espera ter controle da maneira de apresentar-se diante dos outros; para isso, necessita de roupas e cosméticos, instrumentos para usá-los ou consertá-los, assim como um lugar seguro para guardá-los. Contudo, ao ser admitido em uma instituição total, na maioria das vezes este é despido de sua aparência usual, assim como dos serviços e equipamentos com os quais a mantém, o que provoca desfiguração individual. Roupas, produtos de

higiene, agulha e linha, toalhas, cosméticos – tudo isso pode lhe ser tirado ou até mesmo negado, ainda que alguns possam ser guardados em armários inacessíveis, para serem devolvidos (se) quando saírem.

Quando indagado sobre a sua vida antes de residir no Asilo Vó Rose, este referiu indiretamente que seu bem mais precioso era a liberdade, pois realmente foi o que faltou na casa asilar:

Ah, era melhor né? Por que podia sair né? Não precisava ficar fechado né? Não precisava esperar os parente buscar né? Então saía a hora que queria (Ent. 4).

Entretanto, quando este passou a residir no SRT, logo após a saída do Asilo Vó Rose, relata uma conquista significativa em seu cotidiano, que é a possibilidade de ter a chave da sua casa e poder sair e voltar quando quiser:

Eu achei melhor porque aqui a gente pára sozinho aqui mas a gente tem a chave, sai a hora que quer. Nas quarta-feira eu vou no CAPS e fico lá fazendo jardinagem até Às cinco horas, depois eu venho embora e fico aqui até no outro dia. [...] Agora é melhor, porque a gente pode sair a hora que quer, cada um tem uma chave, então pode sair a hora que quer (Ent. 4).

Quando questionado a respeito de quais mudanças ocorreram em sua vida, este refere atividades básicas que hoje fazem parte do seu viver:

É tem que cuidar da roupa, cada um tem que cuidar da sua roupa e bota no arame pra secar, depois recolhe e guarda (Ent. 4).

Por fim, vale ressaltar que houve mudanças significativas na vida do Ent. 4, tendo em vista como era a sua vida antes de ingressar no SRT e como é hoje.

Pode se concluir que realmente os princípios da reforma psiquiátrica que versam sobre a desinstitucionalização, liberdade e reabilitação psicossocial fazem parte do SRT de Caxias do Sul, pois podem ser evidenciados seus resultados na vida desses quatro moradores por meio de suas histórias e vivências no SRT, o que impulsionou uma mudança de vida, podendo estes habitar na cidade em liberdade, reforçando a sua autonomia.

6.5) O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico

Mediante portaria 106/2000, as residências para egressos de instituições hospitalares passaram a ser denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos. Entretanto, essa nomenclatura é frequentemente questionada por diversas razões, todavia assim estabelecida para justificar sua introdução no SUS, especialmente no que diz respeito aos termos “serviços” e “terapêuticos” (FURTADO, 2006).

Concorda-se com a afirmação anterior, pois esta se traduz em um paradigma que deve ser refletido e questionado, pois ao mesmo tempo em que se quer “desinstitucionalizar” quem esteve muito tempo internado, fundamenta-se um local alternativo de moradia para esses sujeitos, no interior da reforma psiquiátrica, entretanto com o nome de “serviço”, e em várias vezes com características de serviço, ao invés de residência.

É necessário que, no interior dos SRT, a equipe sempre esteja ciente do seu papel enquanto agente de reabilitação psicossocial, proporcionando aos moradores suporte terapêutico para que estes sejam reinseridos na sociedade, participando de passeios, atividades, compras, entre outras coisas, no espaço social. Que os estimulem a reaprender atividades rotineiras e cotidianas, como por exemplo, cuidar e organizar os seus pertences. Sempre tendo como foco o desenvolvimento da cidadania e autonomia destes, visando que no futuro possam estar preparados para ter a sua própria casa.

De acordo com Salles e Barros (2009), pode-se entender que os pressupostos da reabilitação psicossocial são: a constituição de uma forma nova de vida autônoma, dentro da sociedade; o processo de devolução do poder contratual do sujeito, o qual se desenvolve nos espaços da moradia, mercado e trabalho, considerados como espaços de troca; e a referência a macro e micro variáveis do contexto social que produzem resultados para a reabilitação psicossocial.

Deste modo, a reabilitação psicossocial revitaliza a vida, assume como projeto de trabalho os projetos singulares de vida, resgatando valores, necessidades, subjetividades, costumes e demandas humanas, condições condizentes com o conceito de cuidado em saúde como processo que se fundamenta nas relações e que usa como instrumento o dialógico (SOUZA; KANTORSKI; PINHO, 2009).

Essa nova forma de cuidar em liberdade proporciona o deslocamento do sujeito nos diversos espaços da sociedade, pois serve apenas de suporte para que o indivíduo em sofrimento psíquico se restabeleça e fique forte enquanto cidadão atuante no meio social em que vive.

No que se refere ao cotidiano, este se constitui na fonte social em que é realizada a vida, onde ocorre a perpetuação das representações entre as pessoas, discussões diárias, trocas de conhecimentos, dentre outras situações costumeiras que representam a trama social diária (MAFFESOLI, 2006).

Este se relaciona com os pressupostos da reabilitação psicossocial, no momento em que afirma que o indivíduo em sofrimento psíquico pode construir uma vida, dentro da sociedade e articulada com as diferentes esferas, sem perder sua singularidade, além de ambos discutirem sobre o modo de produção, a inserção social e as redes de relação (SALLES; BARROS, 2009).

Relacionando o cotidiano no contexto das trajetórias terapêuticas, segundo Dalmolin (2006) estas são construídas a partir de escolhas e conquistas no entrelaçamento das dimensões sociais e individuais, as quais sinalizam que certas circunstâncias (lembranças, situações e pessoas) proporcionam-lhes suporte para se apropriarem dos espaços, produzirem situações desejadas, interagirem com as pessoas, retornarem a lugares que lhe fornecem acolhimento, apoio e autonomia. Todavia, existem também, nos entrelaçamentos desses percursos as “não escolhas”, ou seja, situações não protagonizadas e nem desejadas por eles, mas que estão presentes e instituídas em suas vidas. Essa controvérsia de serem em algumas situações sujeitos e em outras sujeitados está presente nas inter-relações cotidianas.

Tendo como premissa o contexto da reabilitação psicossocial, e o caráter de pesquisa qualitativo deste estudo, o qual tem como um dos objetivos olhar o morador e seu cotidiano no interior do SRT, torna-se extremamente interessante analisar as trocas sociais através de uma leitura antiutilitarista da vida social.

Conforme Marcel Mauss (2008), uma parte considerável da nossa moral e da nossa vida permanece sempre na atmosfera da dádiva, da obrigação e também da liberdade, concomitantemente. Felizmente nem tudo está classificado especificamente nos termos de compra e venda. As coisas possuem um valor sentimental que vão além do seu valor venal, conjecturando a existência de valores que sejam apenas desse gênero.

As trocas sociais fazem parte do cotidiano dos moradores do SRT, em cada gesto, palavra, relacionamento e vivência. No âmbito da sociedade pode se perceber a riqueza de detalhes que dão vida aos dons e dádivas trocados, que se fossem analisados sob outra óptica, com certeza a essência da solidariedade se perderia.

As redes interacionistas que fazem parte do cotidiano nas sociedades complexas não se revelam aos métodos modelizantes hegemônicos, na medida em que se perpetuam nos processos intersubjetivos, nas emoções e afetividades que se perdem através das tentativas de apreensão direta fornecidas pelas operações estatísticas e matemáticas, e nas memórias e representações sociais e coletivas. O pensamento instrumental e hegemônico sobre redes oferece, pois, geralmente, respostas superficiais sobre redes do cotidiano, não explicando como tais redes interferem nos processos de instituição das realidades culturais e sociais e nos processos de representação e, em particular, nos mecanismos de formação das minorias atuantes e nas esferas públicas (MARTINS, 2009).

Sendo assim, as redes do cotidiano são os resultados naturais de processos de ações de reciprocidade e de trocas de dádivas em registros diferenciados e múltiplos. Elas servem de suporte para a circulação de bens simbólicos e materiais que contribuem para singularizar e diferenciar o todo social em partes complexas, como dos indivíduos, grupos e classes (MARTINS, 2009).

O cotidiano dentro do SRT 1 de Caxias do Sul, se desdobra como em qualquer casa típica. No primeiro dia de contato com o SRT e moradores, o pesquisador e os demais membros da equipe de pesquisa REDESUL foram conduzidos pela coordenadora do serviço à casa do SRT1. Chegando lá, estes foram apresentados aos moradores do SRT. A Ent. 1 e o Ent. 2 foram extremamente hospitaleiros recepcionando as “visitas”, ofereceram café e mostraram as dependências da moradia.

Na casa fomos apresentados aos moradores no andar superior Ent. 1 e Ent. 2 (no quarto de casal) e X, Ent. 3 e Ent. 4, morando os 3 em um quarto de solteiro com 3 camas. No andar de baixo moram mais 2 senhores e 1 senhora fomos também apresentados e apresentamos os objetivos da pesquisa, fizemos algumas combinações relativas a horários e nos despedimos (DC3).

No momento em que foi realizada a primeira visita à residência dos protagonistas do estudo, estabeleceu-se o primeiro vínculo entre estes e o pesquisador. E a primeira dádiva compartilhada foi à solidariedade através da hospitalidade demonstrada pelos sujeitos, no oferecimento do café e da exposição de sua casa, que faz parte do espaço íntimo e particular das pessoas. Por essa iniciativa dos moradores, em compartilharem o seu espaço de moradia, percebe-se o prazer que estes têm em partilharem suas vidas com os demais sujeitos sociais.

De acordo com dados do DC1, o clima na moradia é de família e cumplicidade. Quando um dos pesquisadores chega no SRT, no dia seguinte pela manhã, é recebido no portão por um dos moradores da parte inferior do sobrado. Então, percorre o hall de entrada e encontra o Ent. 3 sentado e fumando, este se demonstra muito simpático e receptivo, estava de óculos escuros. Nesse momento vem a Ent. 1, a qual estava tomando chimarrão, recepciona com um forte abraço e autoriza o pesquisador a entrar na casa, que este seja “bem vindo”. Na cozinha encontrava-se outro morador, tomando café preto com pão e manteiga, dá bom dia e permanece realizando a sua refeição.

Pela observação anterior, percebe-se que no contexto do SRT os moradores têm autonomia para realizarem suas atividades diárias conforme decidirem, seja ficar ao ar livre descansando e fumando, seja para tomar o seu chimarrão matutino. Além disso, dispõem de uma casa para receberem visitas.

Segundo Martins (2009), a realidade do cotidiano não se apresenta uniformemente, mas é variada e constituída por partes distintas que revelam as lutas por visibilidades, reconhecimento, por dignidades, contribuindo para separar e unir os seres humanos mediante categorias explicativas (culturais, sociais, de gênero, religiosas e étnicas) que são internalizadas e começam a guiar os processos de formação das comunidades e sociedades.

Outra atividade cotidiana que pôde ser observada foi o momento da refeição. No SRT em estudo, os alimentos básicos (arroz, massa, enlatados etc.) para o sustento dos moradores são adquiridos através de compras realizadas mensalmente. Vale ressaltar que a carne é distribuída diariamente no SRT 2, exceto no domingo, quando os próprios moradores têm autonomia para comprar o que quiserem ou até mesmo podem almoçar em restaurantes na cidade.

Existe uma escala em que durante a semana um morador fica responsável por elaborar o almoço, e esta mesma pessoa vai até o SRT 2 buscar a carne que será disponibilizada naquele dia.

Nesse momento, se estiverem dispostos, os outros moradores podem auxiliar os colegas durante a preparação da refeição. Na observação a seguir, há um exemplo desse momento:

O Ent. 4 chega com a carne para o dia, que foi buscar no SRT 2 (hoje é o Ent. 4 no almoço). O Ent. 3 o auxilia, enquanto o Ent. 4 faz o arroz ele põe o fígado para cozinhar. O Ent. 4 assume o fogão. Como o fígado veio picado ele faz refogado, pois não dá p/ fazer bife. O Ent. 2 observa (DC2).

Com relação ao café da tarde, ou lanche da noite para alguns, os moradores também recebem o pão diariamente no SRT 2. Cada dia um deles vai até esta residência a fim de buscar o alimento para si e para os demais colegas. Há combinações quanto ao horário para irem até lá buscar, ou seja, sempre após às 18 horas.

Entretanto, estes não preparam janta, têm a opção de comer o que sobrou do almoço ou preparam café. Na citação a seguir, pode-se evidenciar este fato:

Entro pelos fundos e vejo a Ent. 1 na escada jantando (o almoço que sobrou), as panelas estavam sobre a mesa, destapadas (arroz com milho e ervilha e tiras de bife de fígado), a louça do almoço estava toda na pia por lavar (DC1).

Percebe-se na observação anterior que a higiene é um fator complicado no cotidiano do SRT, todavia essa é uma questão que faz parte da reabilitação psicossocial, pois até o momento em que residiam em instituições psiquiátricas e asilares, estes não eram estimulados a realizarem tarefas básicas como prepararem os seus alimentos, ou até mesmo a cuidarem de seus pertences, e hoje é um processo de aprendizagem.

A possibilidade de realizar trocas sociais é uma questão nova na vida desses moradores, pois quando estavam institucionalizados tinha positividade apenas na sua dimensão de doente, era anulado dessa forma, qualquer valor da pessoa que o assegurasse como sujeito social. Os manicômios traduzem-se por agentes de desvalor, têm a capacidade de transformar as manifestações de poder

por parte dos sujeitos em negatividade pura do sintoma, tornando-se um lugar de troca social zero (KINOSHITA, 1996),

De acordo com Martins (2005), o entendimento da dádiva como o sistema de trocas básico da vida social possibilita romper com o modelo dicotômico característico da modernidade, pelo qual a sociedade ou seria fruto do movimento fluente do mercado ou de uma ação planificadora do Estado. O entendimento sociológico da dádiva rompe com essa dicotomia para introduzir a noção de ação social como interação, como movimento circular impulsionado pela força do bem (material ou simbólico) recebido, dado e retribuído, o qual está relacionado diretamente tanto com a distribuição dos lugares dos membros do grupo social como das modalidades de prestígio, reconhecimento e inclusão.

Nesse sentido, um dos objetivos da equipe do SRT de Caxias do Sul é que os moradores sejam reconhecidos em sua individualidade. Concorde-se com o posicionamento de um membro da equipe do SRT, pois, como podemos verificar na observação a seguir, há a necessidade de ver os moradores como singulares:

Diz que grande parte das dificuldades ocorrem porque a equipe não aceita que eles são diferentes, entre si. Que quando saem [...] se vê todos na rua, cada um num ritmo, numa colocação no espaço, de um jeito... por que são diferentes entre si. E não adianta querer enquadrá-los, querer que façam do nosso jeito, no nosso tempo, que eles não vão fazer (DC4).

Outro fato observado no âmbito do SRT foi durante o período da noite, quando o pesquisador (DC1) presenciou às 20 horas a rotina da moradia. O costume dos moradores é dormir cedo, nesse momento os moradores da parte inferior da casa já estavam todos dormindo e os da parte superior estavam se preparando para dormir. Nesse dia estava chovendo bastante e a casa estava limpa, pois a faxineira havia limpado à tarde. Entretanto ocorreu uma situação atípica naquela noite, o Ent. 2 estava gritando e muito bravo, porque havia desaparecido uma carteira de cigarros do seu guarda-roupa e ele queria saber quem havia feito isso, gerando uma situação de conflito.

O reposicionamento social do indivíduo que permaneceu longo tempo de sua vida em instituições asilares e psiquiátricas é um processo paulatino. Até alguns dos conflitos e brigas que hoje são vivenciados por eles são considerados importantes, pois como se pode verificar na citação anterior, o morador se posicionou quanto a um objeto seu que havia sido perdido, sendo que quando vivia

no manicômio não possuía nada. Esse é um avanço em sua vida, pois hoje ele possui os seus próprios pertences.

Relacionando às situações do cotidiano sobre a arrumação e manutenção do funcionamento da casa, cada morador é inserido numa escala que organiza os dias de faxina para não ficar sobrecarregado para ninguém. Nas observações a seguir pode-se visualizar melhor um exemplo nesse sentido:

Chegamos lá e estavam realizando faxina na casa, o Ent. 2 estava limpando o banheiro, e disse que depois iria limpar a cozinha porque era o seu dia de limpar de acordo com a escala. A cozinha e a sala estavam sujas (DC1).

Como é o dia dela de limpeza, vai providenciar balde e pano para limpar o banheiro e a cozinha. A Ent. 1 acaba de limpar o banheiro e espera para limpar a cozinha depois do almoço (DC2).

Outra questão que pode ser evidenciada no cotidiano dos moradores é relacionada às compras e aquisição de bens. Os moradores têm a liberdade de usufruírem de seu benefício financeiro da maneira que quiserem, conforme a sua vontade e necessidade.

O contexto social se traduz num ambiente onde são feitas negociações, e a partir das relações interpessoais é adquirido o poder de contratualidade. Conforme Pitta (1996) os sujeitos atuam em três cenários: habitat, trabalho e mercado. Sendo que dentro desses cenários se desenrolam as cenas, as histórias: dinheiro, afetos, poderes, dentre outros. Cada indivíduo tem o seu poder de aquisição, o que os torna mais hábeis ou menos hábeis, mais habilitados ou menos habilitados. E há, também, a desabilidade por falta de poder contratual, sendo de extrema importância a reabilitação psicossocial nesse sentido.

Assim sendo, de acordo com as observações do DC4, no SRT de Caxias do Sul há uma estrutura de organização do salário de cada morador que se chama Banco Pedagógico. No início do mês, cada indivíduo recebe o seu dinheiro no banco, juntamente com o seu técnico de referência e leva para o SRT. Na sala de equipe há um cofre que se destina a guardar o benefício de cada morador, em arquivos individuais identificados pelo nome e acompanhados de notas fiscais e recibos. Quando estes chegam ao SRT portando o seu dinheiro, conversam com os técnicos de referência e separam o dinheiro para pagar prestações (caso tenham alguma), cigarros e outras coisas que necessitam para o mês. O dinheiro que sobra fica guardado no cofre e durante cada semana é distribuída uma quantia estipulada,

geralmente R\$ 10,00, para cada morador gastar como preferir (comprar sorvete, lanches, presentes etc.).

Vale ressaltar nesse contexto que a equipe do SRT de Caxias do Sul é comprometida com a reinserção social dos moradores, deixando bem claro a todos o papel de cidadão que cada um tem, evitando reforçar a ideia de incapacidade:

Segundo profissional X e profissional Y os moradores são estimulados a não usar “atalhos” como filas prioritárias, agendamento de consultas em UBS, caixas prioritários em bancos, supermercados, etc. São estimulados a enfrentar o fluxo normal dos serviços, sem abreviar passagens. O foco não é a “doença” (DC2).

A equipe tem um papel importante e fundamental quando concorda em não estimular os moradores usufruírem ‘atalhos’ em seu cotidiano. Destarte, proporciona que estes formem novos vínculos sociais, por meio de trocas de dons e dádivas como ir ao banco, receber o benefício financeiro, aguardar na fila comum e não nas filas para pessoas com necessidades especiais, o que não seria possível caso os tratassem como se a doença fosse o mais importante em sua vida.

A todo o momento a equipe troca dádivas com os moradores, por meio do ensino de como podem usar o seu dinheiro, desde o indivíduo mais comprometido psiquicamente ao mais autônomo, sendo que os que necessitam de uma atenção maior são acompanhados pelos técnicos de referência nas lojas, supermercados e outros locais para que entendam como realizar o pagamento, receber o troco, ou seja, todo o processo que envolve a utilização do dinheiro, reforçando as trocas sociais.

As observações a seguir exemplificam situações de compras realizadas pelos moradores:

Chegou durante este período o caminhão de uma loja trazendo colchões e uma máquina de secar roupas que os moradores adquiriram. A Ent. 1 e os outros moradores os receberam, em seguida chega a X (técnica de referência) que os ajuda nos desembaraços administrativos (assinar as notas de recebimento, orientar a equipe da loja para descarregar) (DC3).

A Ent.1 comprou um tênis e uma bota de couro. O Ent. 3 não quer tomar banho há dias, estão pensando em “cortar” o Banco Pedagógico da semana (DC1).

Evidencia-se nas observações anteriores, que o valor não está no custo financeiro dos objetos adquiridos, e sim no reconhecimento deste morador como cidadão, através da realização da troca, onde ele teve a oportunidade de ir até a

loja, escolher o produto e pagar com o seu próprio dinheiro. Esse ganho é inestimável, se comparado com as possibilidades que tinha antes de viver em liberdade na sociedade, as quais eram nulas.

Nesse sentido, como afirma Caillé (2002), o paradigma do dom não pretende analisar fundamentalmente como se gera o vínculo social nem a partir da base e nem a partir do alto, mas a partir do seu meio, de maneira horizontal, em função do conjunto das inter-relações que unem os indivíduos e os tornam atores propriamente sociais. O dom é o performador e o motor das alianças, ele é o responsável por selar e simbolizar as relações, o que as garante e lhes dá vida.

Nesse mesmo sentido, a equipe do SRT, mais especificamente o técnico de referência de cada morador, é identificada como um mediador colaborador que permanece a todo o momento incentivando-os a tomarem suas próprias decisões, a participar de atividades na comunidade, as quais proporcionam a inserção social, e também questões que aumentem a autoestima desses indivíduos. Um exemplo foi relatado no DC3 que descreve quando a Ent. 1 chegou ao SRT muito alegre após sair do cabeleireiro, com o cabelo pintado e com um corte diferente. Refere que esta chegou realizada, mostrando também as suas unhas, pois além de ir ao cabeleireiro havia ido à manicure.

Entende-se que a reabilitação psicossocial vai muito além de atividades realizadas com os indivíduos em sofrimento psíquico, que se restringem apenas ao ambiente de cuidado, nesse caso o SRT. A reabilitação objetiva o reposicionamento do sujeito enquanto cidadão em todas as esferas da sua vida, favorecendo o fortalecimento da sua autonomia e a troca de dons.

Além disso, uma estratégia de a equipe pactuar algumas coisas com os moradores é fazendo acordo quanto à liberação do Banco Pedagógico, o que para alguns pode ser entendido como castigo. Entretanto, para a equipe do SRT de Caxias do Sul, significa o estabelecimento de limites para o viver em comunidade.

A equipe sempre busca ter uma relação afetuosa e de confiança com os moradores do SRT, o que caracteriza-se como um mediador colaborador, entretanto, conforme dados de observação do DC1, um dos membros desta refere que há dificuldades no trabalho em equipe porque quando é pactuada uma postura de tratamento com os moradores, esta não é seguida por todos.

Contudo, outro profissional refere ser uma postura unânime na equipe de saúde mental buscar que as pessoas possam ser vistas como cidadãs (DC4). Esta

característica é contemplada na maior parte do tempo no interior do SRT, pois os profissionais estão sempre almejando construir um trabalho junto aos moradores que resgate a sua reinserção social, potencializando movimentos de ultrapassar os muros da moradia e ir além, para a sociedade, o que é muito significativo pois contribui para a reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Uma observação interessante, registrada em diário de campo, foi em relação ao posicionamento de um profissional da equipe do SRT, o qual traduz o que é a reinserção social na prática:

Priorizar sair com eles, passear, ir no parque, correr, ver coisas diferentes porque se até a gente precisa passear, viajar, se divertir porque eles não precisam? Falou que “eles já passaram muito tempo presos, nenhum assassino fica tantos anos trancado.” Eles já perderam de viver muito tempo. A grande diferença é fazer o trabalho fora do SRT, para fora, para eles viverem (DC4).

Outro diferencial no processo de trabalho da equipe é a maneira como esta trabalha com a crise dos sujeitos, evidenciando uma nova forma de cuidado. Segundo uma funcionária do SRT, quando um morador grita, surta ou se desorganiza é possível intervir empregando o afeto e uma atenção mais direta e focada e dessa forma tornando possível a resolução de situações mais agudas (DC3).

Percebe-se na dinâmica de cuidados da equipe junto aos moradores a presença de um trabalho vivo, o qual está completamente centrado no usuário e não na sua doença. Raramente os profissionais dão ênfase à patologia e à medicação, pois o seu objetivo está centrado em potencializar e fortalecer o reposicionamento social e a cidadania dos moradores. A equipe posiciona-se como um mediador colaborador na vida desses indivíduos, utilizando a solidariedade em suas ações.

Assim, o conceito antiutilitarista ultrapassa o caráter interessado e instrumental das ações humanas para introduzir uma compreensão não-linear e expressiva do ser humano. São trazidos valores como os da solidariedade, da dádiva e da confiança (MARTINS, 2009). Na equipe do SRT de Caxias do Sul são privilegiados esses valores, pois como se evidencia na citação anterior, o afeto e o amor são utilizados como instrumento de trabalho em situações de crises dos moradores.

Segundo Torre e Amarante (2001), o trajeto que envolve a saída do indivíduo em sofrimento psíquico da condição de sujeito, ou seja, um corpo marcado pelo diagnóstico psiquiátrico e pelo exame clínico, até a sua transformação em um usuário ativo no sistema único de saúde, o qual luta para produzir cidadania para si e para seu grupo, passa obrigatoriamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da busca pela cura, a estimulação de focos de autonomia. A cura cede lugar à emancipação, transformando a natureza do ato terapêutico, o qual agora está centrado em outra finalidade: produzir cidadania ativa e autonomia, desconstruindo a relação de tutela e o espaço de objeto que captura o direito de ser sujeito.

Marshall entende por cidadania como o pertencimento pleno a uma comunidade, isto implica a participação dos indivíduos na determinação das condições de suas associações. A cidadania constitui-se num status que garante aos sujeitos iguais deveres e direitos, restrições e liberdades, responsabilidades e poderes (HELD; BARBOSA; SILVA, 1999).

Segundo Souki (2006), a cidadania é fundamentalmente um método de inclusão social. Ela representou na história o surgimento e a celebração do indivíduo enquanto unidade política desvinculado de instituições corporativas e gremiais, cujo início se deu no contexto das revoluções inglesas do século XVII e na Revolução Francesa. A inspiração comum a essas tradições está nos direitos naturais, os quais eram anteriores à instituição do poder civil e deveriam ser reconhecidos e protegidos por este poder.

E para que a cidadania realmente seja efetiva na vida dos moradores do SRT, é necessário que todos os meios que proporcionam esse objetivo estejam centrados em um trabalho de diversificação de atividades e maior inserção social.

Uma atividade muito importante para a reinserção social dos moradores do SRT é a participação no Programa Brasil Alfabetizado⁸, pois impulsiona a esperança em novos projetos de vida, em novos sonhos para realizar pela possibilidade de concluir os estudos.

As aulas desse Programa acontecem duas vezes por semana no período da tarde num espaço de uma faculdade, no centro de Caxias do Sul. A turma é

⁸ O MEC realiza, desde 2003, o Programa Brasil Alfabetizado (PBA), voltado para a alfabetização de jovens, adultos e idosos. O programa é uma porta de acesso à cidadania e o despertar do interesse pela elevação da escolaridade. O Brasil Alfabetizado é desenvolvido em todo o território nacional (BRASIL, 2010b).

composta por moradores do SRT 1 e 2 e também de usuários do CAPS. O professor é um estudante do curso de Filosofia. Na observação a seguir, verificamos alguns detalhes dessa atividade:

No total eram 17 usuários, entretanto 3 eram do CAPS, e os demais moradores do SRT. Fomos caminhando até a escola com eles, eu e a pesquisadora X, mais duas técnicas de enfermagem do turno da tarde. Enquanto estávamos indo, todos ficavam juntos, alguns observavam as vitrines, o movimento nas ruas. Chegamos em 15 minutos no local, o qual se chama “Brasil Alfabetizado” o qual é financiado pelo governo federal (DC1).

Neste contexto, os alunos/moradores também são estimulados a desenvolverem a todo o momento o seu potencial enquanto pessoa, desde cada exercício até cada exemplo dado em sala-de-aula a respeito do assunto abordado são levantadas questões do cotidiano. Vale ressaltar que o professor não tem formação em saúde mental, o que contribui para a quebra de estigma e preconceito, pois todos são tratados naturalmente.

Também através dessa parceria há o objetivo de além de aulas tradicionais em sala, esporadicamente professor, juntamente com um profissional do SRT, leva os moradores em espaços na sociedade a fim de potencializar a reinserção social. No dia em que foi observado, encontramos o seguinte relato:

Fomos à Casa da Cultura, a qual era próxima da escola, chegando lá eles estavam montando uma exposição nova e disseram que voltássemos semana que vem. Então o professor levou-os na Igreja da Catedral, eles ficaram admirados, passearam por toda a Igreja, subiram no altar, tiraram fotos. Depois fomos ao fundo da Igreja, havia um jardim de inverno, eles passearam [...] e retornamos a escola (DC1).

O habitar nos espaços da sociedade é uma oportunidade de reinserção social muito importante na vida dos moradores, como nas aulas de alfabetização, por exemplo. Estes têm a oportunidade de ir e vir em uma atividade extra SRT, ao mesmo tempo em que por meio desse espaço também podem desenvolver outros trajetos pela cidade.

Por conseguinte, outro espaço interessante, o qual proporciona inserção social para os moradores, ao mesmo tempo em que contribui para o seu tratamento é a equoterapia.

O uso desta surge como um novo recurso terapêutico que utiliza o cavalo como motivador para a realização do tratamento. Este é um animal dócil, de força e

porte, que se deixa montar e manusear. Portanto, o indivíduo e o cavalo formam um relacionamento afetivo importante, e sendo assim estabelecem uma relação de atuação mútua e harmoniosa (TOIGO, LEAL JÚNIOR e ÁVILA, 2008).

Para ingressar nesta atividade, cada morador é autônomo para escolher se quer participar ou não, sendo que ele próprio paga a sua mensalidade com o próprio benefício financeiro. A seguir há uma descrição da equoterapia, descrevendo onde se localiza e como se dá cada sessão de terapia:

A Equoterapia localiza-se na segunda Léguas de Caxias do Sul, mais especificamente em São Martin. O motorista da van é contratado pela dona do local, este busca e leva os moradores do SRT. No momento da Equoterapia a profissional vai conversando o tempo todo com a Ent. 1, dando voltas por todo o pavilhão. Quando termina a sessão eles auxiliam no tratamento e cuidado do cavalo (DC1).



Figura 20 – Paisagem do caminho à equoterapia, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2010.

Tendo em vista que o local onde ocorre a equoterapia é muito distante do SRT, estes também pagam um motorista que os leva em uma van até o lá, este é contratado pela dona do local e pago pelos moradores.

A seguir, uma figura que ilustra exatamente o momento em que estava acontecendo uma sessão de equoterapia, junto à instrutora:



Figura 21 – Sessão de equoterapia, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2010.

Após cada sessão, também fazendo parte da terapia, os moradores são estimulados a cuidarem dos cavalos, como pode ser ilustrado na seguinte figura:



Figura 22 – Cuidados com o cavalo após a equoterapia, Caxias do Sul – RS.

Fonte: Banco de dados REDESUL, 2010.

Essa oportunidade de terapia também proporciona o contato dos moradores com outras pessoas, além das que vivem no SRT e sua equipe. Estes compartilham o espaço da van com outros alunos, como no caso de uma criança deficiente física de mais ou menos 10 anos e sua mãe, que também vão até a Equoterapia no mesmo horário. Esse momento também contempla a oportunidade de iniciar e

fortalecer novas alianças entre os moradores e outras pessoas que não pertencem ao SRT, desenvolvendo a formação de novos vínculos sociais.

Outro diferencial também visto no SRT de Caxias do Sul é que este disponibiliza aos moradores a participação na hidroterapia. A seguir, duas figuras que expressam essa atividade:



Figura 23 – Hidroterapia realizada pelos moradores do SRT. (1). Caxias do Sul – RS



Figura 24 – Hidroterapia realizada pelos moradores do SRT (2). Caxias do Sul – RS

De acordo com Biasoli e Machado (2006), a hidroterapia é indicada e utilizada por fisioterapeutas e médicos no contexto de programas multidisciplinares de reabilitação para pacientes das mais variadas áreas. Na década passada houve o ressurgimento desta terapêutica e, assim, ocorreu um grande desenvolvimento

científico dos tratamentos e técnicas aquáticas, possibilitando uma ampla atuação e abordagem com pacientes nesse âmbito.

Com relação ao SRT de Caxias do Sul, esta acontece uma vez por semana, no turno da tarde na sede campestre Recreio Guarany. Assim como na equoterapia, esta também tem mensalidade, a qual é paga por cada morador com os seus recursos financeiros, incluindo também o transporte até o local. Estes vão acompanhados sempre por um técnico do SRT.

Esta atividade é muito esperada pelos moradores, pois nos dias em que ocorre a hidroterapia estes ficam arrumando seus pertences e trajes de banho para levar, desde o período da manhã. Na observação a seguir pode-se verificar a dinâmica desta atividade:

Chegaram lá, trocaram-se, tomaram banho no chuveiro e entram na piscina, a professora (fisioterapeuta) auxilia-os a descender a escada. Entram na piscina fazem alongamentos e começam a fazer os exercícios. Primeiro vão de um lado a outro caminhando, depois correndo. A professora interage muito com eles, estimula, chama nominalmente cada um para participar, depois fazem brincadeiras com bolas (DC2).

Por meio da hidroterapia os sujeitos também têm a oportunidade de transitar um novo espaço na sociedade, o que potencializa assim a sua cidadania.

Nesse sentido, percebe-se a presença de dons/dádivas no SRT, os quais produzem as trocas sociais dos moradores, e tem como resultado a cidadania, reabilitação, autonomia e o ser sujeito em sua vida.

Vale ressaltar que os espaços transitados pelos moradores do SRT como a Ecuoterapia, Brasil Alfabetizado e Hidroterapia potencializam novas relações e laços, oportunizando a cidadania e reinserção social. É através da aliança que se constitui o laço social. Entretanto, não basta dizer que os dons são símbolos, pois convém especificar que aquilo que estes simbolizam e efetuam é a aliança. Reciprocamente podem-se ter os símbolos como meio de renovar e comemorar as alianças, finalizadas pelas trocas de dons. Entretanto, esta simplicidade se complica no momento em que se observa que a aliança não se desdobra somente no plano horizontal (entre pessoas contemporâneas), mas também verticalmente, entre diversas gerações (CAILLÉ, 2002).

Espera-se, pois, que a aliança firmada entre os indivíduos em sofrimento psíquico e as outras pessoas da sociedade (profissionais da saúde, amigos,

colegas, vizinhos, professores, entre outros), aliança esta selada pela liberdade, entendida como dádiva estabelecida pela reforma psiquiátrica, possa se desdobrar através das gerações, para que estes indivíduos possam conquistar a cada dia o direito e o seu espaço na sociedade, pois é o que todos os seres humanos merecem.

6.6) Os sujeitos e as suas redes sociais

Neste capítulo serão descritas as redes sociais dos moradores participantes deste estudo. Primeiramente serão apresentados os ecomapas com a rede de relações e redes de apoio de cada sujeito e a seguir fragmentos de suas entrevistas que corroboram para a construção detalhada de cada rede individualizada.

O ecomapa é um instrumento que representa graficamente as ligações de uma família/pessoa às estruturas sociais e pessoas do meio em que vive. Identifica os padrões organizacionais e da natureza das relações com o meio, demonstrando suas necessidades e recursos (AGOSTINHO, 2007).

Essa ferramenta de apoio para a compreensão das relações que é o ecomapa, torna-se pertinente nesse contexto, tendo em vista que a partir da apreensão da rede social dos moradores do SRT, participantes desse estudo, podem ser esclarecidos os fatores que inibem e os que colaboram o seu viver em sociedade.

A rede constitui-se em um conjunto de pessoas com quem o ato de cultivar relações de pessoa a pessoa, de camaradagem ou de amizade, permite esperar e conservar confiança e fidelidade (CAILLÉ, 2002).

Essas relações não perpassam simples ligações entre pessoas, vão além. Por meio de cada vínculo, ou seja, através do sistema de trocas sociais, são estabelecidas as alianças. O que pode ser explicado a partir do Paradigma do Dom, através da dádiva, que se desenvolve pela tríplice obrigação: dar, receber e retribuir.

Neste estudo o vínculo é compreendido como resultado das trocas sociais de dons e dádivas, realizadas entre indivíduos e coletividades, e o resultados dessas trocas se constituem em alianças, as quais são seladas pelo dom.

De acordo com Martins (2005), Marcel Mauss ao definir a sociedade como um “fato social total”, compreende que a vida social é fundamentalmente um sistema de prestações e contra-prestações que obriga a todos os integrantes da

comunidade. Entende também, que essa obrigação não é absoluta na medida em que, na vivência concreta das práticas sociais, os membros da coletividade possuem certa liberdade para entrar ou sair desse sistema de obrigações, embora isto signifique a passagem da paz para a guerra.

É através das redes sociais estabelecidas pelos sujeitos que o dom/dádiva pode circular, constituindo relações que ultrapassam interesses individuais ou coletivos, mas que instituem um grande sistema de trocas de dons capaz de estabelecer alianças, se contemplar a livre obrigação de dar-receber-retribuir, ou guerra caso seja quebrada a relação.

Segundo Martins (2009), as redes sociais se conectam por elos humanos e não humanos, os quais se desenvolvem em diversos níveis de decisão e de vivência, sendo denominados de “mediadores”. São referências míticas e/ou simbólicas, como grupos, indivíduos, instituições e símbolos. São *inibidores* quando perpetuam conflitos; e *colaboradores* quando são contatados para mediar conflitos e administrar soluções e alianças, tomando iniciativa para que se atenuem as tensões estruturais ou que se criem situações inéditas.

Os *mediadores colaboradores* são pessoas de confiança e humanos solidários, os quais são acionados nas demandas, nas solicitações e no desenvolvimento de estratégias e outros mecanismos para o exame, mediação, compreensão e resolução de conflitos e problemas. Estes podem ser internos ou externos à rede. E suas ações reforçam o empoderamento da rede, ou seja, a circulação de dons positivos que reforçam a aliança e o vínculo. Já os *mediadores inibidores* têm por características o fato que as suas ações reforçam o conflito, contribuem para a perpetuação dos problemas, perda da solidariedade grupal e da sinergia (MARTINS, 2009).

A compreensão a respeito de como as pessoas estão inseridas nos diversos espaços que compõem o seu viver e a maneira como vivenciam suas relações e interação se mostra importante, a medida em que esse conhecimento possibilita identificar fatores que atuam como protetores e aqueles que evidenciam riscos, pois um determinado contexto social pode produzir, de acordo com a rede de relações experienciadas pela pessoa, processos positivos que proporcionam a inclusão e a promoção da saúde ou processos negativos que a tornam vulnerável e podem levar à institucionalização e ao abandono. Sobre essas configurações contingentes e

mutáveis, necessitam interferir os serviços de saúde mental (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

Por conseguinte, a forma como são estabelecidas as relações entre as pessoas determinam o seu posicionamento na sociedade em que vivem. Mediante a identificação dos pontos de fortalecimento e de fragilidade no interior das redes sociais, estes podem ser trabalhados, para que se proporcione maior autonomia e qualidade de vida aos moradores.

A atribuição a alguém de um rótulo de louco ou de um papel de doente, abarca um processo interativo que conta com a participação de diversos atores pertencentes às redes sociais. Essas redes possuem uma dimensão que constrange e induz o comportamento dos sujeitos, levando-os a tomar determinadas decisões, possuindo também um papel construtivo e produtivo, tendo em vista que ser doente não é somente uma condição psicológica ou biologicamente dada, mas um produto fundamentado com base nas reações e definições dos outros (SOUZA, 1999).

A seguir serão evidenciadas as redes sociais de cada morador participante deste estudo. Os dados apresentados são fundamentados nos ecomapas individuais e nas entrevistas.

6.6.1) Protagonista 1

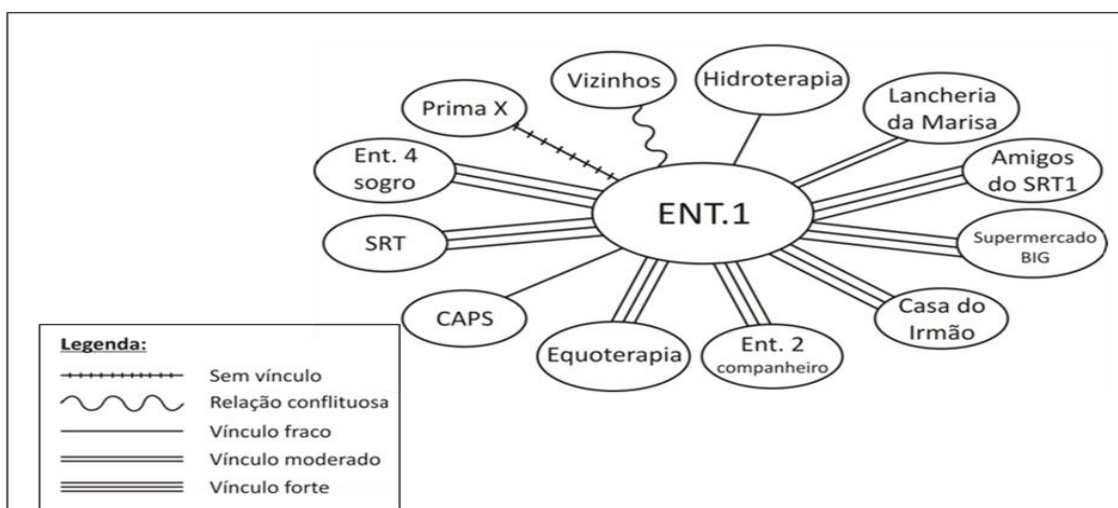


Figura 25 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 1.

Pela da visualização do ecomapa da Ent.1 percebe-se que a mesma conta com diversos vínculos fortes, entretanto a maioria destes se resume a pessoas

ligadas ao SRT. Percebe-se que as alianças estabelecidas pela Ent. 1 ainda estão muito restritas às pessoas que convivem na sua residência, necessitando que haja uma expansão dessa rede para outros espaços na sociedade.

Através da reestruturação do sistema de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico, se reintroduz o indivíduo na sociedade, convidando outros atores para a participação no processo de seu tratamento: o campo profissional e os círculos sociais mais próximos (vizinhos, familiares). É muito importante o estabelecimento das redes sociais, dos apoios sociais e da inserção dos moradores em campos de sociabilidade mais amplos, tanto do ponto de vista da reestruturação de um cotidiano, repetidas vezes desfeito pelo sofrimento psíquico, quanto também por ser importante auxiliar no tratamento, por meio dos diversos dispositivos de solidariedade e apoio oferecidos por atores que não são necessariamente do campo médico (FONTES, 2007).

Um dos vínculos fortes identificados na rede social da Ent. 1 está relacionado ao seu companheiro, o Ent. 2, estes compartilham uma relação de companheirismo e cumplicidade, o que serve de suporte para as situações que se apresentam no cotidiano. O relacionamento destes é baseado na solidariedade e nas trocas de afeto, podendo ser evidenciado claramente o estabelecimento da aliança por meio do dom selado.

A inserção das pessoas na sociedade se dá por meio das relações que desenvolvem durante o curso da sua vida, primeiramente no âmbito familiar, em seguida na comunidade em que vivem, na escola e no trabalho. Por isso, as relações que as pessoas desenvolvem e mantém é o que fortalece a esfera social. A própria natureza humana nos une a outros indivíduos e estrutura a sociedade em rede. No interior das redes sociais, cada indivíduo tem a sua identidade cultural e sua função. Sendo assim, sua relação com os outros indivíduos vai formando um todo conexo que forma a rede (TOMAÉL; ALCARÁ; DI CHIARA, 2005).

De acordo com Sluzki (1997), a rede pode ter até seis funções, quais sejam: companhia social; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços; acesso a novos contatos e por fim, apoio emocional. Esta última função refere-se a intercâmbios que traduzem uma atitude emocional positiva, simpatia, clima de compreensão, estímulo e apoio. É o poder contar com a boa vontade e a ressonância emocional do outro; é o tipo de função peculiar das relações familiares e das amizades íntimas.

O apoio emocional é identificado no contexto de vida da Ent. 2 com o seu companheiro. Outra relação de confiança que esta moradora cita em seu ecomapa se traduz no seu sogro (Ent. 4), que apesar de ser parente apenas por afinidade, tendo em vista que não é pai biológico do Ent.2, esta o considera membro integrante de sua família. Estes moradores, tanto a Ent. 1 quanto o Ent. 2 e o Ent. 3 mantêm um relacionamento familiar há muitos anos, pois residiam juntos no Asilo Vó Rose e continuaram mantendo esses laços de afetividade no momento em que vieram morar no SRT.

Os laços de afetividade constituem-se pelo dom, o que é responsável por estabelecer a aliança entre as pessoas. O dom/dádiva é uma regra sistêmica ambivalente, a qual permite transpor a antítese entre o eu e o outro, entre a liberdade e a obrigação, entre o técnico e o mágico. Deste modo, na dádiva participam o interesse e a obrigação, a espontaneidade, a amizade, a criatividade e a liberdade. A sociedade nessa perspectiva relacional, constitui-se em um fenômeno social total, porque ela se faz primeiramente pelo trânsito de dádivas (presentes, hospitalidades, serviços, doações, desejos, memórias, intenções e sonhos), identificados como símbolos básicos na constituição dos vínculos sociais (MARTINS, 2005).

O SRT também é relacionado pela Ent. 2 como parte integrante de sua rede social, afirmando manter um vínculo forte com esse serviço, e não somente com o ele, mas também com os outros moradores em geral.

Durante a sua entrevista, quando questionada a quem procura para lhe ajudar quando está triste, ou seja, as pessoas que servem de suporte nos momentos difíceis, esta refere o seguinte:

Eu posso contar com a ajuda do meu marido, eu peço uma água com açúcar, sabe? Daí me passa. [...] Com as enfermeiras também. [...] Só o meu marido e as enfermeira (Ent.1).

Para essa moradora seu companheiro e as enfermeiras do SRT são importantes em sua rede social. Também foi questionado a esta moradora quem ela procura e pede ajuda quando está com dificuldades, esta refere primeiramente os enfermeiros, em seguida seu companheiro e seu sogro. E ainda ratifica que quando está com muita dificuldade, procura a cunhada:

Os enfermeiros, o meu marido, o meu sogro. [...] Quando eu to com muita dificuldade eu vou pedi na casa da minha cunhada. E a minha cunhada me dá uma mão (Ent.1).

Ainda nesse sentido, esta refere que as pessoas que conta para passear também está centralizada na companhia equipe, do companheiro e do sogro, restringindo a ampliação da sua rede social.

O apoio social está conectado ao fenômeno do dom, da manifestação mais larga que cuidados a pessoas. É uma maneira de circulação de recursos aportada por práticas de sociabilidade fora do Estado e do mercado. Nesse sentido, em uma manifestação mais particular, por exemplo, a de cuidados a doentes ou pessoas com necessidades, e ainda o conforto psicológico e a atenção resultantes desta relação, o apoio social possui efeitos muito conhecidos à saúde das pessoas e, certamente, não pode ser substituído pela atenção dispensada pelo Estado (FONTES, 2007).

No seu ecomapa esta citou a casa do irmão como um vínculo forte em sua vida, na citação anterior percebe-se que a cunhada faz parte também dos seus relacionamentos. Entretanto, esta surge como um mediador inibidor em seu cotidiano, pois ao mesmo tempo em que a Ent. 1 refere a casa do seu irmã como um vínculo significativo, a cunhada impede o seu companheiro de ir juntamente com ela visitar o irmão, como pode ser exemplificado na seguinte fala:

Ah, com esses aí nós nunca briguemo. Só ela que não aceita a presença do meu marido na casa dela. [...] E o meu irmão quer bem o meu marido. O meu marido vai me levar até a casa deles e fica lá na parada, esperando eu lá. [...] Nós nunca briguemo de eu agredir eles e ela me bater, não. Só mandava eu sair e eu saía quietinha... ficava quietinha. E ela não aceita a presença do meu marido em casa e o meu marido me leva até lá na parada de ônibus pra cuidar de mim pra mim não me perder na rua, porque se não eu não acho mais a casa. Me perco (Ent. 1).

Pelo fato de que a Ent. 1 necessita do acompanhamento do seu companheiro para transitar na cidade e para visitar o seu irmão, o fato de a cunhada não permitir a visita dele é algo que inibe esse vínculo com os familiares, reforçando os conflitos e a perpetuação desse problema.

Também fazem parte da rede social da Ent. 1, como vínculo forte, alguns lugares que ela frequenta, como a equoterapia e o supermercado BIG. No seguinte relato, esta refere os locais que costuma ir:

Eu vou na Lancheria da Marisa, no ponto de táxi.[...] No BIG, fazer compra. Comprei esse anelzinho [...] É assim, se é bem caro eles fazem por menos preço. Que daí é muito caro, eles fazem por menos preço porque eu já sou freguesa oh!!! Ah muito tempo. [...] No restaurante. [...] Ah, eu vou só no BIG, no restaurante, ali no taxista, na Marisa. Eu compro ali na Marisa, compro e pago (Ent.1).

Entretanto, em seu ecomapa esta refere à lancheria como um vínculo mais tênue e, portanto com menos significância em seu cotidiano. Relacionado ao lazer, esta refere um lugar que não pode mais frequentar, que é o baile:

Ah, não vou mais nos baile. Eu não posso tomar cerveja, a gente chega lá e diz que aqui toma e não pode tomar. [...] Que é um perigo. Tem que se cuidar do perigo né? Daí a gente pode só tomar refrigerante. Eu tenho medo né? (Ent.1).

É visualizado também em seu ecomapa que esta refere ter com o CAPS e com a hidroterapia um vínculo fraco, demonstrando pouca repercussão com estes serviços em sua rede de relações. Isto advém fato de que no CAPS há alguns entraves para com a Ent. 1, pois esta refere que gostaria de trocar de oficinas, porém nunca consegue. E em relação à hidroterapia, esta reclamou que custa muito caro a mensalidade e que às vezes a água da piscina é fria, fatos que ela não concorda.

A única relação conflituosa citada por esta moradora é com os vizinhos, pois estes às vezes reclamam para a equipe do SRT que à noite, após às 22 horas, os moradores ligam o som alto, o que atrapalha a convivência entre moradores e vizinhança. Os vizinhos constituem-se em um mediador inibidor, promovendo esse conflito.

Entretanto, pensando no relacionamento com os demais moradores da casa esta menciona que às vezes há conflitos com os colegas de casa, entretanto com o Ent. 3 nunca brigou. Refere uma situação que a incomoda e nesse caso conta com a ajuda das enfermeiras:

Aqui em cima é bom, tem dia que a gente briga [...] Mas o Ent. 3 não, nunca briga comigo. [...] Só o morador X que às vezes vem aqui pedir café, eu falo com eles e as enfermeiras aconselham ele pra ele não vir mais, nós não vamo lá pedi café pra ele. Aconselha ele e aí ele não vem mais. Daí fica calmo sabe? Vai lá pra baixo e não vem mais (Ent. 1).

Pela situação anteriormente elucidada, percebe-se que os profissionais da enfermagem são identificados como mediadores colaboradores, pois auxiliam a Ent. 1 na resolução dos conflitos com os outros, construindo alianças.

No relato a seguir, a Ent. 2 aborda a questão do emprego do seu salário e também o relacionamento cordial e de ajuda mútua que tem com o seu companheiro e sogro, na área financeira:

É o nosso ganha pão, esse é o meu ganha pão, que trabalhei, é meu suor. Eu tenho que saber empregar, e eu sei empregar. [...] Eu compro roupa, quando eu quero comer fora o profissional X me leva eu, o meu marido e meu sogro, tudo os que tão aqui. Nós se ajudemo, eles também tem o salarinho deles. Nós se ajudemo, cada um a metade né? Nós vamo e comemo, comida boa (Ent. 1)

Levando em conta a convivência em geral no SRT, esta refere que se sente muito bem morando na residência, que neste ambiente sente-se calma. E ainda, que seu relacionamento com a equipe é bom, pois ambos tratam-se bem, e o que a equipe pactua ela cumpre.

Um outro questionamento levantado foi para que esta descrevesse as pessoas que fazem parte da sua vida, e obteve-se a seguinte resposta pela Ent.1:

Meu irmão, minha cunhada e meu sobrinho. Meu marido e meu sogro (Ent. 1).

É interessante, que apesar de conviver pouco com seus familiares, esta os cita como membros integrantes do seu viver, juntamente com o companheiro e o sogro. Na fala a seguir há uma descrição do relacionamento da Ent. 1 com as pessoas que, em sua visão, fazem parte da sua vida:

Me tratam bem, eles não me tratam mal. Meu sogro as vez nós se desentendemos com ele, eu peço perdão pra ele. [...] Com problema de nervos tem dia que a gente não tá muito bem né? [...] E daí eu pego e às vezes eu brigo com o sogro, eu peço perdão pra ele e faço uma água com açúcar pra ele. Ele toma e passa, ele me perdoa. Às vezes o meu marido briga comigo e pede perdão pra mim e eu perdôo ele. Eu perdôo ele, porque eu brigo com ele às vezes e ele me perdoa (Ent. 1).

Evidencia-se na citação anterior o apoio social que a Ent. 1 atribui aos seus familiares, sendo que esta estabelece alianças de paz quando acontece algum conflito. De acordo com Nicolas (2002), a família, o lar familiar, constitui-se em um quadro de troca ritual contínua, oficialmente recíproca e desinteressada.

Nesse sentido também, sabe-se que as brigas e os conflitos fazem parte do dia-a-dia das pessoas, tendo em vista que todos são diferentes e muitas vezes podem ocorrer divergências. No caso da Ent. 1, este se traduz como uma forma de se posicionar frente aos dilemas, o que é importante para que esta saiba enfrentar e resolver seus problemas, sem necessitar recorrer à equipe toda a vez que isso acontece.

E para finalizar, ressalta-se a grande transformação evidenciada na vida da Ent. 2 a partir do momento em que passou a residir no SRT, pois agora está reinserindo-se na sociedade progressivamente, conquistando a sua autonomia e empoderamento.

6.6.2) Protagonista 2

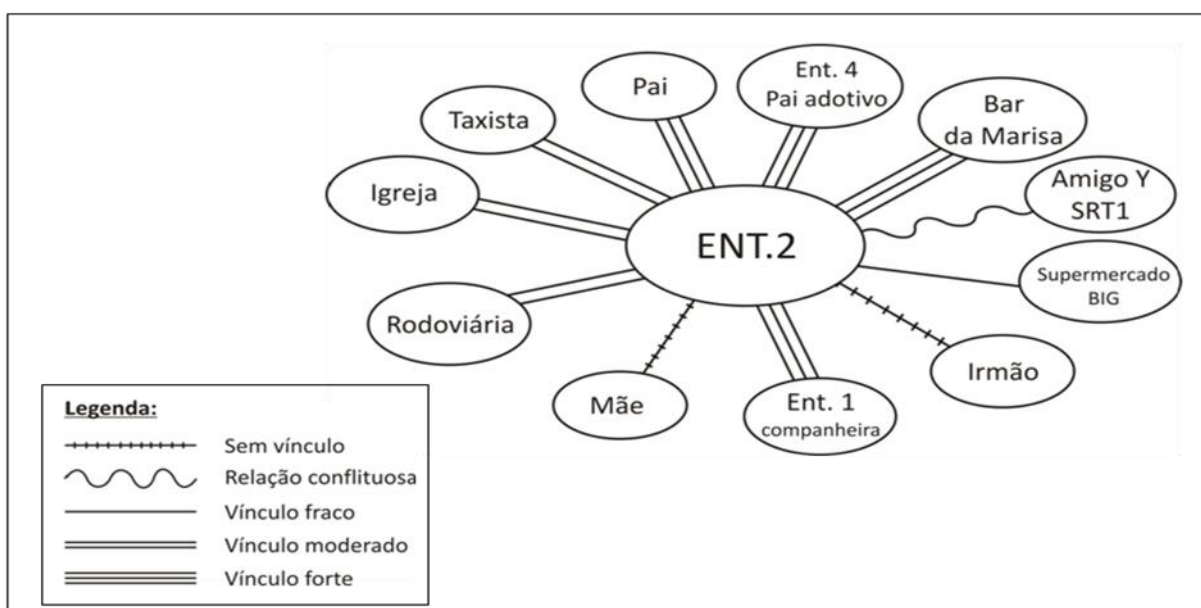


Figura 26 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 2.

O ecomapa anterior mostra as relações tecidas pelo do Ent. 2. Assim como a sua companheira, este também refere o relacionamento entre os dois como um suporte no seu cotidiano, traduzindo-se em vínculo forte.

A solidariedade produzida no contexto do mundo da vida se consolida a partir de trocas não delimitadas em um espaço de tempo, traduzindo-se acima de tudo pela reafirmação de laços sociais que se delongam por uma trajetória de sociabilidade, a qual não está inscrita necessariamente na contabilidade da

equivalência de objetos que são intercambiados. A troca acontece a partir do dom, elemento definidor desse tipo de solidariedade (FONTES, 2007).

Há evidência do apoio mutuo que o Ent. 2 tem com a Ent. 1, estabelecendo uma aliança que se fundamenta no companheirismo e na solidariedade, dons trocados nesta relação.

Segundo Sluzki (1997), há uma forte evidência de que uma rede social sensível, estável e confiável e ativa protege o sujeito contra doenças, atua como agente de encaminhamento e ajuda, afeta a rapidez e a pertinência da utilização dos serviços de saúde, aumenta a sobrevida, acelera o processo de cura, ou seja, é impulsionadora de saúde.

Refere ser o seu pai biológico e o pai adotivo (Ent. 4), como pessoas indispensáveis e fundamentais em sua rede social. Nesse mesmo sentido, quando questionado em sua entrevista com quem conta para passear e se divertir, este cita o seu pai adotivo e a sua companheira. Além disso, também refere essas mesmas pessoas, quando está passando por alguma dificuldade ou quando está triste, para lhe ajudar. Ressalta-se o forte vínculo afetivo deste morador com o pai adotivo e a companheira, pois convive com estes diariamente e encontra neles um suporte para as questões cotidianas e troca de afetos.

Mantém vínculos moderados com alguns lugares que frequenta como a rodoviária e a igreja, e com o taxista. E também vínculo fraco com o supermercado que frequenta, ou seja, o supermercado BIG. Percebe-se que o fato de a rodoviária ser citada como componente da rede social pode se dar pelo fato de que o remete à liberdade e à possibilidade de ir e vir no contexto social, por meio de viagens a diversos lugares.

Refere somente uma relação conflituosa, e essa ocorre com um dos moradores do SRT, que mora na parte inferior, por questões de afinidade e de respeito.

Vale ressaltar que refere não ter vínculo com alguns familiares como a mãe e o irmão, os quais foram citados no ecomapa, o que se traduz em um inibidor para a manutenção dos vínculos familiares, pois estes são inexistentes. Nesse caso, os familiares são considerados mediadores inibidores, pois não permitem que o vínculo entre eles e o Ent. 2 seja estabelecido, o que dificulta o viver deste indivíduo que sente falta da sua família.

E por fim, refere que se tivesse que contar um segredo e precisasse confiar em alguém, este seria o seu pai adotivo. E quando questionado a respeito de quem faz parte da sua vida, este é enfático:

A minha mulher. [...] Só ela (Ent. 2).

As sociabilidades se desenvolvem com uma lógica própria, e, portanto não são passíveis de serem substituídas por outras lógicas, e a existência destas é indispensável a uma prática adequada de cuidados às pessoas que merecem uma atenção especial, como os doentes, por exemplo. E no caso dos sujeitos em sofrimento psíquico, os benefícios do apoio social sobre a saúde mental e física dessas pessoas não são aportados de outra maneira, a não ser a partir do complexo relacionamento estabelecido a partir do vínculo ancorado do dom (FONTES, 2007).

Evidencia-se também nas relações estabelecidas pelo Ent. 2 que estas se ampliaram após o momento em que passou a viver no residencial terapêutico, entretanto estão limitadas ao SRT e seus colegas moradores.

6.6.3) Protagonista 3

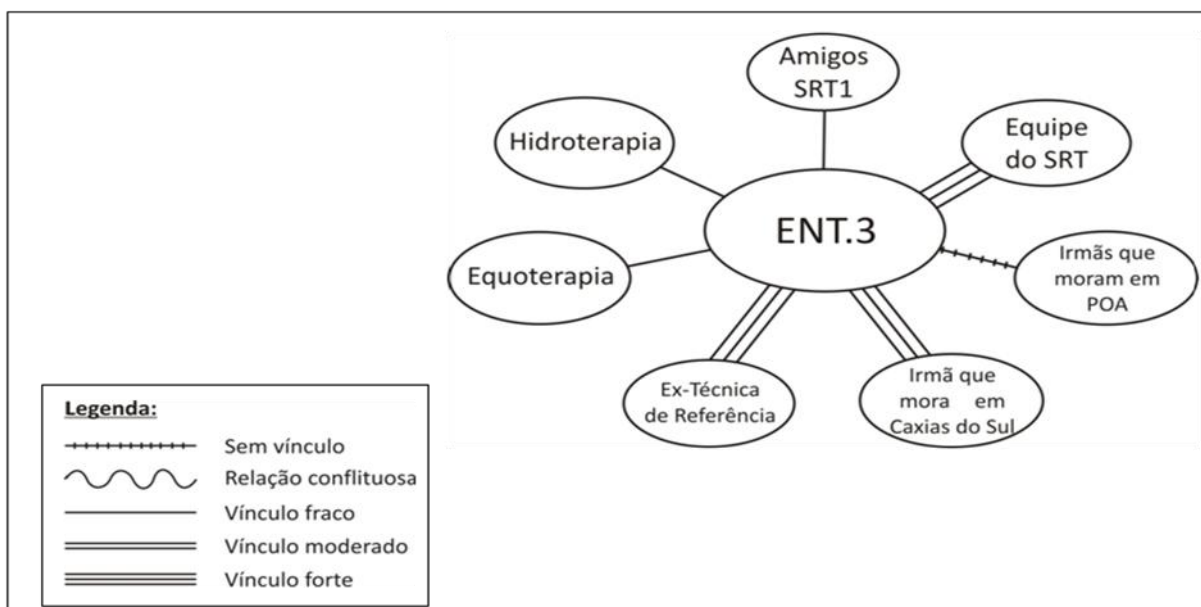


Figura 27 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 3.

Analisar as redes sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico significa levar em consideração as particularidades do estigma da doença mental e o

processo que desestrutura socialmente a trajetória da carreira de doente mental. Significa também incorporar o campo institucional (profissionais de saúde e instituições), porque nesses espaços acontece parte significativa do cotidiano destas pessoas, seu campo de sociabilidades secundárias e também dos seus cuidadores (ONG's, igrejas, associações de moradores), e também dos campos de sociabilidade primária (amigos, parentes, vizinhos, colegas de trabalho). Ainda, pessoas com quem se relaciona e recebe apoio para o enfrentamento do seu sofrimento psíquico (FONTES, 2007).

Este cita como vínculos fortes seu relacionamento com a equipe do SRT, os referindo como suporte. Também fala sobre uma técnica de referência que não trabalha mais no SRT e que este a estima como participante da sua rede social.

Nesse sentido, o território é um espaço de encontro com o outro, de relacionamento, que concretiza o mundo das potencialidades e diversidades. Enfim, a interação entre o profissional e o indivíduo em sofrimento psíquico é pautada por um trabalho que visa à reintegração ao espaço social e a reversão de um modelo de exclusão historicamente construído. Enfim, não se trata de um trabalho de adaptação, de modelagem (HONORATO; PINHEIRO, 2007). Por isso é tão importante um trabalho comprometido da equipe com o morador.

E com relação aos vínculos familiares, estes também estão presentes em seu ecomapa do Ent. 3 e suas redes sociais, tanto no papel de mediador colaborador como no caso de uma de suas irmãs a qual mantém vínculo forte com o Ent. 3, especificamente a que mora em Caxias do Sul. E também no papel de mediador inibidor, como no caso das irmãs que moram em Porto Alegre, com as quais ele não mantém vínculo.

Visualiza-se pelo ecomapa do Ent. 3 que este cultiva vínculo fraco com as atividades que participa através do SRT, quais sejam a equoterapia e a hidroterapia. E ainda nesse sentido refere também os amigos que também residem no SRT. Há duas falas que confirmam essa afirmação:

Moradores SRT - Me dou bem. [...] Tem coisas que eu gosto. [...] Porque é... um não atrapalhando o outro é bom (DC3).

SRT - Normal. [...] Não. Ah... não tem nada que eu não goste, é tudo bom (DC3).

Quando questionado sobre com que sai para passear e se divertir, este refere que não passeia seguidamente, entretanto quando saí para se divertir, conta com os amigos que não moram no SRT. Percebe-se uma ampliação na rede social deste morador, pois, ele estabelece trocas sociais com pessoas que não fazem parte do SRT.

E em relação aos locais que frequenta, este responde da seguinte maneira:

Eu só vou participando aqui de dentro, coisas daqui de dentro. Se não eu não saio. [...] Eu vou no cinema, no CAPS... é, é isso. [...] Vou nos cavalos, vou na piscina daí. [...] Às vezes eu vou no bar ali (risos) [...] Ali naquele bar ali, pra tomar uma Pepsi né? Ou umas cervejas. [...] Eu tomei vinho esses dias (risos) (DC3).

Percebe-se a rede social do Ent. 3 é limitada, quando este diz que participa, em sua maioria, de atividades que fazem parte do SRT. Na seguinte fala, este refere a ajuda que recebe do SRT, entretanto a diferencia da ajuda que é proveniente da família:

Eu sinto que... que é uma ajuda né? Que nem eu tive das outras vezes aí. Às vezes eu vou precisar falar com elas, se eu to com algum problema eu falo né? É esse tipo de convívio. [...] É assim humano, mas não é que nem irmão, pai... [...] É diferente, é diferente. [...] Porque... porque se trata de forma diferente né? É paciente, é morador... é um monte de coisa. [...] Não sei. Só sinto (DC3).

Alguns questionamentos levantados foram em relação a quem ele procura em determinadas situações. Este verbaliza que quando está triste procura a psicóloga do SRT. Entretanto, quando está com alguma dificuldade procura a sua irmã. Diz que não encontra seguidamente com esta e quando fala é por telefone.

Há uma grande evidência de que a presença de doença numa pessoa, especialmente se é uma doença de curso prolongado (como as doenças psíquicas), deteriora a qualidade de sua interação social e, em longo prazo, reduz o tamanho e a possibilidade de acesso a sua rede social (SLUZKI, 1997).

E para concluir, traduz toda a sua angústia em sentir-se só na citação a seguir:

Bah, eu não tenho nenhuma pessoa que faz parte da minha vida. [...] Não tem ninguém. É eu sozinho.... É eu sozinho. Às vezes isso atrapalha né?

[...] Eu não entro em contato sobre a minha vida. Levo na brincadeira. Levo na conversa. [...] Que são da minha vida é ninguém (DC3).

Evidencia-se na citação anterior o sentimento deste morador com relação às suas redes sociais e a sua percepção de apoio social, pois este considera que ninguém faz parte de sua vida, o que é uma limitação para o seu fortalecimento social, limitando as suas trocas sociais.

6.6.4) Protagonista 4

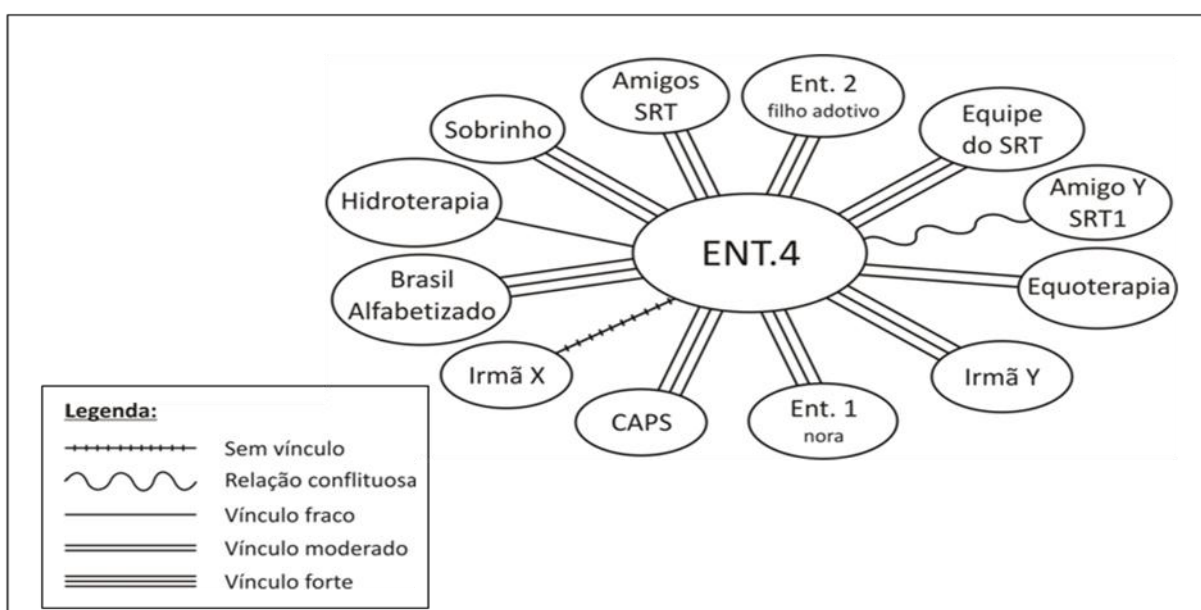


Figura 28 – Representação esquemática do Ecomapa – Ent. 4.

Observa-se no ecomapa do Ent. 4 que este refere vínculo forte com a maioria das pessoas e alguns lugares. Dentre estes a equipe do SRT e os amigos que também moram no SRT. Este refere que conta com estes para se divertir e passear:

Com o profissional X. [...] E o profissional Y. Hoje eu fui na piscina. [...] Ah, daqui (SRT 1) tem. Tem o seu morador X, que eu saio com ele, o que mora embaixo. De vez em quando nós saimo pra dar uma volta (DC4).

Específica o seu relacionamento com as pessoas que trabalham no SRT, relatando que tem bom relacionamento com todos, entretanto ressalta afinidade com um dos membros da equipe. Deste modo, percebe-se o estabelecimento do vínculo afetivo que foi construído entre o morador e o profissional, pois o Ent. 4 o considera

mais que uma pessoa da equipe, e sim um amigo com quem ele que pode conversar “o dia inteiro”:

Ah, eu me dou bem. Quando eu quero falar eu falo com o primeiro que aparece. [...] Quem eu gosto mais e me dou é o profissional X [...] E ele vem só de tarde né? O horário dele é só de tarde. Então domingo ele tá o dia inteiro de plantão, então a gente conversa o dia inteiro (DC4).

Nesse mesmo sentido, evidencia procurar ajuda da equipe quando está com dificuldades financeiras, exemplifica o fato de que recebe seu benefício financeiro do Banco Pedagógico, entretanto quando ocorre algum problema quanto a isso, este procura a equipe:

Ah, mas isso aí daí, nós temos banco nas quarta-feira, aí nós peguemo o nosso troquinho, mas não pode gastar, que nem agora, domingo nós vamos almoçar fora, daí tem que guardar o dinheiro. [...] Ah, daí eu falo com a profissional X [...] Aí ela resolve o que que tem que fazer (Ent. 4).

Ao analisar a referida citação, pode-se perceber que o morador possui autonomia para usar o seu dinheiro da maneira que quiser, e isto é muito relevante, pois isto se reflete num aumento do seu poder contratual que o possibilita a estabelecer trocas sociais, que possuem um valor muito mais elevado do que somente o valor financeiro.

No que se refere ao convívio no SRT, este verbaliza ser tranquilo o seu relacionamento com as pessoas com que mora, até mesmo elucida um gesto de solidariedade para com um amigo, que reside na parte inferior do SRT:

Ah, eu me dou bem. Tanto com os de cima quanto os de baixo. As vez eu vou ali em baixo ajudar o morador X tomar banho eu vou ajudar ele a se mudar que ele não consegue vestir a roupa, então ele me chama. Eu vou lá e ajudo ele pra mudar a roupa (DC4).

Entretanto, relata manter uma relação conflituosa com um dos moradores da casa, o que se traduz como um mediador inibidor em seu cotidiano, pois contribui para a perpetuação da briga e inibe as trocas sociais entre esses moradores.

Além disso, pode-se perceber que também desenvolve vínculo forte em sua rede social com o CAPS e com o Programa Brasil Alfabetizado, os quais proporcionam reinserção e reabilitação psicossocial para este morador.

Também cultiva um relacionamento familiar com o Ent. 2 e a Ent. 1, referindo se a eles como filho e nora, respectivamente, apesar de ser somente por afinidade. E quando questionado sobre quem o ajuda quando está triste, este refere essas pessoas e mais um amigo, também morador do SRT:

O Ent. 2, a Ent. 1... o morador X. [...] Só (Ent. 4).

De acordo com Mânguia e Muramoto (2007), com o tempo os sujeitos tendem a perder as relações de amizade, pois estas vão sendo enfraquecidas na medida em que os processos de vulnerabilização e de ruptura das relações entre as pessoas se reproduzem e não encontram apoio necessário por parte da família e do serviço de atenção.

É necessário uma nova forma de pensar e de assistir o indivíduo em sofrimento psíquico que reflita em novas maneiras que possam proporcionar a criação de novas redes sociais e o fortalecimento das já existentes.

Contudo, o Ent. 4 desenvolve também um relacionamento afetivo forte com o seu sobrinho, o citando como membro de sua rede social. Diz que às vezes o visita, o que pode ser verificado na citação a seguir:

Lá é bom. Fica lá a tarde inteira, depois quando eu quiser vim embora, eu aviso ele e ele manda me trazer. [...] Fico lá, lá o dia inteiro lá batendo papo (Ent. 4).

Ainda relacionado ao seu sobrinho, este menciona que recebe também ajuda financeira dele ele, apesar de às vezes nem querer:

Ah é... é bom porque de vez em quando ele me dá até 50 real. Eu nem quero, ele me diz que é pra mim pegar, se não ele não fala mais comigo. Então eu pego o dinheiro e boto na carteira né? Fica comigo (DC4).

Entretanto, no que se refere a sua família, o relacionamento do Ent. 4 com uma de suas irmãs é conflituoso, elencando um mediador inibidor em sua rede social e de apoio, pois a partir do momento em que o seu pai faleceu esta rompeu o vínculo com ele, mesmo sem este saber o porquê:

Tenho uma irmã, mas nós não se demos. Depois que o pai faleceu ela não deixa nem eu ir na casa dela. [...]. Então qualquer hora eu vou falar com o meu sobrinho que é advogado pra falar com ela [...] Se eu quiser ir ele que tem que levar, sozinho ela não deixa eu entrar. [...] Não sei. E isso foi depois que o pai faleceu. Quando tinha o pai eu ia lá a hora que queria, agora não posso (Ent. 4).

Quando questionado sobre quem faz parte da sua vida, este verbaliza ser somente as pessoas da sua família biológica, mesmo as que não mantêm contato direto e frequente:

Quem me controla é um sobrinho. [...] Mais, só a minha irmã. [...] Tem a minha mãe, mas ela não me liga e nem vem me ver. [...] Tem um sobrinho que é advogado (Ent.4).

E com relação aos lugares que frequenta e que fazem parte da sua rede social, na sua visão, este cita os seguintes espaços:

Eu, quando não tem nada pra fazer que não tá chovendo, eu vou passear na rodoviária. [...] Ah, de vez em quando eu vou na igreja. [...] Quando eu vou fazer compra eu vou no BIG, esses dias fui na loja comprar essa jaqueta, comprar um guarda-chuva (Ent. 4).

Nesse sentido, podem ser constituídos espaços sociais de acolhimento e aceitação em relação ao indivíduo em sofrimento psíquico, expressos em aspectos subjetivos e objetivos. O primeiro denota a dimensão afetiva com que a sociedade recebe, estabelece relações e convive com os diferentes. No entanto, o ponto de vista objetivo valida o primeiro, por meio de ações concretas na sociedade que possam trazer benefícios palpáveis à vida dos sujeitos, por meio do acesso ao trabalho, aos espaços sociais, ao lazer e à contratualidade (HIRDES, 2009).

Relacionando ao SRT, este verbaliza que se sente muito bem em poder morar neste local, pois tem colegas para conversar, pode participar do Programa Brasil Alfabetizado, e também da equoterapia e da hidroterapia, com os quais mantém vínculo moderado e fraco, respectivamente.

E para finalizar, elucida como se desenvolve o seu cotidiano no SRT, pela fala a seguir:

Eu me sinto bem né? Faço as minhas coisas... faço. Que nem amanhã se eu não sair eu fico em casa o dia inteiro. [...] Fico aí. Tem televisão no quarto, tem o rádio... fico escutando música, ou se não assistindo TV (Ent. 4).

A desconstrução questiona os fundamentos do dispositivo psiquiátrico, frente a sua competência para agir frente à loucura. Novas tecnologias científicas, as quais se destinam à cura da doença psíquica, permanecem apenas evidenciando um problema que não pode ser resolvido. Contudo, não há modernização que seja capaz de resolver a questão sempre controversa da psiquiatria. A cura se torna a iniciativa de produzir sociabilidade, subjetividade, ou seja, mudar a história dos sujeitos que passa a transformar a história da própria doença (AMARANTE; TORRE, 2001).

Logo, evidenciam-se iniciativas na vida do Ent. 4 que contribuem para que este possa alcançar uma maior autonomia e reposicionamento social.

7. Considerações Finais

Neste momento, cabe tecer algumas palavras que possam expressar a intensidade deste estudo, o qual está inserido no contexto de transformações na assistência em saúde mental, tendo como atores principais os moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul – RS.

Cada história de vida, cada trajetória terapêutica aqui exposta leva a reflexão do valor que é dado ao ser humano, sendo que esse é modificado com o decorrer do tempo, dependendo do pano de fundo histórico-social que se apresenta.

Anteriormente aos movimentos que levaram à reforma psiquiátrica os indivíduos em sofrimento psíquico dispunham de cuidados apenas dentro das instituições manicomiais, e com isso foram sendo cada vez mais segregados e excluídos socialmente, sofrendo todo tipo de violência que os levava cada vez mais à cronificação e à ‘perpetuação’ da doença mental.

Entretanto, na década de 70 iniciaram-se no Brasil os primeiros passos que contribuíram para o início da reforma psiquiátrica, o que teve como atores trabalhadores e usuários de saúde mental e seus familiares, os quais estavam inconformados com o tratamento que era dispensado dentro dos manicômios, e, portanto resolveram denunciar tais práticas.

A partir desse movimento então, foram instituídas leis que reorientaram a assistência em saúde mental, priorizando o cuidado em liberdade e territorializados, a partir dos serviços substitutivos.

Nesse sentido, como estratégia de suporte aos usuários de saúde mental que permaneceram institucionalizados por um longo período, e quando saíram do hospital psiquiátrico não contavam com apoio familiar e comunitário, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos, a fim de proporcionar moradia a esses sujeitos.

Este estudo teve como objetivo central analisar as trajetórias terapêuticas estabelecidas pelos usuários do SRT de Caxias do Sul, para o enfrentamento dos seus desafios cotidianos de vida; tendo como referencial teórico os conceitos das Ciências Sociais que versam sobre o antiutilitarismo e os conceitos sobre redes sociais do sociólogo Paulo Henrique Martins.

A coleta de dados foi realizada por observações de campo e de entrevistas semiestruturadas, construção do ecomapa e análise de prontuários com quatro moradores do SRT.

Os objetivos específicos se desdobraram em: descrever as trajetórias terapêuticas dos moradores do SRT; conhecer o cotidiano dos moradores do SRT e como estes desenvolvem suas atividades, levando em conta suas trajetórias terapêuticas; e conhecer as redes sociais dos moradores do SRT, os quais foram todos alcançados.

Primeiramente, foi realizada a contextualização da cidade e do SRT, percebendo o destaque da cidade de Caxias do Sul no contexto estadual e brasileiro, tendo em vista a sua qualidade turística, cultural e suas riquezas econômicas. Torna-se de extrema importância a consolidação e qualificação da rede de atenção psicossocial nesse município, para que assim não haja necessidade de internações psiquiátricas e para que os sujeitos em sofrimento psíquico possam ser reinseridos socialmente.

Como base nos dados das entrevistas e das informações de prontuários individuais, verifica-se uma diferença e transformação de vida no tratamento e nas trajetórias que construíam antes e depois de residirem no SRT, pois quando viviam institucionalizados não contavam com uma rede social e alguns sofriam violência moral e física, anulando seus direitos enquanto cidadãos. E a partir do momento em que foram residir no SRT, em liberdade, percebe-se que estes desenvolveram novas trajetórias terapêuticas e ampliaram suas redes sociais, as quais anteriormente eram praticamente inexistentes.

Também se identificou os mediadores inibidores e colaboradores em seus trajetos, sendo que os inibidores não raras vezes são identificados na família dos moradores, a qual não está disposta a reatar os vínculos rompidos. E como mediador colaborador ressalta-se a equipe do SRT, pois os moradores a identificam como sendo auxiliadora na solução de problemas cotidianos e também porque esta é muito presente e significativa no movimento de resgate da cidadania, reabilitação psicossocial e reinserção social dos sujeitos.

Por conseguinte foi apresentado o cotidiano dos moradores no interior do SRT e na sua inserção na sociedade, explorando seu dia-a-dia e atividades habituais. E para finalizar, foram elucidadas as redes sociais de cada protagonista deste estudo, tendo como recurso de dados as entrevistas e os ecomapas que foram confeccionados junto aos moradores, individualmente.

Um dos pressupostos desta pesquisa foi que **através do Movimento de Reforma Psiquiátrica houve uma ampliação da rede de serviços em saúde mental, disponibilizando novos caminhos e possibilidades para que os indivíduos em sofrimento psíquico possam construir suas trajetórias terapêuticas, ancorados na liberdade e cidadania**, o qual foi confirmado, pois está claro através da análise realizada que as trajetórias terapêuticas estão sendo construídas de uma maneira diferenciada das que os sujeitos construíam quando não dispunham de uma rede de saúde mental em Caxias do Sul, e quando podem construir seus caminhos como cidadãos em liberdade e com autonomia. Nesse sentido hoje os moradores podem transitar em diversos espaços na sociedade: na escola, mercados, lojas, parques, entre outros espaços, os quais possibilitam que este possa realizar trocas sociais e se reposicionar enquanto cidadão, ampliando consideravelmente as suas redes sociais.

O outro pressuposto deste estudo foi que **os indivíduos em sofrimento psíquico formaram novas redes sociais a partir do novo modelo de atenção em saúde mental, o que fortaleceu o seu empoderamento e os possibilitou traçar novas trajetórias de maneira mais autônoma, e resolutiva aos seus problemas**. Este pressuposto também foi ratificado, pois houve uma ampliação das redes sociais após a ida dos moradores para o SRT. Hoje esses sujeitos reconhecem os membros de sua rede, com quem podem contar para se divertir, passear e até mesmo quando estão com alguma dificuldade. Entretanto, essas redes ainda estão limitadas aos sujeitos envolvidos com o SRT (moradores, equipe e outras pessoas que são

contatadas através das atividades mediadas pelos cuidadores do serviço). Surge então o desafio para que estas possam ser construídas não somente entre as pessoas que ligadas ao SRT, mas além, na sociedade. A partir do momento em que os moradores estiverem com maior independência da equipe do SRT estes poderão estabelecer novas redes sociais que ultrapassem os limites da moradia. E esse é um avanço que tem a tendência de ser alcançado com o tempo, pois o trabalho da equipe está focado nas questões da reabilitação psicossocial e reinserção social.

A partir do que foi exposto, ressalto a importância desse estudo no contexto das transformações impulsionadas através do movimento de reforma psiquiátrica, pois retrata as peculiaridades dos moradores de SRT, seu cotidiano e suas redes sociais, o que proporciona a reflexão para a construção de novas políticas de saúde mental que contemplem as necessidades dos usuários e moradores.

Tendo em vista que existem poucos estudos que tratam do cotidiano nos Serviços Residenciais Terapêuticos, este também se destaca nesse sentido, a fim de que possa contribuir para a consolidação da reforma psiquiátrica evidenciando a potencialidade em gerar trocas sociais e inserção dos indivíduos mobilizada através desse novo dispositivo de cuidado.

Embora o SRT busque contemplar a autonomia, empoderamento e cidadania dos moradores, proporcionando a ampliação das suas redes sociais, demonstra-se neste serviço uma liberdade ainda protegida, pois as atividades que são disponibilizadas sempre são acompanhadas por técnicos de referência e em grupo. É necessário que o serviço contribua para a expansão da autonomia destes sujeitos, permitindo que possam construir novas relações em sociedade, de maneira mais livre e menos protegida.

E para concluir, espera-se que este estudo possa contribuir para que a liberdade prevista e às ações em saúde mental possam ser pensadas tendo em vista os interesses dos usuários do serviço.

Referências

- ACIOLY, Y. A. **Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários**. 2006. 99p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Rev Port Clin Geral**, Lisboa, v. 23, p. 327-30. 2007.
- ALARCON, S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividades, saúde mental, sociedade**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.p. 25-40.
- ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v. 14, n. 34, p. 577-89, jul./set. 2010.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ ENSP, 1995. 143p.
- _____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.491-494, jul/set, 1995.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 142p.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: FIOCRUZ, 2007, 117p.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H G. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2007. p. 65-90.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciê. saúde coletiva**. 2009, 14(1):195-204.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.925-34. 2002.

BARBOSA, M. T. S.; BYINGTON, M. R. L. & STRUCHINER, C. J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 37-51. 2000.

BARBOSA, R. M. R. **A dádiva e a vivência religiosa**: implicações da religiosidade no desenvolvimento de práticas sociais solidárias na comunidade. 2007. 312f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.41, p. 815-9. 2007.

BIASOLI, M. C., MACHADO, C. M. C. Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Rev Bras Med*, São Paulo, v. 63, n. 5, p.225-237. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

_____. 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. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **CAPS – Perguntas e respostas**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Plano municipal de saúde de Caxias do Sul**, Caxias do Sul, RS, 2006. 53p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS Brasília, 2006.

_____. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Projeto terapêutico do Serviço Residencial Terapêutico**, Caxias do Sul, RS, 2009. 9p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 106** - De 11 de fevereiro de 2000. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm>. Acesso em: 12jan.2010.

_____. Ministério da Educação. **Brasil Alfabetizado**. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12280&Itemid=86> Acesso em: 15set.2010.

_____. DATASUS. **Caderno de informações de saúde**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>> Acesso em: 14set.2010.

_____. **Prefeitura Municipal de Caxias do Sul – site**. Disponível em:

<<http://www.caxias.rs.gov.br>> Acesso em: 20ago.2010.

CABRAL, A. L. V.; HERNÁNDEZ, M.; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 0661/2009.

CAILLÉ, A. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1088-1095, jul-ago. 2004.

CARVALHO, A. M. T., AMARANTE, P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividades, saúde mental, sociedade**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-52.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede: volume 1**. 11ed. São Paulo, 2008.

CAXIAS DO SUL: PORTAL TURÍSTICO. **Cidade de Caxias do Sul e municípios vizinhos**. Disponível em: <<http://www.caxias.tur.br>> Acesso em: 12set.2010.

CÓDIGO de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/207. - Rio de Janeiro, 2007.

COIMBRA, M. B. Neoliberalismo e direitos humanos. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividades, saúde mental, sociedade**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.p. 257-265.

COSTA-ROSA, A. O Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2000.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 243p.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 3ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 166p.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 7ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008. 895p.

FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2007. p. 209- 224.

FONTES, B. A. S. M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 26, p. 87-104, abril. 2007.

_____. Capital social e terceiro setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. . In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 49-75.

_____. Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de rede de saúde comunitária. . In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 121-142.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 231p.

_____. **História da loucura**: na idade clássica. 8ed. São Paulo: Perspectiva, 2009. 551p.

FRAZÃO, I. S.; LIMA, M. E. B. Família de baixa renda que convive com uma pessoa com transtorno mental: uma revisão bibliográfica. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v.2, n.4, p.361-66. 2008.

FREITAS, A. S. **Fundamentos para uma sociologia crítica da formação humana**: um estudo sobre o papel das redes associacionistas. 2005. 395 f. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.785-795. 2006.

GAVA, T. B. S.; MENEZES, C. S.; CURY, D. Aplicações de Mapas Conceituais na Educação como Ferramenta MetaCognitiva. In: **Proceedings of the International Conference on Engineering and Computer Education** – ICECE 2003. São

Vicente- SP: meio digital. Disponível em: < <http://www.nte-jgs.rct-sc.br/mapas.htm>>
Acesso em: janeiro de 2010.

GODBOUT, J. Digressão sobre as redes e os aparelhos In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 77-89.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 8ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2008. 312p.

GRADELLA JUNIOR, O. Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.14, n.1, p.87-102; jan./jun. 2002.

GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção da demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2007. p. 65-90.

HELD, D.; BARBOSA, A. S.; SILVA, A. M. O. R. Cidadania e autonomia. **Perspectivas**, São Paulo, v. 22, p. 201-31. 1999.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.165-171. 2009.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. O “cuidador da desinstitucionalização”: o trabalho político das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2007. p. 169-188.

KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J.; WILLRICH, J. Q.; MIELKE, F. B.; PINHO, L. B. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.25, n.3, p. 408-19, dez. 2004.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A Reforma Psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1455-61, jun. 2007.

LANNA, M. Nota sobre Marcel Mauss e o ensaio sobre a dádiva. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v.14: p. 173-94, jun. 2000.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.;

MATTOS, R. A. (orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2007. p. 137-154.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

MANCIE, E. A. **A revolução das redes**: a colaboração solidária como alternativa pós-capitalista. Petrópolis: Vozes, 2001.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 1, p.71-81, jan./abr. 2001.

MARTINS, P. H. (org.) **A dádiva entre os modernos**: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

_____. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v.73, p. 45-66, dez., 2005.

_____. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 09-17.

_____. Repensando sociologicamente a noção de linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 15-26.

_____. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 61-89.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 121-142.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5. p.1411-1416, set-out, 2004.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva**. Lisboa: Edições 70, 2008, 220p.

MERHY, E. E. Integralidade: implicações em xequê. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUCS – CEPESC – IMS/UERJ. 2006. p. 97-109.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

NICOLAS, G. O dom ritual, face velada da modernidade. MARTINS, P. H. (org.) **A dádiva entre os modernos**: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 33-62.

NOVAKOSKI, L. E. R. As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde. 1999. 322f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e desenvolvimento). Universidade Federal do Paraná/ Université Bordeaux. Curitiba.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2007. p. 13-40.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 37-51.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 15-26.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 15-26.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. 1ed. Rio de Janeiro, Recife: CEPESC – IMS/UERJ – Editora Universitária UFPE – ABRASCO. 2009. p. 37-52.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 19-26.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 204p.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via:** a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

ROTOLI, A. **Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer:** assimetrias no atendimento em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SABOURIN, E. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.23 n.66, 2008.

SANTOS JUNIOR, H. P. O., SILVEIRA, M. F. A., OLIVEIRA, C. C. Além dos muros manicomiais: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n. 2, p.187-93. 2009.

SALLES, M. M., BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.11-6. 2009.

SILVA, A. T. M. C.; SILVA, C. C.; FERREIRA FILHA, M. O.; NÓBREGA, M. M. L.; BARROS, S.; SANTOS, K. K. G. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 411-5. 2005.

SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.149-58. 2009.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.4, p.591-5. julho-agosto. 2005.

SILVEIRA, R.; REBOUÇAS, M. MESSIAS, A. C.; CATALAN, X.; ALVES, C. Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:** abordagem multicêntrica. 1ed. Rio de Janeiro, Recife: CEPESC – IMS/UERJ – Editora Universitária UFPE – ABRASCO. 2009. p. 95-102.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica** – alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, 147p.

SOUKI, L. G. A atualidade de T. H. Marshall no estudo da cidadania no Brasil. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan.-jun. 2006.

SOUZA, I. M. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental, In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C.B; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SOUZA, J., KANTORSKI L. P., PINHO, L. B. Reforma psiquiátrica, movimento antimanicomial e o modelo de reabilitação psicossocial: conversando sobre liberdade e cidadania. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v.3, n.3, p. 330-36, jul/set. 2009.

TEIXEIRA JUNIOR, S.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.3, 2009.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan/abr. 2002.

TOIGO, T., LEAL JÚNIOR, E. C. P., ÁVILA, S. N. O uso da equoterapia como recurso terapêutico para melhora do equilíbrio estático em indivíduos da terceira idade. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.391-403. 2008.

TOMAÉL, M. I. ; ALCARÁ, A., R.; DI CHIAR, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2005

TONINI, N. S.; MARASCHIN, M. S., KANTORSKI, L. P. Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 262-8, jun. 2008.

TORRE, E. H. G., AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 73-85, 2001.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9, n.2, p.373-79. 2004.

Apêndices

APÊNDICE A – Roteiro de Observação

	 Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional 
---	---

ROTEIRO ORIENTAÇÃO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Na observação é importante fazer a identificação do DIA, LOCAL ou QUEM está sendo observado, o DIA e o HORÁRIO.

OBSERVAÇÃO DA REDE SOCIAL DO USUÁRIO

- Caracterização dos usuários (quem são os usuários: homens, mulheres, jovens, adultos, idosos, grau de independência/dependência, tem companheiro (a), apresenta déficit cognitivo, escolaridade);
- Observar/mapear as atividades que o usuário desenvolve de segunda adomingo;
- Os usuários possuem contato com a família consanguínea ou ampliada; caracterizar vínculo, tipo e frequência dos contatos; em que situações o contato ocorre.
- Quem são os amigos dos usuários e como são feitos e mantidos esses laços;
- Com quem, em que situações ocorrem os conflitos nas relações do dia a dia da casa, caracterize os vínculos e situações conflituosas;
- Mapear **para cada usuário observado** as pessoas/instituições que ele teve contato durante a semana, o tipo de vínculo estabelecido, caracterizando o contexto e conteúdo da situação e da relação implicada;
- Observar os fluxos dos acordos, como se dão as alianças para apoiar, fortalecer as relações, resolver problemas;
- Observar nestes fluxos os distanciamentos, as brigas, os conflitos...
- Como se dão as trocas de gentilezas, de carinho, as negociações, entre usuários e as pessoas de seu convívio;
- Que elementos favorecem a valorização da dignidade, a solidariedade...
- Como se dá suas relações com os vizinhos, trabalhadores e outros usuários (se ele se comporta apropriadamente ao fazer contatos sociais com os outros, quem são as pessoas que ele tem maior contato) ou se ele geralmente é hostil e rude com as pessoas;
- Como é sua circulação no bairro e nos espaços da cidade.

Observar em relação ao Suporte Social do usuário:

- Se o usuário tem alguém com quem ele possa conversar e / ou contar (quando tem um problema, quando adoecer, quando precisa ir aos serviços de saúde, quando precisa tomar decisões, quando quer dividir uma boa notícia que teve);
- Se o usuário tem alguém como referência para ajudá-lo em momento de crise (como se dão estas trocas, com quem, em que situações, há reciprocidade, solidariedade, rejeição);

- Se o usuário tem alguém para confortá-lo e abraçá-lo quando necessário (como se dão estas trocas, com quem, em que situações, há reciprocidade, solidariedade, rejeição);
- Se o usuário precisar ir a algum lugar tem alguém que o acompanhe (quem é este acompanhante, qual o tipo de vínculo que tem com o usuário, como isto acontece);
- Os usuários participam de projetos de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho e de mobilização de recursos comunitários (quais os tipos de vínculos, as relações de troca, de reciprocidade, as alianças, os conflitos que ocorrem nestes espaços);

Observar a independência do usuário em relação a lazer:

- Se o usuário possui algum passatempo, passeia fora de seu local de residência, ajuda nos cuidados como jardim e/ou pátio da casa, assiste a atividades esportivas, joga cartas, escreve cartas, lê jornal, usa computador, assiste televisão, escuta rádio, vai ao cinema, anda de ônibus e/ou vai a pé a locais da vizinhança, faz viagens de longas distâncias (ônibus, trem, avião) - com ou sem acompanhante, quem o acompanha, se tem necessidade de orientação.

Observar estas situações e as relações de dependência, independência, de parceria, de amizade, de solidariedade, enfocando locais que circula, pessoas com quem se relaciona, características dos vínculos, laços, trocas materiais e simbólicas que ocorrem nestas situações, acordos e alianças, eventuais conflitos, confrontos, brigas;

Observar em relação ao emprego/atividade produtiva (atividade de geração de renda, cooperativa, etc), à sua saúde, segurança, entre outros:

- Se o usuário tem algum emprego, se não tem se ele procura por emprego, se respeita horários, se cumpre acordos;
- Se os usuários conseguem ajuda de serviços públicos (INSS, bombeiros, polícia, assistência social, judiciária, médico, dentista, família) quando necessário;
- Observar como se organizam (serviço e usuários) para outras necessidades de saúde. Por exemplo: Exame citopatológico, Grupo de diabetes, hipertensão, vacinas, dentista, oftalmologista e outras especialidades, etc.

Observar estas situações e as relações de dependência, independência, de parceria, de amizade, de solidariedade, enfocando locais que circula, pessoas com quem se relaciona, características dos vínculos, laços, trocas materiais e simbólicas que ocorrem nestas situações, acordos e alianças, eventuais conflitos, confrontos, brigas.

Observar o usuário em relação aos cuidados pessoais:

- Se o usuário toma banho; escova os dentes, penteia os cabelos; faz a barba, conserva-se limpo e arrumado o dia todo; apresenta-se em condições de higiene, tem comportamentos adequados.

Observar estas situações e as relações de dependência, independência, de parceria, de amizade, de solidariedade, enfocando pessoas com quem se relaciona, que o ajudam ou o rejeitam, características dos vínculos, alianças, eventuais conflitos, confrontos, brigas que refletem no relacionamento no apoio e nas redes estabelecidas.

Observar a participação do usuário em relação às atividades domésticas:

- O usuário participa das atividades domésticas? De que forma?
- Se o usuário arruma sua cama, o quarto, contribui na limpeza, no preparo das suas refeições. Como se dá a dinâmica no horário das refeições? Conversam durante a refeição? O que conversam? Quem senta à mesa? Podem comer a hora que desejam? Podem escolher o que comer? Usam garfo...colher...copo de vidro..etc.

Observar os diferentes níveis de interação durante as refeições, as conversas, os mecanismos de solidariedade, os conflitos, etc.

Observar o usuário em relação a administração do seu dinheiro:

- Observar se os usuários recebem algum auxílio/benefício? Que auxílio é este? Qual o valor do auxílio? Contam com auxílio de renda da família?

Observar como o fato de ter ou não ter acesso e controle do seu dinheiro interfere nos processos relacionais na rede social do usuário. Se ele tem uma emergência e precisa de dinheiro, quem, em que situações e de que forma é acionado. Como isto ocorre, quais as características destas trocas.

- Se o usuário compra suas roupas, alimentos, objetos pessoais, presentes, se paga suas contas, se compra itens essenciais antes de gastar o dinheiro com supérfluos; se providencia consertos de roupas e objetos; se administra adequadamente seu orçamento; se procura ajuda ou informação quando necessário, para planificação de seu orçamento

Observar se necessita de auxílio para isso, quem o auxilia e como é a qualidade dessa ajuda, observar espaços em que circula e gasta seu dinheiro, a qualidade das interações que ocorrem, os conflitos.

OBSERVAÇÃO DO SERVIÇO E DA REDE DE SERVIÇOS

- Observar a estrutura em diferentes pontos da rede para entender como funciona a rede de saúde mental do município;
- Observar as instalações do SRT e as dependências (pátios, quarto, banheiro, cozinha);
- Observar ambiência: Adequação para moradia (espaço, decoração, iluminação, segurança, privacidade, ruídos e limpeza);
- Avaliar a localização do SRT (fica próximo do mercado, farmácia, escola, igreja, há segurança no bairro, há transporte, iluminação adequada, etc.);
- Funcionalidade da casa (há horário para acordar, dormir e almoçar, para entrar e sair na casa, os usuários podem transitar livremente na casa?);
- Tempo que o cuidador fica no serviço;
- Observar como acontece o processo de trabalho e articulação com a rede de saúde e a rede intersetorial, tais como: escola, associação comunitária, jurídico, assistência social, entre outros;
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer)
- Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico;

- Como o serviço se sustenta (se é a prefeitura que mantém a casa, os próprios usuários ou outra alternativa. Se esta casa é da prefeitura ela é alugada, emprestada);
- Quanto o usuário precisa de algum encaminhamento para a perícia, aposentadoria, se tem algum problema de saúde para onde é encaminhado, quem o encaminha ou ele mesmo procura por atendimento ou solução dos seus problemas.
- Observar o fluxo da rede (referência – contrarreferência, encaminhamentos);
- Observar se há rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Quem são os trabalhadores, características, formação;
- Observar comprometimento, posicionamento, motivação e ações dos trabalhadores em relação ao serviço (têm afinidade com o que fazem);
- Observar se o tempo que o cuidador do SRT está no serviço condiz com as necessidades dos moradores do SRT;
- Observar como os profissionais planejam seu dia (se tem autonomia para planejar suas atividades de modo a contemplar também suas necessidades pessoais e/ou profissionais);
- Observar a saúde do trabalhador (estresse, depressão, descanso, alimentação, folga, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe, há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho.);
- Existe propostas de capacitações dos trabalhadores;
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários.
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, de gênero.
- Estimula a autonomia do morador? Ou é um determinador de regras e/ou tarefeiro?
- Estimula a reinserção social do usuário ou a fortalecimento de suas redes familiares e sociais?
- Observar como acontece o atendimento em situações de crise, se nessas situações há encaminhamento para outro serviço, que serviço é esse (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém SRT acompanha, especificar).

APÊNDICE B – Instrumento para Entrevista do usuário

	 Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional 
---	---

Nome do usuário:

Sexo:

Idade:

Serviço:

Entrevista nº:

- 1) Conte a sua vida desde o momento que o senhor (a) descobriu a doença, até hoje:

- 2) Conte sobre a sua vida a partir do momento que o senhor (a) chegou aqui:

- 3) Como o senhor (a) foi recebido quando chegou aqui:

- 4) Com quem o senhor (a) conta para se divertir, contar um segredo, passear, quando está triste, com dificuldades:

- 5) Como o senhor (a) se sente em relação SRT; como se relaciona com a equipe e com os outros usuários:

- 6) Quais são os locais que o senhor (a) frequenta:

- 7) Quem faz parte da sua vida? Comente.

APÊNDICE C – Instrumento para análise do prontuário

	 Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional 
---	---

Dados de identificação do usuário:

Nome do usuário:

Número do prontuário:

Sexo:

Idade:

Serviço:

Entrevista nº:

Data de ingresso no serviço:

Estado civil:

Escolaridade:

Diagnóstico (CID):

Histórico do Acolhimento:

História de vida do usuário:

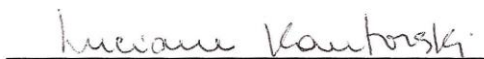
Anexos

ANEXO A - Carta de autorização do coordenador da pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 22 de janeiro de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Ariane da Cruz Guedes**, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial – REDESUL, para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada "**Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história**". Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.



Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do Projeto de Pesquisa

ANEXO B – Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (**REDESUL**)", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

RG DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
Profa. Luciane Prado Kantorski. Rua XV de novembro 209. Pelotas. RS.
Telefone/Fax: 53-2786473. E mail: kantorski@uol.com.br

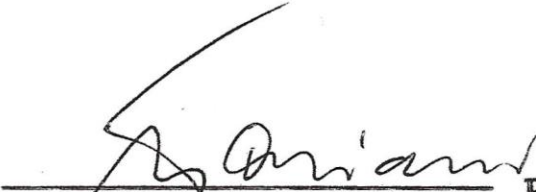
ANEXO C – Ofício de aprovação do Comitê de Ética

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PELOTAS, 14 de janeiro de 2009.

PARECER Nº 073/2009

O projeto de pesquisa intitulado: **“REDES QUE REABILITAM- AVALIANDO EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE COMPOSIÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(REDESUL)”**, está constituído de forma adequada, cumprindo, nas suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.


Prof. Marcos Antonio Torriani
Coordenador do CEP/FO/UFPel

Prof. Marcos A. Torriani
Coordenador
Comitê de Ética e Pesquisa

**ANEXO D – Artigo publicado na Revista Eletrônica de Enfermagem Vol.12;
num. 3, julho/setembro de 2010**

A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa

The change in practice in mental health and deinstitutionalization: an integrative review

Los cambios de los procedimientos en salud mental y la desinstitucionalización: una revisión integradora

Ariane da Cruz Guedes^I, Luciane Prado Kantorski^{II}, Patrícia Mirapalheta Pereira^{III}, Bianca Neme Clasen^{IV},
Celmira Lange^V, Rosani Manfrin Muniz^{VI}

^I Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Bolsista CAPES. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: ariane.guedes@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, UFPEL. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br.

^{III} Enfermeira. Especialista em Auditoria em Saúde. Enfermeira Assistencial em Unidade Cirúrgica HE/FAU/UFPEL e em UCTI – Santa Casa de Misericórdia Pelotas, RS, Brasil. E-mail: pathepp@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPEL. Enfermeira do CAPS, Prefeitura Municipal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: biancaneme@hotmail.com.

^V Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, UFPEL. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: celmira_lange@ufpel.edu.

^{VI} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, UFPEL. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: romaniz@terra.com.br.

RESUMO

A desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomiais, visando o cuidado em liberdade. Este artigo objetiva apresentar uma revisão integrativa de literatura realizada a fim de identificar e analisar a produção científica do processo de desinstitucionalização no foco da atenção psicossocial, no período de 2004 a junho de 2010. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa de literatura utilizando os descritores: saúde mental, serviços de saúde mental e desinstitucionalização. Foi realizada a busca nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed. Foram encontradas dez publicações que atenderam aos critérios de inclusão, nove escritas em português e uma em inglês, sendo todos artigos publicados em periódicos. Através da leitura na íntegra dos artigos desta revisão, por similaridade de conteúdos, agruparam-se estes em duas temáticas, a saber: *O histórico da reforma psiquiátrica no processo de desinstitucionalização* e *As práticas do cuidado em saúde mental no âmbito psicossocial*. Durante a análise dos artigos, pode-se visualizar de maneira ampla o que vem ocorrendo nos serviços de saúde mental, no interior do processo da reforma psiquiátrica, bem como retomar o seu histórico e realizar algumas reflexões que fazem crítica às ações dos profissionais comprometidos com os ideais do cuidar em liberdade.

Descritores: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Desinstitucionalização.

ABSTRACT

The deinstitutionalization was the main alternative to the mental hospital practice, seeking care in freedom. This article presents an integrative review of the literature undertaken to identify and analyze the scientific production of deinstitutionalization, the focus of psychosocial care in the period from 2004 to June of 2010. The methodology used was an integrative review of literature using the keywords: mental health, mental health services and institutionalization. A search was performed on the databases SciELO, LILACS and PubMed. There were found ten publications that met the inclusion criteria, nine written in Portuguese and one in English, and all articles were published in journals. By reading the full-text of this review, through content similarity, they were grouped into two themes, namely: The history of psychiatric reform in the process of institutionalization and practices of mental health care in the psychosocial. While reviewing the articles, you can broadly see what is happening in mental health services within the psychiatric reform process as well as returning to their historical and make some reflections that are critical to actions as professionals committed to the ideals of carrying in freedom.

Descriptors: Mental Health; Mental Health Services; Deinstitutionalization.

RESUMEN

La des-institucionalización fue la principal alternativa a la desconstrucción de las prácticas de manicomio, la búsqueda de atención en la libertad. Este artículo busca presentar una revisión integradora de la literatura realizada con objeto de identificar y analizar la producción científica del proceso de des-institucionalización en el foco de la atención psico-social, en el periodo del 2004 al junio de 2010. La metodología utilizada fue una revisión integradora de literatura utilizando los descriptores: SciELO, LILACS y PubMed. Fueron encontradas diez publicaciones que atendían a los criterios de inclusión, nueve escritas en portugués y una en inglés, estando todos estos artículos publicados en periódicos. A través de la lectura íntegra de los artículos de esta revisión, por semejanza de contenidos, se agruparon estos en dos temáticas, a saber: *El histórico de reforma psiquiátrica en el proceso de des-institucionalización* y *Las prácticas del cuidado en Salud mental en el ámbito psico-social*. Durante el análisis de los artículos, se puede visualizar de manera amplia lo que viene ocurriendo en los servicios de salud mental en el interior del proceso de reforma psiquiátrica, bien como el retomar su histórico y realizar algunas reflexiones que efectúan críticas a actividades de los profesionales comprometidos con los ideales de cuidar en libertad.

Descriptores: Salud mental; Servicios de salud mental; Des-institucionalización.

INTRODUÇÃO

A história da loucura é a história de um saber e uma prática concebidos e arquitetados no coletivo, em conexão com as culturas, com os tempos e as sociedades dos homens, e também do cotidiano minúsculo de suas representações significantes. Sobre ela não há, à luz de uma arqueologia do saber, uma verdade absoluta, mas uma sucessão de discursos contraditórios e complementares, que reconstroem e rompem a cada momento um novo olhar sobre a loucura⁽¹⁾.

Entende-se atualmente por hospital como sendo uma instituição responsável por receber indivíduos doentes e dispensar-lhe atendimento a fim de tratar a doença e promover a cura quando possível.

Porém, o hospital nem sempre teve esse significado, ele não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha o objetivo de oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos marginalizados. Para essa instituição utilizou-se a expressão hospital que, em latim, significa hospedaria, hospitalidade⁽²⁾.

Até então, a loucura era vista apenas como forma de marginalidade, no sentido de que os doentes mentais eram indivíduos que deveriam ser afastados para os 'hospitais' por estarem num estado de inadequação social.

A psiquiatria e a reforma psiquiátrica, enquanto movimento que faz a crítica e visa reformar as práticas psiquiátricas, surgiram juntos. Esse fato se deu a partir do momento em que autoridades da Revolução Francesa delegaram a Philippe Pinel, no ano de 1793 em Paris, a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, os quais se encontravam em condições subumanas, promovendo a segregação⁽³⁾.

Nesse contexto de enclausuramento e exclusão social, Pinel surge como um "libertador", uma vez que desacorrentou aqueles indivíduos, os quais viviam constantemente presos, ousando experimentar um novo tipo de tratamento, sendo que, os doentes mentais nos momentos de surto eram contidos apenas com camisas de força.

Pode ser que para a época tenha sido um grande feito, uma revolução, Pinel desacorrentar os loucos das correntes físicas que os prendiam, entretanto por meio desse gesto, ele os acorrentou à alienação, à segregação social e ao estigma da loucura que até hoje não foi completamente superada.

Pinel ao propor a liberdade dentro do manicômio, ao mesmo tempo em que os libertou das correntes, os aprisionou a um tratamento asilar, sob um regime total de isolamento. Este, entretanto, não significa necessariamente a perda da liberdade, mas pelo contrário, é uma modalidade de assistência que restitui a liberdade ao homem, subtraída pela alienação. Este consiste no primeiro e fundamental princípio terapêutico do chamado 'tratamento moral', o qual incide no princípio do 'isolamento do mundo exterior'⁽⁴⁾.

Após as duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, tanto com relação à crueldade quanto sobre a solidariedade entre os homens. Foram lançados olhares sobre o hospício e compreendeu-se que os mesmos deveriam mudar, pois as práticas ocorridas no âmago destes eram muito semelhantes ao que ocorria dentro dos campos de concentração. Com isso houve o nascimento das primeiras experiências com relação à reforma psiquiátrica⁽²⁾.

Então, se estruturou em diversos países movimentos de reforma, visando não mais o aprimoramento e humanização dos hospitais psiquiátricos, mas extinção dos mesmos, substituindo-os por serviços territorializados de saúde mental, que dispensassem tratamento diferenciado, em liberdade.

Sendo assim, a desinstitucionalização consiste no processo de desconstrução de práticas manicômiais e construção de novos saberes, os quais sejam capazes de privilegiar a subjetividade e autonomia do indivíduo, bem como o livre exercício de sua cidadania⁽⁴⁾.

A reforma psiquiátrica consiste na transformação de saberes e práticas em relação à loucura, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e também em recompreender o sofrimento psíquico, bem como em destruir manicômios internos e externos que têm aceitado determinadas formas de pensar e agir. Sobre tudo na reinvenção de modos de lidar com a realidade⁽⁵⁾.

Nessa proposta de reconstrução da assistência psiquiátrica surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados conforme a portaria do nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Constituem-se em serviços estratégicos, substitutivos ao modelo manicomial. São caracterizados por porte e clientela, recebendo as denominações de: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Estes devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Além disso, deverão funcionar independente de qualquer estrutura hospitalar⁽⁶⁾.

Nesse intuito, uma das propostas mais relevantes dos CAPS é a reinserção social do indivíduo e a promoção da inclusão na sociedade. Dentro de vários serviços dessa natureza existem propostas que abrangem essa expectativa, como oficinas as quais servem de espaço terapêutico; cooperativas que oportunizam a geração de renda e autonomia do indivíduo; espaços de trocas na sociedade como apresentação de danças em eventos, participação em seminários, entre tantas outras riquíssimas e criativas iniciativas, que vem sendo tomadas em todo o Brasil.

Em virtude da riqueza de fatos ocorridos nesse percurso de transformações da assistência em saúde mental, surge o interesse pela investigação da produção científica, por meio de uma revisão integrativa de literatura relacionada a essa temática.

Sendo assim, o presente artigo teve como objetivo apresentar uma revisão integrativa de literatura realizada a fim de identificar e analisar a produção científica do processo de desinstitucionalização no foco da atenção psicossocial, no período de 2005 a junho de 2010.

METODOLOGIA

A fim de responder o objetivo proposto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura tendo em vista que esta é uma alternativa de pesquisa que se propõe buscar e analisar o conhecimento publicado referente a determinado tema, de maneira aprofunda. Esta disponibiliza aos profissionais das mais variadas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados que são considerados mais relevantes de pesquisas que fundamentam a tomada de decisão ou as condutas, proporcionando um saber crítico⁽⁷⁾.

Foi realizada a busca em três bases de dados a saber: SciELO (Scientific Eletronic Library Online) LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed, com publicações nacionais e internacionais, no período de 2004 a junho de 2010. Definiram-se estas bases de dados por serem as principais fontes de publicações da área da saúde.

Determinou-se a busca nesse espaço de tempo, considerando que a lei que redireciona o modelo assistencial em saúde mental foi aprovada em 2001 (Lei 10.216/2001). Portanto acredita-se que a partir do ano de 2005, período de escolha desta revisão integrativa, constitui-se recorte temporal em que a implantação dos serviços substitutivos foi efetivada e a partir de então, passam a ser debatidas em publicações da área.

Como critério de inclusão da amostra, realizou-se a busca nas bases antes citadas com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): saúde mental, serviços de saúde mental e desinstitucionalização. Como critério de exclusão, optou-se por não analisar publicações relacionadas à clínica em saúde mental e os artigos que tratassem da relação da saúde mental e o poder judiciário, devido ao fato de que este artigo se propõe a analisar as práticas dentro do contexto da atenção psicossocial, com o foco na desinstitucionalização. Foram considerados como documentos de análise os artigos publicados em periódicos.

A revisão nas bases de dados resultou em setenta e oito publicações, sendo que um mesmo artigo foi encontrado em duas bases de dados distintas. Tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, sessenta e oito publicações foram excluídas do estudo, pois não tratavam do histórico da mudança nas práticas em saúde mental e nem abordavam a desinstitucionalização, e sim eram específicas sobre a clínica, com foco na descrição de psicopatologias específicas, e outras se referiam aos aspectos judiciais que envolvem a atenção em saúde mental. Portanto foram analisadas dez publicações na íntegra, que se adequavam ao objetivo desta revisão.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas. Primeiramente identificaram-se os assuntos referentes a cada artigo, os quais foram agrupados em um instrumento construído para essa finalidade contendo a localização da publicação, ano, país, tipo de estudo, objetivos, metodologia e resultados. Por fim realizou-se a leitura exhaustiva dos artigos na íntegra a fim de extrair os dados para construção do artigo em questão.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir estão relacionados os dados encontrados, primeiramente organizados no Quadro 1, no qual se pode visualizar as publicações referentes à temática proposta, e a seguir em duas temáticas definidas por aproximação de conteúdos:

Quadro 1: Publicações científicas encontradas nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed sobre produção científica do processo de desinstitucionalização no foco da atenção psicossocial, no período de 2004 a junho de 2010; segundo a caracterização do título, autores, revista, ano, país e fonte.

Título	Autor	Revista	Ano	País	Fonte
A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental	Villela SC, Scatena MCM	Revista Brasileira de Enfermagem	2004	Brasil	SciELO
A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura	Alverga AR, Dimenstein M	Interface - Comunic., Saúde, Educ.	2006	Brasil	SciELO
Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS	Furtado JP	Ciência e Saúde Coletiva	2006	Brasil	LILACS
Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à Desinstitucionalização em saúde mental	Belini MG, Hirdes A	Texto e Contexto Enfermagem	2006	Brasil	LILACS
Connectedness and citizenship: redefining social integration	Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D	Psychiatric Services	2007	Canadá	PubMed
O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização	Honorato CEM, Pinheiro R	Physis Revista de Saúde Coletiva	2008.	Brasil.	SciELO
As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social	Leão A, Barros S	Saúde Soc.	2008	Brasil	SciELO
Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético	Hirdes A	Saúde em Debate	2008	Brasil	LILACS
Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico	Amorim AKMA, Dimenstein M	Ciência & Saúde Coletiva	2009	Brasil	SciELO
Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil	Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A	Interface Comunicação Saúde Educação	2010	Brasil	SciELO

Todos os documentos são artigos científicos publicados em periódicos, nove são nacionais e apenas um internacional. Foram encontradas na base de dados SciELO

seis publicações, três na base de dados LILACS e uma na base PubMed. Todos os periódicos participantes desta revisão têm caráter metodológico qualitativo.

Por meio desta revisão integrativa evidencia-se que quatro artigos foram publicados em São Paulo, dois no Rio de Janeiro, um na Paraíba, um no Rio Grande do Norte, um em Santa Catarina e um em Nova Iorque. A origem das publicações foi diversificada entre as regiões do Brasil, percebendo-se assim um predomínio de publicações na região sudeste (seis artigos).

Em relação à formação acadêmica dos autores, três artigos foram escritos por enfermeiros; dois por psicólogos; dois por um médico; um por um enfermeiro e um médico psiquiatra; um de autoria de dois profissionais: um terapeuta ocupacional e um enfermeiro e por fim um escrito por um grupo de pesquisa interdisciplinar. A análise do material estudado evidenciou ausência de publicações no ano de 2005.

Portanto, a leitura na íntegra dos artigos desta revisão possibilitou o agrupamento dos artigos por similaridade de conteúdos, em duas temáticas, a saber: *O histórico da reforma psiquiátrica no processo de desinstitucionalização*⁽⁸⁻¹⁰⁾ e *As práticas do cuidado em saúde mental no âmbito psicossocial*⁽¹²⁻¹⁷⁾.

O histórico da reforma psiquiátrica no processo de desinstitucionalização

Fizeram parte desta temática os seguintes artigos: As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social⁽⁸⁾, A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura⁽⁹⁾ e Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético⁽¹⁰⁾.

No processo histórico da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicômias, pois rompe com o modelo segregador a fim de proporcionar o cuidado em liberdade.

A consolidação, expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental, especialmente nos CAPS, foram os principais objetivos das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Estes se constituem em serviços estratégicos na organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, a expansão destes foi de extrema importância para mudar o cenário de atenção à saúde mental no Brasil⁽¹¹⁾.

Em um estudo qualitativo, com entrevistas aos trabalhadores de um CAPS II, do município de São Carlos-SP, buscou-se compreender as representações sociais destes, sobre as práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica é vista como sendo uma substituição do modelo de atenção centralizado na assistência hospitalar, onde existe uma preocupação com a intervenção da doença mental e não a pessoa em seu contexto de vida.

Os profissionais fazem críticas às diretrizes colocadas pela política nacional de saúde mental, no que se refere à redução dos leitos psiquiátricos, assim como necessidades de recursos humanos quanto à formação; insuficiência de profissionais em saúde mental e políticas sociais. No entanto, ressaltam que um avanço significativo para reforma psiquiátrica foi a criação dos CAPS, os quais têm um olhar direcionado para outro aspecto da vida do indivíduo e suas necessidades de ordem biológica, social e econômica. Vale ressaltar que a proposta de desinstitucionalização desse movimento representa a

desmontagem dos aparatos científicos, tecnológicos, jurídicos e culturais criados para solucionar a questão de doença mental pela vida de exclusão⁽⁸⁾.

O cuidar no âmbito dos serviços substitutivos se traduz em um desafio para os profissionais de saúde, pois há troca de valores. Anteriormente as ações eram respaldadas no preconceito, descaso e segregação, não se tinha a preocupação em valorizar a subjetividade do 'doente mental'. Portanto é imprescindível que os profissionais estejam comprometidos com a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos.

Há muitos desafios presentes no processo de reforma psiquiátrica brasileira para a construção de uma rede integrada de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. A reforma psiquiátrica é vista como sendo a construção de um novo lugar sócio/político-conceitual-cultural para a loucura, novas formas de lidar com as diferenças.

No entanto, essa busca pela reafirmação dos ideais modernos de igualdade e o cuidar em liberdade gera alguns impasses como, o aumento da demanda de usuários, alocação de recursos financeiros do SUS, necessidades de qualificação do cuidado e formação profissional em saúde mental, assim como a rejeição a esse serviço. Os desafios para a desinstitucionalização da loucura requisitam uma complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos, afetivos, subjetivos, enfim, uma gama de questões que estão sócio articuladas com a produção de forma de vida em sociedade⁽⁹⁾.

Através da reforma psiquiátrica foi possível um olhar diferenciado sobre a loucura, privilegiando o cuidado humanizado e individualizado aos indivíduos em sofrimento psíquico. Entretanto esse vai muito além de aspectos inerentes à saúde, deve contemplar todos os âmbitos que perpassem a vida cotidiana dos sujeitos, proporcionando assim um aumento de sua autonomia, resgatando a cidadania destes em todas as nuances do seu viver.

O aparecimento de novos serviços respaldados pelas iniciativas das políticas públicas de saúde mental gerou um avanço no enfoque do trabalho terapêutico, o qual era centrado no modelo biomédico, e hoje se aprofunda na questão do sofrimento psíquico, tratamento de reabilitação psicossocial realizando abordagens mais completas aos indivíduos. Ao invés das práticas tradicionais que objetivavam o doente e seu corpo, hoje se rompem um novo modelo de atenção, no qual a subjetividade é reintegrada com o corpo social dos indivíduos em sofrimento psíquico. Essa tomada de consciência a respeito da importância dessas intervenções produz movimentos de superação da objetualização a que foi submetido o doente e, também, a reconstrução de um corpo subjetivo, social e físico⁽¹⁰⁾.

A criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial surgiu como suporte e alternativa a todos os indivíduos em sofrimento psíquico, pois estes dispositivos se apresentam de maneira especializada proporcionando oferta às diversas especificidades de cuidados.

Percebe-se pela análise da temática, um grande avanço nas reflexões acerca do processo de desinstitucionalização, pois as pesquisas avançam o pensar nesse processo de forma crítica, não ficando limitados apenas em descrever as alternativas de desinstitucionalizar a loucura. Há preocupação em solidificar políticas de saúde mental que priorizem a qualificação dos serviços

substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e que contemplem o viver dos sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade, além dos muros dos serviços e instituições.

As práticas do cuidado em saúde mental no âmbito psicossocial

Integraram essa temática os artigos a seguir: A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental⁽¹²⁾, Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration⁽¹³⁾, O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização⁽¹⁴⁾, Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico⁽¹⁵⁾, Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à Desinstitucionalização em saúde mental⁽¹⁶⁾, Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil⁽¹⁷⁾ e Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS⁽¹⁸⁾.

A mudança na assistência em saúde mental que pretende superar o modelo hospitalocêntrico e segregador, traz consigo muitos desafios na implantação dessa forma de cuidar em liberdade.

A valorização das influências biopsicossociais no processo de adoecer tornou-se necessária frente à percepção do doente como ser humano e cidadão. E sendo este dotado de potenciais, tem a liberdade como bem maior. Esse indivíduo passa pelo processo de reabilitação psicossocial, reconstruindo o exercício de cidadania, e reestabelecendo seu poder de contratualidade.

Sendo assim, no espaço de cuidados, a criação e a manutenção do ambiente terapêutico e da interação profissional-doente fazem-se constantes sendo de responsabilidade da equipe interdisciplinar que atende nos serviços extra-hospitalares. Portanto, fica evidente a modificação de postura do enfermeiro para uma abordagem holística, considerando a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e doença em que ele está inserido, o relacionamento interpessoal, permeando a co-participação no processo da reabilitação e a promoção do autocuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde⁽¹²⁾.

O comprometimento dos profissionais de saúde com o processo de reabilitação psicossocial é estratégico para o redirecionamento da assistência em saúde mental. Estes indivíduos são atores principais para que a reforma psiquiátrica aconteça de fato.

Um outro dispositivo utilizado como ferramenta na atenção psicossocial, é a promoção da inclusão social dos indivíduos. A integração social é um processo que deve ser promovido a todo tempo dentro dos serviços comprometidos com a reforma psiquiátrica, contribuindo em todas as suas ações para o fortalecimento da cidadania do indivíduo, sendo o foco central da reabilitação psicossocial⁽¹³⁾.

Para que a reintegração social aconteça é de suma importância que estratégias de cuidado sejam implementadas nos diversos dispositivos que compõem a rede de saúde mental, promovendo atividades fora dos serviços para que caiam as barreiras que separam a loucura da normalidade da sociedade.

Nesse aspecto, foi desenvolvido um estudo no município do Carmo, na região serrana do Rio de Janeiro, o qual teve por objetivo analisar o trabalho dos profissionais de saúde mental no contexto do Serviço Residencial

Terapêutico (SRT), através da observação do cenário de trabalho e ambiente terapêutico, durante três meses por dois dias consecutivos na semana, no ano de 2006. Esta pesquisa concluiu que os profissionais dão vida à própria política de saúde mental, constituindo-se como atores de uma ação integral, que promove cuidado e autonomia, e confere direitos de cidadania.

A integralidade é, portanto, atividade coletiva e social. Integrar é fazer rede, é ampliar, é chamar outros a agir. É, então, fazer valer uma política das relações. A experiência dos técnicos produz uma técnica de escuta e mobilização em constante movimento. O trabalho sustenta-se no encontro das diferenças. Na equipe, destacam-se o papel dos cuidadores como novos intelectuais da reforma, em ação no ambiente social⁽¹⁴⁾.

Os SRT's foram dispositivos estratégicos no âmbito da atenção psicossocial, pois servem de suporte e alternativa de moradia para indivíduos que sofrem com transtornos mentais severos e que permaneceram muito tempo institucionalizados no hospital psiquiátrico, rompendo assim laços com a sociedade.

Ainda no âmbito destes serviços, foi realizada uma pesquisa nesse contexto em Natal, no Rio Grande do Norte, que analisou a sua experiência, valendo-se também de contribuições da literatura do campo. Suas principais conclusões foram que o SRT coloca-se fundamentalmente como um dispositivo problematizador da atenção em saúde mental, exigindo a constante reflexão sobre as práticas e saberes em jogo no processo de desinstitucionalização em construção. Seu trabalho exige, sobretudo, a construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e entre diferentes equipamentos sociais, envolvendo a cidade com suas diferentes e potentes estratégias de cuidado. Nesse sentido, há necessidade de construção efetiva de redes de cuidado e sociabilidade no trânsito dos moradores pela cidade. Num nível macropolítico, está à necessidade de políticas públicas que exijam e possibilitem aos serviços a articulação com a vida "lá fora", na construção de redes de conexão e diálogo nos diferentes espaços onde cada usuário circula e constrói sua vida de modo a garantir a (des) construção permanente das práticas de cuidado de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada usuário⁽¹⁵⁾.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem-se em dispositivos estratégicos para a desinstitucionalização. Portanto é necessário que se reflita quanto ao papel destes, os quais devem proporcionar muito além da moradia e sim o viver na cidade, pois estes não são precisamente serviços de saúde, mas ambientes para viver, morar e que devem estar articulados com a rede de atenção psicossocial proporcionando assim suporte na reabilitação psicossocial. É necessário que tenham foco no resgate da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, proporcionando a liberdade para este tomar suas próprias decisões, servindo como suporte para que este seja reinserido na sociedade⁽¹⁶⁾.

A implementação dos SRT para indivíduos em sofrimento psíquico no sistema público de saúde representou importante conquista, a partir do momento em que expandiu uma iniciativa até então restrita, no que se refere a número e de estados da federação nos quais se fazia presente. Estas, por mais variadas que possam ser entre si, são elementos fundamentais no processo de reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento mental grave⁽¹⁷⁾.

Anteriormente à formulação das políticas de saúde mental não eram disponibilizadas alternativas além do manicômio, as opções de cuidado se extinguíam dentro dessa instituição. Contudo, a implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi um grande avanço para a qualidade de vida dos usuários de saúde mental.

Sendo assim, este dispositivo está consolidado no Brasil. Há destaques consistentes de sua importância para a superação das condições vivenciadas por sujeitos em sofrimento psíquico institucionalizados em manicômios. Entretanto, ainda há avanços a serem feitos, pois o número destes serviços existentes contempla 10,8% do total necessário. Portanto, a implicação dos gestores municipais do SUS se apresenta como decisiva para a expansão ou não desses dispositivos⁽¹⁸⁾.

Sabe-se que a reforma psiquiátrica está avançando em termos de expansão e inovação, entretanto há a necessidade de consolidar os serviços já existentes para que possa ser qualificado o cuidado em atenção psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desinstitucionalização, que contribuiu para a transformação nas práticas em saúde mental, ainda hoje é almejado e buscam-se maneiras efetivas de desconstrução do modelo manicomial que muitas vezes insiste em renascer dentro dos serviços substitutivos.

Durante a análise dos artigos incluídos nessa revisão integrativa de literatura, pode-se visualizar de maneira ampla o que vem ocorrendo nos serviços de saúde mental, no interior do processo da reforma psiquiátrica, bem como retomar o seu histórico e realizar algumas reflexões que fazem crítica às ações dos profissionais comprometidos com os ideais da reforma psiquiátrica.

Por meio da busca nas bases de dados, com os artigos encontrados, observou-se que há uma relativa distribuição de publicações nas regiões sudeste e nordeste, porém evidencia-se ausência de produções nas regiões centro oeste e norte.

Sendo assim, a análise dos dados permite perceber a preocupação dos trabalhadores de saúde mental com a qualificação do cuidado em atenção psicossocial, através das pesquisas que expõem as práticas de atenção em saúde mental nos diversos dispositivos que compõem a rede. Evidencia avanços na preocupação em qualificar os serviços já existentes.

Entretanto há uma limitação no que concerne a reforma psiquiátrica, tendo em vista que esta é muito recente em termos históricos, é necessário que as idéias possam ser solidificadas para que se reflita de maneira aprofundada nos aspectos referentes à desinstitucionalização. Seus resultados são expostos e poderão ser utilizados como fonte de informação para se refletir sobre o modelo de atenção em saúde mental e sobre os avanços e desafios colocados nesta trajetória.

Percebe-se a luta incansável dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares no processo de reforma psiquiátrica para que as mudanças nas práticas do cuidado sejam efetivas. Todavia sabe-se que ainda há uma longa caminhada para que o movimento antimanicomial seja concretizado de fato, e por isso tornam-se pertinentes outros estudos nesse sentido, para a descoberta de práticas que tem se destacado na atenção psicossocial e que podem contribuir nesse processo.

É necessária, a desconstrução em primeiro lugar de um manicômio escravizador e que permeia até hoje em nossa sociedade, o manicômio mental, aquele silencioso, mas que destrói essas novas formas de pensar. Não adianta querer construir várias estratégias de cuidar em liberdade, se na mente e nas atitudes dos profissionais de saúde mental ainda estão impregnadas idéias que remetem ao preconceito e ao estigma da loucura.

REFERÊNCIAS

1. Miranda CL. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; 1994.
2. Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: FIOCRUZ; 2007.
3. Tenório F. A reforma psiquiátrica, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002;9(1):25-59.
4. Duarte MLC. Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2007. 173p.
5. Kantorski LP. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: Valladares, A. C. A. *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental*. São Paulo: Vetor; 2004.p. 15-30.
6. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
8. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saude soc*. 2008;17(1):95-106.
9. Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):299-316.
10. Hirdes A. Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético. *Saúde em Debate*. 2008;32(78-80):9-17.
11. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 85 p.
12. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6):738-41.
13. Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration. *Psychiatr Serv*. 2007;58(4):469-74.
14. Honorato CEM, Pinheiro R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis*. 2008;18(2):361-80.
15. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):195-204.

16. Belini MG, Hirdes A. Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à Desinstitucionalização em saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):562-9.
17. Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):389-400.
18. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):785-95.

Artigo recebido em 20.11.2009

Aprovado para publicação em 25.08.2010

Artigo publicado em 30.09.2010