

3.

Serviços Extra-Hospitalares em Saúde Mental: lugar onde a vida acontece

Partimos da premissa que uma rede de cuidados se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (Brasil, 2005). Para Santos, as redes constituem uma realidade, “mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todo o espaço, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns” (2005, p.256). Dessa forma, ao refletirmos sobre os serviços extra-hospitalares em Saúde Mental, temos o entendimento de que eles estão articulados à outros espaços da cidade.

A rede de cuidados em saúde mental do SUS define-se de base comunitária. É fundamental para a construção dessa rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. A proposta é de expansão da rede, com a criação de novos serviços substitutivos, concomitante, à desativação pactuada, progressiva e programada dos leitos em hospitais psiquiátricos e à ampliação e integração da rede de atenção local de saúde mental, de modo, a não provocar a desassistência da clientela (Randemark, 2009).

A ideia fundamental é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas (Brasil, 2005). Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (Brasil, 2004a).

Compreendemos que os dispositivos da rede de saúde mental, junto à rede de serviços de saúde, necessitam estar permanentemente em contato com outras redes sociais, de outros setores afins, com vistas a fazer frente à complexidade das

demandas de inclusão daquelas pessoas com transtornos mentais que estão excluídas da sociedade.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2004a

O processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial estão intrinsecamente ligados porquanto, ambos favorecem a retomada e contato com as pessoas com transtornos mentais e almejam sua reinserção na rede de relações sociais (Randemark, 2009). O conceito de reabilitação psicossocial será abordado por considerar o tratamento e a reabilitação das pessoas com transtornos mentais como partes do mesmo processo, que tem como objetivo construir, e algumas

vezes reconstruir, o acesso real dos direitos de cidadania, assim como a capacidade de praticá-los.

Tendo em vista os objetivos da presente dissertação, iremos nos deter na articulação entre os Centros de Atenção Psicossociais e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

3.1. Os Centros de Atenção Psicossociais

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, destinados a acolher pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e estimular a integração social e familiar. Oferecem atendimento diário, realizando o acompanhamento clínico, médico e psicológico, visando em suas iniciativas de busca da autonomia, através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2004a; 2005). O conceito de atenção diz respeito a uma nova dimensão para o cuidado em saúde mental. Um cuidado que “não visa exclusivamente à remissão do sintoma psicopatológico, mas que propõe a compreendê-lo como algo que é parte de um sujeito particular que precisa ser considerado” (Venâncio et. al., 1997). A qualificação de psicossocial deve ser entendida enquanto instrumento fundamental para o cuidado. Deve-se

tentar lidar com duas dimensões de nossa moderna existência, numa tentativa incessante de vê-las de modo mais complexo, de reintegrá-las uma à outra e de conceber o sujeito como uno: a dimensão psíquica, que passa a ser comprometida de modo definitivo com a questão da subjetividade e da criatividade (estética, artística); e a dimensão social, que é ampliada para além da sua identificação exclusiva com a família, o trabalho ou a ideia inespecífica de ‘sociedade’ passando a contemplar espaços importantes como o do lazer (Venâncio et. al., 1997, p.8).

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80, e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentaram grande expansão. O primeiro CAPS foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, como parte de um intenso movimento social que buscava a melhoria da

assistência e denunciava a situação precária dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004a).

De acordo com Dias (2007), é possível identificar três períodos no processo de implantação e expansão dos CAPS no país. Estes períodos possuem como referência o panorama nacional no que diz respeito às portarias vigentes do Ministério da Saúde.

No período de 1987 à 1991, os serviços implantados tinham caráter experimental. Estas experiências eram fortemente ligadas à iniciativas políticas sensibilizadas por referenciais da reforma psiquiátrica. No período de 1991 à 2002, já existiam formas de repasse financeiro às secretarias que optassem por implantar serviços de tratamento psiquiátrico alternativos aos hospitais, como os Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)¹⁴, os CAPS e hospitais dias. Este período inicia-se com a portaria 189/1991 e termina com a portaria 189/2002. Já no período de 2002 aos dias atuais, o formato dos CAPS, seus procedimentos, equipe e papel social estavam consolidados, assim como as formas de incentivo financeiro para sua implantação e manutenção. O que caracteriza este período é a consolidação do modelo, no que diz respeito ao perfil institucional e às práticas terapêuticas desenvolvidas em seu âmbito. Dessa forma, vimos que o surgimento e aperfeiçoamento de portarias foram, ao longo dos últimos quinze anos, simultaneamente, definindo o perfil institucional e retratando os Centros de Atenção Psicossocial.

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria 224 de 1992, e definidos como

unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Brasil, 2004a).

Atualmente, estes serviços são regulamentados pela Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento do CAPS, que possui a missão de prestar atendimento às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial. Seu objetivo é substituir o modelo hospitalocêntrico

¹⁴ Os NAPS eram estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24hs, todos os dias, inclusive acolhimentos de tipo internação, cada unidade dispondo de seis leitos, aproximadamente.

evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004a). Segundo Leal e Delgado (2007), os CAPS são dispositivos estratégicos da atual política de assistência à saúde mental e possuem como desafio central a desinstitucionalização.

Os CAPS devem ser serviços estratégicos substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico, tendo como um dos objetivos romper com a tendência carcerária da ideologia manicomial e manter o usuário o menor tempo possível na instituição (Soares, 2005). Cabe aos CAPS prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica: Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, que atuem no seu território; e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região, que utilizam medicamentos para a saúde mental. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização em toda a trajetória do seu tratamento. (Brasil, 2004a, 2005).

Podem ser atendidas no CAPS pessoas que apresentam transtornos mentais severos e/ou persistentes, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São pessoas com transtornos mentais incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Segundo Siqueira (2008a), cabe ao CAPS, em primeiro lugar, criar condições para que as pessoas com transtornos mentais, absorvidos exclusivamente no circuito hospitalar, possam sair dele, uma vez que esse destino pode ter consequências relacionadas à cronicidade e a exclusão social; e em segundo lugar, cabe aos CAPS evitar a entrada de novas pessoas nesse circuito, priorizando o atendimento de situações de crise, sendo uma referência para a urgência em regime aberto.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos

municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como: tipo I, para municípios que tenham entre 20 mil a 70 mil habitantes; tipo II, para município que tenham população entre 70 mil a 200 mil; e tipo III para municípios que tenham acima de 200 mil habitantes. Os CAPS funcionam durante os cinco dias úteis da semana, das 8 às 18 horas, e somente o CAPS III tem o funcionamento por 24 horas, todos os dias da semana, incluindo os feriados.

Outros dois CAPS, diferenciados em seus cuidados, fazem parte da rede de cuidados em saúde mental: o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, das 8 às 18 horas.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, das 8 às 18 horas.

Ao iniciar o acompanhamento no CAPS, a pessoa com transtornos mentais será atendida por um profissional de nível superior do serviço, que levará em conta algumas variáveis como: as manifestações psicopatológicas; a fragilidade da manutenção de seus laços com a comunidade; o histórico de diversas internações; a situação de longa permanência; a precariedade do seu suporte social, familiar e terapêutico; e a dificuldade em administrar os aspectos cotidianos da vida (Siqueira, 2008a).

Esse profissional que o acolheu poderá ser uma referência para o usuário no CAPS, mas não necessariamente, pois é importante levar em conta em seu processo de tratamento o vínculo que o usuário estabelece com o profissional. Este profissional é o que chamamos de Técnico/Terapeuta de Referência. O Técnico de Referência terá sob sua responsabilidade a de acompanhar o usuário do CAPS junto com seu projeto terapêutico, definindo e redefinindo as atividades e a frequência de participação no serviço, e manter contato com sua família (Brasil, 2004a).

O projeto terapêutico personaliza o atendimento de cada pessoa na unidade, e fora dela, e propõe atividades durante a permanência diária no serviço, segundo

suas necessidades, viabilizando um projeto de vida compatível com as potencialidades de cada indivíduo (Soares, 2005). Algumas das atividades terapêuticas que o CAPS pode oferecer são: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias (como eventos), assembleias ou reuniões de organização do serviço, oficinas culturais, entre outras.

Conforme as determinações da Portaria 336/2002, a depender do projeto terapêutico do usuário, o CAPS poderá oferecer:

- Atendimento intensivo, quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar;
- Atendimento semi-intensivo, quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;
- Atendimento não intensivo, quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

Esses atendimentos podem ser domiciliares, se necessário (Brasil, 2004a).

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. Os profissionais de nível superior são enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos administrativos, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

É função dos CAPS regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica. Assim, os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. É função, portanto, e por

excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (Brasil, 2004a; 2005). Assim, consideramos o território como conceito fundamental para o entendimento do papel estratégico do CAPS.

O território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. No campo da saúde, o termo território tem origem na experiência da desinstitucionalização italiana, quando se identifica a necessidade de reestruturar e subdividir os serviços de atenção em saúde mental por regiões da cidade, criadas a partir de critérios demográficos e de pertencimento subjetivo dos seus moradores (Covino, 2007). No Brasil, o termo foi muito discutido e trabalhado pelo professor e geógrafo Milton Santos. Escolhemos adotar o uso da palavra território, por concordar com Milton Santos (2004), que o define como “espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais colocados em situação na arena política” (p.247). Segundo Santos (1994; 2004), o território nunca está acabado e está em constante reconstrução, revela as ações passadas e presentes, construídas em ações. O território se constitui, portanto, de objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado.

O uso do território se dá pela dinâmica dos lugares. O lugar é proposto por Santos (1994), como sendo o espaço do acontecer solidário. Estas solidariedades definem usos e geram valores de múltiplas naturezas: culturais, antropológicos, econômicos, sociais, financeiros, para citar alguns. Mas as solidariedades pressupõem coexistências, logo pressupõem o espaço geográfico (Santos, 2004). O território, portanto, pode ser formado por lugares contíguos e lugares em rede. Importante ressaltar que, são os mesmos lugares que se constituem em contiguidades ou em redes. É, portanto, dentro deles que se estabelece uma contradição vivida entre o mundo e o lugar (Santos, 1994).

O território é a designação das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território equivale trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus serviços (Brasil, 2005).

Segundo Elia (2008), um CAPS deve ser o núcleo territorial de referência de qualquer Serviço Residencial Terapêutico, pelas razões que decorrem da lógica e da política territorial que situam o CAPS como ordenador da rede e pólo de encarnação de diretrizes políticas em determinado território. Contudo, segundo Amorim e Dimenstein (2009), uma série de impasses obstaculiza o processo de desinstitucionalização como real desconstrução. Dentre os impasses, está a chamada "institucionalização do CAPS", problemática que pode ser estendida para qualquer tipo de serviço substitutivo da rede de saúde mental. Se por um lado esta institucionalidade é necessária à legitimidade destes serviços na rede de saúde, por outro, se corre o risco que ela se transforme em institucionalização crônica e cronificada, reproduzindo o isolamento, a exclusão, do qual quer escapar, como, por exemplo, a repetição de certas práticas tutelares e absorção de demandas que "deveriam" ser atendidas por outros dispositivos da rede. A cada dia aumenta o número de usuários que frequentam o CAPS, forçando-nos a questionar: como construir outros projetos de vida que não dependam dos serviços?; como escapar das práticas tutelares sem desassistir?; como criar fluxos de encaminhamentos?; e como criar efetivamente uma rede de assistência?

3.2. Os Serviços Residenciais Terapêuticos

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, ou Residências Terapêuticas, também são conhecidos por outras denominações como: lares abrigados, moradias assistidas, moradias protegidas e pensões protegidas. Estes serviços são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Foram instituídos pela Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que introduziu os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações, e pela Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, que regulamenta a portaria nº106/2000 para fins de cadastro e financiamento no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS, e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que busca concretizar as diretrizes de superação

do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Segundo a Portaria nº106/2000,

entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

No início dos anos 1990, surgiram no Brasil, simultaneamente aos serviços substitutivos, as primeiras experiências de residências extra-hospitalares, como criação de moradias, no processo de reinserção dos internos de longa data na comunidade, no espaço urbano. Tais iniciativas tiveram também a função de demonstrar empiricamente a viabilidade da substituição de leitos por residências no espaço comunitário, sendo sua importância estratégica ressaltada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (Furtado, 2006a, b).

Segundo Furtado (2006b), na década de 1990, os municípios de Porto Alegre (RS), Campinas (SP), Santos (SP), Ribeirão Preto (SP) e Rio de Janeiro (RJ), por meio da implantação de seus “lares abrigados”, “pensões protegidas” e “moradias extra-hospitalares” foram precursores e geraram subsídios importantes para que a iniciativa viesse a ser incorporada como política do SUS, a partir da publicação da portaria 106/2000.

De acordo com Delgado (2006), a Portaria nº 106/2000 foi importante para: fixar o termo “Serviço Residencial Terapêutico”, incluindo as residências na rede formal de atenção do SUS; definir que as moradias são inseridas na comunidade e fora dos limites das unidades hospitalares, enfatizando sua função estratégica de modalidade substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, sendo destinada para egressos de longas internações; e ressaltar sua natureza exclusivamente pública.

A referida Portaria define que cabe aos Serviços Residenciais Terapêuticos garantir assistência às pessoas com grave dependência institucional, atuando como unidade de suporte, prioritariamente, às pessoas submetidas a tratamento psiquiátrico de regime hospitalar prolongado, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia, promovendo, assim, a reinserção desta clientela à vida comunitária. Desta forma, os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem-se como alternativas de moradia para as pessoas que estão internadas há anos nos hospitais

psiquiátricos por não contarem com suporte familiar e social adequado na comunidade. Segundo Furtado (2006b), um fator importante a ser considerado nos cronogramas de desinstitucionalização é a elevada idade média dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, bem como das pessoas que permanecem internadas nos hospitais psiquiátricos há longos anos.

Podem-se beneficiar dos Serviços Residenciais Terapêuticos portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico; e moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS (Brasil, 2004c). Ou seja, pessoas com vínculos familiares e sociais comprometidos ou inexistentes (Amorim e Dimenstein, 2009).

Uma importância estratégica da Portaria nº 106/2000 é vincular diretamente a implantação das residências à redução equivalente de leitos hospitalares, “para tornar realizável e segura a redução significativa de leitos de característica asilar, tendo sua presença e solidez a marca de algumas experiências nacionais de Reforma” (Delgado, 2006, p.20). Conforme consta na Portaria nº 106/2000, para cada transferência de paciente do hospital especializado para um Serviço Residencial Terapêutico, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos deste hospital¹⁵, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do Estado ou Município que ficará como responsável pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva, extra-hospitalar, de cuidados em Saúde Mental. No entanto, Delgado (2006) aponta como principal obstáculo para implantação de Serviço Residencial Terapêutico a falta de melhor definição do custeio que depende do remanejamento das AIH's no âmbito do teto financeiro do próprio município onde os pacientes estavam internados. Importante sinalizar que em setembro de 2004, foi assinada

¹⁵ As diretrizes de redução de leitos constam nas Portarias GM nº 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no País.

pelo Governo Federal a Portaria GM 2.068, que instituiu o incentivo de dez mil reais (R\$ 10.000,00) para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

O número máximo de moradores em um Serviço Residencial Terapêutico é de um grupo pequeno de oito pessoas, acomodados na proporção de até três moradores por dormitório, que deverão sempre contar com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (Brasil, 2004c). Caracterizando-se como serviços que devem ser "prioritariamente" locais de moradia e não de tratamento, ficando este sob a responsabilidade dos outros serviços substitutivos da rede.

Para cada Serviço Residencial Terapêutico, a Portaria nº 106/2000 coloca a exigência de um cuidador por turno. O cuidador tem uma tarefa importante na moradia assistida, já que ele recebe capacitação para dar apoio aos moradores, podendo estar na residência por 24 horas ou durante algumas horas. Segundo Rosa (2001), a principal "ferramenta" de trabalho é a própria pessoa do cuidador e, nesse sentido, a forma como o cuidador maneja seus sentimentos, suas habilidades, suas atitudes e seus conhecimentos interfere no relacionamento com a pessoa com transtorno mental. O cuidador tem que conseguir lidar com as angústias, as fantasias, as necessidades e os desconfortos próprios do cuidado diário e, "como não há provimento de cuidado sem relacionamento, o cuidador tem que ter habilidade no manejo com as relações interpessoais para exercitar inclusive a continência com o próprio enfermo" (Rosa, 2001, p.156).

O cuidador de um Serviço Residencial Terapêutico precisa ter clareza de que a dimensão clínica de seu ato de cuidado não é uma forma de tratamento, e deve articular seu olhar clínico ao da equipe do serviço em que, ali sim, cada morador faz seu tratamento: CAPS, CAPSi, ambulatório ou qualquer outro (Elia, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004c), o acompanhamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos deve ser realizado pelos CAPS ou Ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, por equipes do Programa Saúde da Família. Segundo Delgado (2006), um dos obstáculos enfrentados pelos Serviços Residenciais Terapêuticos é "sua sustentabilidade e a qualidade da atenção prestada, especialmente a integração com a rede dos CAPS e projetos terapêuticos associados, em busca da maior autonomia possível dos moradores" (p.25). Para este autor, compete ao CAPS apoiar e supervisionar o

trabalho nos Serviços Residenciais Terapêuticos, preservando a autonomia desses serviços e ressaltando suas características de moradia, casa, lar, e não especificamente espaço terapêutico.

De acordo com Moreira e Andrade (2007), a denominação Serviços Residenciais Terapêuticos deve ser compreendida como uma terminologia capaz de colocar em destaque a resposta de moradia e de re-alocar recursos da saúde. Contudo, ao mesmo tempo em que esta denominação sustenta a possibilidade de existir dentro de um orçamento destinado para a saúde, refere-se a um modelo habitacional. Uma vez destinados aos moradores de hospitais psiquiátricos que até aqui foram referenciados como números de leitos psiquiátricos hospitalares, a Residência Terapêutica é mantida pelos cofres públicos com os orçamentos da saúde, advindos daqueles que mantinham os leitos hospitalares anteriores. Tais Residências devem compor um conjunto de estratégias que visam a dar suporte aos processos de desinstitucionalização em andamento no país, que objetivam a promoção de uma autonomia mínima para estas pessoas. Dessa forma, os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram uma modalidade de serviço que pode ser considerada avançada no sentido da desconstrução da loucura como signo de aprisionamento, periculosidade e isolamento, pois aposta na convivência urbana das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e busca concretizar a efetiva substituição dos manicômios e a circulação dessas pessoas pela cidade.

Para Elia (2008), a desconstrução da lógica de exclusão, inerente à assistência asilar, requer esforços orientados para a organização de equipes de suporte buscando o desenvolvimento da capacidade dos moradores de gerir a própria vida, inteiramente inseridos na comunidade. No entanto, para este autor, o desafio para as equipes dos CAPS e dos Serviços Residenciais Terapêuticos é que não se torna evidente que, uma vez instalados em uma residência, essas pessoas se sintam bem, ou que possam imediatamente estabelecer com essa residência uma relação positiva, preservadora, benéfica, pois,

não se desfaz isso da noite para o dia, nem se constrói a relação com uma casa com a mesma rapidez. Assim, suportar e tratar a agressividade com a casa, seus móveis, eletrodomésticos, e tudo mais que nela existir é fundamental para que a construção desta relação tenha lugar. Esta é uma dimensão clínica que dá suporte à residência terapêutica (Elia, 2008).

Contudo, é importante reafirmar que esses dispositivos, ainda que denominados terapêuticos, não devem se configurar em mais um serviço de saúde,

e sim concebidos como espaços de morar/habitar, uma vez que existem as ações assistenciais de saúde, implantadas pelo município, para uso e referência desses moradores. Ressalta-se, assim, que a questão central é o viver na cidade, ou conquistar o exercício cidadão, necessitando para tal, um espaço habitacional próprio: um lar, e não um local de tratamento (Brasil, 2004c).

Assim, inserir uma pessoa com transtornos mentais severos e persistentes em um Serviço Residencial Terapêutico é o início de um longo processo de reabilitação psicossocial, que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.

3.3.

A Proposta de Reabilitação Psicossocial Assistida colocada aos Serviços Extra-Hospitalares

A reabilitação psicossocial surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos, a partir de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos, chamado 'Não estamos sós', e avançou nas décadas posteriores por meio de novos programas e associações civis (Guerra, 2004). Segundo Randemark (2009), a palavra “reabilitação” remete a ideia de retorno ao funcionamento normal mediante re-capacitação dos indivíduos, quer através da reintegração dos direitos sociais limitados judicialmente, quer através do resgate das aptidões necessárias ao desempenho das funções sociais, psicológicas, anatômicas ou fisiológicas perdidas ou restritas, em decorrência das desabilidades impostas pela doença crônica.

A reabilitação psicossocial não se reduz ao elenco de técnicas reabilitantes, mas demanda a reconstrução da realidade cotidiana institucional, com adoção de estratégias capazes de reaver a singularidade, a subjetividade e o respeito aos usuários dos serviços de saúde mental, de modo a lhes proporcionar melhor qualidade de vida. A reabilitação psicossocial requer, ainda, o esforço conjunto dos profissionais da área de saúde mental, dos representantes do poder público, famílias e demais segmentos sócio-comunitários (Randemark, 2009). Com a perspectiva da inclusão social, o sentido da reabilitação psicossocial não é o de levar o indivíduo de um estado de desabilidade para um de habilidade, mas o de

atenuar ou remover barreiras que impedem sua integração na comunidade e o pleno exercício dos direitos e da cidadania (Leão, 2006).

Rotelli (1993) ressalta que a reabilitação é um processo que tem como objetivo reconstruir o acesso real aos direitos de cidadania, assim como a capacidade de praticá-los. Para tanto, deve ocorrer simultaneamente a intervenção em três níveis: no aspecto jurídico, com modificações nas legislações; quanto às estratégias para a disponibilidade de vínculos e recursos; e a construção da capacidade de acesso aos valores de cidadania. Em suas próprias palavras,

¿Qué significa rehabilitar? “Construir (reconstruir) acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlos”. El derecho de ciudadanía es un derecho político, jurídico y social (Rotelli, 1993).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), a reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, que envolve tanto o incremento de competências individuais, como a introdução de mudanças ambientais. É um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica, onde as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do usuário, o contexto no qual é promovida (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconômicas do país. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial, e seus principais objetivos são: a emancipação do usuário, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração. A reabilitação psicossocial é um dos componentes do tratamento abrangente em saúde mental e permite que muitas pessoas adquiram, ou recuperem, as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade (OMS, 2001).

Segundo Vidal et. al. (2008), o termo reabilitação psicossocial se refere ao conjunto de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas, utilizado para melhorar o desempenho dos pacientes e facilitar sua reinserção na sociedade, objetivando, assim, “uma série de habilidades relacionadas às atividades comuns da vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer” (p. 76). Para estes autores, essas intervenções têm demonstrado sucesso na redução dos

sintomas psiquiátricos, no ajustamento social, na prevenção de recaídas, na aderência ao tratamento e na diminuição do número de hospitalizações. Quanto a sua finalidade, segundo Randemark (2009), a reabilitação não busca objetivamente a cura, entendida como o retorno da pessoa ao funcionamento anterior e, conseqüentemente, sua adaptação social, mas o incremento do seu poder contratual a ser permitido pela efetivação de trocas materiais, afetivas e simbólicas.

De acordo com Elia (2008), a reabilitação psicossocial compreende ações voltadas para a atenção ao transtorno mental visando reduzir as limitações impostas por esta condição, para suas repercussões nas relações sociais e superação das deficiências, e do conseqüente retraimento e exclusão, e dessa forma,

pensar em Reabilitação Psicossocial implica em tornar possível o desenvolvimento de ações voltadas para a reinserção das pessoas com transtorno mental na vida da cidade, da comunidade, na retomada da relação de trabalho e de geração de renda, da educação, do lazer através da construção de políticas de inclusão social (Elia, 2008).

Para Elia (2008), isso implica em tratamento com projetos terapêuticos individualizados, visando a singularidade do sujeito, e, sobretudo, na mudança das formas de se lidar com a loucura em nossa sociedade, promovendo a inclusão, a solidariedade, o respeito à diferença, uma vez que a cidadania é uma condição essencial para esse trabalho. A Reabilitação Psicossocial abrange ações e dispositivos no campo técnico específico, e também a garantia de uma vida com qualidade para as pessoas que durante tanto tempo estiveram alijadas do convívio social.

Nesta dissertação utilizamos a sistematização de reabilitação psicossocial elaborada por Benedetto Saraceno (1996; 1999), uma vez que o mesmo traz alguns avanços à discussão, buscando constituir uma teoria da reabilitação e apresenta uma revisão sobre os diferentes modelos de reabilitação. Saraceno (1999) discute quatro modelos conceituais e operativos utilizados em reabilitação psiquiátrica, a saber:

• **Modelos de treinamento de habilidades sociais (Social Skills Training ou SST):** os expoentes mais significativos desta abordagem encontram-se nos Estados Unidos da América, e têm como alicerce o conceito de sistema biopsicossocial, o qual considera as interações entre

vulnerabilidade, stress, enfrentamento e competência como sendo determinantes do transtorno mental.

• **Modelos psicoeducativos:** os estudos que se encontram na base desse modelo são os realizados em Londres, nos anos 1960, onde as finalidades da intervenção psicoeducativa são essencialmente dirigidas a diminuir ou impedir as recaídas e, em tal sentido, a exata questão do que seja a terapia e do que seja a reabilitação parece aqui superada para assumir que a ausência de recaída é ao mesmo tempo objetivo terapêutico e reabilitativo.

• **Modelo de Spivak:** este modelo implica uma análise aprofundada do “objeto” de aplicação, qual seja, a cronicidade psiquiátrica; Spivak se interessa pela descrição dos comportamentos contextualizados e pelos processos de cronificação que incidem de forma específica sobre qualquer paciente, e o tratamento é focalizado sobre a adaptação do indivíduo não socializado às demandas normativas de um contexto

• **Modelo de Luc Ciompi:** neste modelo o transtorno mental está relacionado à elevada condição de vulnerabilidade do indivíduo, que o leva a manifestar uma crise frente as condições ambientais estressantes. O processo de cronificação do indivíduo com transtorno mental está relacionado às respostas sociais ocasionadas pelo episódio de crise, e a reabilitação é considerada um processo, cujo objetivo é a reinserção do sujeito na vida social e produtiva normal, o que se aproxima a ideia de auto organização a partir de uma perturbação.

Após apresentar a perspectiva adaptacionista desses quatro modelos que se centram na correção, ora dos desvios no sujeito, ora do funcionamento do meio sócio-familiar, dando ênfase à aprendizagem de habilidades pelo sujeito e/ou a mudança contextuais no modo de funcionamento da dinâmica familiar, Saraceno (1999) discute o espaço do hospital psiquiátrico, apontando-o como o paradigma dos espaços desabilitadores, onde a vida não habita e, antes, onde reina a ausência de obra.

Para Saraceno (1996; 1999), a reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas. Implica na abertura de espaços de negociação para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, para sua família, para a comunidade e para os serviços que os

acompanham. De acordo com este autor, a “reabilitação engloba a todos nós profissionais e a todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira” (1996, p.14). Dessa forma, o processo de reabilitação seria um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de plena contratualidade. Saraceno (1999) reforça que a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição dos seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro da construção afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva, que se encontrará a reabilitação psicossocial possível.

A reabilitação psicossocial é, portanto, um dos ingredientes de todas as ações de atenção à saúde mental e tem por objetivo a emancipação da pessoa com transtornos mentais, bem como a diminuição do estigma, o aumento de habilidades sociais e o apoio social constante. A possibilidade de exercer trocas nos aspectos materiais, afetivos e relacional, produtivo e habitacional é a medida da cidadania para as pessoas com transtornos mentais.

Saraceno (1996; 1999) sinaliza três grandes cenários no processo de reabilitação psicossocial:

- **a moradia** como habitat, que se ocupa da casa e da apropriação da habitação do espaço vital, onde “é o processo de transformação de espaço em lugar, de instituição residencial em habitat o que deve dar sentido à prática reabilitativa” (Saraceno, 1999, p. 119).
- **a rede social** como lugar em que se dão as trocas sociais, não distinguindo seus dois âmbitos: a rede social ampliada e a familiar, já que frequentemente a margem que as separa é sutil e, sobretudo, o sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada e vice-versa.
- **o trabalho** como valor social, entendido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, meio de sustento e auto-realização, onde se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais. “O trabalho não é, portanto, concebido como simples “resposta à necessidade”, mas como espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de troca” (Saraceno, 1999, p.140).

A partir desses eixos ocorre o aumento da capacidade de contratualidade da pessoa, a construção da plena cidadania e, assim, firmam-se laços de inclusão social.

Saraceno (1999) ressalta que a reabilitação psicossocial tem a ver com a ideia de casa, com a ideia de morar, onde “a reabilitação deve se ocupar da casa e do habitar” (p.116). E é o processo de transformação de espaços em lugar, de instituição residencial em habitat, que deve dar sentido à reabilitação psicossocial. Assim, o habitar não se trata de, simplesmente, ter uma casa, mas oferecer aos usuários um lugar onde se viver e com possibilidades de aumento do poder contratual dessas pessoas.

Segundo Pereira (2007), a reabilitação psicossocial tem se configurado como um conjunto de estratégias direcionadas a valorização de subjetividades e a proporcionar contratualidade e solidariedade, criando, assim, vínculos das pessoas com transtornos mentais com o(s) serviço(s) que o assiste. E, assim, os CAPS têm a possibilidade de congregar ações de cuidado clínico a programas de reabilitação psicossocial, com o objetivo de atender às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, sendo considerado, no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, um serviço estratégico por ter o papel de ser organizador da rede comunitária de cuidados em saúde mental. Os CAPS apresentam como objetivo o de oferecer cuidados clínicos e fomentar a reinserção social, pelo acesso ao trabalho, aos direitos e pelo aumento e fortalecimento da rede social dentro do contexto de vida de seus usuários (Leão, 2006). Dessa forma, os CAPS compõem um modelo assistencial que questiona e se propõe como substituto do modelo psiquiátrico tradicional e, assim, tem por objetivo desconstruir as ações excludentes e estigmatizantes.

Para Pereira (2007), os referenciais teóricos da reabilitação psicossocial baseiam-se em conceitos como o de socialização, cidadania, autonomia e contratualidade. Importante salientar que o conceito de autonomia não é entendido como independência ou auto-suficiência. Este conceito não deve remeter a um ser autônomo, porque capaz de reproduzir determinado modelo e padrão de vida (adaptação social), mas à autocriação ou autopoiesis (Moreira e Andrade, 2007). Segundo Kinoshita (1996),

dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Estas situações de

dependência restrita/restritiva é que diminuem a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (p.57).

Tenório (2001b) nos coloca que, ao entender assim o conceito de autonomia, estaremos supondo que cada pessoa deva ser reconhecida em um status próprio, não reduzida a modelos gerais de saúde, capacidade ou independência. Deste modo, a reabilitação psicossocial passa a ser descrita como uma modalidade fundamental de assistência onde, para reabilitar uma pessoa com transtornos mentais severos e persistentes é necessário oferecer continuamente tratamento, ou seja, reabilitação que “consiste em oferecer todas as possibilidades possíveis de tratamento que estejam disponíveis. Chega-se aonde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece” (Goldberg, 1996, p.45).

Para Vasconcelos (2006), um componente central para a estratégia de aumento de poder contratual e possibilidade de novas oportunidades sociais para os usuários com transtornos mentais severos e persistentes são os benefícios sociais e monetários. Podemos citar três exemplos, que são: o Programa “De Volta para Casa”, o Benefício de Prestação Continuada e o Programa de Bolsas de Trabalho.

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (LOAS/BPC) é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS¹⁶), pago pelo Governo Federal, cuja operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. A pessoa com deficiência deverá ser avaliada se sua deficiência o incapacita para a vida independente e para o trabalho, e deverá comprovar que a renda mensal do grupo familiar per capita é inferior a ¼ do salário mínimo vigente. O benefício assistencial pode ser pago a

¹⁶ O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo território nacional dos serviços, programas, projetos e benefícios sócio-assistenciais, de caráter continuado ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério universal e lógica de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil. Além disso, o SUAS define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política pública de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento aos usuários, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede prestadora de serviços sócio-assistenciais.

mais de um membro da família, desde que comprovadas todas as condições exigidas.

De acordo com o Aviso-Circular nº 006/GM, de 28 de julho de 2004, não há obstáculo legal para o recebimento cumulativo da LOAS e do benefício do Programa “De Volta para Casa”, não havendo, assim, a necessidade de ser computado para os fins de cálculo da renda familiar per capita do supracitado benefício de prestação continuada.

O Programa Bolsas de Trabalho, de trabalho assistido, de capacitação profissional e de organização dos usuários em cooperativas, são estratégias importantes na área da saúde mental. Para Alves e Guljor (2004), isso ocorre tendo em vista a desvantagem que as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes vivenciam, tanto do ponto de vista da legislação, de seus direitos civis, das suas habilidades para o mercado formal de trabalho e do baixo nível de escolaridade, quanto da consequente limitação que o mercado formal de trabalho tem para a absorção dessas pessoas. Esses autores colocam como principal estratégia no campo da saúde mental a utilização de cooperativas de trabalho, pois elas possuem características mais adequadas a essa clientela, como: o respeito à singularidade do usuário e sua capacidade produtiva; a noção de coletividade; e a preocupação com a qualidade do produto, dispensando a benevolência e a compaixão.

De acordo com Saraceno (1999), o processo de reabilitação psicossocial seria um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e também de plena contratualidade em três grades aspectos: moradia, rede social e trabalho. O autor ressalta que na moradia, a reabilitação deve se ocupar da casa e do habitar, onde a casa deve oferecer aos usuários um lugar onde se viver e com possibilidades de aumento do poder contratual dessas pessoas. Assim, apresentaremos, a seguir, a relação entre a casa e a rua, e como cada um dos moradores apropria-se desses espaços com vistas à reabilitação psicossocial e, conseqüentemente, a inclusão social.

3.3.1.

A Casa, o Habitar e o Andar pela Cidade

Segundo Arendt (1992), toda casa imaginada é uma casa particular, por mais abstrata que seja e por mínimos que sejam os traços que a tornam reconhecível. A casa implica algo consideravelmente menos palpável do que a estrutura vista pelos nossos olhos. Para a autora, a palavra casa não existiria sem o pressuposto do que se pensa sobre ser abrigado, habitar, ter um lar. A palavra casa “é a ‘medida oculta’ que ‘circunscreve os limites de todas as coisas’ relacionadas ao habitar” (Arendt, 1992, p.129).

DaMatta (1987) explica que, na tradição de estudos históricos e sociais brasileiros, a ideia de casa parece surgir como um local privilegiado, pois quando estamos em casa podemos fazer coisas que são condenadas na rua, como exigir atenção para nossa presença e opinião e requerer um espaço a que temos direito inalienável e perpétuo. De acordo com este autor, o simbolismo da casa e pela casa é extenso em nossa sociedade, e “de casa” vem também as palavras: casamento, casadouro e casal, expressões que denominam um ato relacional, plenamente coerente com o espaço da morada e da residência. Assim, “estar em casa ou sentir-se em casa, fala de situações onde as relações são harmoniosas e as disputas devem ser evitadas” (DaMatta, 1987, p.59), ou seja, na casa as contradições devem ser banidas, sob pena de causarem um intolerável mal estar.

Para Saraceno (1999), estar em uma casa expressa a pouca ou nenhuma propriedade, material ou simbólica do espaço relacionado ao poder de decisão. Curioso sua colocação ao pontuar que na língua espanhola se diz 'casa', referindo-se à noção física, material, enquanto se diz '*hogar*' para se referir aos “muros domésticos”; também os anglo-saxões distinguem entre '*house*' e '*home*'. Assim, habitar suporia a apropriação de um espaço, garantiria um poder contratual relacionado ao espaço físico, a organização material e simbólica dos objetos e a divisão afetiva com os outros. Neste sentido, Saraceno (1999) indica que é necessário termos teoricamente separadas as noções de habitar e de casa, assumindo que é necessário e possível trabalhar sobre o eixo *habitat* mesmo na ausência de uma casa, sendo a casa uma das formas possíveis do habitar, mas não a exclusiva e, assim, “é o processo de transformação de espaço em lugar, de

instituição residencial em *habitat* o que deve dar sentido à prática reabilitativa” (Saraceno, 1999, p. 119).

O que os antigos gregos sabiam e, hoje, não valorizamos, é que a casa de um homem não é feita apenas da chave e da posse, mas sim é o lugar que ele ocupa na cidade, no bairro, na rua com os vizinhos. A moradia de um homem está ligada ao seu pertencimento à cidade e à sua cidadania e, portanto, aos direitos e deveres que lhes competem (Arendt, 2004). Acreditamos que uma casa não é feita apenas de paredes, mas de pessoas que transitam e vivem em seus espaços, tornando-o um lugar próprio de morar, um *habitat*.

Segundo DaMatta (1987) a rua é local de individualização, de luta e de malandragem. Na rua a circulação acontece em momentos como na compra de pertences pessoais, utensílios domésticos, idas ao supermercado, padaria, farmácia, em passeios, festa, eventos culturais, enfim, na valorização de movimentos que incluam a construção progressiva da autonomia dos moradores nas atividades cotidianas e no consequente resgate de sua cidadania (Sanzana et. al., 2006), isso porque

a heterogenização da rua, essa mistura da loucura com a cidade, uma fazendo parte da outra, cria a possibilidade de o sujeito afetar e ser afetado pela sociedade, emergir e ser visto em sua existência, e não apenas na doença. Não se trata, pois, apenas de eliminar, reprimir ou desconsiderar os delírios dessa pessoa, mas sim de valorizar sua potência para a criação e a sua própria afirmação (Pupo et. al., 2006, p.203).

Consideramos esta reflexão relevante para analisar os rumos da implantação dos serviços residenciais terapêuticos, pois, entendemos que é necessário ampliar essa reflexão para além da assistência, considerando-os como o local em que se habita e que deve ser parte de uma rede social.

Delgado (2006) chama atenção para a gravidade dos quadros de dependência presentes entre os pacientes de longa permanência e para a evidente vantagem de sua inserção em um novo ambiente de vida, extra-hospitalar, mesmo que mais protegido, levando em conta que “somente os hábitos e costumes podem ser ensinados e nós sabemos muito bem com que alarmante rapidez eles podem ser desaprendidos e esquecidos quando as novas circunstâncias exigem uma mudança nos modos e padrões de comportamento” (Arendt, 1992, p.6).

Covino (2007) salienta que ao chegar ao serviço residencial terapêutico a pessoa com transtorno mental deve encontrar nesses espaços possibilidades e

oportunidades para a reconstrução ou melhoria de sua vida. Segundo Furtado (2006a), um dispositivo residencial cumpre importante função educativa e de referência para trabalhadores de saúde mental e futuros moradores, cujos receios e fantasias se reduzem quando passam a ter contato com iniciativas concretas.

Nos serviços residenciais homens e mulheres voltam a possuir um quarto privativo, um armário para guardar seus pertences, uma cozinha, uma sala e passam a ter o poder de decidir sobre ações corriqueiras da vida cotidiana (Furtado, 2001). Os conflitos, as questões diárias, são sempre relevantes, discutidos pelos moradores e cuidadores. Scarcelli (2002) ressalta a importância de todos os envolvidos na assistência dos moradores no processo de atos cotidianos no plano individual, familiar e social, e de operar sobre o percurso que vai da expulsão em direção a aceitação, da marginalização rumo a inserção. De acordo com Weyler (2006), a qualidade da inserção da pessoa com transtorno mental se vincula, entre outras coisas, ao modo como a casa e seus moradores são confirmados pela cidade e seus habitantes. O autor chama atenção que outros aspectos devem ser construídos para que não se reitere uma experiência de “inserção marginal” ou falsa “aceitação positiva” dessas pessoas na cidade, pois “os pactos estabelecidos anteriormente supunham a exclusão desse segmento social, mas a formação de novos arranjos é muito importante para que haja possibilidade de transformações” (Weyler, 2006, p.115).

Siqueira (2008a) ao entender a desinstitucionalização como uma direção de trabalho para possibilitar outra marca na vida dessas pessoas, um esforço para instituir outra coisa, que, para a autora, diz respeito a ter um endereço: “Morar numa casa, pertencer a algum lugar, dirigir-se a alguém, ter alguém que lhe dirija a palavra, tudo isso diz respeito a ter um endereço” (Siqueira, 2008a, p.57), reforça a proposta dessa dissertação que buscou conhecer o processo de Reabilitação Psicossocial Assistida dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca, em acompanhamento pelo CAPS Herbert de Souza, em Niterói, RJ, e que será objeto de nossa reflexão a seguir. O trabalho necessário a ambas as equipes, do CAPS e do Serviço Residencial Terapêutico, é acompanhar como cada um dos moradores apropria-se dos espaços da casa e da rua, de seu endereço, criando, assim, uma atmosfera doméstica, não dando mais sentido de exclusão, mas de inclusão social.