



MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: AS HISTÓRIAS QUE IMPRIMEM UM PERFIL

RESIDENTS OF A RESIDENTIAL THERAPEUTIC SERVICE: STORIES THAT PRINT A PROFILE
PERSONAS QUE VIVEN EN UN SERVICIO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO: LAS HISTORIAS QUE IMPRIMEN UN PERFIL

Lilian Sayuri Otiyshi Matsumoto¹, Sônia Barros², Jandro Moraes Cortes³

RESUMO

Objetivo: compreender as representações nos relatos das vidas de usuários de um Serviço Residencial Terapêutico. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Serviço Residencial Terapêutico do município de São Paulo/SP, Brasil. Foram sujeitos deste estudo seis moradores que aceitaram participar da pesquisa e conseguiram se expressar verbalmente, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados a partir de um instrumento com questões fechadas que caracterizaram o perfil sociodemográfico dos moradores e foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A análise foi realizada pela técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados foram agrupados em três categorias empíricas: << Características sociodemográficas >>; << Processo saúde-doença >> e << Reabilitação psicossocial >>. **Conclusão:** as redes familiar e social são escassas e nenhum morador trabalhava. A reabilitação psicossocial é um processo crucial em suas vidas, entretanto, há ainda muito o que melhorar, como transitar pela comunidade, pois não têm um trabalho ou geração de renda, e não administram seu próprio dinheiro. **Descritores:** Reforma Psiquiátrica; Moradias Assistidas; Enfermagem Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: to understand the representations in the accounts of users living in a Residential Therapeutic Service. **Method:** this was a descriptive study with qualitative approach carried out in a Therapeutic Residential Service in São /SP, Brazil. The participants were six residents who agreed to participate and were able to verbally express themselves and signed the Informed Consent. Data were collected through an instrument with closed questions covering the socio-demographic profile of residents and semi-structured interviews were conducted. The analysis was conducted through the thematic content analysis technique. The results were grouped in three empirical categories: << Sociodemographic characteristics >>; << Health-disease process >> and << Psychosocial rehabilitation >>. **Conclusion:** family and social networks are scarce and no one resident had job. Psychosocial rehabilitation is a crucial process in their lives. However, there is still much room for improvement, as for example, transiting in the community, and in relation to the fact that no one resident had a job or income and that they do not manage their own money. **Descriptors:** Psychiatric Reform; Assisted Living Facilities; Psychiatric Nursing; Deinstitutionalization; Mental Health.

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones en los relatos de las vidas de usuarios de un Servicio Residencial Terapéutico. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en un Servicio Residencial Terapéutico del municipio de São Paulo/SP, Brasil. Fueron sujetos de este estudio seis personas que viven allí y que aceptaron participar de la investigación y consiguieron expresarse verbalmente, y que firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado. Los datos fueron recogidos a partir de un instrumento con preguntas cerradas que caracterizaron el perfil sociodemográfico de los que vivían allí y fueron realizadas entrevistas semie-estructuradas. El análisis fue realizado por la técnica de análisis de contenido temático. Los resultados fueron agrupados en tres categorías empíricas: << Características sociodemográficas >>; << Proceso salud-enfermedad >> y << Rehabilitación psicossocial >>. **Conclusión:** las redes familiares y sociales son escasas y nadie que vivía allí trabajaba. La rehabilitación psicossocial es un proceso crucial em sus vidas, sin embargo, hay mucho para mejorar, como transitar por la comunidad, ya que tienen un trabajo o generan renta y no administran su propio dinero. **Descriptors:** Reforma Psiquiátrica; Vivienda Asistida; Enfermería Psiquiátrica; Desinstitucionalización; Salud Mental.

¹Enfermeira, Residente em Saúde Mental (R/1), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/EEUSP. São Paulo (SP). E-mail: lilian.matsumoto@usp.br; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP). Brasil. E-mail: sobarros@usp.br; ³Enfermeiro, Doutorando em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: jandrocortes@usp.br

INTRODUÇÃO

Na década de 2000, a proposta de desinstitucionalização no Brasil ganha forças com as normatizações do Ministério da Saúde, as quais propõem mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos e a implantação de serviços comunitários, os Centros de Atenção Psicossocial. Entretanto, para a redução de leitos psiquiátricos e a consequente permanência das pessoas com doença mental na comunidade, mesmo sem familiares, identificava-se a necessidade de vários mecanismos e dispositivos de apoio ao processo de desinstitucionalização.¹

Entende-se a necessidade de um recurso na comunidade, por isso, para auxiliar na saída do usuário das instituições hospitalares e para reincluí-lo na sociedade, implementou-se o Programa "De Volta Para Casa", o qual estabeleceu o auxílio-reabilitação para egressos de internações psiquiátricas de longa duração e era regido pela Lei no. 10.708. Desta forma, pode-se humanizar o atendimento psiquiátrico, garantir uma assistência eficaz para a reabilitação psicossocial e implementar políticas para melhorar a qualidade de assistência à saúde mental no contexto da desospitalização.²

Ainda nesse contexto, foi implementada a Portaria/GM no. 106, 11 de fevereiro de 2000, a qual regulamentava a criação de SRT. Cada unidade do SRT deve ter como estrutura física: sala de estar, dormitórios, copa, cozinha mobiliados e adequados para o conforto e bem-estar dos moradores. Elas podem abrigar, no máximo, oito usuários sendo acomodados na proporção de até três por dormitório.

Após a normativa do Ministério da Saúde, até o ano de 2011 haviam 596 SRT no Brasil abrangendo cerca de 3236 usuários. Nos últimos anos, a expansão e a consolidação dos SRT são as principais preocupações do processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos.²

No contexto de pacientes psiquiátricos moradores de casas na comunidade, esta pesquisa fez-se necessária devido à escassez de estudos que tratem da caracterização dos usuários de serviços de saúde mental. Os estudos, em sua maioria, não discutem a caracterização dos usuários e, portanto, não realizam análise das características sociodemográficas destes. Conhecer o perfil destes moradores torna-se importante, pois conhecendo seu perfil sociodemográfico e averiguando seu cotidiano e o processo de morar dá-se voz ao próprio morador desta casa-serviço subsidiando, desta maneira, a

consolidação de políticas públicas voltadas para o perfil desses moradores, portanto, tem-se como questão norteadora deste estudo: quais características de perfil sociodemográfico das pessoas com transtornos mentais, moradoras de um SRT e como estas características se relacionam com o seu cotidiano?

OBJETIVO

- Compreender as representações nos relatos das vidas de usuários de um Serviço Residencial Terapêutico.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do município de São Paulo/SP. Foram sujeitos deste estudo seis moradores que aceitaram participar da pesquisa e conseguiram se expressar verbalmente, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os moradores que não apresentaram condições cognitivas de responderem os questionamentos, ou que não quiseram participar.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento com questões fechadas que caracterizaram o perfil sociodemográfico dos moradores e entrevistas semiestruturadas. Para a análise dos dados, adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática. Assim, emergiram as seguintes categorias empíricas: caracterização sociodemográfica dos moradores do SRT; processo saúde-doença; e eixos da reabilitação psicossocial.

Foram respeitados os princípios éticos em todas as etapas da pesquisa. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da prefeitura municipal de São Paulo. Para preservar o anonimato dos sujeitos, foram-lhes atribuídos códigos do tipo "SUJ", seguidos do número da entrevista com a localização da frase temática.

RESULTADOS

♦ Caracterização sociodemográfica dos moradores do SRT

♦ Caracterização do morador

Do total de seis moradores do SRT, quatro eram do sexo feminino e dois do masculino, com idades entre 34 a 64 anos, com procedência de São Paulo/SP e Minas Gerais/MG, sendo que um morador não sabia sua procedência. Quanto à raça/cor da pele, dois (33,33%) moradores referiram serem

Matsumoto LSO, Barros S, Cortes JM.

pardos, dois (33,33%), morenos, um (16,66%), escuro e um (16,66%), branco.

Os resultados mostraram que dentre os seis usuários, cinco (83,33%) eram solteiros e um (16,66%) era viúvo; cinco (83,33%) tinham alguma religião e um (16,66%) não tinha religião, sendo que três (50%) eram católicos, um (16,66%) era crente e um (16,66%) era mórmon. Com relação à fonte de renda, cinco (83,33%) tinham alguma fonte de renda e um (16,66%) não sabia. Todos os sujeitos tinham o ensino fundamental incompleto, não tinham plano de saúde particular e não estavam trabalhando no momento.

A administração do dinheiro de três moradores era realizada pelos profissionais do SRT, de dois (33,33%) moradores pelos familiares e um não soube responder quem administrava seu dinheiro. Entre os usuários entrevistados, dois (33,33%) relataram não ter nenhuma internação psiquiátrica, porém, ao serem apresentados às histórias destes durante as entrevistas, soubemos que apenas um (16,66%) não teve internação psiquiátrica.

Com relação aos transtornos psiquiátricos, verificou-se que os usuários tinham pouco conhecimento do diagnóstico médico que possuíam, sendo que apenas um soube responder o nome da doença em questão.

♦ Hábitos do morador

Nenhum usuário sabia dizer quais eram as substâncias psicoativas que fazem uso diariamente, sendo necessário que buscássemos uma pasta com as medicações diárias junto aos profissionais do SRT. Quanto aos hábitos de vida, todos os sujeitos referiram não fazer uso de drogas lícitas e ilícitas, porém, durante a realização desta pesquisa, observou-se que um usuário é tabagista. Apenas dois realizavam alguma atividade física rotineiramente.

Quanto a receber visita, quatro relataram que não recebiam visita alguma na casa e dois usuários que eram visitados na casa por seus acompanhantes terapêuticos (AT). Já quanto às atividades de lazer, quatro informaram realizar alguma atividade e dois relataram não realizar nenhuma atividade de lazer.

♦ O SRT na ótica do morador

Segundo os resultados, quatro dos moradores moravam no SRT há 5 anos, um deles morava há dois anos e apenas um havia mudado-se recentemente para a casa, porém, durante a entrevista, verificou-se que cinco moradores haviam chegado há cinco anos na casa e um havia chegado há 15 dias. Na avaliação do cotidiano e o processo de morar neste local, três usuários atribuíram nota 5;

Moradores de um serviço residencial terapêutico...

dois, nota 10; e um, nota 0, quando perguntados numa escala de zero a dez.

Quando perguntados se eram respeitados e tratados com dignidade no SRT, usuários responderam 'mais ou menos', dois responderam que sempre se sentiram respeitados e um informou que geralmente se sente respeitado. Quanto à acolhida dos profissionais, quatro responderam que eram muito amigáveis, um que eram mais ou menos amigáveis e outro que eram pouco amigáveis. Já quanto à relação de amizade entre os moradores, três responderam que a relação era mais ou menos amigável, um que era muito amigável e outro que era pouco amigável.

Quanto ao conforto e aparência do SRT, dois usuários estão muito satisfeitos, três estão satisfeitos e um está insatisfeito. Com relação às condições gerais do SRT, três moradores relataram que são excelentes, dois usuários que são boas e um que são péssimas.

Outro aspecto identificado foi o que os usuários mais gostavam neste local e o que menos gostavam. Verificou-se que o que mais gostam é de assistir televisão, aparecendo nas respostas de cinco usuários, todavia, ainda obtivemos outras respostas como algumas atividades domésticas, dormir, ler, escrever, dançar. Quanto ao que menos gostam, não houve uma resposta com maior frequência, há moradores que não gostam do fato de homens e mulheres morarem juntos, há quem não goste de algumas atividades domésticas ou de alguma situação específica, mas há quem diga que não existe algo que menos gostem na casa.

♦ Processo saúde-doença

As falas dos sujeitos evidenciaram a representação dos usuários sobre a sua doença, levando a conformação do tema "concepção de saúde-doença".

Historicamente, compreende-se de diversas formas o processo saúde-doença mental desde os primórdios até os tempos atuais e isso ocorre devido às diferentes culturas, às formas de perceber a vida e os seres humanos e, também, às transformações assistenciais ao longo do tempo.

A frase temática seguinte um entendimento que o morador tem de seu estado de adoecer que remete a uma concepção greco-romana, concebendo este processo como um desequilíbrio de forças naturais no corpo do indivíduo.

O médico falou que eu estava com água grossa na cabeça e que eu ia ter que tirar, e Deus me revelou que ia sair pelo ouvido e

Matsumoto LSO, Barros S, Cortes JM.

pelo nariz. Aí saiu pus pelo ouvido e saiu o problema pelo nariz. (SUJ I/ F1 L28)

Da metade do século XIX ao início do século XX, os estudos de anatomia patológica ganham singular importância, sendo o corpo a sede dos desequilíbrios de toda a ordem, assim a concepção organicista do processo de adoecer física e psiquicamente ganha grande repercussão. Esta concepção do processo de adoecer mentalmente fica evidenciada na seguinte frase temática:

Eu comecei a ter um ataque epilético, a mãe começou a me segurar para não cair embaixo da cama, fui parar embaixo da cama, pra tirar eu acho que só uma mulher com muita força[...] (SUJ VI/ F1 L1-3)

Durante o Renascimento, o racionalismo pensado por Descartes entendia que os seres humanos poderiam ter duas formas de existência: os arrazoados e os desarrazoados. Pode-se verificar essa concepção racionalista de doença mental, a seguir:

Por que se a gente não é louca, a gente tem cérebro, a gente tem consciência. E a pessoa fala que a gente é louca. Não, a gente pensa como todo mundo pensa. (SUJ II/ F3 L3-5)

O emprego do trabalho como forma de impor disciplina e como forma de utilidade social remete a uma concepção médico-moral pineliana, como se pode observar na frase temática a seguir:

Parei de trabalhar fora, por causa da minha doença[...]. (SUJ VI/ F2 L1-2)

Na metade do século XX, Basaglia propôs um novo modo de olhar para a loucura, colocando a doença entre parênteses e evidenciando o sujeito ao invés desta. A forma de cuidar das pessoas com doença mental não se dava mais dentro de um hospital, mas na comunidade onde se favorecia a troca social. Os moradores entendem que a doença mental é uma das dimensões de sua vida, e não o contrário:

Meu pai me largou doente, e eu com depressão muito forte e um problema muito sério na cabeça, que é problemas mentais, eu enrolava a língua e era horrível. Não é que eu era horrível[...] era o problema. (SUJ II/F1 L6)

Já esse morador não se considera como uma pessoa doente: eu nunca fiquei doente[...] (SUJ III/ F1 L1)

◆ Reabilitação Psicossocial

A reabilitação psicossocial é compreendida por meio de três eixos reabilitatórios, a saber: morar, rede social e trabalho.

◆ Morar

A qualidade de vida de um sujeito e a sua capacidade contratual são demonstradas pelo quanto um sujeito que “está” em qualquer

Moradores de um serviço residencial terapêutico...

lugar consegue “habitá-lo”. O sujeito tem pouca ou nenhuma propriedade de um espaço quando apenas “está” em um lugar, sendo que ele não tem poder de decisão. Ao habitar um espaço, há uma grande contratualidade com a organização material e simbólica deste.³

No eixo morar, emergiram os seguintes subtemas: Hospital Psiquiátrico, Serviço Residencial Terapêutico e Outras Experiências de Morar. Os usuários evidenciaram como foi estar no hospital psiquiátrico; como era o processo de morar na casa (SRT) e o seu cotidiano; e como foram suas outras experiências de residência para além das já mencionadas.

◆ Hospital psiquiátrico

O hospital psiquiátrico define-se como um lugar que propicia a reprodução da doença. A concepção basagliana entende que o manicômio por ser uma instituição total, é um *locus atemporal*, ou seja, trata-se de um lugar que por sua natureza nunca se modificou e nem irá modificar sua estrutura funcional.³

As frases temáticas evidenciam como foi a experiência de estar no hospital psiquiátrico, sofrendo todo o tipo de supressão de direitos humanos, violências físicas, castigos, maus tratos, à guisa de tratamento:

[Como era no HP] Porque lá ia tomar até choque na cabeça[...] (SUJ IV/ F17, 18, 19)

Tinha vez que não conseguia nem levantar da cama[...] os tempos que eu fiquei no hospital, fiquei parecendo um esqueleto porque eu não conseguia beber água, eu não conseguia fazer nada, tampava minha garganta e eu não conseguir comer nada. (SUJ IV/ F5 L1-3)

◆ Serviço residencial terapêutico

Nesse tema, percebe-se a importância do SRT para os moradores, como é a experiência de morar nele e qual seu significado:

[Srt] Eu considero aqui minha casa. Eu sou o homem da casa aqui.

Eles me trouxeram pra cá[...] aqui é mil vezes melhor. (SUJ IV/ F17, 18, 19)

Eu prefiro morar aqui, do que morar no hospital[...] Porque aqui é melhor, nós somos bem vindos[...] (SUJ III/ F15)

Eu considero que aqui é a minha casa, porque aqui eles me acolheram no momento que eu mais precisava, porque eu ia ficar na rua[...] (SUJ III/ F17, 18)

Aqui deve ser a minha casa[...] porque as pessoas que moram aqui, convivem e aceitam eu aqui na minha casa. (SUJ VI/F9)

◆ Outras experiências de morar

Para além desses dois modos de residir evidenciados acima, desvelaram-se também outras experiências de residência que os usuários tiveram ao longo de suas vidas:

Matsumoto LSO, Barros S, Cortes JM.

[Experiência no albergue] Albergue lá era muito ruim, tinha que tomar café 5 horas da manhã [...] daí às vezes tinha que sair debaixo de chuva, me molhava toda! (SUJ IV/ F8)

[Antes de morar na casa] Eu morava na rua. (SUJ II/ F3)

◆ Rede

Saraceno (2001) diz que a rede social é a participação da troca de identidades ou da invenção dos lugares para possibilitar a troca. Percebe-se, com as falas dos sujeitos, o fraco vínculo entre eles e suas famílias:

Minha família falava que eu não existia, que era pra eu ficar no hospital, que não ia tirar eu não. (SUJ IV/ F36 L1-2)

Daí eu vim para casa no Srt, porque a minha família não me aceitou. (SUJ II/ F5 L1)

Porém, o discurso desvela a existência de um forte vínculo em relação aos familiares demonstrando pesar por não tê-los consigo:

Eu saí de lá (casa dos pais) depois que minha mãe faleceu. Meus pais já tinham moradia aqui e então, minha mãe faleceu, e eu tive que vir para São Paulo, por que lá não tinha condições de morar. Então, ela faleceu e nós ficamos muito abatidos, muito sentido e resolvemos vir para São Paulo. (SUJ III/ F21 L3-4)

Era bom, eles tratavam eu bem, meu pai e minha mãe. Tudo que eu queria eles compravam para mim; eu estava com vontade de comer um salgadinho e eles iam lá e compravam. Mas agora eu não tenho pai e nem mãe, né? Já morreram. (SUJ IV/ F37 L1-3)

Evidenciou-se, nas frases temáticas abaixo, um sentimento de saudade e solidariedade entre o morador e sua antiga rede social:

E as pessoas criticavam: "ela vai morrer, tem que largar ela mesmo[...]". E a pessoa nunca acreditou que eu pudesse passar por cima, que eu pudesse me recuperar. E daí essa senhora [...] daí essa vizinha me pegou para cuidar. E ela lutou muito para me ver saudável. (SUJ II/ F1 L6-10)

"Você não vai deixar ninguém fazer mal pra mim?". Ela falou: "Não, não vou deixar ninguém mexer com você e nem te fazer mal.". E ela cumpriu o que ela falou. (SUJ II/ F1 L14-15)

◆ Trabalho

O trabalho é a forma para superar as necessidades, de mudar a natureza e ser mudado por ela, de criar conhecimentos e se inventar.⁴ Relatos indicam a dificuldade que o morador já teve de conseguir trabalho, os tipos de trabalho que conseguiu e de que forma se dava esse trabalho:

(Eu morava na rua) catava papelão para vender[...] (SUJ III/ F3)

Moradores de um serviço residencial terapêutico...

Aí eu vim trabalhar em casa de família, de babá. (SUJ IV/ F41 L1-7)

Acho que um mês, depois eu arrumei uma casa de uma colega minha e eu fui morar com ela. Aí eu cuidava das crianças dela e ela ia trabalhar[...] (SUJ IV/ F9 L1-3)

◆ Cotidiano

O subtema cotidiano engloba as falas dos moradores acerca de seu dia a dia no SRT, suas atividades, seu lazer e a forma de administração de seu próprio dinheiro. Compreendeu-se que alguns moradores concebiam o SRT como seu lar:

Ah, (em um dia típico na casa) eu fico descansando, fico feliz com a minha cachorrinha, às vezes ela apronta e eu começo a dar risada, ela é minha alegria! (SUJ I/ F12)

As atividades instrumentais de vida diária são as realizadas no cotidiano do usuário junto ao seu entorno social e demonstram a capacidade de o indivíduo levar uma vida independente na comunidade, como: utilizar meio de transporte, realizar tarefas domésticas, preparar refeições, cuidar das próprias finanças.⁵

[O que faz desde a hora que acorda] Eu tiro os cocozinhos da cachorra, dou agua, dou comida, normal[...] Descanso um pouco, né?! Por que às vezes é um pouco corrido. Às vezes, eu tô lavando louça até o meio dia eu vou lá, vejo a R. [cadelinha] pra ver se tá tudo bem[...] (SUJ II/ F13, 14)

[Um dia típico na casa] Levanto, lavo a roupa, lavo a louça [...]. (SUJ V/ F5)

Por outro lado, as frases temáticas abaixo mostram as atividades de lazer dos moradores no seu dia a dia:

[Dia a dia] É bom né? Quando acorda já tem um café da manhã para tomar[...] quando não tô com dor que aí eu tô bem[...] Eu começo a cantar[...] eu pego umas música do sertanejo e começa cantar[...] (SUJ IV/ F24 L1-3)

[Dia a dia] Tem vez que eu fico em casa, tem vez que não saio nem para fazer caminhada [...] Eu fico em casa fazendo o serviço, se tem serviço, eu faço serviço[...] Se não tem serviço, eu assisto televisão. (SUJ IV/ F28 L1-3)

◆ Direitos humanos e cidadania

As frases temáticas evidenciam que os direitos dos moradores foram subtraídos durante o percurso de vida, mas que ao serem reinseridos na sociedade, pode-se perceber uma reapropriação desses direitos:

Mas eu não tenho vontade de arrumar homem mais não. Primeiro eu tinha um fogo que dava uma vontade de homem, eu ia correndo procurar homem na cidade. Aí a polícia: "Você não veio aqui pra arrumar homem, não, né?" Não, tô passeando aqui[...]. (SUJ IV/ F52 L17-20)

Porque ela ficou com uma raiva tremenda porque descobriu que eu estava com problema sério no cérebro e eu fui curada. E ela me internou por engano. Mesmo eu não estando doente elas me internaram. Queria me interditar, pra eu não ganhar nada. Elas não queriam que ganhasse nada para me interditar, e o “Y” que é um psicólogo, entrou na justiça e pegou minha causa e eu estou aqui. (SUJ I/ F6 L1-2)

DISCUSSÃO

◆ Processos saúde-doença

As frases temáticas evidenciaram que as pessoas moradoras de SRT e as pessoas de sua rede não têm uma única concepção da doença mental. Percebeu-se que eles tinham diversas concepções de doença como: mágico religiosa; greco-romana, organicista; moral; médico moral pineliana e, também, basagliana. As falas remetem à época da pré-história (divindades sagradas), das civilizações greco-romanas (doenças do espírito) e até a contemporaneidade, em que a concepção médico-moral da doença mental prevalece e cujo tratamento era composto pela exclusão dos indivíduos e tratamentos medicamentosos.^{4,6}

Verificou-se também que há a associação da doença à perda de razão a qual se aproxima da concepção de saúde-doença mental da Idade Clássica na qual prevalecia o Racionalismo em que os seres humanos podiam ser divididos em duas formas de existência: os arrazoados e os desarrazoados. Ao realizar essa divisão, pode-se dizer que se a razão humaniza o homem e o liberta da regência divina, e a desrazão o aproxima da animalidade. Foucault, Goffman e Castel são autores que discutem a trajetória histórica da loucura, da psiquiatria, da instituição psiquiátrica e da medicina e, também, observam as mudanças da transformação da loucura em uma doença psíquica a partir do século XIX. Nesta época, pode-se dizer que o hospício possui como principal atribuição o enclausuramento e a internação, sendo que na Idade Clássica este era focado no hospedar.⁴

As frases temáticas apontam que há moradores que demonstram o entendimento da doença como se fosse algo fora de si mesmo, ou seja, a doença não faz parte da pessoa em si, mas representa apenas uma parte de sua vida. Outro morador entende que não tem doença mental e, segundo a concepção basagliana, a pessoa não se percebe como mentalmente doente, pois ela não considera seu transtorno como uma doença de fato.

O entendimento de que a doença é apenas uma das dimensões da vida do ser humano, e não a sua totalidade, ou seja, o ser humano não é a própria doença, e aquela aproxima-se da concepção que tem conduzido a enfermagem, enquanto a ciência do cuidar. A negação da doença mental pelo próprio morador nos leva a discutir o diagnóstico em saúde mental e sua apropriação pela psiquiatria tradicional.

A Psiquiatria desde sua criação como prática têm os diagnósticos como descritores de anomalias do funcionamento do paciente. No tempo de Freud, Kraepelin e Bleuler, a Psiquiatria tinha uma característica psicopatológica e fenomenológica. No entanto, os alienistas e psiquiatras deste período tiveram grande influência nos ideais hermenêuticos de Dilthey e consideravam a fala do paciente como maneira de aprender sobre a doença.⁷

Por outro lado, a eficiência do tratamento com psicofármacos na época não havia chegado a níveis aceitáveis em relação aos medicamentos do final do século XX e a definição dos sintomas não ajuda os psiquiatras a lutar contra as “formas de loucura”. Devido a isso, determinados pensadores questionavam a necessidade e eficácia dos psiquiatras.⁷

As concepções do processo de adoecimento das pessoas remetem às mais variadas compreensões que o resgate histórico nos permitiu rever, o que vale ressaltar que estas compreensões não são lineares no tempo, mas, sim, dialéticas. Estes entendimentos, que as próprias pessoas têm acerca de adoecer mentalmente, remetem às compreensões sociais que por sua vez excluem e segregam o diferente.

Apesar da mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial no qual os usuários são tratados na comunidade, a exclusão social do louco e o estigma em relação à doença ainda estão presentes em nossa sociedade. Isso nos mostra que não é apenas a partir da desconstrução do hospital psiquiátrico que se auxiliará a inclusão social dessas pessoas. Devido a isso, é importante pensarmos de que forma conseguiremos incluí-las em nosso contexto social e diminuir o estigma em relação à doença,⁸ portanto, alicerçamos nosso entendimento no pensamento foucaultiano que para incluir as pessoas no mundo da vida, necessariamente, precisamos destruir as amarras internas e também as externas que aprisionam o louco e seu modo diferente de existir.

◆ Reabilitação psicossocial

As frases temáticas apontaram que dentro do hospital psiquiátrico os moradores sofriam com a falta de direitos e de cuidados, a violência do tratamento, física e psicológica. O manicômio é um lugar do estar e não do habitar, sendo que esta diferença se dá na perspectiva de troca e poder contratual, concreto e subjetivo do homem.³ Com relação ao estar, não se tem nenhuma perspectiva de troca do indivíduo com seu lugar de permanência e o habitar implica em um grande poder de contratualidade e de troca.

O hospital psiquiátrico, enquanto instituição total, gerencia as dimensões da vida do morador levando-o a introduzir em sua vida - durante os longos anos inserido no contexto da instituição - uma posição de dependência em relação à instituição. A desinstitucionalização se torna mais difícil devido à integração do indivíduo às amarras institucionais.⁹

Na experiência de desinstitucionalização italiana, a instituição asilar é percebida como o lugar onde há nula possibilidade de troca e todo o esforço para ultrapassar este modelo demonstra o hiato e a violência proporcionada pelo hospital psiquiátrico.¹⁰ Para criar um novo modelo assistencial e dar fim ao modelo antigo, é necessário gerar e fortalecer as relações para que superem as relações de poder, que se expandam os espaços de troca, cresçam as possibilidades de troca social, propiciem uma nova rede de relacionamento, modifiquem as maneiras de estar e se relacionar com o meio.¹¹

Em contrapartida, privilegiando as políticas de saúde mental no Brasil atual, verificou-se, a partir das falas dos moradores, que a maior parte dos usuários se apropriaram da casa e a veem como um lugar onde se sentem acolhidos, bem-vindos e aceitos. Apesar da maioria apreciar o SRT, há usuários que não gostam da falta de privacidade na casa devido à moradia não ser exclusivamente feminina ou masculina.

É importante desenvolver uma visão mais apurada para os menores eventos cotidianos dos moradores, pois esses podem denotar um acontecimento cheio de significados e compor sentido à vida dos sujeitos. Para isso, é necessário lançar-se no cotidiano para restaurar e dar novos significados para as ações do dia a dia as quais reintegram o macrocosmo dos usuários.¹¹

Uma das frases temáticas chama a atenção que o próprio morador verbaliza a concretude de morar neste momento no SRT e diz,

literalmente, que esteve no hospital psiquiátrico.

Nesta direção, encontramos outro estudo realizado no Brasil que comprova esta premissa de Saraceno, ao se estudar a constituição do laço social de moradores de dois SRT, que pode ou não impulsionar o morador a constituir sua rede social. O estudo conclui que os laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico, moradores deste serviço-casa denominado SRT, podem ser fortalecidos inserindo-os na rua, no comércio local, no bairro, na cidade, na comunidade. Como mecanismos de fortalecimentos, identificamos as trocas sociais entre os próprios moradores, através da convivência no cotidiano, em relações de parceria, de amizade, de afeto, bem como em relações conflituosas por vezes, visto que a vida de relações de qualquer pessoa é pautada por conflitos e afetos. Destaca-se que é a equipe de profissionais que os impulsiona para uma vida fora do SRT, o que, a nosso ver, contribui para introduzir o morador a uma vida de pertencimento ao meio social, depois dos longos anos dentro das instituições asilares.¹²

As frases temáticas apontaram que o apoio da rede familiar aos moradores era insuficiente, pois percebeu-se a discriminação e a negação da existência dos moradores pelos seus familiares, a falta de afeto familiar pelos usuários na percepção destes e que, apesar de tudo isso, sentem um forte vínculo com seus familiares.

O elemento mais complexo de ser enfrentado e aceito pela família é a dificuldade de interação com a pessoa com transtorno mental e, também, a vida em conjunto com essas pessoas que trazem graves efeitos para a saúde de seus familiares.³

A família é de fundamental importância na intervenção ao usuário de saúde mental e que um dos fatores que influenciam na sensação de incapacidade e desamparo da família é o baixo conhecimento e o conceito apropriado da doença. Os profissionais de saúde mental fortalecem sua relação com esses familiares ao compreenderem suas angústias, cabendo então à enfermagem informá-los sobre a doença e a correta utilização dos medicamentos, e assim converter-se em um aliado para a coabitação familiar.¹³

Os familiares de usuários de saúde mental precisam se expressar, dividir experiências, ter com quem compartilhar suas angústias e os ganhos que obtiveram no tratamento, na relação com o ente adoecido e nos descobrimentos nas estratégias de enfrentamento. Trabalhar na assistência aos familiares de pessoas mentalmente doentes

significa ajudar com suas angústias e com a negação e aceitação da doença, pois a relação dos familiares com o usuário de saúde mental muitas vezes é difícil. Com isto, entendemos as dificuldades que a doença mental impõe seja para cuidadores ou mesmo para os próprios familiares, dificuldade esta que pode traduzir-se em abandono e maus-tratos.

Entendendo que a vivência na comunidade também pode auxiliar o cotidiano dos usuários, um estudo aponta que as redes sociais foram importantes para o fortalecimento da inclusão social dos usuários de saúde mental. Percebeu-se também que as mudanças sociais que ocorrem ao aceitar as diferenças entre as pessoas podem ser resultado da diminuição do estigma e do preconceito em relação à doença.⁸

Algumas frases temáticas demonstram que apesar de uma grande vontade dos moradores ter contato com seus familiares e amigos, estes não aceitam, negam sua existência ou até mesmo os violentam. Outras frases temáticas apontam o SRT como um local de grande afeto o qual proporciona o lar nunca dado pelos familiares. Os moradores também citaram que suas trocas sociais são prejudicadas devido à família se sentir sobrecarregada financeiramente pelo morador não conseguir um trabalho formal e auxiliar no pagamento das despesas domésticas.

Um estudo analisou o que os familiares pensavam sobre o trabalho como fator de inclusão social dos usuários de saúde mental e sobre se envolver com o processo. Esses percebem o trabalho como fator fundamental para implementar espaços para trocas sociais e materiais; de sentidos e, também, de conservação de sua qualidade de vida. O trabalho pode ser visto como expressão da cidadania e forma de edificação da vida, dos sonhos e dos projetos das pessoas mentalmente doentes.¹⁴

Os moradores relatam que seus antigos empregos não tinham, em sua maioria, um caráter formal e que eles têm uma grande dificuldade para conseguir um emprego formal. Devido a essa dificuldade e não ter uma fonte de renda, alguns deles afirmam terem sido expulsos de suas casas pelos familiares.

Direitos Humanos e Cidadania

Os usuários de saúde mental fazem parte de um conjunto que tem seus direitos humanos e liberdades violados; seus direitos civis, políticos, sociais e culturais negados, se constituindo como um grupo vulnerável.¹⁵

Percebeu-se por meio das falas dos sujeitos que antes do SRT, no hospital psiquiátrico,

eles tiveram os direitos subtraídos não apenas pela instituição, mas também por sua família. Fora destes convívios, pode-se verificar uma maior autonomia e liberdade de ir e vir desses usuários, apesar de estarem sujeitos às dificuldades do dia a dia na comunidade. Alguns moradores ainda falam das dificuldades que enfrentaram em outras formas de estar, como nos albergues, nas ruas. Todavia, sabe-se que as dificuldades enfrentadas pelas pessoas, como a falta de direito à privacidade, a violência, perpetuam-se nas instituições totais como um todo.

Entendemos que a liberdade além de ser terapêutica, é direito de toda a pessoa. Promover os direitos humanos se baseia em apoderar-se dos direitos sociais.^{16,17,18} E nesta direção, o SRT propicia aos moradores a possibilidade de ir e vir no território que habitam, exercitando seus direitos e deveres como qualquer outro cidadão.

Os resultados indicam a necessidade de melhorar as políticas públicas de saúde para os usuários de saúde mental, favorecendo a inclusão social desses indivíduos na comunidade e garantindo-lhes seus direitos de ir e vir.

CONCLUSÃO

Neste estudo, descreveu-se o perfil sociodemográfico dos moradores de um SRT, localizado no município de São Paulo/SP, e compreendeu as representações sobre os fatos de sua vida. Verificou-se que a maioria dos moradores era do sexo feminino, de cor da pele não branca, estado civil solteiros, católicos, sem trabalho, sem plano de saúde privado, com ensino fundamental incompleto.

Apesar de este estudo ser restrito a um SRT e, portanto, ter uma amostra de seis moradores, os resultados revelam o perfil sociodemográfico destes e mostra que este local é visto pela maioria deles como o lugar em que moram e recebem afetos; onde são bem-vindos e aceitos por todos. Alguns veem o SRT como o lar que nunca tiveram e, apesar de todas as dificuldades da convivência nesta casa mista, o que se percebe neste híbrido “serviço-casa” é que estes moradores que antes eram completamente estranhos uns aos outros hoje tem uma interação bem semelhante ao que vemos na maioria das casas: períodos alegres, de brigas, de afetos.

As redes familiar e social destes usuários são bastante escassas e, na questão de trabalho, nenhum morador trabalha e há poucos com motivação para tal. Este estudo indica que muito do que se vê como característica das pessoas residentes tem a

ver com o longo tempo de internação em hospital psiquiátrico que estiveram submetidas, sendo consequência da institucionalização, e que a reabilitação psicossocial é um processo necessário na vida desses sujeitos.

Entende-se que os resultados apresentados não podem ser generalizados e não é este o enfoque da pesquisa qualitativa. No entanto, contribuem para aprofundar o conhecimento sobre as características destes moradores e, também, despertar a necessidade de outras investigações, pois ficam as questões relacionadas a este e a outros serviços em relação à vida cotidiana dessas pessoas, suas relações com os cuidadores e a vivência, ou a falta dela, no território em que se desenrolam.

Precisamos considerar que o conhecimento do cotidiano contribui para o planejamento do cuidado de enfermagem nos serviços que são retaguarda para os moradores dos SRT.

FINANCIAMENTO

- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Biblioteca Virtual em Saúde on line [Internet]. 2005 Nov [cited 2015 May 03]. Available from: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial. Biblioteca Virtual em Saúde on line [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 Abr 23]. Available from: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
3. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2nd edição. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia; 2001.
4. Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: Saúde Mental e Economia Solidária. [Livre docência] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Biblioteca Virtual de Saúde on line [Internet]. 2007 [cited 2015 May 06]. Available from: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bcad19.pdf>
6. Kantorski LP. REDESUL - Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. Pelotas; 2011.
7. Vilhena J, Rosa MC. Diagnóstico em saúde mental: por uma concepção não objetivista das representações da loucura. Contextos Clínicos on line [Internet]. 2012 July [cited 2015 May 06];5(1):26-36. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822012000100004&script=sci_arttext
8. Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. Ciênc saúde coletiva on line [Internet]. 2013 July [cited 2015 May 06]; 18(7):2129-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700028&script=sci_arttext
9. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
10. Rotelli F, Mauri D. Desinstitucionalização: uma outra via. São Paulo: Hucitec; 2001.
11. Marques ALM, Mângia EF. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas/SP. Rev Ter Ocup USP on line [Internet]. 2012 Sept/Dec [cited 2015 May 06];23(3):245-52. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/55639>
12. Cortes JM, Kantorski LP, Barros S, Antonacci MH, Magni CT, Guedes A. O laço social de indivíduos em sofrimento psíquico: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 May 06]; 9(4):7322-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7343>
13. Almeida ACMCH, Felipes L, Dal Pozzo VC. O impacto causado pela doença mental na família. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental on line [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 May 06]; (6):40-47. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602011000200007&lng=pt.
14. Filizola CLA, Teixeira IMC, Milioni DB, Pavarini SCI. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. Rev Esc Enferm USP on line [Internet]. 2011 [cited 2015 May 06]; 45(2):418-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a16.pdf>
15. Kehl MR. Direitos humanos: a melhor tradição da modernidade. In: Venturi G. Direitos humanos: percepções da opinião pública. 1st edição. Brasília: Secretaria de

Matsumoto LSO, Barros S, Cortes JM.

Moradores de um serviço residencial terapêutico...

Direitos Humanos da Presidência da República; 2010. p. 33-41.

16. World Health Organization. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO; 2010.

17. Dudley M, Silove D, Gale F. Mental health and human rights: vision, praxis, and courage. UK: Oxford University Press; 2012.

18. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Nursing care for people with mental disorders, and their families, in Primary Care. Acta Paul Enferm on line [Internet]. 2012 [cited 2015 May 07];25(3):346-51. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300005&script=sci_arttext&tlng=en

Submissão: 04/12/2015

Aceito: 13/10/2016

Publicado: 15/11/2016

Correspondência

Jandro Moraes Cortes
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem/EEUSP
Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo (SP), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(Supl. 5):4198-207, nov., 2016