

Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico

Sociability networks:
approaches based on home-based therapeutic care services

Carmen Terezinha Leal Argiles¹
Luciane Prado Kantorski¹
Janaina Quinzen Willrich¹
Milena Hohmann Antonacci¹
Valéria Cristina Christello Coimbra¹

Abstract *Home-based therapeutic services emerge in the context of psychiatric reform in Brazil, as a step forward in the policy of de-institutionalization, as well as being essential services to overcome custody practices, typical of the asylum model. These services provide spaces for care, welcome and decent housing for people whose family and social ties have been affected by internment in psychiatric hospitals. The article seeks to evaluate the sociability network of users of home-based therapeutic services in Alegrete in the State of Rio Grande do Sul, based on a case report. This study is part of the research on 'Networks that Rehabilitate' – evaluating innovative experiments in the composition of psychosocial care networks. Data from semi-structured interviews with the six workers of the service were used. It was observed that the service provides unique and innovative experience to find solutions that bring people with long periods of psychiatric hospitalization back together with their family, the community and city life, thereby eliminating the segregation to which they were subjected. Coaching residents and workers in the creation of home-based therapeutic care services reveals the potential to reintegrate mentally handicapped patients into society.*

Key words *Mental health, Mental health services, Social networking, Nursing*

Resumo *Os serviços residenciais terapêuticos surgem no contexto da reforma psiquiátrica brasileira como um avanço à política de desinstitucionalização, e como serviços essenciais para superação das práticas tutelares, próprias do modelo manicomial, pois possibilita espaços de cuidado, acolhida e moradia digna para pessoas com perdas ou comprometimento dos vínculos familiares e sociais, devido a internações psiquiátricas. O artigo objetiva conhecer a rede de sociabilidade dos usuários do serviço residencial terapêutico de Alegrete/RS, a partir de um estudo de caso. Trata-se de um recorte da pesquisa Redes que Reabilitam – avaliando experiências inovadoras em composição de redes de atenção psicossocial. Utilizou-se dados das entrevistas semiestruturadas com os seis trabalhadores do serviço. Assim, foi possível observar que este serviço apresenta experiência singular e inovadora, construindo saídas para o desafio de aproximar pessoas com extensos períodos de internação psiquiátricas a seus familiares, à comunidade e à vida da cidade, rompendo com a segregação a que estavam submetidos. As aprendizagens de moradores e trabalhadores na construção do SRT demonstram potencialidades para concretizar a reinserção cidadã dos portadores de sofrimento mental à sociedade.*

Palavras-chave *Saúde mental, Serviços de saúde mental, Redes sociais, Enfermagem*

¹ Faculdade de Enfermagem,
Universidade Federal de
Pelotas. R. XV de
Novembro 209, Centro.
96015-000 Pelotas RS.
carmen_argiles@yahoo.com.br

Introdução

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, surge num período de grande mobilização social pela democracia no país e foi, fortemente, influenciada por movimentos de reforma na assistência psiquiátrica dos EUA e Europa, principalmente pela experiência italiana. Assim, este movimento se constituiu através de experiências surgidas no processo de negação do paradigma manicomial, e a partir da necessidade de se propor uma forma diferenciada de lidar com a loucura, sobretudo no que se refere a seus saberes e práticas.

A superação das práticas tutelares, próprias da atenção psiquiátrica centrada no modelo hospitalar, coloca a necessidade de avanços para outros modos de cuidar, voltados para o modelo de atenção psicossocial, que inclui além de serviços extra-hospitalares de cuidados, se não possível no meio familiar, espaços de convivência, de moradia digna, em equipamentos da rede que contemplem a demanda por espaços de viver inserido na comunidade, garantindo a execução de um projeto terapêutico inovador.

Nesse contexto, surgem os serviços residenciais terapêuticos, como alternativos para o cuidado de pessoas que estejam com os laços familiares extremamente comprometidos ou rompidos e que precisem de acompanhamento para viver fora das instituições asilares¹.

Há um contingente de pessoas portadoras de sofrimento psíquico, que viveram institucionalizadas, e que tem a possibilidade de integrar-se novamente aos espaços sociais, porém com dificuldades para restabelecer seus vínculos familiares e sociais. O maior desafio da desinstitucionalização está no retorno à comunidade e que esta se responsabilize pela inclusão destes com suas necessidades individuais e diferenciadas².

Os Serviços Residenciais Terapêuticos assumem, na rede de saúde mental, espaços que tratam da reinserção social do usuário dos serviços de saúde mental, na vida da cidade. Estes surgem da demanda oriunda do processo de desinstitucionalização em curso no país, após o movimento de reforma psiquiátrica e da legislação que implanta a política nacional de saúde mental, e garante o cuidado em liberdade. As redes sociais se estruturam a partir da construção de laços, trocas e vínculos centrados nos processos de sociabilidade vivenciados pelos indivíduos em seu cotidiano.

Frúgoli Júnior³ refere o conceito de sociabilidade, como algo que não está dado, mas continuamente constituído e dissolvido pelos indivíduos, através de interações recíprocas. Para o autor, a

sociedade existe como um dos modos pelos quais toda a experiência humana pode ser organizada e designa um complexo de indivíduos socializados, uma rede empírica de relações humanas operativas em dado tempo e espaço, e as formas como os indivíduos tornam-se parte desta rede e se associam basicamente é o que se refere como sociabilidade.

As redes sociais de pessoas com sofrimento psíquico incluem além do campo institucional (os profissionais de saúde e instituições), o de sociabilidades chamadas secundárias: associações, ONG, igrejas, escolas e, também, os campos de sociabilidade primária: amigos, parentes, colegas de trabalho, vizinhos; nestes espaços passa a acontecer parte significativa do cotidiano com quem se relaciona e de onde retira apoio para o enfrentamento do sofrimento⁴.

Deste modo, temos como objetivo compreender a rede de sociabilidade, dos usuários do serviço residencial terapêutico de Alegrete (RS).

Metodologia

Este estudo apresenta um recorte da pesquisa "Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)". Sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, e tendo os entrevistados assinado o formulário de consentimento livre e esclarecido.

A referida pesquisa constitui-se em um estudo quantitativo e qualitativo. A etapa qualitativa ocorreu nos municípios de Caxias do Sul e Alegrete, onde as redes de atenção em saúde mental encontram-se constituídas conforme as proposições preconizadas pelo Ministério da Saúde, portarias 336/02 e 106/02¹ para o cuidado no modelo de atenção psicossocial. A rede de atenção em saúde mental de Alegrete é composta por CAPS II, CAPS I, CAPS AD, SRT, rodas de saber, leitões em hospitais gerais, referência regional, entre outras atividades inovadoras.

No Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vivem 12 moradores e trabalham 2 profissionais por turno. A casa do SRT é constituída de cinco quartos, dois banheiros, duas salas de estar, uma dispensa e uma varanda; o pátio da casa é extenso, incluindo espaço destinado a uma horta comunitária desativada no momento. No pátio estão localizadas as moradas assistidas, em número de 6 e totalizando 9 moradores, cada casa é composta por uma sala, uma cozinha, um banheiro e um quarto.

A etapa qualitativa utilizou a metodologia de avaliação de quarta geração, construtivista e responsiva de Egon Guba e Yvona Lincoln⁵⁻⁷ adaptada por Wetzel⁸, e a modalidade de estudo de caso^{9,10}. Os dados apresentados neste trabalho foram coletados em maio de 2010 e trazem aspectos das redes de sociabilidade e de reconstrução de vínculos dos moradores do SRT de Alegrete/RS, a partir das entrevistas semiestruturadas com os seis trabalhadores do residencial terapêutico, entre os quais o coordenador do SRT, acompanhantes terapêuticos, monitor, atendente e vigia noturno.

Destaca-se que os indivíduos participantes deste estudo, no decorrer da discussão que segue, serão identificados de maneira a preservar o anonimato, sendo codificados pela letra correspondente ao seu grupo de interesse, quais sejam: (T) trabalhadores, seguido do número (1) que identifica o município de Alegrete, seguindo da ordem em que foram entrevistados. A seguir, exemplos desta sistematização: T (Trabalhadores) (1) Alegrete 1 (entrevistado número 1).

Resultados e discussão

O desafio de oportunizar a experiência de vida familiar e comunitária às pessoas com transtornos mentais, egressas de longos períodos de institucionalização, demanda investimentos diversos para se contrapor ao processo de reprodução da doença e do estigma, advindo do período de submissão às práticas manicômias de cuidado, com rotinas impessoais, massificadoras, despersonalização, privação de liberdade e aniquilamento da cidadania.

A política de Saúde indica a criação de serviços residenciais terapêuticos como essencial para a substituição de leitos em hospitais psiquiátricos, por ofertarem condições de vida digna para pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas, ou em manicômios judiciários, ou seja, pessoas com vínculos familiares e sociais comprometidos ou inexistentes. Neste contexto, a partir da Portaria nº 106/2002 as residências são nomeadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Caracterizando-se como serviços que devem ser, essencialmente, locais de moradia e não de tratamento, que devem ocorrer em espaços já existentes na rede de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹.

O SRT passa a representar o lugar propício para operar a reinserção na vida comunitária, daqueles que buscam retomar sua história de

vida, sua rotina diária de cidadão livre, com diferenças individuais e demandas próprias para seu ambiente habitacional.

Apesar do contracenso de se chamar residencial terapêutico, o local de moradia deve ser uma casa, com as características inerentes a um lar, onde a vida produz significado e sentido, onde se estabelecem vínculos de afeto e cooperação, compartilham-se vivências prazerosas e dolorosas, enfim lugar de produção de subjetividade e de redes de sociabilidade.

O SRT de Alegrete apresenta no seu cotidiano características próprias de uma casa, onde as relações vinculares expressam-se através do compartilhamento de momentos diversos do cotidiano, tais como identificam seus trabalhadores:

O relacionamento deles é legal, eles conseguem se sociabilizar muito bem, junto com os monitores também, eles têm a hora do chimarrão, que jogam conversa fora, conversam. [T(1)2]

[...] eles se dão super bem [...] tem dias que a coisa complica, alguém pega a roupa de um, aí o outro não gosta, ou mesmo o chimarrão um pega a cuia, e aí a gente tem que saber como falar com eles, como explicar o porquê que o outro pegou... mas entre eles o dia a dia é tranquilo [...] algum momento sempre tem aquele atrito, é normal em qualquer casa. [T(1)3]

A família, a vizinhança, as amizades constituem redes que permitem ao indivíduo desenvolver através da socialização o sentido de pertencimento. “Este tipo de rede é estruturante da vida social e sem ele não existe a categoria abstrata chamada indivíduo”¹¹. Os campos de sociabilidade que se formam a partir destas redes, são estruturantes do cotidiano e caracterizam-se como espaços de construção das representações do mundo.

As questões de manejo, quanto às resoluções de conflitos, parecem ser necessárias em locais como os SRT, pela convivência, proximidade e intimidade presente nos grupos familiares, enquanto seus membros apresentam diferentes representações deste espaço. As diferenças e conflitos são inerentes a todos os grupos humanos, as formas de mediações encontradas é que possibilitam a convivência harmônica e saudável. Nas falas seguintes observamos exemplos de mediação e de acordos tácitos de convivência.

Quando a gente vê que alguém começa a se exaltar na voz, a gente chega conversa então, a gente procura nunca deixar a pessoa ir muito longe a gente procura acalmar [...]. [T(1)3]

A relação tanto do pessoal das casinhas lá do fundo (moradas assistidas), quanto dos daqui da residência são tudo bem porque aqui eles convi-

vem assim, tipo uma grande família, todos juntos [...] , claro que às vezes tem algum atrito de um com outro, mas a gente soluciona o problema [...] . Às vezes por causa de cigarro, qualquer coisa, [...] um fica bravo aí a gente chega contorna, conversa, ajeita aqui e fica tudo tranquilo, é só no momento [...] depois fica tudo bem. [T(1)4]

O conceito de círculo social, em Simmel, indica que o indivíduo, ultrapassando as fronteiras primárias de sociabilidade, tende a ver estabelecidos os laços sociais que partem da necessidade de associação, de satisfação de necessidades conjuntas, e que estes se instrumentalizam em objetivos mais estreitos daqueles fundados em relações de parentescos ou amizades. Refere ainda que, por natureza, os círculos sociais são elegíveis, decorrentes da liberdade de escolha¹¹.

Assim, a construção da cidadania, bem como a restituição da contratualidade do indivíduo nos aspectos da rede social, do habitat e do trabalho como valor social, colocam-se como eixos norteadores do processo de reabilitação psicossocial. Tendo como finalidade a ampliação dos espaços de negociação para a realização das trocas sociais, os profissionais de saúde mental devem estar atentos a estes pontos¹².

Observa-se nas falas dos trabalhadores a percepção de relações vinculares, tão significativas para pessoas, que pela experiência da segregação em instituições sofreram perdas no plano das relações interpessoais, incluindo família e relações sociais. Os residenciais permitem e estimulam um processo de reapropriação pessoal das dimensões real e simbólica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana¹³.

Estas aquisições demonstram-se fundamentais para a retomada da convivência no interior da própria moradia e no âmbito comunitário, devido ao caráter das trocas mínimas que permeiam as relações diárias em nossa cultura.

Eles têm uma vida social praticamente igual a nossa, não tão igual, mas parecida. Eles vão a escola, no mercado, à igreja... saem de ônibus sozinhos, sem precisar de ajuda de ninguém, eles vão lá no CAPS. O morador X vai na biblioteca pegar livro, eles sabem o dia que tem que devolver, pagam a mensalidade lá, [...] Quando tem festa lá no CAPS ele vão daqui, eles participam, acho que é bem legal, esse entrosamento deles, essa sociabilidade deles, com os outros de fora. [T(1)2]

[...] Então isso aí ajudou muito para eles voltar para sociedade, para morar, por exemplo, sozinho, arrumar uma companheira ou um companheiro para morar. [T(1)4]

A ampliação dos espaços de negociação para a realização das trocas sociais é essencial ao processo de construção da cidadania, a partir do espaço adquirido desde a própria casa e suas demandas cotidianas, como quem faz as compras, quem cuida das tarefas, que papéis desempenham na rotina doméstica. A contratualidade que se estabelece neste espaço, possibilita a expansão desta, para ambientes sociais.

A questão das trocas sociais, mesmo que ainda manifestem-se nas falas dos trabalhadores do serviço, como restritas a poucos grupos, como igreja, comércio e os serviços da rede (CAPS), parecem indicar a qualificação progressiva das vivências de sociabilidade. Sendo um dos objetivos do SRT, a inclusão na vida social de pessoas que encontravam-se a margem da vida comunitária. Deste modo, as intervenções que trabalham as questões da sociabilidade, no cotidiano das pessoas, a interação no seu local de vida, na sua comunidade, na sua cidade, são um recurso importante de intervenção terapêutica, no campo extrainstitucional¹⁴.

Estes recursos que podem ser ampliados, à medida que progressivamente os moradores se autorizam a receber diferentes pessoas em sua casa, assim como aceitam participar de outros espaços sociais, como escolas, comércio, igrejas, entre outros.

As ações intersetoriais na inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, com história de frequentes hospitalizações, afastamento familiar e isolamento social, têm se mostrado indispensável, considerando-se que os diversos setores como educação, trabalho, transporte, saúde, cultura e religiosidade fazem parte da vida diária de todos os cidadãos e o acesso a estes devem estar disponíveis a todos, mesmo àqueles com demandas diferenciadas.

É consenso, na literatura, que para a construção de rede de atenção e rede social, a intersectorialidade é um dos aspectos primordiais¹⁵. Nesse sentido, ressaltam-se a necessidade de interlocução das demais políticas públicas com a área da saúde mental. No SRT de Alegrete os profissionais reconhecem a potencialidade da inserção nestes serviços como relata o trabalhador a seguir:

[...] e a escola também às vezes eles ficam meio receosos de ir, até porque não avançam, mas aí a gente se propõe a acompanhar eles, até para motivar eles, e a escola também é bem prestativa, [...] quando eles não vão por um motivo ou outro a escola liga, a escola tá sempre nos ajudando. [T(1)6]

A participação em tais relações e intercâmbios sociais é possível no cenário das redes sociais,

entendida como campo complexo de interações, onde o indivíduo pode se apropriar de sua realidade, e colocar suas marcas, suas particularidades, possibilitando sua reinserção na sociedade¹⁶. O empobrecimento da rede social também se configura como desabilitação, perda quantitativa e qualitativa, desde a primeira rede social disponível, que é o núcleo familiar, até as formas mais ampliadas de relação social^{12,13,17}.

Analisando o cotidiano das pessoas no período entre as hospitalizações psiquiátricas, Salles e Barros¹⁶ concluíram que mesmo não estando internada, a pessoa com transtorno mental continua excluída em decorrência da ideologia manicomial que pode ultrapassar os muros do manicômio e concretizar-se nas relações do paciente, mesmo na comunidade.

A lógica manicomial não é prerrogativa exclusiva do modelo manicomial, ela atravessa o campo do social e se reproduz em qualquer instituição de cuidado. Sendo o preconceito e o estigma inerente ao humano contemporâneo, envolve a sociedade em qualquer contexto. Portanto, os SRT não estão isentos de reproduzir em algumas situações formas de disciplinarização ou manejo que possam representar alienação, controle e comando. Em algumas colocações dos profissionais identificam-se mediadores inibidores da sociabilidade, por expressarem tutela, controle, preconceitos e estigma.

Claro que rever a família é bom, mas seria melhor se as pessoas tivessem no convívio da família, sendo tratadas da mesma forma que é tratada aqui quando eles vêm. Mas a gente sabe que a maioria, alguns que estão aqui, foi porque a família não aguentou em casa, aí surge maus tratos e tal [...] depois que já se livraram do problema vir aqui visitar por algumas horas é uma maravilha, mas seria melhor que eles tratassem a pessoa em casa da mesma forma que eles tratam aqui por algumas horas. [T(1)3]

A expressão refletida na fala do profissional, de culpabilização da família, pelas dificuldades em conviver e cuidar de seu familiar são determinados por representações a respeito da família ocidental idealizada, que deve proteger e cuidar de seus membros, mesmo que tenha que enfrentar o estigma relacionado à loucura. A não concretização deste papel acarreta a culpa e o julgamento social. O enfrentamento do estigma encontra-se como parte da tarefa do cuidador do residencial, juntamente com seus moradores, trabalhando desde os familiares dos mesmos, até o meio comunitário em que se inserem.

[...] **os vizinho tem aquele preconceito ainda [...] eu acho assim, eles não são aquela pessoa que**

como dizem, são louco, tem que estar internado, acho que não [...] que muitas pessoas que não conhecem eles ainda veem desse modo. [C(1)1]

A gente tem algumas questõezinhas, até com um vizinho aqui bem próximo, porque não aceitam, porque louco tem que estar dentro no hospício, preso no hospital não chega a ser um relacionamento conflitante, assim, eu não deixo atingir eles, tu entende assim... por exemplo eles estavam dentro da casa deles, do pátio deles, e o vizinho atravessou a rua para vir de lá para sentar ali e reclamou para o funcionário. [...] chamei ele para conversar, ele não veio[...] ai fiz uma reunião com os guris, e disse: olha guris, para evitar problemas, não deixem os moradores irem sentar ali quando ele estiver ali, vamos evitar, para não criar um atrito maior; não tanto para gente, mas para os moradores. [T(1)2]

A posição de negar o preconceito e manter-se entre seus pares, em lugares controlados, não contribui para o enfrentamento do estigma. Se concebermos a loucura e suas formas de tratamento como algo construído historicamente, sabemos que a implantação de outro modelo não fará com que as antigas concepções desapareçam da sociedade. Considerando que estas estão relacionadas a questões econômicas, políticas e assistenciais, enfim às condições históricas que estabelecem discursos e práticas a respeito da loucura na sociedade¹⁸.

O não enfrentamento por parte dos equipamentos de saúde e de seus trabalhadores, das expressões claras de preconceito, como esta acima citada, representam ações de tutela e assistencialismo, na sua forma de cuidar e proteger, mesmo quando os moradores do residencial são atingidos em sua liberdade de mobilizar-se no seu próprio espaço de moradia, para não contrapor-se a vizinhança, que os rechaçam.

A adoção de posturas de vitimização e imobilismo servem como estratégias para ter vantagens momentâneas em não reconhecer o estigma. Parece claro que estas não contribuem para avanços na sociabilidade, porque retrocede na proposta de reinserção e submete-se a limites sociais próprias de sociedades excludentes¹⁹.

Infelizmente acontece isso, as pessoas não sabem compreender; não sabem entender; diferenci- ar o que é uma pessoa com um princípio agressivo e uma pessoa que está aqui porque não tem outro lugar para ir; foi excluída do convívio social, da família, então alguns vizinhos infelizmente não ajudam a que eles voltem a ser inseridos de novo nas suas famílias e na sociedade. [C(1)3]

“A conduta das pessoas para com os loucos passa a ser aquela que a psiquiatria produz e

adota”²⁰. Essa colocação explica a posição demonstrada na fala anterior, sobre a visão que a comunidade vizinha ao SRT, manifesta sobre a convivência com os moradores. A expressão do preconceito está internalizada em nossa cultura, em nosso imaginário, e por desconhecimento ou medo, o afastamento parece ser a solução. A tarefa de desconstrução da relação que a sociedade estabeleceu com a loucura, está cristalizada no asilo e na exclusão social, como lugar possível para o que é considerado desvio, diferença, anormalidade, sendo tarefa não concluída, no processo de reforma psiquiátrica em curso²¹.

Os encontros com a cidade são potentes para a desconstrução da lógica manicomial, a partir das diversas formas de expressão de vida que o cotidiano permite desenvolver, espaços de solidariedade, sociabilidade e convívio com a diferença. Estes movimentos, que incluem aspectos da subjetividade individual e coletiva, parecem ocorrer num ritmo próprio, em cada experiência de troca e interação²².

Na verdade a gente se sente ofendido, porque no momento em que estão ofendendo uma pessoa que a gente cuida, que a gente convive, a gente se sente ofendido, é tipo assim brincadeira, charadinha, e isso aí, acaba magoando mais o funcionário, porque às vezes para o doente mental passa até despercebido. [T(1)6]

Os sinais corporificados, já considerados de prestígio ou de estigma, pertencem à identidade social do sujeito²³. Para construir uma identificação pessoal de um indivíduo utilizamos aspectos de sua identidade social, e com ela identificamos e consolidamos informações referentes à sua identidade, podendo alterar sutilmente o significado das características que lhe imputamos.

O preconceito com que parte da vizinhança percebe os moradores trata-se de um processo de identificação, com todo o conceito de loucura internalizado e que permeia o imaginário social. Não se estabelece uma rejeição com caráter individual e sim a todo o significado simbólico da característica comum ao grupo, a identificação social impedindo de ocorrer o conhecimento e a aproximação com o sujeito. Os trabalhadores pelo vínculo e a convivência com a loucura, também se identificam com o estigma sofrido, pelo grupo do residencial do qual se sentem parte, e o percebem de forma clara, como expressa a última fala relatada.

O modo como o profissional desempenha seu papel faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalecendo o dispositivo psiquiátrico, ou mudando sua forma de intervenção, trabalha

para desmontar o dispositivo de instituição asilar. Para que isso ocorra precisa mudar os significados deixando de “interpretar a loucura como forma de incapacidade, inferioridade, doença mental, potencializando-a como diferença na forma como relaciona-se com o mundo”²⁴.

No relato dos trabalhadores do SRT em Alegrete, encontra-se a descrição de possibilidades de resgate de potenciais desconhecidos, de encontros com a cidade e com estabelecimento de relações de troca e de pertencimento social.

Cada paciente tem um problema, mas [...] um consegue estudar; outro consegue fazer outra coisa [...], claro que tem uns que são bem... difícil, mas nós estamos tentando ver; bom se ele não pode estudar; ele pode fazer outra coisa, alguma coisa ele sabe de bom, ele sabe fazer; [...] se não consegue fazer um desenho, pintar; alguma coisa ele sabe. [T(1)1]

Cada um é diferente do outro, tu não podes tratar o A que nem o B, porque eles são personalidades diferentes, caráter diferente, hábitos diferente. Então eu acho que tem que ser respeitado sim. [T(1)2]

Quando se trabalha com o conceito de contratualidade, garantindo o espaço de negociação, para encaminhar desde as questões que regem o cotidiano até aquelas de maior importância, para a vida individual e coletiva, possibilita-se o exercício da autonomia e a tomada de decisão, o que implica em pensamento, expressão de desejo e participação ativa, produção de subjetivação.

A subjetividade é constituída por forças advindas do campo social, as marcas desta interlocução se constituem pela incorporação desta, através da experiência da sociabilidade. Os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e dos dispositivos políticos de poder se infiltram nos comportamentos individuais, sendo a subjetividade essencialmente modelada por registros sociais²⁵.

Procuramos com o conceito de subjetividade, referir o que expressa o indivíduo de sua relação com a sociedade, as marcas desta interlocução, que se constitui pela incorporação desta, através da experiência da sociabilidade.

A história da loucura, que se construiu com a história da sociedade contemporânea e do modo de vida, que estabeleceu o conceito de individualização, de forma a corresponder ao modo de produção capitalista, passou a utilizar-se também do conceito de alienação, de desrazão e do isolamento para produzir um lugar na sociedade para o louco, ou seja, o manicômio. “No manicômio coloca-se em funcionamento a regra, a disciplina e o tratamento moral para a reeducação do alienado”²⁴.

As instituições criadas pelo movimento da reforma psiquiátrica constituem-se espaços coletivos de subjetivação, de criação e produção de vida, nos quais seja possível construir redes de relações e trocas sociais.

Os SRT enfrentam o questionamento sobre como pensar a clínica da moradia, refletindo sobre os tradicionais equipamentos de tratamento e aos novos espaços produzidos pela experiência da desinstitucionalização, com a proposta de produzir saúde, e que se define como redes de produção de afeto, o que é a própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida, de produção de subjetividades (individuais e coletivas) e de sociabilidade²⁶.

Esta produção de saúde envolve a construção de relações não só com a cidade, com a vizinhança, com os outros moradores, mas como se relaciona com o seu tempo, com o seu espaço pessoal e social, com os objetos, com os desejos, com o fazer cotidiano e a descoberta de novas possibilidades.

Para os trabalhadores é exigido o desempenho de múltiplos papéis, rompendo com o exercício da tutela e assumindo funções não bem definidas, em seus limites e objetivos. A utilização da mediação como estratégia, propõe instaurar o possível em autonomia e independência com os moradores, estimulando a assumirem as atividades cotidianas de forma a significar a experiência, de gerenciar seu próprio cuidado e a casa onde vivem. A percepção dos limites individuais e da necessidade de acompanhamento de alguns em maior grau, estabelece o diferencial do SRT em relação aos abrigos ou instituições asilares, onde não há diferenciações, anulando as singularidades.

Os trabalhadores do SRT de Alegrete apontam nos relatos anteriores, para a questão da subjetividade, da singularidade e das possibilidades individuais. Não estabelecendo a tutela como regra para os moradores, mas exercendo-a quando necessária, à medida que a autonomia ainda é mínima, por situação de saúde ou de cronificação estabelecida pela experiência da institucionalização. Todo cuidado implica um grau de tutela, todo serviço que se propõe ao cuidado assume, por vezes, a função tutelar²⁷.

Na atenção psicossocial um dos principais objetivos é aumentar as possibilidades de existência do louco no tecido social, ao mesmo tempo em que procura minimizar o sofrimento psíquico, responsabilizando aqueles que o cercam, no sentido de que a dependência institucional diminua e os vínculos sociais aumentem, comprometendo atores sociais diversos na tarefa de

cuidar²⁸. Deste modo, o processo de reabilitação deve pensar as condições adversas enfrentadas pelos usuários antes, durante e após a internação. Considerando que a desabilidade é resultado de um processo de destituição da autonomia, da identidade pessoal e da razão, com o processo de tratamento psiquiátrico tradicional, que não comporta contratos e trocas, parecem lógicas as limitações apresentadas por muitos usuários²⁹.

A reabilitação psicossocial seria o processo de remoção de barreiras, as quais impedem a plena integração de um indivíduo na comunidade e o pleno exercício de seus direitos e de sua cidadania. Estas barreiras podem configurar-se a partir das limitações em relação a cuidados pessoais, cuidados em relação à moradia, a estabelecer novas relações de trocas, no meio familiar e social³⁰.

Amarante²⁰ coloca a existência de um duplo da doença mental, a qual durante o período da internação, todas as pessoas são objetivadas: não importa sua cultura, sua história, seu sofrimento, são formas institucionais de lidar com o sujeito, onde se constrói uma série de pré-conceitos, fundados em noção de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental. A inércia, a estereotipia, as formas de alienação, a perda do poder de contratualidade, da sociabilidade, enfim de tudo o que ocorreu em função da institucionalização passa a ser entendida como sintomas próprios do sujeito e de sua doença.

A capacidade da equipe, em encontrar saídas para enfrentar o estigma, o abandono familiar e a exclusão social, aparece em diversas falas dos trabalhadores do SRT de Alegrete.

Eu acho que é uma obrigação também tratar o familiar; para ele melhor poder atender no caso de ele voltar para a residência, é importante isso.

[T(1)6]

Tem que ter muita paciência, muito carinho, atenção, compreensão, muito jogo de cintura para resolver as situações do cotidiano, do dia a dia, não é difícil, porém também não é fácil, mas tu tem que dosar; tem situações para resolver do dia a dia com eles, a gente sempre procura resolver; tem estratégias [T(1)2]

A iniciativa de promover estratégias capazes de resgatar aspectos da singularidade, mediando às interações sociais, seja no âmbito da família ou junto à sociedade no aspecto mais amplo, possibilitando a realização de suas escolhas e fazendo-se respeitar na comunidade em que vive, expressa um reconhecimento de seu papel enquanto acompanhante em um processo de mu-

dança e de quebra de paradigmas, dos usuários e da sociedade a respeito da loucura.

O novo paradigma de saúde mental exige a formação de redes de apoio social, para acolher o sofrimento psíquico e contribuir para a expressão da subjetividade e o exercício da cidadania. Requerendo investimento em aspectos sadios e visando a dignidade, o respeito e a reinserção na sociedade³¹. É possível perceber estes investimentos na fala dos trabalhadores, em uma postura de sair, ganhar a rua, ocupar o espaço da cidade, enfrentando as adversidades que o preconceito acarreta, rechaço, medo e portas fechadas.

[...] existe sim muito preconceito, não é todo mundo que aceita, é bem complicado, mas a gente tem trabalhado bem legal essa parte, tipo assim, não se importa muito, cuida deles aqui dentro, fora daqui a gente procura trabalhar para que não deem bola pra esse tipo de coisa, aquela coisa toda, conversa muito, muito diálogo, muita atenção e eles tão vivendo a vida deles aí. [C(1)2]

Assim, outras saídas podem ser pensadas para o enfrentamento do preconceito em relação à loucura. Muito se fala em um aspecto da nossa sociedade contemporânea, que busca o prazer, o conforto, a negação da dor e do sofrimento, a negação dos problemas, através de soluções pragmáticas. Parece, também, uma necessidade de negar, excluir ou determinar um local para depositarmos a loucura, senão mais em hospitais fechados, pela mesma lógica da sociedade que propõe uma vida asséptica; em lugares específicos, longe da vida comunitária.

O resgate da cidadania da pessoa com transtornos psiquiátricos não significa, simplesmente, a restituição de seus direitos formais, mas, principalmente, trata-se de reconstruir seus direitos ao afeto, às relações sociais, à moradia digna e à produtividade, o que possibilita efetivamente a sua reabilitação³¹.

Desta forma, o trabalho nos SRT precisa estar fundado no sentido da sociabilidade, desde as vivências do cotidiano, quanto na inserção no meio comunitário e social, com experiências que disparem a produção de subjetividades, resultando em construções coletivas, nas quais os profissionais possam operacionalizar concretamente o cuidado em liberdade.

Considerações finais

O movimento de Reforma Psiquiátrica implica em mudanças no exercício de cidadania dos profissionais e usuários envolvidos nos espaços de

cuidado, sendo mais efetivo ou contundente onde for possível construir práticas comprometidas com a vida concreta, vivida pelos usuários e trabalhadores, com dignidade e trocas sociais, garantindo a inclusão cidadã, com respeito à pessoa portadora de transtorno mental, nos espaços de tratamento e no meio social.

Os SRT objetivam acolher, cuidar e proporcionar possibilidades de reinserção social, a partir da oferta de moradia para pessoas com perdas nos vínculos familiares, pela experiência da institucionalização, com perspectivas de independização e retorno ao grupo familiar quando possível, porém não como objetivo final, sabendo que as reconstruções destes laços familiares não inviabilizam uma vida plena e digna com a construção de outras redes de sociabilidade.

Se entendermos as redes sociais como capazes e potentes para promover aspectos de resgate de cidadania e a possibilidade de reinserção social, para pessoas que sofreram experiências de afastamento e exclusão social, as iniciativas de incluir os residenciais e moradias protegidas no espaço da cidade, possibilitam a construção de vínculos capazes de romper a lógica da negação da loucura, instituída através de séculos de segregação em instituições manicômias.

A sociedade institui o manicômio como um dos seus agentes estruturantes da exclusão. Por sua vez, o manicômio em seu conjunto de práticas estabelece uma relação de objetivação do indivíduo pela serialização e totalização imposta em seu cotidiano, tornando-se um local de exceção como espaço de vida, afastando-se do meio social ainda que a ele pertença.

A desconstrução de como se entende a questão da loucura, da concepção clássica de doença mental, e de como intervir no processo de institucionalização do sujeito e da relação de tutela que se estabelecia entre o profissional e o sujeito que sofre, é o desafio que ainda está colocado para todos os implicados no campo da saúde mental, profissionais, usuários e a sociedade em geral.

Neste estudo, observa-se que o SRT enfrenta as dificuldades inerentes a uma experiência singular e inovadora, construindo saídas e respostas para os desafios colocados, considerando a importante aproximação dos moradores dos residenciais e moradias protegidas, com seus familiares, assim como com a vizinhança, a comunidade e com instituições como escolas, igrejas e comércio local.

A possibilidade de viver e circular pela cidade, situações antes impensadas para pessoas que experimentaram extensos períodos de interna-

ção hospitalar ou impedimentos de convivência social, concretiza a possibilidade de retomada de vida independente, com autonomia, exercício de direitos e recuperação de espaços institucionais desejados e saudáveis como a escola, a igreja, entre outros.

Às moradias protegidas e aos SRT colocam-se o desafio de ampliar as experiências e o conhecimento dos profissionais de saúde mental, a partir de uma prática inovadora e em construção. A experiência tem sido de aprendizagem e muito rica para todos os implicados, com o desafio de desenvolver formas de reinserir o portador de sofrimento mental à convivência familiar e social, cumprindo um pressuposto da reforma psiquiátrica.

Colaboradores

CTL Argiles trabalhou na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados e redação do artigo; LP Kantorski trabalhou na concepção e coordenação do projeto de pesquisa, delineamento, coleta de dados, interpretação dos dados, orientação e revisão crítica do artigo; JQ Willrich trabalhou na concepção e elaboração do projeto de pesquisa, delineamento, análise, interpretação dos dados e revisão do artigo; MH Antonacci trabalhou na concepção e elaboração do projeto de pesquisa, delineamento, coleta de dados análise, interpretação dos dados e revisão do artigo; VCC Coimbra trabalhou na concepção do projeto de pesquisa, delineamento, interpretação dos dados e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Ministério da Saúde e CNPq

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem?** Brasília: MS; 2004.
2. Delgado PG. Instituir a desinstitucionalização: O papel das residências na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Cadernos do IPUB** 2006; 22:19-33.
3. Frúgoli Júnior H. **Sociabilidade Urbana**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar; 2011.
4. Fontes BASM. Redes Sociais e Saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Política & Trabalho Rev Cien Soc** 2007; (26):87-104.
5. Guba E, Lincoln Y. **Effective Evaluation**. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches. San Francisco: Jossey-Bass Pub; 1985.
6. Guba E, Lincoln Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
7. Guba E, Lincoln Y. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 1998.
8. Wetzel C. **Avaliação de serviços de saúde mental** a construção de um processo participativo [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
9. Lüdke M, André MEDA. **Pesquisa em educação**. abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
10. Yin RK. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3ª Edição. Tradução de Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman; 2005.
11. Martins PH, Fontes B. **Redes Sociais e Saúde**. Novas Possibilidades Teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2008.
12. Saraceno B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá; 1999.
13. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 2001.
14. Fernandes MAH. **A Moradia Assistida**: um projeto em busca do desenvolvimento humano e da cidadania na área de saúde mental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
15. Leão A, Barros S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. **Rev Saúde Soc** 2008; 17(1):95-106.
16. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(1):73-81.
17. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-100.
18. Haddock-Lobo R. História da loucura de Michel Foucault como uma "história do outro". **Veritas** 2008; 53(2):51-72.
19. Gerhardt T. Reconhecimento e Estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuário em situação de adoecimento crônico. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. **Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário**. Abordagem Multicêntrica. Recife: Ed. Universitária UFPE; 2009.
20. Amarante P. **O homem e a Serpente**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.
21. Birman J. Psiquiatria e Sociedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 1982; 31(4):237-246.
22. Dimesnstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental** 2006; 4(6):69-83.
23. Goffmam E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: LTC; 1891. (Tradução de Mathias Lambert. Data da Digitalização; 2004)
24. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Cien Saude Colet** 2001; 6(1):73-85.
25. Guattari F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense; 1986.
26. Hardt M. O trabalho afetivo. In: Pelbart PP, Costa R, organizadores. **O reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 143-157.
27. Delgado PG. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá; 1992.
28. Silva MBB. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis** 2005; 15(1):127-150.
29. Valentini Júnior WAH, Vicenti CM. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: Pitta AM, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2001.p.49-53.
30. Bertolote JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 2001.
31. Bessa JMS, Randemark JN, Queiroz MV, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**. 2006; 59(6):734-739.

Artigo apresentado em 11/05/2012

Aprovado em 30/06/2012

Versão final apresentada em 16/07/2012