

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

FERNANDA RODRIGUES VIEIRA

HÁ VIDA LÁ FORA: O COTIDIANO DAS PESSOAS QUE
MORAM NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.

SÃO CARLOS
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

HÁ VIDA LÁ FORA: O COTIDIANO DAS PESSOAS QUE
MORAM NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.

FERNANDA RODRIGUES VIEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

São Carlos
2021



Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Fernanda Rodrigues Vieira, realizada em 26/02/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi (UFSCar)

Profa. Dra. Adriana Leao (UFES)

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid (UFSCar)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, por tornar o ambiente acadêmico e de pesquisa acessível, diverso, acolhedor e enriquecedor, abrindo portas para todos aqueles que desejam aprender.

Aos participantes deste estudo que prontamente se dispuseram a compartilhar suas vidas, histórias, sonhos e dificuldades.

À minha orientadora, Prof^a Isabela Ap. de Oliveira Lussi que me deu espaço para descobrir minha própria voz na pesquisa e me direcionou sempre que necessário. Obrigada pelo apoio, atenção, afeto e pela oportunidade de aprendizado ao longo destes anos. A você, minha admiração e respeito.

À banca examinadora, Prof^a Adriana Leão, Prof^a Thelma Matsukura e Prof^a Maria Fernanda Barboza Cid, que gentil e generosamente contribuíram de forma especial na construção desta pesquisa, com seus apontamentos, sugestões e questionamentos.

Aos tesouros que enriquecem minha vida: Regis, parceiro imbatível que mantém meu coração pulsando e aquecido, e Rafa, amor em formato de gente que me fez pausar, rir e respirar ao longo desta trajetória.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

RESUMO

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um dispositivo estratégico criado para a reestruturação da assistência em saúde mental que possibilita às pessoas com sofrimento psíquico grave, institucionalizadas ou não, morar no espaço urbano. Reconhecendo ser a garantia do direito à moradia, do morar e do viver na cidade, se caracteriza como o primeiro passo do difícil e complexo processo de reintegração destas pessoas à sociedade. Estudos mostram que, no âmbito da pesquisa nacional e internacional sobre a desinstitucionalização de pessoas com sofrimento psíquico, há poucos dados sobre a reinserção das mesmas, sobretudo aqueles vinculados aos aspectos sociais e psicológicos. A literatura também explicita a escassez de pesquisas desenvolvidas com os próprios moradores dos SRTs e que pouco se sabe sobre o que eles pensam sobre seu cotidiano. O presente estudo teve como objetivo compreender a percepção de moradores dos serviços residenciais terapêuticos sobre o seu cotidiano. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e documental, que contou com a participação de 8 moradores de SRTs de um município do interior do estado de São Paulo. O conceito do Cotidiano embasa esta pesquisa, a partir das perspectivas da Terapia Ocupacional, da Teoria do Cotidiano de Agnes Heller e da Reabilitação Psicossocial, por fundamentarem a valorização das pessoas em toda a sua complexidade e conduzirem à compreensão de fatores individuais e coletivos que fazem parte do processo de desinstitucionalização. A coleta de dados foi realizada por meio de consulta a documentos, relatórios e outras informações contidas nos prontuários de cada participante e entrevistas semi-estruturadas. Os dados oriundos da pesquisa documental foram analisados de forma descritiva. Foi utilizada a análise temática para o tratamento dos dados produzidos por meio das entrevistas. Os resultados foram analisados sob a ótica da Terapia Ocupacional, sobretudo, a partir de conceitos que compõem o campo, como a participação, a autonomia e os significados do fazer humano, que revelaram a importância e sentidos dados pelos participantes ao SRT e as atividades de cuidado com a casa ali realizadas, além do uso e apropriação deste espaço que evidencia a subjetividade de cada participante, o relacionamento entre os moradores e como agem diante situações conflituosas dentro da casa. A participação em atividades fora do SRT aparece nos relatos com diferentes finalidades, níveis e graus de engajamento. Os conhecimentos, saberes e experiências relatados em cada história de vida evidenciam a percepção dos participantes relacionada ao ponto de vista objetivo e concreto. Revelam saberes relacionados ao fazer prático, principalmente relacionado ao trabalho, já que as maiores possibilidades de experiências vivenciadas foram relacionadas a isso. Foram abordados a importância e os significados do fazer, interesses e o uso do dinheiro, bem como novos aprendizados, autonomia, planos e desejos. Esperamos que este estudo possa contribuir com a construção do conhecimento na área da atenção psicossocial, mais especificamente, aos aspectos relacionados à moradia de pessoas com sofrimento psíquico, bem como com a vida cotidiana dessas e os processos de inclusão social.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviço Residencial Terapêutico. Cotidiano. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The Residential Therapeutic Service (SRT) is a strategic device created for the restructuring of mental health care that enables people with severe psychological distress, institutionalized or not, to live in the urban space. Recognizing that it is the guarantee of the right to housing, to live and to live in the city, it is characterized as the first step in the difficult and complex process of reintegrating these people into society. Studies show that, in the scope of national and international research on the deinstitutionalization of people with psychological distress, there is little data on their reinsertion, especially those related to social and psychological aspects. The literature also explains the scarcity of research developed with the residents of the SRTs and that little is known about what they think about their daily lives. The present study aimed to understand the perception of residents of therapeutic residential services about their daily lives. It is a qualitative, exploratory and documentary research, with the participation of 8 residents of SRTs from a municipality in the interior of the state of São Paulo. The concept of Daily Life underpins this research, from the perspectives of Occupational Therapy, Agnes Heller's Daily Life Theory and Psychosocial Rehabilitation, as they base the valuation of people in all their complexity and lead to the understanding of individual and collective factors that make part of the deinstitutionalization process. Data collection was carried out by consulting documents, reports and other information contained in the records of each participant and semi-structured interviews. The data from the documentary research were analyzed descriptively. Thematic analysis was used to treat the data produced through the interviews. The results were analyzed from the perspective of Occupational Therapy, above all, based on concepts that make up the field, such as participation, autonomy and the meanings of human activity, which revealed the importance and meanings given by participants to the SRT and the activities of care with the house held there, in addition to the use and appropriation of this space that highlights the subjectivity of each participant, the relationship between residents and how they act in conflict situations within the house. Participation in activities outside the SRT appears in reports with different purposes, levels and degrees of engagement. The knowledge, knowledge and experiences reported in each life story show the participants' perception related to the objective and concrete point of view. They reveal knowledge related to doing practical, mainly related to work, since the greatest possibilities of lived experiences were related to this. The importance and meanings of doing, interests and the use of money were addressed, as well as new learnings, autonomy, plans and desires. We hope that this study can contribute to the construction of knowledge in the area of psychosocial care, more specifically, to aspects related to the housing of people with psychological distress, as well as to their daily lives and the processes of social inclusion.

Keywords: Mental Health. Residential Therapeutic Service. Daily life. Occupational Therapy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Temática dos artigos e ano de publicação	19
Quadro 2- Apontamentos das principais mudanças da nova política de saúde mental referente ao SRT	31
Quadro 3- Elementos da cotidianidade	45
Quadro 4- Caracterização dos participantes	53
Quadro 5- Histórico de internações/institucionalizações	55
Quadro 6- Histórico social	58

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AVD	Atividade de Vida diária
AVP	Atividade de Vida Prática
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS ij	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Corona Virus Disease
EJA	Educação de Jovens e Adultos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PDVC	Programa de Volta para a Casa
RAPS	Rede de Atenção psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO: OS SRTS NO BRASIL	12
1.1 NO MEIO DO CAMINHO TEM MUITAS PEDRAS: MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E SEUS IMPACTOS NOS SRTS	23
1.2 COTIDIANO: DIVERSOS OLHARES	33
1.2.1 <i>O cotidiano e a Terapia Ocupacional</i>	33
1.2.2 <i>Teoria do Cotidiano: os elementos da cotidianidade na perspectiva de Agnes Heller</i>	36
1.2.3 <i>O cotidiano na Reabilitação Psicossocial</i>	40
1.2.4 <i>Possíveis interlocuções: tecendo a trama do cotidiano nos SRTs</i>	42
2 OBJETIVOS	46
2.1 GERAL	46
2.2 ESPECÍFICOS	46
3 PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1 CAMPO DA PESQUISA	48
3.2 PARTICIPANTES	49
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	49
3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	50
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	50
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	52
4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS	61
4.2.1 <i>A vida dentro da casa</i>	61
4.2.2 <i>A vida no território</i>	74
4.2.3 <i>Eu na vida</i>	83
4.2.4 <i>O fazer na vida</i>	88
4.2.5 <i>A vida e o futuro</i>	96
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	105
ANEXOS	113

APRESENTAÇÃO

O ano era 2015. Lembro-me do dia em que fui ao hospital psiquiátrico para participar das entrevistas com as pessoas que ali estavam internadas para, juntamente com a equipe do CAPS e membros responsáveis pela execução e acompanhamento do cumprimento do Termo de Ajuste de Conduta determinado para aquela região, avaliar quem estaria apto a morar nos serviços residenciais terapêuticos que estavam para ser implantados no município em questão. Eu, terapeuta ocupacional do CAPS deste município, profissional do SUS e atuante na área da saúde mental desde 2007, senti um frio na barriga ao entrar naquele lugar e durante a entrevista que realizei com o primeiro “candidato”, tive sérias dúvidas se qualquer um que estava internado naquele lugar teria de fato, condições de viver uma vida fora dali. Longos períodos de internação, cronificação que podia ser vista e sentida nos olhares, comportamentos, modos de falar, e uma sensação de estranheza, que me acompanhou por todo o período em que lá permaneci para este trabalho, como se uma parede invisível, mas resistente, impedisse qualquer contato ou troca com estas pessoas. Seria possível uma vida fora dali? Os relatórios, diagnósticos e relatos dos comportamentos dos pacientes em nada favoreciam qualquer pensamento diferente disso. Nesta época, eu era uma “terapeuta ocupacional de ATIVIDADES”. Atividades PRESCRITAS, pensadas, planejadas e organizadas por mim, baseada nas dificuldades e limitações das pessoas que atendia.

O ano é 2020. Estou em minha casa, sentada na frente do computador, fazendo a primeira entrevista online para minha dissertação. Ouço tantas histórias, situações de alegria, de tristeza, conquistas, dificuldades, projetos e sonhos! Subitamente me dou conta de que estou entrevistando a mesma pessoa que entrevistei no hospital, lá em 2015. O primeiro “candidato”, que na época ouvi com certo receio, medo, estranheza, dúvidas... só consigo pensar no quanto AVANÇAMOS.

No interstício entre estes dois períodos, muitas coisas aconteceram. Para mim, para ele. Para nós. Um nós que envolve trocas e interações em meio à complexidade da vida, estabelecidas dia após dia. Penso que hoje sou uma “terapeuta ocupacional de VIDA”, e vida envolve dificuldades, limitações, mas também envolve contexto, relações, potencialidades e subjetividades, ou seja, COTIDIANO. As atividades ainda se fazem presentes na minha prática profissional. São fundamentais na realidade,

mas agora auxiliam na tarefa da (re)construção de nós sujeitos no mundo. Sou co-participante deste processo. Há vida lá fora! Isso serve para mim, para ele, para nós. A proposta de estudar o cotidiano das pessoas que moram nos serviços residenciais terapêuticos é o resultado de um processo pessoal, profissional e acadêmico de reflexões infinitas que permearam o trajeto descrito até aqui e serão desenvolvidas nesta pesquisa.

Na introdução apresento o conceito de Cotidiano, a partir das perspectivas da Terapia Ocupacional, da Teoria do Cotidiano de Agnes Heller e da Reabilitação Psicossocial. Na sequência, apresento o percurso metodológico, com os participantes e todos os procedimentos para a coleta e análise dos dados. Após, são apresentados os resultados e discussão e, por fim, as considerações finais, apêndices, anexos mencionados ao longo do texto.

1 INTRODUÇÃO: OS SRTs NO BRASIL

O campo da Atenção Psicossocial no Brasil se ancorou em alguns processos de Reforma Psiquiátrica ocorridos no mundo, com forte influência do modelo da Psiquiatria Democrática Italiana e passou por transformações importantes nos campos teórico e técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (COSTA-ROSA, 2000). Tais mudanças foram respaldadas por uma série de leis, portarias e programas que garantem os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, em equipamentos para o cuidado em saúde mental direcionados pelas noções de acolhimento, território, emancipação e contratualidade social.

De acordo com Amarante (2007), o modelo da Psiquiatria Democrática Italiana comandado por Franco Basaglia, foi o que inspirou fortemente a experiência brasileira, que aconteceu de forma pioneira, em Santos, no final da década de 80 e início da década de 90, e que seria um importante eixo no processo de reforma psiquiátrica no Brasil. O cerne deste modelo é a superação do aparato manicomial, que é formado por um conjunto de fatores que são entendidos

“não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2007, p.56).

As noções inovadoras de responsabilização e acompanhamento territorial (de forma integral das pessoas com sofrimento psíquico), as estratégias de inclusão social (por meio de iniciativas de trabalho e residências para os ex-internos dos hospitais) e a criação de novas formas de participação e produção social foram essenciais para executar as mudanças necessárias neste processo.

Alguns movimentos foram estratégicos para o início da discussão e implantação da reforma no Brasil, dentre eles é importante destacar a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), que propôs um censo para a revisão dos internos dos hospitais psiquiátricos e a criação de espaços de habitação extra hospitalares para esta população. Outros movimentos ocorridos, como o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987), no qual foi fundado o denominado

Movimento da Luta Antimanicomial; além de movimentos no campo da Saúde Pública, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que dá início à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) foram fundamentais para as mudanças ocorridas na política nacional de saúde mental que viriam adiante (FRICHEMBRUDER e SOUZA, 2011).

Amarante (1995) considera que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em suas variadas formas de expressão, foi fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira. Ao deflagrar a situação precária não só dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, como as situações insalubres dos próprios trabalhadores destes locais, por meio de denúncias realizadas por eles, uma grande repercussão foi dada ao movimento que acabava de nascer.

Como resultado destas transformações ocorridas ao longo dos anos foram criadas, a Lei Federal 10.216/2001, de 06 de abril de 2001, (que trata da proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais), e outras leis e portarias voltadas à garantia do direito à moradia das pessoas com sofrimento psíquico, a saber, a Lei 10.708/2003, de 31 de julho de 2003 (que institui o auxílio reabilitação “Programa de Volta para a Casa”), a Portaria GM 52/2004, de 20 de janeiro de 2004 (que estabelece progressiva redução de leitos psiquiátricos no país), a Portaria/GM 106/2000 de 11 de fevereiro de 2000 do Ministério da Saúde (introduz os serviços residenciais terapêuticos no SUS) e a Portaria 1220/2000 de 07 de novembro de 2000 (que regulamenta a Portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS).

Juntamente com a consolidação da RAPS, cujas diretrizes iniciais foram estabelecidas na portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011, todos os processos citados representam o resultado de décadas de construção de políticas públicas para garantir a assistência fundamentada pelas diretrizes da reforma psiquiátrica discutidas até o momento. De acordo com o art. 2º desta portaria:

“Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (BRASIL, 2011 a).

Os SRTs são um dispositivo da RAPS, e se consolidaram no ano 2000, após a publicação da Portaria GM nº106/2000, de 11 de fevereiro de 2000, tendo como base experiências realizadas no âmbito dos hospitais públicos “desenvolvidas nos municípios de Campinas, Santos, Ribeirão Preto e São Paulo que foram pioneiras no desenvolvimento e implantação de serviços residenciais ao longo dos anos 1990” (MÂNGIA, 2002, p.76).

A autora relata que tais experiências foram ocorrendo de diversas formas. A primeira no município de Franco da Rocha com os “Lares Abrigados” que foram estabelecidos na própria estrutura hospitalar modificada com o objetivo de alojar de forma diferenciada os pacientes de longa internação; em Campinas com o “Lar Abrigado” e a “Pensão Protegida”, com moradores considerados mais autônomos e com aqueles que necessitavam de acompanhamento 24 horas, respectivamente. Em Ribeirão Preto com os “Núcleos de Convívio”, “Vila Terapêutica”, “Pensões Protegidas”, “Residências Assistidas” sendo estas duas últimas em uma nova perspectiva de articulação dos serviços em saúde mental com a comunidade; e em São Paulo, com a “República” que funcionava como moradia temporária para pessoas

com sofrimento psíquico com o objetivo de reabilitação social e as “Moradias Assistidas”, ambas localizadas nos bairros da cidade. Furtado (2013) diz que no Brasil, em 1910, já tiveram início outras experimentações relacionadas à moradia; a primeira coordenada por Juliano Moreira, que instituiu em sua colônia uma proposta de assistência heterofamiliar aos seus internos que tivessem condições de serem tratados em domicílio, por famílias que se disponibilizassem para isso. E também neste mesmo período, com Franco da Rocha, em São Paulo, cuja proposta da assistência familiar se tornou uma estratégia para dar vazão aos doentes crônicos do hospital. Estas iniciativas, por eles desencadeadas, diferentemente das experiências que aconteceriam anos a frente, representavam um complemento ao modelo de assistência hospitalocêntrico. Não tinham um caráter alternativo ou de crítica ao hospital psiquiátrico, ou às colônias.

O SRT foi criado inicialmente como proposta de assistência substitutiva ao modelo hospitalar e é um dispositivo estratégico criado para a reestruturação da assistência em saúde mental que possibilita às pessoas com sofrimento psíquico grave, institucionalizadas ou não, morar no espaço urbano; “ Reconhecendo ser a garantia do direito à moradia, do morar e do viver na cidade o primeiro passo do difícil e complexo processo de reintegração destas pessoas à sociedade” (BRASIL, 2004). Os CAPS têm um papel fundamental na consolidação dos SRTs ao atuar como referência técnica para estes dispositivos, além de funcionar como articulador, não somente entre todos os dispositivos da RAPS, como com os outros equipamentos e recursos do território em que está inserido.

“ Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios” (BRASIL, 2015, p.10).

Especificamente relacionado aos SRTs, o CAPS atua como suporte e como referência para as equipes:

“ Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social” (BRASIL, 2015, p.13).

Neste contexto, a articulação de leis e portarias que regulamentam os SRTs foram estabelecidas ao longo destes anos de forma a estimular e possibilitar não somente a realização de cuidados às pessoas com sofrimento psíquico na comunidade, como também todos os elementos do habitar, revelando um caminho de construção das políticas públicas condizentes com estas perspectivas.

Porém, para Frichembruder e Souza (2011), há importantes e diversos aspectos a serem analisados nos SRTs, pois a Reforma Psiquiátrica vai se constituindo de diferentes formas no território brasileiro tendo em vista sua grande diversidade cultural, econômica, religiosa e social. Portanto, defendem que os SRTs também deverão constituir-se de formas diferentes de acordo com a singularidade do território e das pessoas que abriga.

As produções científicas encontradas na pesquisa de literatura realizada para este estudo demonstram as múltiplas vertentes que fazem parte desta discussão. Uma das problemáticas que surgiu está relacionada com a nomenclatura escolhida para este novo equipamento. Furtado e Campos (2011) discorrem que o nome Serviço Residencial Terapêutico foi questionado inicialmente, por remeter à ideia de serviço, terapia, doença, espaço tutelado. Porém, esta foi a maneira encontrada para justificar e viabilizar a inserção dos SRTs no Sistema Único de Saúde (SUS) e ter a possibilidade de financiamento do governo. Para estes autores, o conflito não deve se deter na nomenclatura deste dispositivo, mas no fato de uma “tendência à tipologização” gerada pela existência de apenas um referencial normativo técnico-assistencial destas novas moradias, sendo que é necessário a permeabilidade para a constituição de diversas formas de morar.

Problematizando a possibilidade da continuidade de características manicomiais mesmo nestes novos equipamentos territoriais, Furtado (2010) defende que é fundamental romper com a discussão se estes serviços possuem ou não características manicomiais, pois parte da premissa que na sua essência, estes

equipamentos têm a contradição de possuírem uma perspectiva privada e uma dimensão público-governamental. “[...] tais contradições não necessariamente inviabilizam esses serviços e nem são totalmente superáveis, constituindo mesmo a própria essência desses equipamentos” (FURTADO, 2010, p.391).

Romper com as barreiras manicomiais é um desafio que vai além da concepção que se tem destes dispositivos, estabelecidos nas respectivas leis e normativas dos SRTs, tanto que as propostas de abordagem clínica e atuação profissional neste dispositivo também foram foco de alguns estudos. Silva (2011) e Silveira e Santos Júnior (2011b) mencionam a dificuldade encontrada pelos profissionais que trabalham nos SRTs em estimular ações que favoreçam maior participação dos usuários e sua inserção social. A falta de um acompanhamento e avaliação deste equipamento é apontado como um fator importante a ser contemplado em futuras pesquisas. Apesar disso, Sztajnberg e Cavalcanti (2014) discorrem, a partir dos conceitos de Winnicott, sobre o ambiente facilitador que o SRT pode assumir para seus moradores e no quanto este dispositivo pode funcionar como estratégia para a construção de práticas antimanicomiais.

O processo de implantação e condução dos SRTs também foi objeto dos estudos encontrados. No nível micro, aspectos clínicos e sociodemográficos dos moradores dos SRTs, foram pesquisados por Alves *et al.* (2010), que analisaram fatores como idade, tempo de internação e a presença de doenças crônicas dos participantes. Concluíram que a idade avançada e a presença do quadro de déficit cognitivo interferem diretamente na dependência em atividades diárias e nos comprometimentos clínicos diversos dos moradores. Tais fatores são importantes a serem considerados no planejamento e organização de futuros SRTs. Queiroz e Couto (2015) abordaram as relações interpessoais dos moradores dos SRTs a partir das reuniões que acontecem nas casas, e como estas podem ser uma ferramenta importante para facilitar o relacionamento entre eles. No nível macro, Neto e Avellar (2016) tratam sobre os desdobramentos da implantação dos SRTs em determinado território, principalmente relacionando a percepção das pessoas que fazem parte do contexto em que o SRT está inserido, com as relações que podem ou não ser estabelecidas por conta disso. Mencionam que ainda há uma representação social negativa a respeito da identidade das pessoas que moram nestes locais e de como isso é um fator limitante para o estabelecimento de relações e aproximação com as

peças da comunidade. Para eles, é necessário compreender de forma mais aprofundada como se concretiza a convivência entre os moradores e a vizinhança dos SRTs, de forma que seja possível pensar em alternativas para esta limitação.

Apesar das dificuldades para a sua implantação, relacionados à gestão pública, orçamento e interesses políticos, este dispositivo tem tido um papel importante para a reinserção social das pessoas que passaram por internação psiquiátrica prolongada (VIDAL *et al.*, 2008; ARGILES *et al.*, 2013).

De acordo com Salles e Miranda (2016, p.370), no âmbito da pesquisa nacional e internacional sobre a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos “há poucos dados sobre as dimensões sociais e psicológicas da reinserção destes sujeitos”. Este é um aspecto fundamental a ser desenvolvido e ampliado nas pesquisas científicas já que não somente os SRTs, como toda a RAPS, têm sofrido sérias ameaças de desmonte, desde 2017, no Brasil.

Atualmente, há no Brasil 791 SRTs (BRASIL, 2020) e é importante destacar que as portarias nº1220/GM, de 07 de novembro de 2000, e nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, nas quais os SRTs foram inicialmente organizados, estabelecem o cuidado extra hospitalar e a reintegração social como estratégia fundamental na assistência integral das pessoas que viveram muito tempo institucionalizadas, objetivando sempre a redução das internações em hospital psiquiátrico. De forma resumida, os princípios e diretrizes para o funcionamento deste dispositivo tem na Reabilitação Psicossocial o objetivo central e eixo condutor na construção destas políticas, executadas de acordo com um Projeto Terapêutico para cada sujeito.

Realizamos busca em base de dados utilizando o termo específico “serviço residencial terapêutico” e foram encontrados 45 artigos. Foi selecionado o filtro para serem exibidos apenas artigos, além de terem sido desconsiderados aqueles repetidos. Foram exibidos artigos dos anos 2008 a 2020, sendo que o ano de maior número de publicações foi em 2013. Em 2019 e 2020 os artigos tratam de temas diferentes daqueles vistos nos anos anteriores (mas ainda relacionado à dispositivos de moradia), principalmente relacionados à loucura na atualidade envolvendo discussões relacionadas às minorias, à população pobre e de negros, e de interlocução entre sofrimento/doença mental e o contexto judiciário, em decorrência do aumento expressivo da população carcerária no Brasil.

O Quadro 1 mostra as temáticas abordadas nos estudos, bem como o ano de

publicação.

QUADRO 1- TEMÁTICA DOS ARTIGOS E ANO DE PUBLICAÇÃO

TEMÁTICA DOS ARTIGOS ENCONTRADOS	TOTAL
Manejo e práticas de cuidado no SRT	5
Processo (reabilitação psicossocial, reinserção social, desafios na implantação do SRT)	12
Conceitos e teorias aplicados ao SRT (Winicott, oficinas terapêuticas, psicanálise, acompanhante terapêutico)	5
Moradores dos SRTs (rede social, história de vida, compreensão sobre cuidado e saúde, perfil e determinantes de internações, acolhimento à experiência da crise, trajetórias realizadas no território)	11
Cuidadores/profissionais que atuam nos SRTs (processo de trabalho, percepção e dificuldades do trabalho, conhecimento da rede de saúde mental)	5
Outros (processo de pesquisa sobre SRT, loucura na atualidade, interlocuções entre direito e psicologia, inserção de profissionais do CAPS no SRT, sofrimento mental na escola)	7
ANO DAS PUBLICAÇÕES	TOTAL
2008	1
2009	3
2010	3
2011	2
2013	8
2014	5
2015	1
2016	4
2017	4
2018	5
2019	4
2020	5

Fonte: elaborada pela própria autora a partir da revisão de literatura

Dos 11 artigos que tiveram como foco central os moradores dos SRTs, 7 deles tiveram como objeto principal de investigação aspectos relacionados à rede social, a

compreensão do que é cuidado e saúde, e às trajetórias de vida destas pessoas; e utilizaram recursos metodológicos e de coleta de dados que permitiram a participação dos moradores, seja por meio da realização de grupos focais, entrevistas semiestruturadas e utilização de recursos diversos, como ecomapa, filmagens, entre outros. Os 4 estudos restantes apresentaram a perspectiva dos funcionários dos SRTs, dos familiares ou dos pesquisadores sobre aspectos da vida das pessoas que moram nestes dispositivos.

Ferreira *et al.*(2013), tiveram como objetivo conhecer a rede social de uma moradora de um SRT, e este estudo foi desenvolvido por meio de observações de campo, análise de registros em prontuários, confecção de ecomapa e Mapa Individual da Pessoa. Evidenciam o quanto a rede social de uma pessoa que mora em um SRT tende a ficar limitada aos serviços de saúde e o desafio de que suas relações possam ser tecidas em outros espaços sociais.

Pinheiro e Machado (2011) discutem os resultados obtidos no estudo que teve como objetivo acompanhar, por meio de filmagens, os trajetos percorridos pelos moradores dos dois primeiros SRTs do Estado do Espírito Santo em seu cotidiano, através do processo da cartografia. Evidenciam os encontros, construções e modos de existência em cada trajeto percorrido e refletem sobre as possibilidades da clínica no âmbito da saúde mental e os efeitos dos SRTs como facilitadores para o sujeito estar no mundo.

Kantorski *et al.* (2013) buscaram compreender as redes sociais e de serviços de moradores de 2 SRTs, através da Metodologia de análise de redes do cotidiano (MARES), na qual foi possível aos participantes refletirem e se apropriarem de suas experiências e identificarem saídas para os problemas por eles identificados neste sentido. Destacam as interações e as articulações dos moradores com o território, que contribuem para a sua reinserção social; e defendem que os novos dispositivos em saúde mental, tal qual o SRT, devem requerer novas formas de compreender, inferir e avaliar a produção de subjetividades.

A importância do SRT no processo de reconstrução de direitos e subjetividade das pessoas que moram nestes dispositivos é discutida por Santos *et al.*(2014). Este foi um estudo qualitativo, com caráter descritivo e exploratório, resultado de um trabalho de monografia e desenvolvido com dados de um projeto matriz mais abrangente. Foram analisados dados deste projeto (no qual foram utilizados a

observação de campo, entrevistas e grupo focal), de 16 moradores de 2 SRTs, um do tipo I e outro do tipo II, que estivessem relacionados à compreensão dos moradores sobre como é a vida no SRT e como a liberdade se materializa neste dispositivo. Destacam que a subjetividade dos sujeitos é produzida na experiência, nas trocas e na participação na diversidade da vida e concluem que os participantes do estudo conseguem produzir sua subjetividade, tanto no SRT quanto na comunidade em que vivem e que os mesmos consideram ter liberdade de ação e escolhas em seu cotidiano. Os autores concluem que, ao serem inseridos em um SRT, estas pessoas têm seus direitos humanos e de cidadania automaticamente garantidos. Ainda neste viés, em um desdobramento da mesma pesquisa matriz realizado por Santos *et al.* (2014) e Antunes *et al.* (2013) buscam conhecer as redes de socialização dos moradores de um SRT, utilizando o diário de campo de 4 pesquisadores e seus registros resultantes da observação participante realizada nesta pesquisa matriz, sobre o cotidiano dos moradores dos SRTs e sua rede social. Agruparam os resultados em 2 categorias de análise que foram: as estratégias do SRT para a reinserção dos moradores na comunidade e o entendimento desta vizinhança sobre a reabilitação psicossocial; concluem que o SRT exerce um papel ativo para a reinserção dos moradores dos SRTs, e que a comunidade em torno considera que o cuidado ofertado pelo SRT é a melhor opção para as pessoas com sofrimento psíquico. Esta pesquisa matriz mencionada, denominada “Redes que Reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)”, foi desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, juntamente com a escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e teve diversos desdobramentos ao longo de sua realização e contou com a participação de cinco municípios que possuíam SRT. Este fato pode explicar o grande número de artigos publicados no ano de 2013, conforme consta no Quadro 1.

Matos e Moreira (2013) tiveram como objetivo descrever o processo de reinserção social dos moradores de um SRT. Realizaram entrevistas semiestruturadas com os moradores de um SRT e os resultados foram classificados de acordo com as seguintes categorias: autonomia, poder de contratualidade e relacionamento entre os pares e a comunidade. Destacam que há muito a ser alcançado nestes aspectos, mas que o processo de inclusão social pode ter seu início

com os SRTs.

Massa e Moreira (2019) abordam em seu estudo a percepção dos moradores de um SRT sobre “saúde” e “cuidado à saúde” utilizando o grupo focal narrativo. Constataram que a rede de cuidado para eles, vai além do que é estabelecido pela RAPS, e abrange diversos espaços de trocas do território.

Guedes *et al.*, (2020) discutem a trajetória terapêutica de um usuário de saúde mental, principalmente relacionada à um conjunto de recursos de cuidado em saúde, que estão intrinsecamente relacionadas às redes sociais deste sujeito e do caminho que percorrerá a partir disso. Evidenciam a diferença do cuidado oferecido no SRT e o quanto isso pode mudar a trajetória de vida, experiências e possibilidades de uma pessoa. Também foram realizadas entrevista semi estruturada, observação e o acompanhamento de uma moradora de um SRT em diversos momentos de seu cotidiano, além da coleta das informações constantes no prontuário desta moradora e seu PTS no SRT.

Outros estudos destacam outras perspectivas sobre os dispositivos de moradia, como Fietz (2018) que aborda sobre a deficiência, práticas de cuidado e a luta de um coletivo de mães, por moradias assistidas para seus filhos adultos que possuem deficiência cognitiva. Defende que a moradia assistida deve ser compreendida para além de um simples dispositivo de moradia, devem ser compreendidos como possibilidade de cuidado não somente para aqueles que são seu público-alvo, como para seus familiares.

O cotidiano de moradores de um SRT foi investigado por Barros e Cortes (2017), a partir do recorte de uma tese de doutorado, na qual foi desenvolvido um estudo de caso, em que foi analisado o processo de reabilitação psicossocial de 6 moradores de um SRT tipo I. Os resultados foram agrupados na categoria empírica denominada “a vida cotidiana”, que é composta pelas subcategorias “a alienação da vida cotidiana” e “a superação da alienação da vida cotidiana”. Apresentam como resultado a evidente alienação do cotidiano que ainda é presente no SRT, principalmente por meio das formas de cuidado ofertados aos moradores destes dispositivos, e o quanto os profissionais destes locais podem favorecer ou não a alienação do sujeito através de suas práticas. Utilizam a Teoria do Cotidiano e a Reabilitação Psicossocial para auxiliar na discussão.

Por fim, Argiles *et. Al.* (2013) objetivaram conhecer as redes de sociabilidade

dos moradores de um SRT, a partir da percepção de funcionários deste dispositivo. O SRT desponta como possibilidade para a reinserção das pessoas com sofrimento psíquico na comunidade.

Torna-se evidente, por meio desta revisão, a importância de estudos que possibilitem a participação das pessoas que moram nos SRTs, considerando que dos 45 artigos, apenas 7 possibilitaram a compreensão da percepção que eles têm sobre aspectos do seu cotidiano, além do fato da maioria ter sido realizada com SRTs do tipo I. Também é importante ressaltar a necessidade de maior aprofundamento de reflexões sobre a vida cotidiana dos moradores dos SRTs e os processos de inclusão social nas diferentes regiões do país, visto a complexidade da vida cotidiana relacionada à diferenças culturais tão marcantes num país de dimensões continentais como o Brasil. Por isso, este estudo se propõe investigar o entrelaçamento das diversas áreas da vida destas pessoas, com suas relações, dificuldades, potencialidades e significados a partir, principalmente, da sua percepção e entendimento da própria vida cotidiana. Como se percebem neste novo contexto, fora do hospital psiquiátrico? Quais significados e afetos as atividades diárias assumem para estas pessoas? Quais são as dificuldades encontradas relacionadas ao poder contratual que abrange as trocas de bens, mensagens e afetos? Como está o acesso e a participação no contexto do território em que estão inseridas? Estas são algumas questões sobre as quais esta pesquisa se propõe debruçar. Primeiramente, faz-se necessário destacar as mudanças na legislação relacionadas a estes dispositivos e seus impactos para a melhor compreensão da situação atual dos SRTs no Brasil.

1.1 NO MEIO DO CAMINHO TEM MUITAS PEDRAS: MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E SEUS IMPACTOS NOS SRTS

Em 2017, houve algumas mudanças na RAPS e nos SRTs que foram estabelecidas na Portaria nº 3588, de 21 de Dezembro de 2017. A proposta de rever o arcabouço legal dos SRTs foi uma questão amplamente debatida por Furtado (2013), que naquela época já fazia a crítica sobre este dispositivo ao evidenciar que o SRT é a única iniciativa oficial voltada para as questões de moradia de pessoas com sofrimento psíquico grave no Brasil. Porém, tais mudanças indicam algumas alterações que demonstram estar destituídas do arcabouço teórico sobre os quais os

SRTs foram consolidados, e o que poderia representar um avanço, uma oportunidade de debate coletivo para a ampliação e diversificação destes dispositivos, tem representado a possibilidade de retrocesso. Nestas novas propostas relacionadas à mudança da Política Nacional de Saúde Mental, as noções de cuidado, acolhimento e saúde integral são claramente destituídas de seu real significado e daquilo que é feito na prática dos serviços da RAPS.

De forma geral, na Portaria nº 3588, a primeira mudança está relacionada ao limite de moradores do SRT tipo I, que passou a ser de 10 pessoas. Nesta Portaria, os SRTs I e II passam a ser definidos respectivamente da seguinte maneira:

“Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número” (BRASIL, 2017).

A partir disso, cabe a reflexão sobre a quantidade de moradores determinada para cada casa e o financiamento das mesmas. Independentemente das mudanças da quantidade de pessoas que podem ser acolhidas em um SRT do tipo I ou II, que atualmente tem como limite máximo o número de 10 pessoas, e o mínimo de 4 pessoas para o recebimento do financiamento governamental (conforme disposto na portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000), o fato é que na prática estas mudanças da portaria nº3588 dizem respeito simplesmente ao aumento do número de vagas no SRT, e não na composição das casas de acordo com as necessidades de cada sujeito. No caso dos SRTs II, por exemplo, essas mudanças apenas sobrecarregam o SRT e aumentam a sobrecarga de trabalho dos funcionários, pois como há a necessidade

de contratação de profissionais por parte do município para realizar cuidado e assistência 24 horas por dia nestes locais, entre outras situações que são de sua responsabilidade, estas exigências podem favorecer que os mesmos estabeleçam sempre os SRTs com o número máximo de moradores permitido na legislação para também otimizar trabalho e recursos municipais, sem considerar as necessidades dos sujeitos. É importante ampliar o acesso ao SRT, mas é fundamental que se mantenha flexível para se adequar às necessidades das pessoas que precisam deste dispositivo.

Outro fator indicativo de que apenas o aumento discreto de “vagas” em cada SRT não é o suficiente, está relacionado a estrutura e formato destes dispositivos no Brasil, que é dividido em 2 modalidades, do tipo I e do tipo II. Tem-se na estrutura estabelecida 2 tipos de residências terapêuticas, ambas para pessoas com transtorno mental grave que tiveram pelo menos 2 anos de internação. O fato é que as pessoas que se enquadram nestes quesitos, ou que por um conjunto de questões necessitariam deste dispositivo, são um grande contingente que em sua grande maioria, vivenciam além do transtorno mental grave, uma ou mais destas situações, a saber, uso abusivo de substâncias psicoativas, vida em situação de rua, vulnerabilidade social, entre outros. Há a necessidade de moradias diversas, com diferentes objetivos e com a possibilidade de mudanças, de acordo com a necessidade estabelecida em projeto terapêutico dos sujeitos, nos quais fosse possível ter o acesso a este dispositivo por um curto período, por exemplo, possibilitando assim o acesso a uma grande diversidade de pessoas que se beneficiariam deste dispositivo.

Experiências internacionais evidenciam inúmeras possibilidades bem sucedidas e diferentes arranjos ao tratar a questão da moradia para pessoas com sofrimento psíquico com os mais diversos níveis de funcionalidade. Por meio de estudo de revisão narrativa, Furtado (2013) analisa os SRTs implementados no Brasil a partir de reflexões baseadas em experiências internacionais, destacando fatores relacionados à ampliação e diversificação dos dispositivos de moradia nestes locais. Tanto no Canadá, quanto nos EUA, há a divisão destas moradias de acordo com a necessidade de maior ou menor supervisão de seus moradores, assim como os SRTs no Brasil, mas tem como diferencial a possibilidade de mudança de moradia conforme a necessidade da pessoa, além da existência ainda nos dias atuais, das famílias de acolhimento que influenciaram as experiências de Franco da Rocha e Juliano Moreira,

anteriormente mencionadas. Destaca como fator comum de dificuldade, destas experiências com as do Brasil, a sobrecarga de trabalho e falta de formação dos cuidadores.

Cortes (2015) também menciona em sua tese os dispositivos residenciais, porém, no contexto italiano e português, evidenciando a diversidade relacionada à estrutura e objetivos. No primeiro, relata a existência da modalidade de adoção de pessoas com sofrimento psíquico por famílias ou indivíduos (que pode ser subdividido de três formas, de acordo com o tempo de permanência: uma curta, de até 1 mês; uma média, de 2 a 5 anos; e uma longa, destinada a idosos para que fiquem até o final da vida); a outra modalidade possibilita a adoção diária ou por turnos; há modalidades de moradia para pequenos grupos por até 4 anos; há possibilidades de espaços semi-residenciais, onde as pessoas podem passar até 12 horas e onde são desenvolvidas habilidades para lidarem com imprevistos do cotidiano por meio de simulações de falta de luz, ou falta de algum item no preparo da refeição, entre outros. Em todos os casos, há uma equipe de saúde mental oferecendo respaldo e orientações de acordo com cada caso. Com relação à experiência portuguesa menciona que há três tipos de moradia: unidade de vida apoiada, com funcionários 24 horas por dia, para 8 pessoas, no máximo; Unidades de vida protegida, com apoio de técnicos em tempo parcial e unidades de vida autônoma, em que não há apoio de nenhum profissional.

Em todos os casos, fica evidente que as moradias também são classificadas de acordo com a autonomia e independência de seus moradores, como nos SRTs do Brasil, mas também se destaca a possibilidade de “avanço”, de uma perspectiva em aberto, da possibilidade de mudança de acordo com as novas necessidades do sujeito e uma possibilidade de graduação da conquista da autonomia. É o reconhecimento instituído, através das políticas públicas, de que há um por vir, que pode haver alguma mudança na autonomia das pessoas e de que a diversidade de moradias só traz benefícios à saúde mental da população que se utiliza destes serviços. Em meio a esta discussão sobre a necessidade da diversidade de dispositivos de moradia, é sempre fundamental a reflexão colocada por Saraceno (2001) para evitar o desvio daquilo que é o objetivo principal de tais dispositivos, que é a necessidade, e também o direito, que todas as pessoas têm de um lugar para viver, compartilhar e habitar, independentemente de sua condição.

“Custa, à psiquiatria, renunciar à ideia de um projeto total e controlado (ontem o manicômio, hoje o sistema das infinitas estruturas não-residenciais, semi-residenciais, residenciais, etc); custa , na verdade, pensar que se deve ‘somente’ facilitar a criação de lugares para viver, sem todavia se atribuir a autorização de programar tais lugares; e não custa somente à psiquiatria, mas também a tantas arquiteturas racionalistas, regularmente invalidadas no tempo da vida real de seus habitantes” (p.115 e 116).

A segunda mudança trazida pela Nova Política de Saúde Mental é de ordem conceitual, com a definição que este dispositivo é mais um elemento da RAPS, desvinculando seu objetivo como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. No texto antigo (Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000), os SRTs eram definidos como substitutos do hospital psiquiátrico.

“ Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental” (BRASIL, 2000, grifo da autora).

Com as mudanças da Portaria nº 3588, os SRTs deixam de ter o caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico e não há mais o atrelamento deste dispositivo ao descredenciamento dos leitos hospitalares, já que com estas mudanças o hospital psiquiátrico torna-se parte da RAPS. Passam então a ser definidos da seguinte forma:

“Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas

a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares” (BRASIL, 2017).

A terceira mudança relaciona-se à constituição do SRT, e está descrita na Nota técnica nº 11/2019, item 6.2, estabelecendo que

“ Estas unidades não necessitam ser células isoladas, periféricas; de acordo com o planejamento e projeto do gestor, podem constituir condomínios ou vilas terapêuticas, em comunidades urbanas, e até rurais, desde que garantidos os direitos básicos e inalienáveis dos moradores” (BRASIL, 2019, p.25, grifo da autora)

Desta forma, há um retrocesso na garantia de que os SRTs sejam inseridos no território e façam parte da diversidade ali existente; que não sejam formados “guetos” que favoreçam o estigma das pessoas que moram nestes dispositivos, possibilitando uma vida heterogênea e mais próxima da vida de qualquer outro cidadão, na medida do possível.

Neste mesmo documento, há também outra possibilidade de mudança com a sugestão de que seja realizada uma avaliação funcional dos possíveis ingressantes nos SRTs.

“A utilização de instrumento padronizado e validado deve auxiliar na uniformização da comunicação e na avaliação mais objetiva dos pacientes, ou seja, quantitativa do grau de independência do paciente em processo de encaminhamento para SRT, de forma a orientar o planejamento de ações por parte do gestor e equipe de saúde envolvidos no acolhimento” (p.27).

Em 2020 ressurgiu com força no país a discussão sobre mudanças, iniciadas em 2017, e que questionam décadas da Política Nacional de Saúde Mental, proposta pelo atual governo e apoiado por diversas associações médicas dentre elas, a

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que é uma entidade que representa a categoria dos psiquiatras no Brasil e tem como uma de suas finalidades o desenvolvimento de documentos que servem como referência para o que consideram “boa prática da saúde mental” no país. Tal embate está formalizado no documento denominado “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”, publicado em 2020. Porém, normativas e orientações do Ministério da Saúde, que corroboram com este viés, têm sido estabelecidas desde 2017 através da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e Resolução CIT nº 32/2017, de 14 de dezembro de 2017. Tais normativas implicaram em mudanças nos componentes da RAPS e nos paradigmas que fundamentam a compreensão de saúde, doença e sujeito em sofrimento. Desde então, a RAPS passou a ser constituída da seguinte maneira:

“A RAPS foi ampliada e desde então passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes (...) A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas” (BRASIL, 2019, p.3).

Dentre as principais mudanças relacionadas ao SRT, propostas neste documento da ABP, estão as propostas de que o financiamento e a responsabilidade destes dispositivos sejam da Assistência Social, além da inserção de duas novas modalidades de moradia, estas sim de responsabilidade da área da Saúde. Neste documento, o SRT é compreendido como um dispositivo cuja finalidade atende apenas a demanda de abrigo e suporte, e por isso, sendo de responsabilidade da Assistência Social, o acesso a este dispositivo seria ampliado. A moradia assistida seria uma nova proposta para a área da saúde, faria parte do nível terciário de atenção no programa de internação em unidades especializadas, destinado a pacientes com

autonomia, sem necessidades clínicas de internação e que não contam com o apoio da família. Outra proposta deste documento é destinada a pacientes com autonomia gravemente comprometida, com necessidade de cuidados paliativos de longa duração, cuja oferta de “cuidado” seria o Hospital de Retaguarda. Sendo assim, as pessoas com maior grau de comprometimento, atualmente direcionadas aos SRTs tipo II, teriam como única oferta de “cuidado” o hospital psiquiátrico.

Os SRTs são mantidos pelos municípios e financiados exclusivamente pela área da saúde, por isso, a proposta da participação conjunta no financiamento destes dispositivos, cuja interface abrange diversas áreas, é benéfica, principalmente se direcionada por discussões coletivas que contemplem as formas e possibilidades de ser realizado. O que não pode ser pauta de discussão é a possibilidade da existência de vidas dentro dos muros de uma instituição fechada, já que na referida proposta fica claro que a única oferta para as pessoas com maior grau de comprometimento, seja nos SRTs (que estariam sob a responsabilidade da Assistência Social, cujo público-alvo seriam pessoas com autonomia) ou nas moradias assistidas (que estariam sob a responsabilidade da Saúde, cujo público-alvo também seriam pessoas com autonomia) seria a do hospital psiquiátrico. Atualmente, tem-se como comparativo ao SRT em nível nacional, um programa de moradia vinculado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) chamado de Residência Inclusiva, criado para acolhimento de jovens e adultos, em situação de dependência. Diferentemente dos SRTs, foi idealizado a partir da ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Assistência Social (BRASIL, 2012). Os SRTs foram constituídos de forma a considerar apenas o SUS nos aspectos financeiros e de planejamento, mas como a questão da moradia é um tema bastante complexo, a inserção de outros setores como a Assistência Social, por exemplo, seria importante no avanço desta temática no país. Neste sentido, Amarante (2007) defende a importância da intersectorialidade e por isso reforça a necessidade da Rede de saúde mental articulada com o todo:

“Estamos falando do princípio da intersectorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e da saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da rede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes.” (p.86)

De forma resumida, segue o Quadro 2, que sintetiza os principais apontamentos discutidos sobre as mudanças propostas pela Nova Política Nacional de Saúde Mental referente ao SRT.

QUADRO 2- APONTAMENTOS DAS PRINCIPAIS MUDANÇAS DA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL REFERENTE AO SRT

DESCRIÇÃO DAS MUDANÇAS PROPOSTAS	APONTAMENTOS
<u>Estrutural</u> : limite de moradores do SRT tipo I, que passou a ser de 10 pessoas.	<u>Foco na ampliação das vagas</u> e não na composição das casas de acordo com as necessidades de cada sujeito.
<u>Conceitual</u> : definição do SRT desvinculado de seu objetivo inicial como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica.	<u>Retorno do hospital psiquiátrico</u> na RAPS. A vida e a participação na comunidade são retiradas da pauta de reflexão como único caminho para a construção de assistência e cuidado.
<u>Organizacional</u> : os SRTs podem constituir condomínios ou vilas terapêuticas.	<u>Favorecimento de “guetos”</u> : retrocesso que impossibilita a inclusão social.
<u>Avaliação</u> : utilização de instrumento padronizado e validado para auxiliar na uniformização da comunicação e na avaliação mais objetiva dos possíveis ingressantes.	<u>Desvio dos aspectos qualitativos</u> que são fundamentais na implementação e funcionamento de um SRT.
<u>Inclusões</u> : moradia assistida, destinado às pessoas com autonomia; e o “hospital de retaguarda”, para aqueles com autonomia gravemente comprometida.	Pessoas com <u>maior grau de comprometimento</u> , hoje destinadas ao SRT tipo II, teriam como única oferta de cuidado o hospital psiquiátrico.
<u>Financiamento</u> : financiamento pela Assistência Social.	Compreensão errônea de que os SRTs oferecem apenas <u>abrigo e suporte</u> aos seus moradores.

Fonte: Elaborada pela própria autora.

A percepção que a necessidade de moradia para pessoas com sofrimento psíquico grave envolve questões de saúde, sociais e de forma crescente as judiciais

(relacionadas a alguma infração penal, em que o infrator possui alguma condição psiquiátrica, e nestes casos são determinados o cumprimento de medidas judiciais em manicômios judiciários), mostra a pertinência de que o SRT e até, mais adiante, outras modalidades de moradia, sejam a pauta de interesse, discussão e financiamento de diversas secretarias. Importante lembrar que, não somente estes dispositivos são carregados de complexidade, como o próprio campo da saúde mental e da Atenção Psicossocial, que é composta pelas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural (Amarante, 2007).

“O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo” (AMARANTE, 2007, p.63).

O fato de não ter estas questões mencionadas na nota técnica, mostram que a complexidade que envolve o habitar não está sendo considerada nas novas normativas e orientações que direcionam o planejamento das ações do Ministério da Saúde, indicando assim, a descaracterização do habitar que envolve, para além do sujeito com suas limitações e necessidades, as relações com as outras pessoas, sua afetividade, a manutenção de vínculos, entre outros, afinal, são pessoas que habitarão e dividirão o mesmo espaço. Considerando essas questões, Furtado (2010) traz uma reflexão pertinente e ainda atual, por meio da constatação de que somente será possível avançar na complexidade deste tema com o reconhecimento destas contradições e com a investigação de como as pessoas que moram nos SRTs têm constituído sua subjetividade e inserção neste contexto. Como pôde ser observado, a construção, implantação, execução e consolidação deste dispositivo em um país de dimensões gigantescas e com diversidade cultural e econômica como o Brasil, traz consigo a noção da complexidade deste tema, somados com as leis e normativas que sofreram alterações atualmente, sendo mais um agravante da situação.

Tais questionamentos não implicam no não reconhecimento da evidente importância e avanço que a criação e a implementação dos SRTs geraram para as pessoas com sofrimento psíquico no Brasil, mas apontam a necessidade de continuidade e avanço da discussão e reflexão sobre este assunto. Sendo assim, tendo o conceito de cotidiano como condutor das reflexões desta pesquisa, faz-se

necessária a compreensão ampla do seu significado, e para tal, serão utilizadas as perspectivas da Terapia Ocupacional, da Teoria do Cotidiano de Agnes Heller e da Reabilitação Psicossocial, de forma que seja possível estabelecer interlocuções a partir dos resultados obtidos neste estudo.

1.2 COTIDIANO: DIVERSOS OLHARES

1.2.1 O cotidiano e a Terapia Ocupacional

O uso do conceito de cotidiano na terapia ocupacional configura-se como fator inovador ao trazer uma mudança teórico metodológica para a profissão, que inicialmente tinha um caráter mais individualista, de treinamento de atividades e mensuração de resultados, para uma compreensão de que individualidade e coletividade são indissociáveis. De que o próprio sujeito tem uma compreensão sobre sua vida cotidiana, e somados a isso, existem fatores culturais, sociais, históricos, subjetivos e de relações de poder que constituem o que pode ser definido como cotidiano (GALHEIGO, 2003). Para ela, essa mudança de paradigma constitui a ação da terapia ocupacional sob uma perspectiva crítica, pois funda-se “na retomada histórica e contextualizada do sujeito e sua inserção participante no coletivo” (p.108).

As atividades realizadas pelos sujeitos sempre foram direcionadoras e alvo do interesse da profissão. Na origem da Terapia Ocupacional, partia-se de um viés positivista, com foco nos hábitos e rotinas “normais”, quantificando, mensurando e padronizando o desempenho, com o objetivo de treinar e adequar o sujeito na normalidade. Partimos de treinamentos e exercícios de atividades de vida diária para a “ressignificação do cotidiano” (GALHEIGO, 2003).

Segundo Drummond (2007,p.31), a partir do século XXI se inicia o interesse da terapia ocupacional pelo conceito de cotidiano. “No mesmo período em que avançam os estudos sobre ciência ocupacional na literatura de língua inglesa, no Brasil se iniciava a discussão sobre o conceito de cotidiano.”

O estudo da ocupação desenvolvido por Mary Reilly, nos anos 1960 e 1970, nasceu da tentativa de unir o que era comum à prática da terapia ocupacional nas diversas áreas que foram surgindo naquela época devido à busca dos profissionais em especializar-se em diversas áreas. O objetivo era encontrar o elemento

direcionador que unia a prática da profissão independentemente da área de atuação. Com isso, a tendência desses modelos embrionários era tirar a doença como elemento principal das análises e práticas da terapia ocupacional e mudar o raciocínio clínico da profissão.

Os movimentos sociais e políticos iniciados naquela época, a compreensão de que o contexto que compõe a vida dos sujeitos é multifacetado e diversificado certamente justificam o interesse sobre o conceito de cotidiano iniciado neste período. Este interesse se refere à terapeutas ocupacionais que têm entendido a questão da vida cotidiana tanto teórico-conceitual como prática, que implica em “uma mudança na proposição teórica e metodológica da profissão” (GALHEIGO,2003).

Segundo ela, os estudos sobre o cotidiano foram evoluindo e ultrapassando um viés positivista ao começarem a incorporar conceitos como subjetividade, cultura, história e poder social para a sua compreensão. Questiona com isso, o próprio conceito de atividade na Terapia Ocupacional, que tem nas atividades de vida diária (AVD's) e atividades de vida prática (AVP's), um caráter a-histórico

“ Sendo utilizados de forma indiscriminada e descontextualizada nos livros e nas práticas de terapia ocupacional ao longo das décadas. Igualmente, em maior ou menor grau, pode-se afirmar que não incorporam a diversidade cultural e social na sua concepção” (GALHEIGO, 2003, p.107).

Leão e Salles (2016) ampliam a discussão do conceito de cotidiano como possibilidade para a discussão teórica interdisciplinar no campo da saúde mental e para a prática clínica.

A compreensão do cotidiano pode influenciar na proposição de práticas que se desenvolvem no território e pode facilitar que se alcancem alguns dos objetivos das intervenções em terapia ocupacional, como a inclusão social, a conquista de autonomia e a afirmação da singularidade dos sujeitos (LEÃO E SALLES, p.61).

A atuação do terapeuta ocupacional ultrapassa assim, a noção mecanicista do fazer para pensar nas atividades como parte na construção de um cotidiano significativo para o sujeito. Para estas autoras, o conceito de cotidiano aborda aspectos individuais e coletivos que possibilitam uma concepção crítica, histórica e contextualizada dos sujeitos. Para elas, “é justamente o distanciamento do território e

a alienação do cotidiano dos sujeitos o que caracteriza a lógica da segregação, negação de direitos e, portanto, de exclusão.” (p.72)

Carvalho e Netto (2007) aprofundam a questão da alienação do cotidiano no mundo moderno evidenciando o quanto a apropriação do ser humano no território em que vive é um fator de dificuldade para a sociedade como um todo, pois os espaços “livres” no território, como praças e ruas, não têm mais a concepção de espaços públicos e com isso, “O espaço deixa de representar segurança, liberdade, movimento, descoberta e expansão, para se transformar em elemento de confinamento” (p.45). Explicitam a ideia de espaço público como a apropriação do território pelas pessoas, de forma ativa, participante e coletiva. Um dos aspectos importantes por eles destacados neste processo, é com relação ao espaço/tempo e às relações interpessoais e o quanto estas são questões profundamente afetadas, pois para eles, o valor da liberdade individual que é característica da sociedade atual e da vida cotidiana moderna, superam a noção do coletivo, do comunitário, e isso gera isolamento e solidão. Esta perspectiva possibilita a reflexão do quanto as pessoas com sofrimento psíquico grave poderão ter dificuldade no uso e apropriação do território que vivem, já que esta é uma dificuldade da própria sociedade moderna.

Drummond (2007) refere que o uso do conceito de cotidiano tem aumentado nas pesquisas em terapia ocupacional, mas entende que há a necessidade de estruturação, investigação e pesquisa para que haja avanço na produção do conhecimento científico “Como a partir do estudo do cotidiano serão construídas formas de avaliação, mecanismos de intervenção e análises de resultados congruentes com tal suporte teórico?” (DRUMMOND, p.16).

Matsukura e Salles (2013) fizeram uma revisão sistemática da literatura sobre o conceito de cotidiano na Terapia Ocupacional. Evidenciam o aumento do uso do conceito de cotidiano na produção e no discurso da Terapia ocupacional como mudança teórica e metodológica da profissão; o uso do termo como contextualização histórica do indivíduo e a possibilidade de participação social direcionando a prática profissional e também, como um rompimento com uma interpretação médica e positivista em saúde. Começa-se a pensar além da “produção humana” e começa-se a pensar em “produção de vida”. Benetton (1996) coloca que apesar das diferentes teorias, métodos ou técnicas empregadas ao longo da história, a Terapia Ocupacional possui um caráter de especialidade, cuja ação visa o desenvolvimento de habilidades

daqueles que são excluídos da sociedade, para que consigam construir um cotidiano possível de viver e de serem incluídos. Neste sentido, este campo de conhecimento traz contribuições importantes para a compreensão das atividades humanas a partir da perspectiva do próprio sujeito, como das interlocuções com as esferas sociais, políticas e culturais envolvidas.

1.2.2 Teoria do Cotidiano: os elementos da cotidianidade na perspectiva de Agnes Heller

Como colocado na seção anterior, o cotidiano é um conceito que tem sido utilizado com frequência na produção brasileira da Terapia Ocupacional, cujo embasamento ocorre principalmente, em autores da filosofia. Agnes Heller é uma destas autoras e nos apoiaremos em sua Teoria do Cotidiano para fundamentar uma das perspectivas do conceito de cotidiano utilizadas nesta pesquisa, pois em seu percurso de vida estudou os componentes essenciais da vida cotidiana a partir da perspectiva marxista. Para ela, a cotidianidade é fruto específico de cada sociedade, de acordo com seu tempo e contexto. Desta forma, elencou elementos essenciais e formas de alienação do sujeito em seu cotidiano.

Seu pensamento ampliou a perspectiva da alienação existente até aquele momento, que era reduzida ao sujeito, para fatores culturais, sociais e políticos que, apesar de externos ao indivíduo, são impostos e pré-estabelecidos pelo momento histórico em que se vive. Trata-se da reflexão da alienação do cotidiano e não do sujeito alienado. Questão primordial para a compreensão, ainda não discutida em sua época, das novas práticas no cuidado das pessoas com sofrimento mental grave, que viriam acontecer com as reformas em saúde mental decorrentes desta mudança de paradigma.

Estas características tornam-se um desafio importante para pensar o cotidiano das pessoas que moram nas residências terapêuticas. Pois, quando o objetivo é a inclusão social espera-se justamente a apropriação do cotidiano, a construção coletiva, o pertencimento, a participação, o acesso, a liberdade, o movimento. O cotidiano como possibilidade de estar, criar e expandir, não somente dentro das casas, mas também no território em que está inserido.

Há alguns elementos necessários para que o homem seja capaz de viver na

cotidianidade. De acordo com Guimarães *et al.* (2002) estes elementos (hierarquia, heterogeneidade, repetição, espontaneidade, entonação, imitação ou mimese, probabilística, pragmatismo, economicismo, analogia, juízos provisórios, precedentes) são fundamentais para a compreensão do cotidiano para além do senso comum. O cotidiano é transformado de acordo com o tempo e contexto histórico; não é rotina, ou a simples repetição automática de ações no dia a dia, ou de um fazer sem sentido e individualizado.

Como é possível visualizar, os elementos da cotidianidade são aspectos diversos e atemporais, alguns acontecendo pela simples existência do sujeito, outros dependendo das relações estabelecidas e de situações externas ao sujeito que favoreçam sua existência. Sujeito individual e coletivo são indissociáveis nesta perspectiva.

A *hierarquia* é definida como a capacidade do sujeito estabelecer prioridade nas tarefas que executa, considerando o significado e a importância de cada uma delas. Para isso, é preciso que tenha uma consciência de si e do mundo, um “acervo” de vivências e aprendizados para que consiga definir suas prioridades. É um aspecto que é individual em sua escolha e decisão final, mas que traz fatores culturais e sociais em si que interferem neste processo.

A *heterogeneidade* é o elemento que evidencia a condição do ser humano, a pluralidade de cor, crenças, linguagem e cultura. Somos antes de tudo, diferentes uns dos outros e esta condição é estabelecida para o ser humano a partir de seu nascimento, porém, padrões (comportamento, beleza, entre outros) determinados pela sociedade e tempo histórico em que se vive orientam o sujeito para que se enquadre nestes limites formando grupos cada vez mais homogêneos.

O fazer de todos os dias, que são repetidos de forma automática, sem reflexão, possibilitam a existência da rotina. Portanto, a tendência natural que o cotidiano nos conduz é a de reprodução de formas de agir. O elemento *economicismo* tem relação direta neste aspecto, pois faz parte do processo de viver o cotidiano a acomodação de ações e pensamentos para que as atividades do dia a dia aconteçam de forma “automática”, sem reflexão pormenorizada de cada detalhe.

A *entonação* é a singularidade do sujeito expressa no cotidiano. É o que diferencia o ser humano um dos outros, através da forma de encarar o mundo, de lidar com as situações, a maneira que organiza e vivencia o ambiente, entre outros. Na

história da psiquiatria é sabido que ao longo dos anos, a tentativa de homogeneização através do uso rigoroso de normas de horário, uso de uniformes, entre outros recursos para controle dos corpos, era parte da estrutura de funcionamento desta instituição em uma tentativa de suprimir a singularidade do sujeito.

O aspecto social também se manifesta no cotidiano desde a infância, e a *imitação* surge como forma inicial de interação com o outro, que gera aprendizado sobre as relações sociais. A vivência e experiência de vida possibilita também ao sujeito um conhecimento peculiar do mundo, das relações e fornece indicativos que ele utiliza, baseados nesta experiência, de refletir a probabilidade de algo acontecer e de qual forma. Definido como *probabilística*, este é outro elemento do cotidiano que direciona o fazer humano e resulta no *pragmatismo* que é o resultado deste processo vivenciado ao longo dos anos que fornece contorno e características do que o sujeito vai compreender como realidade. A partir disso, estabelece comparativos entre situações atuais e situações semelhantes vividas, que foram bem sucedidas, para agir de forma parecida, esperando assim, o mesmo resultado benéfico obtido anteriormente. Este aspecto foi definido por Heller como *analogia*.

Os *juízos provisórios*, que são subdivididos em preconceitos e ultrageneralização, é outro aspecto da cotidianidade colocado por Heller e pode ser explicado como a forma como o sujeito classifica seus pensamentos como certos ou errados. É um elemento que é indissociável das questões sociais e culturais, e aprendidos pelo sujeito nas relações sociais. No primeiro há a existência de uma fé do sujeito sobre determinada situação, não há evidências concretas que justifiquem tal pensamento, mas que é mantido e alimentado nos grupos e nas relações estabelecidas pelo sujeito com estas pessoas que compartilham do mesmo pensamento. No segundo caso, da ultrageneralização, o pensamento é fundamentado em uma situação vivida que se assemelha com uma situação do passado, não há uma crítica considerando a especificidade da situação atual. Este pensamento direciona a ação do sujeito, que passa a ser baseada também nas ações *precedentes*, ou seja, na experiência vivida, e desta forma faz com que se aja sempre da mesma forma. Esta capacidade de universalizar situações de modo geral, para que se tenha conhecimentos e pensamentos pré-determinados sobre inúmeras situações da vida, o que nos possibilita “comparar” situações semelhantes e ter um direcionamento do que pensar ou fazer, além de conseguir compreender e avaliar o mundo. Neste

aspecto, é grande o risco de que tais juízos provisórios sejam cristalizados em pré-conceitos, que é o pensamento cristalizado a respeito de um determinado assunto.

Considerando tais elementos, é possível fazer uma reflexão ampliada sobre o conceito de cotidiano e fundamentar a compreensão e a análise dos resultados oriundos desta pesquisa. Portanto, tais elementos da cotidianidade necessitam ser vistos em seus aspectos micro e macro, de forma interligada “A cotidianidade, portanto, se dá no encontro do singular e do coletivo ao buscar a satisfação das necessidades pessoais e, também, das necessidades coletivas ” (GALHEIGO, 2003, p.108). Cada sociedade produz sua própria cotidianidade, pois produz e valida no comportamento e pensamento do homem seus padrões de comportamento, normas de conduta, satisfação de necessidades, conhecimento, cultura, entre outros.

Para Heller (1985) o viver na cotidianidade pressupõe então a capacidade de articular e vivenciar estes elementos na prática da vida, a cada dia, independentemente da época em que se vive já que as estruturas de funcionamento de tais elementos são atemporais, apesar do cotidiano se modificar a cada contexto histórico. “A vida cotidiana é a vida do indivíduo. O indivíduo é sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico ” (HELLER, 1985, p.20).

Quanto maior a capacidade de articulação e vivência dos elementos da cotidianidade, maior a “margem de movimento” experimentada pelo sujeito. De acordo com Heller os elementos da cotidianidade são formas que indicam a existência da diversidade e a fruição dos elementos da cotidianidade na vida, em um caminho oposto ao da alienação do cotidiano.

O estudo do cotidiano retoma a consciência e a responsabilidade de todo o coletivo neste processo, por isso, um avanço importante trazido pelos estudos de Agnes Heller, é justamente a compreensão complexa e social da ideia de alienação do cotidiano, que extrapola explicações simplistas, individuais e culpabilizatórias orientadas na ideia de alienação do sujeito. Tal contribuição pode ser utilizada para o estudo do cotidiano das pessoas que moram nos SRTs, no sentido de ampliação da compreensão do cotidiano desta população e de toda a complexidade que faz parte desta temática, já que a desinstitucionalização não diz respeito apenas ao sujeito que foi institucionalizado.

1.2.3 O cotidiano na Reabilitação Psicossocial

Faremos uma leitura sobre como o cotidiano é concebido nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial apresentada por Saraceno (2001). O cotidiano, nesta perspectiva, tem como sua parte constituinte primordial o território e as relações sociais. Saraceno (1996) define a Reabilitação Psicossocial como uma abordagem e estratégia que reflete a necessidade e exigência ética para tratar da temática da saúde mental. O cotidiano, nesta perspectiva, aparece como um complexo emaranhado do qual é constituído por diversos cenários e em cada um deles, (o trabalho, a escola, a casa, entre outros), é possível ao sujeito exercer diferentes papéis, com diferentes valores sociais.

O cotidiano engloba a diversidade de cenários que para Saraceno, podem ser divididos em 3 principais eixos: habitat, rede social e trabalho com valor social. Em cada um deles, há a necessidade de que sejam exercidos papéis diferentes. O cotidiano neste sentido, é permeado pela mudança, trocas e interações de cenários contínuas, já que ao mudar de cenário (com suas regras, valores e possibilidades), a pessoa muda de papel para conseguir caminhar neste novo cenário. Além da diversidade que se estabelece no cotidiano, há outro aspecto fundamental nesta perspectiva que é, em maior ou em menor grau, a possibilidade de mudança. É possível às pessoas (em condições normais) mudarem de emprego, de escola e lidarem com o ônus e bônus de cada escolha. Isso é definido como “capacidade contratual”, que nada mais é que estar, de fato, incluído e em contantes interações na sociedade.

É importante diferenciar inclusão social de integração social. A integração pressupõe a possibilidade de fazer parte do coletivo, porém, é um esforço unilateral de adequação da pessoa com algum “desvio”, “anormalidade”, para caber na estrutura enrigecida da sociedade; aqui tem-se o olhar da falta. Inclusão é um processo complexo e de esforço coletivo, que pressupõe mudanças para a eliminação de barreiras para que todos tenham as suas necessidades atendidas, apesar das diferenças e limitações que são inerentes a todos os seres humanos, aqui tem-se o olhar da diversidade; e isso é um grande desafio (LEME e FONTES, 2017). Assim, o processo de acesso/fruição, ação, trocas e de poder contratual indica que uma

pessoa está incluída na sociedade.

No caso daqueles que moram nos SRTs, é necessária uma re- integração, já que ficaram afastados por décadas da vida em sociedade, mas também de inclusão social. Esta reintegração se inicia com a possibilidade destas pessoas estarem em uma casa, fora do hospital psiquiátrico; mas que só se efetiva como inclusão social, através da eliminação de barreiras (culturais, físicas, arquitetônica, entre outros) das trocas que serão estabelecidas com a comunidade onde vivem, apesar de suas diferenças. De acordo com Saraceno (2001), a reintegração daqueles com transtorno mental grave à sociedade só poderá ocorrer por meio do resgate do poder contratual destas pessoas; e a conquista inicial desta etapa é dada pela desospitalização, que implica não apenas a noção da conquista concreta de uma casa, mas a apropriação e ativação dos aspectos material, afetivo e simbólico ligados ao habitar e todas as possibilidades que isso envolve. Esta perspectiva é fundamental para a compreensão da diferença entre desospitalização e desinstitucionalização, e no entendimento da importância que este aspecto tem quando se trata daquelas pessoas que moram nos SRTs, já que o acesso que têm para uma vida fora do hospital começa na casa.

O avanço, para aquilo que pode ser considerado como inclusão social, se inicia com o que Kinoshita (1996) explica sobre o poder contratual. Para ele tal condição acontece somente nas relações de troca (de bens, de mensagens e de afetos), considerando que cada indivíduo tem um valor previamente atribuído para si dentro do campo social e que a “loucura” traz um caráter negativo para este valor, por isso o desafio que se impõe é complexo.

Algo importante trazido por Pitta (1996), é que na Reabilitação Psicossocial, justamente por conta da sua compreensão de cotidiano, pressupõe que o cuidado não se refere à “técnicas específicas para populações específicas”, e sim, de uma atitude que implica ação, compreensão e cuidado que engloba toda esta complexidade. Assim, pode-se concluir que a perspectiva da Reabilitação psicossocial é justamente a valorização de uma postura ética, que pressupõe o reconhecimento da importância de toda a diversidade da vida e que deve guiar a compreensão dos sujeitos, a criação das políticas, os modos de cuidado, os serviços/assistência oferecidos às pessoas com sofrimento psíquico.

Assim, o cotidiano nada mais é que a possibilidade de viver a vida “comum” em todas as suas sutilezas: “Dormir, comer, amar, caminhar, falar, trabalhar: tudo isso é

a nossa vida cotidiana, a grandiosa banalidade de viver, trocando afetos e mercadorias” (SARACENO, 2001, p.115).

1.2.4 Possíveis interlocuções: tecendo a trama do cotidiano nos SRTs

A Terapia Ocupacional, a Teoria do Cotidiano de Agnes Heller e a Reabilitação psicossocial demonstraram ter conexões importantes, que podem servir de subsídio para o entendimento ampliado de cotidiano. Principalmente quando se trata do cotidiano das pessoas com sofrimento psíquico grave, são estabelecidas métricas, padrões de normalidade e processos de normatização, comparativos e estigmatizações, comportamento de tutela e/ou descrédito que tendem a impedir a inclusão social destas pessoas e a experimentação da vida na complexidade do cotidiano.

A interlocução destas três perspectivas indica um caminho, principalmente para espaços híbridos, como os SRTs, que mesclam a assistência e a saúde com o morar e que muitas vezes podem ser estruturados como se houvesse apenas duas possibilidades de se viver o cotidiano: dentro da normalidade (com autonomia), ou na anormalidade (com tutela, assistência), no caso daqueles que são desviantes seja pela doença mental, pela condição de vulnerabilidade, pelas limitações físicas, entre outros. Tal caminho, representado por estas três perspectivas expandem a noção de cotidiano como um processo complexo.

Na Terapia Ocupacional, a qual tem o fazer humano como campo de estudo, a ação do sujeito no mundo e seus significados diversos é evidenciada e privilegiada; o cotidiano é entendido como um processo que pode ser conquistado, adaptado, graduado e assim vivenciado com autonomia e independência, dentro do desejo e do que for possível ao sujeito.

A Teoria do cotidiano, com a percepção do cotidiano como um conjunto de fatores dinâmicos e fluidos que transpassa os aspectos sociais, culturais e econômicos envolvidos na vida das pessoas, traz como importante contribuição a possibilidade de reflexão da alienação do cotidiano e não da alienação do sujeito. Nesta perspectiva, compreende-se que para se viver o cotidiano é necessária a apreensão e a apropriação dos objetos, da linguagem, das regras e dos instrumentos. Por isso, a dificuldade em se pensar no cotidiano das pessoas que por

limitações/dificuldades de aprendizagem, doença mental, deficiência física/intelectual, entre outros, não conseguem realizar este processo. Os conhecimentos e recursos da Terapia Ocupacional são importantes e necessários no auxílio destas dificuldades.

Por fim, a Reabilitação Psicossocial que evidencia a cidadania para todos como parte fundamental do cotidiano, cuja postura ética deve fazer parte das práticas profissionais e também da construção das políticas públicas de cuidado, valorizando a importância das relações sociais e das trocas efetivas realizadas entre as pessoas.

No levantamento bibliográfico realizado neste estudo, é possível analisar que os SRTs têm grande potencialidade de oferecer possibilidades de cotidianos plurais simplesmente por ser um dispositivo estabelecido em um território (o que possibilita maior chance para experiências de troca), mas que se efetivam com o auxílio e estímulo dos profissionais que atuam nos SRTs. Neste sentido, os profissionais do CAPS, mas principalmente aqueles que trabalham diretamente nos SRTs, têm um papel fundamental, pois representam as relações primárias e rotineiras destas pessoas que, após muitos anos institucionalizadas, terão a possibilidade de estabelecer relações de troca com o mundo novamente. Esse processo se inicia no SRT e deve se expandir para a comunidade em que está inserido.

A seguir apresentamos o Quadro 3, criado pela pesquisadora deste estudo organizado com base nos conceitos da Agnes Heller e nas contribuições desta temática abordada por Guimarães *et al.* (2002), que sintetiza seus principais aspectos e objetiva articular estes conhecimentos com o campo da Terapia Ocupacional, ao relacionar os elementos da cotidianidade à ação humana e às condições do sujeito para que consiga realizá-las ou não; sendo este último aspecto uma contribuição resultante das reflexões desta pesquisa: dos 12 elementos destacados, os elementos *repetição* e a *imitação* estão intrinsecamente relacionados ao sujeito e sua capacidade cognitiva e/ou física, mas que são passíveis de execução com o uso de adaptação, recursos terapêuticos e recursos de tecnologia assistiva; já os elementos *heterogeneidade* e *entonação* são pré condições da existência de todos os sujeitos, independentemente de qualquer limitação, mas que podem ser “perdidos”, “mascarados” por poderes coercitivos, normativas, punições. O restante, está totalmente relacionado ao aprendizado adquirido por meio da possibilidade de acesso às experiências da vida, que para além do estar na sociedade, pressupõe trocas e aprendizados decorrentes das relações sociais. Sendo assim, não é condizente o

argumento de que a existência de um cotidiano com todos estes elementos seja apenas para alguns.

QUADRO 3- ELEMENTOS DA COTIDIANIDADE

ELEMENTOS DA COTIDIANIDADE	FUNÇÃO NO COTIDIANO	CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO
HIERARQUIA	Estabelece prioridades de ação de acordo com o significado atribuído pelo sujeito e o grau de importância para ele das atividades a serem realizadas	Consciência de si (gostos, interesses, preferências, entre outros) e consciência do mundo (regras, normas, prazos, entre outros)
HETEROGENEIDADE	Evidencia a condição da pluralidade humana.	Basta a existência do sujeito para a ocorrência deste elemento, mas é preciso que haja condições diversas para a sua execução
REPETIÇÃO	Favorece ações automáticas que possibilitam o economicismo	Capacidade cognitiva ("normal" e/ou com uso de recursos de adaptação ambiental) e rotina
ECONOMICISMO	Favorece a acomodação de ações e pensamentos para que as atividades do cotidiano sejam realizadas de forma automática, mais rápida e eficiente pelo sujeito	Rotina
ESPONTANEIDADE	Possibilita ações improvisadas de acordo com a situação vivida.	Autonomia, liberdade
ENTONAÇÃO	Valida a unicidade e singularidade do ser humano marcando suas diferenças	Basta a existência do sujeito para a ocorrência deste elemento
IMITAÇÃO OU MIMESE	Assimilação das relações sociais através da imitação	Em condições esperadas do desenvolvimento saudável basta a existência do sujeito.
PROBABILÍSTICA	Possibilita a ação e o pensamento baseado na realidade, na vivência prática, naquilo que foi realizado (seja bem ou mal sucedido), mas que fornece indícios para o sujeito do que pode dar certo ou errado	Vivência, experiência
PRAGMATISMO	Possibilita a ação fundamentada na realidade.	Conhecimento de mundo
ANALOGIA	Aproveitamento de um procedimento que foi bem sucedido/resolvido para determinar a ação do sujeito diante situações semelhantes	Vivência, experiência
JUÍZOS PROVISÓRIOS (preconceito e ultrageneralização)	Auxilia o sujeito a classificar seus pensamentos, como certos ou errados. Divide-se em preconceito e ultrageneralização. O primeiro é o pensamento imutável, baseado na fé, é a crença por si sem uma fato que o justifique. O segundo advém de um pensamento cuja justificativa baseia-se em uma experiência vivida tornando-se parâmetro para situações semelhantes	Vivência, experiência e convivência com grupo que compartilham do mesmo pensamento
PRECEDENTES	Fornece indicativos baseados em ações anteriores e gera reprodução da mesma ação. Gera a rotina, o mesmo fazer de todos os dias, a acomodação e a permanência	Vivência, experiência

Fonte: elaborada pela própria autora fundamentada nos conceitos de Agnes Heller e nas contribuições sobre esta temática abordada por Guimarães *et al.* (2002).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Compreender a percepção de moradores dos serviços residenciais terapêuticos sobre o seu cotidiano.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o histórico de internações, social e de institucionalização dos participantes;
- Investigar a relação dos elementos do cotidiano e a vida no serviço residencial terapêutico, a partir da percepção dos moradores destes serviços;
- Investigar fatores limitantes para o exercício da autonomia, a partir da percepção dos moradores destes serviços.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e documental dividida em 2 fases, a primeira constituída pela coleta de dados documentais e a segunda realizada por meio de entrevistas com os participantes.

Para Prodanov (2013), a classificação da forma como será analisado o problema ou fenômeno determina a metodologia qualitativa ou quantitativa. A abordagem do problema nesta pesquisa considera a estreita e dinâmica relação entre os sujeitos e o mundo, tem como objeto de pesquisa fenômenos que não podem ser quantificáveis e que consideram o contexto para a sua compreensão, portanto, é qualitativa.

De maneira complementar, Gil (2002) descreve que a classificação da pesquisa pode ser feita considerando seus objetivos gerais e a forma como o pesquisador confrontará a teoria com os dados da realidade, que nesta pesquisa podem ser definidos como exploratória e documental, respectivamente. Para ele, a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar uma maior aproximação com o problema que se propõe investigar, conseguindo desta forma obter uma aproximação conceitual e teórica ao considerar as diversas variáveis sobre determinado assunto. Já a classificação como documental diz respeito ao delineamento da pesquisa e indica a forma como os dados serão coletados e analisados, que nesta pesquisa foram feitos através de documentos e entrevistas.

A proposta inicial era realizar uma pesquisa participativa, com a realização de entrevistas, investigação documental em prontuários, grupo de atividades e diário de campo como forma de coleta de dados, mas precisou ser adaptada tendo em vista a situação de isolamento social em função da pandemia da COVID-19.

A primeira fase do estudo foi constituída por coleta de dados a partir dos relatórios, documentos e outras informações encontradas nos prontuários localizados no CAPS do município onde o estudo foi realizado e teve como objetivo a caracterização dos participantes. Na segunda fase foram realizadas entrevistas com o objetivo de identificar e compreender como eles percebem seu cotidiano e como têm vivido suas vidas nos SRTs.

3.1 CAMPO DA PESQUISA

Na década de 70, a região de Sorocaba (Sorocaba, Piedade, Salto de Pirapora, Itapetininga, Pilar do Sul, São Roque) tornou-se um dos maiores polos manicomiais do Brasil com a inauguração de diversos hospitais psiquiátricos. Em 2011, após a divulgação dos dados sobre o elevado número de mortes nos manicômios da região de Sorocaba, houve ampla repercussão na mídia e início de fiscalizações in loco para verificar irregularidades, evidenciando, por fim, efetiva violação de direitos humanos (GARCIA, 2012).

Em decorrência disso, em dezembro de 2012, foi assinado o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) entre representantes do governo federal, estadual e dos municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade com o objetivo de adequar a assistência aos pacientes com transtornos mentais, garantir a criação da rede de atenção psicossocial e iniciar o processo de desinstitucionalização das pessoas que moravam nos 7 hospitais psiquiátricos da região (MPF, 2012). De acordo com Cayres *et al.* (2015) tratou-se do primeiro TAC tripartite da área de saúde mental, envolvendo as três esferas do governo.

A cidade de Sorocaba possui uma população de 679.378 habitantes e conta com 8 CAPS (3 CAPS III, 3 CAPS ij, 2 CAPS AD) e 40 serviços residenciais terapêuticos com 360 moradores no total; Salto de Pirapora com 40.132 habitantes, 1 CAPS II, 1 Centro de Atendimento integrado à criança, 4 SRTs, com 37 moradores no total; Piedade possui 52.143 habitantes, 1 CAPS II, 1 ambulatório de saúde mental e 3 SRTs, com 30 moradores no total (SECRETARIA DE SAÚDE DE PIEDADE; SECRETARIA DE SAÚDE DE SOROCABA; SECRETARIA DE SAÚDE DE SALTO DE PIRAPORA, 2019).

A pesquisa se deu em em um município da região de Sorocaba, em 3 SRTs do tipo II das 4 existentes, sendo que todas são do tipo II. Todos os moradores chegaram nos SRTs pelo processo de desinstitucionalização, decorrente do TAC. A escolha dos SRTs se deu por conta dos critérios de inclusão dos participantes estabelecidos nesta pesquisa, por isso um dos SRTs foi descartado já que nenhum de seus moradores se incluía nestes critérios. Além disso, a escolha se deu por conveniência da pesquisadora, já que atua como terapeuta ocupacional no CAPS II deste município e, em decorrência disso, acompanhou o processo de desinstitucionalização dos

moradores dos quatro SRTs e atua nas propostas do CAPS II para a atenção e cuidado das necessidades e interesses destas pessoas.

Todos os SRTs são mantidos através de verba federal e gerenciados pelo município, tendo como suporte uma empresa contratada (que terceiriza cuidadores, enfermeira e técnicos de enfermagem), e da equipe do CAPS II, que conta com funcionários concursados (assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeira e técnico de enfermagem). Estão localizadas em região central da cidade, próximo de comércios em geral.

Após 4 anos da implantação do primeiro SRT neste município, é importante saber como estas pessoas têm vivido suas vidas fora do hospital psiquiátrico, se realmente este novo modelo de moradia e de atenção tem alcançado os objetivos estabelecidos na legislação da reforma psiquiátrica.

3.2 PARTICIPANTES

Foram convidados para participar da pesquisa os moradores de quatro SRTs do município onde o estudo foi realizado. Como critérios estabelecidos para a participação nesta pesquisa era preciso que respondessem por si (não fossem curatelados), que fossem independentes nas atividades de vida diária, com comunicação verbal preservada, que aceitassem participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, participaram do estudo 8 moradores de três dos quatro SRTs existentes no município.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), tendo sido aprovado em 23/03/2020, sob o parecer número 3.929.252 (ANEXO A1). Somente após a aprovação foi iniciada a coleta de dados.

3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a primeira fase do estudo, foi realizado um estudo documental com a investigação dos documentos, relatórios e outras informações contidas nos prontuários de cada participante. Para isso, a pesquisadora estabeleceu quais informações seriam relevantes para este estudo e desenvolveu o Formulário de Informações Pessoais (Apêndice1) que orientou a coleta de dados. Neste formulário constavam informações referentes aos dados pessoais, histórico de internações/institucionalizações e dados sociais.

Para a segunda fase do estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que seguiram um roteiro pré-estabelecido pela pesquisadora (Apêndice2) elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa e a partir de uma revisão de literatura. O roteiro de entrevista foi elaborado com seis blocos de perguntas abertas, que foram feitas como guia: bloco 1 (sobre a vida no SRT), bloco 2 (o que o SRT representa na vida), bloco 3 (o que as atividades e as relações representam na vida), bloco 4 (a vida no SRT e no hospital psiquiátrico), bloco 5 (vínculos familiares/afetivos), bloco 6 (vida atual no contexto do coronavírus). Também foi utilizado como instrumento de coleta de dados o diário de campo que, de acordo com Oliveira (2014), é compreendido como um instrumento que auxilia nas descrições, interlocuções e anotações realizadas ao longo da pesquisa.

“Assim, construímos o diário de campo para ser o lugar de registro dos movimentos, das leituras, dos tempos, espaços e das observações que ocorrem/ocorreram, enfim, do que (...) vimos, ouvimos e vivemos.”
(p.71)

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os procedimentos de coleta de dados da primeira fase se deram por meio da consulta aos prontuários dos participantes. Tais dados foram selecionados e organizados no Formulário de Informações Pessoais, que foi feito em planilha do Excel.

Em relação à segunda fase, desde abril de 2020, devido à pandemia da COVID-

19, a entrada nas residências terapêuticas passou a ser restrita apenas aos funcionários de cada casa e em situações de emergência. Desta forma, a alternativa mais viável foi realizar entrevistas online para dar início na coleta de dados. Além disso, o grupo de atividades que seria desenvolvido com os participantes tornou-se inviável já que seria realizado presencialmente ao longo de vários encontros.

Para executar a etapa de entrevistas optou-se por vídeo chamada pelo WhatsApp, pois é o recurso mais comum utilizado entre as pessoas, e como isso seria feito utilizando os celulares das funcionárias dos SRTs, a intenção era utilizar aplicativos que já estivessem instalados em seus dispositivos. A escolha por vídeo também foi decisiva para que a interação durante a entrevista fosse o mais próximo da realidade possível.

Como apenas um participante da pesquisa tem celular, e todos os outros desconhecem ou têm dificuldade em manusear tais recursos, foi preciso contar com a colaboração das funcionárias dos SRTs na disponibilização de seus celulares para a realização das entrevistas, posicionar o mesmo para encontrar, dentro de cada casa, o local mais adequado e com sinal de internet.

Após o aceite das funcionárias em disponibilizar seus celulares e assessorar os moradores de cada casa em participar da pesquisa, foi definido o melhor dia e horário para cada entrevista.

A duração máxima de cada entrevista foi de 1 hora. Foi utilizado o aplicativo Free Sound Recorder para a gravação do áudio durante a realização das entrevistas. Em seguida, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados oriundos da pesquisa documental foram analisados de forma descritiva. Foi utilizada a análise de conteúdo para o tratamento dos dados produzidos por meio das entrevistas. Considerando que o conteúdo da investigação perpassa os campos da objetividade e subjetividade de cada participante, faz-se necessário um método que analise o conteúdo produzido por esta dupla leitura. Os codificadores utilizados foram linguísticos (oral) e o conteúdo organizado por temas.

Este processo foi dividido em 3 etapas, como recomendado por Bardin (1977):

1. Pré-análise: Fase de organização do material oriundo das entrevistas.
2. Exploração do material: análise e categorização dos temas, símbolos emergidos ao longo do processo, fazendo referência ao contexto em que acontecem. Temas e questões importantes relacionados ao cotidiano dos participantes da pesquisa.
3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: análise da incidência, presença ou ausência, intensidade dos temas destacados pelos participantes da pesquisa. Variável de inferência: diversidade de contextos que fazem parte do cotidiano. A importância afetiva atribuída em cada contexto (lugar, objeto, pessoas, rotina).

As anotações do diário de campo foram organizadas e complementaram a análise e discussão dos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados os resultados da 1ª fase do estudo que abrangem toda a investigação documental que foi realizada no período de março a junho de 2020. Serão apresentados por meio de Quadros que mostram dados que auxiliam na caracterização dos participantes deste estudo e se distribuem da seguinte forma: Quadro 4- Caracterização dos participantes; Quadro 5- Histórico de internações/institucionalizações e Quadro 6- Histórico social. Os dados documentais foram coletados nos prontuários de cada participante que estavam arquivados no CAPS. Em seguida, serão apresentados os resultados provenientes da 2ª fase do estudo, na qual foram realizadas as entrevistas com os participantes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Por meio da verificação dos prontuários dos participantes, que ficam armazenados no CAPS que é referência para os SRTs do local da presente pesquisa, foi possível caracterizar os participantes. É importante destacar que os relatórios de

alta do último hospital psiquiátrico em que estavam internados estão arquivados nos respectivos prontuários e também foram consultados para compor a coleta de dados. Para a garantia do sigilo das informações os nomes dos participantes foram substituídos e para cada um deles foi atribuído um nome fictício. Assim, são identificados como P1-João, P2- Rosa, P3-Maria, P4-José, P5-Jurema, P6-Ana, P7-Rita e P8-Cláudia. O Quadro 4 apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa.

QUADRO 4- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

PARTICIPANTE	GÊNERO	IDADE	ORIGEM	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO
P1-JOÃO	MASCULINO	28	SÃO BERNARDO DO CAMPO	SOLTEIRO	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (CURSANDO EJA)	NÃO CONSTA
P2-ROSA	FEMININO	69	NATIVIDADE DA SERRA	CASADA	NÃO ALFABETIZADA	NÃO CONSTA
P3-MARIA	FEMININO	57	PALMEIRA D'OESTE	SOLTEIRA	ALFABETIZADA	NÃO CONSTA
P4-JOSÉ	MASCULINO	61	SOROCABA	UNIÃO ESTÁVEL	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	APOSENTADO POR INVALIDEZ (EXERCIA FUNÇÃO DE PEDREIRO)
P5- JUREMA	FEMININO	60	SÃO PAULO	SOLTEIRA	NÃO CONSTA (PORÉM SABE LER E ESCREVER)	NÃO CONSTA (REFERE TER TRABALHADO COMO EMPREGADA DOMÉSTICA)
P6-ANA	FEMININO	83	SALTO DE PIRAPORA	VIÚVA	NÃO ALFABETIZADA	EMPREGADA DOMÉSTICA
P7-RITA	FEMININO	69	TATUÍ	SOLTEIRA	NÃO ALFABETIZADA	TRABALHADORA RURAL E EMPREGADA DOMÉSTICA
P8-CLÁUDIA	FEMININO	48	SÃO MIGUEL PAULISTA	SOLTEIRA	NÃO ALFABETIZADA	EMPREGADA DOMÉSTICA

Fonte: elaborada pela própria autora a partir da pesquisa documental

Entre as informações coletadas constantes no Quadro 4, é possível identificar que dos 8 participantes, 6 eram do sexo feminino, com idades de 48 anos, 57 anos, 60 anos, 69 anos, 69 anos, 83 anos e 2 do sexo masculino, com idades de 28 anos e 61 anos, assim, a idade variou de 28 a 83 anos. A maior quantidade de mulheres participantes deve-se ao fato de que, dos SRTs que compuseram o universo desta pesquisa, as mulheres são as que mais se adequaram ao critério de seleção estabelecidos. Como pode ser visto, 5 dos 8 participantes são idosos e refletem a realidade dos SRTs do município onde o estudo foi realizado, no qual a maioria são desta faixa etária; mas também evidenciam esta população, atualmente idosa, que acabou sendo esquecida dentro dos muros dos hospitais por muitos anos.

De acordo com Cayres *et al.* (2015), foi possível demonstrar através do censo realizado com moradores de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo, que quanto maior a idade, maior o tempo de internação psiquiátrica. No referido estudo, haviam ainda 4439 pessoas morando em hospitais psiquiátricos neste estado, sendo o maior percentual das pessoas a partir de 50 anos a 59 anos de idade, o que evidencia o quantitativo de pessoas que ainda aguardam a possibilidade de ter uma vida fora do hospital, e que já são idosas, ou estão próximos desta faixa etária.

Quanto ao estado civil, 1 é casada, 1 viúva, 1 união estável e 5 são solteiros. Todos são do estado de São Paulo. Dos participantes, 4 são não alfabetizados, 2 alfabetizados, 1 com ensino fundamental incompleto e 1 cursando o ensino médio no Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Com relação ao trabalho, 4 trabalharam como empregada doméstica (uma delas também teve experiência como trabalhadora rural), porém em caráter informal, não tendo registro e/ou acesso a nenhum direito trabalhista; 3 deles não relataram experiência de trabalho e apenas 1 participante trabalhava como pedreiro e foi aposentado por invalidez.

Há a constatação de três aspectos semelhantes e importantes que fazem parte da história de vida dos participantes e demonstram barreiras que aprofundam os mecanismos de exclusão social: o analfabetismo, a rede social escassa ou inexistente e a falta de acesso ao trabalho com garantia de direitos. Tais constatações sinalizam como a internação em hospitais psiquiátricos atendem muito mais a demandas oriundas de condições de desigualdades sociais, do que de cuidado em saúde.

Após esta caracterização inicial dos participantes, serão apresentadas as informações sobre as internações e institucionalizações vividas, conforme o Quadro 5 a seguir.

QUADRO 5- HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES/INSTITUCIONALIZAÇÕES

PARTICIPANTE	TEMPO TOTAL DE INTERNAÇÃO	PERÍODO DE INTERNAÇÃO	MOTIVO DA INTERNAÇÃO	DIAGNÓSTICO	OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES
P1-JOÃO	3 ANOS E 6 MESES	2012	DISTÚRBO DO COMPORTAMENTO E USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
		2013-2016	DISTÚRBO DO COMPORTAMENTO E USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	F20.0 (ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE) F06.2 (TRANSTORNO DELIRANTE ORGÂNICO)	REALIZADO RELATÓRIO DO SERVIÇO SOCIAL DO MUNICÍPIO EM 2013 SOLICITANDO QUE CONTINUASSE INTERNADO POR NÃO TER RESPALDO FAMILIAR. JÁ TINHA RECEBIDO ALTA.
P2-ROSA	34 ANOS	1982-1992	CRISE DE AUSÊNCIA	NÃO CONSTA	NÃO FEZ USO DE MEDICAMENTOS. NÃO TEVE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO OU CLÍNICO IMPORTANTE
		1992-2016	ENCAMINHAMENTO DE OUTRO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	F07.0 (TRANSTORNO ORGÂNICO DA PERSONALIDADE) F 99 (TRANSTORNO MENTAL NÃO ESPECIFICADO)	NÃO CONSTA
P3-MARIA	15 ANOS	2001-2016	PROVÁVEL ABANDONO SOCIAL	F20.5 (ESQUIZOFRENIA RESIDUAL)	TEVE DIVERSAS INTERNAÇÕES PREGRESSAS, PORÉM NÃO EXISTEM RELATÓRIOS.
P4-JOSÉ	11 ANOS*	1989, 2008, 2011, 2015	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	F10.2 (TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE ÁLCOOL)	TEVE DIVERSAS INTERNAÇÕES PREGRESSAS, PORÉM NÃO EXISTEM RELATÓRIOS.
P5-JUREMA	36 ANOS	1980-2016**	ENCAMINHADA DO CETREM (CENTRO DE TRIAGEM E REGULAÇÃO DO EMIGRANTE) EM SP.	F70.1 (RETARDO MENTAL LEVE-COMPROMETIMENTO SIGNIFICATIVO DO COMPORTAMENTO, REQUERENDO VIGILÂNCIA OU TRATAMENTO)	ESTEVE NA FEBEM ATÉ OS 16 ANOS. HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES APÓS SAÍDA DA FEBEM, PORÉM NÃO EXISTEM RELATÓRIOS.
P6-ANA	35 ANOS	1981-1985	ENCAMINHADA DO CETREM (CENTRO DE TRIAGEM E REGULAÇÃO DO EMIGRANTE) EM SP.	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
		1985-2016	IDEIAS DELIRANTES PERSECUTORIAS, AGITAÇÃO, AGRESSIVIDADE, DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO	F20.5 (ESQUIZOFRENIA RESIDUAL)	NÃO CONSTA
P7-RITA	41 ANOS	1975-2005	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO EXISTE RELATÓRIO DESTE PERÍODO
		2005-2016	ENCAMINHADA DE OUTRO SERVIÇO	F70.0 (RETARDO MENTAL LEVE-AUSÊNCIA OU COMPROMETIMENTO MÍNIMO DO COMPORTAMENTO)	NÃO CONSTA
P8-CLÁUDIA	25 ANOS	1991-2016	ENCAMINHADA DO CETREM (CENTRO DE TRIAGEM E REGULAÇÃO DO EMIGRANTE) EM SP.	F31.1 (TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR-EPISÓDIO ATUAL MANÍACO SEM SINTOMAS PSICÓTICOS) F07.9 (TRANSTORNO ORGÂNICO NÃO ESPECIFICADO DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO DEVIDO A DOENÇA CEREBRAL, LESÃO E DISFUNÇÃO) G40.8 OUTRAS EPILEPSIAS)	TEVE INTERNAÇÕES PREGRESSAS E PASSAGEM PELA FEBEM

* TEMPO TOTAL DE PERMANÊNCIA INTERNADO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CONSTA EM RELATÓRIO APENAS OS ANOS QUE FOI DADA ENTRADA NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, SEM DATA DE SAÍDA. CONSTA APENAS A SOMATÓRIA DESTES 4 PERÍODOS QUE É O EQUIVALENTE A 11 ANOS DE INTERNAÇÃO.

** APENAS PERÍODO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. NÃO CONSTA NOS RELATÓRIOS, NEM NO PRONTUÁRIO O PERÍODO QUE FICOU NA FEBEM.

Fonte: elaborada pela própria autora a partir da pesquisa documental

O tempo de internação em hospital psiquiátrico variou de 3 anos e 6 meses a 41 anos, sendo 2 participantes com histórico de passagem em outras instituições como a FEBEM, cujo período não foi computado por não constar relatórios destas instituições. Uma delas refere ter sido levada para a instituição ainda bebê. Dos participantes, 2 deles tiveram internações recorrentes em mais de um período e 6 deles foram internados por tempo ininterrupto, sendo apenas transferidos de um serviço a outro. Tal situação, de transinstitucionalização era muito recorrente entre as pessoas internadas em hospital psiquiátrico e foi apontada no censo realizado por Cayres *et al.* (2015) com a população de moradores dos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo.

O aspecto social foi um fator que prevaleceu entre os motivos de internação, já que de acordo com os relatórios analisados 6 dos participantes se encontravam em situação de rua no momento da internação, 1 deles estava sob os cuidados de vizinhos por não ter respaldo familiar e 1 deles foi internado de forma compulsória a pedido da família devido ao uso problemático de bebida alcoólica e comportamento agressivo. Relacionado à isso, é importante a observação referente ao diagnóstico emitido no momento da internação, mostrando que para 4 deles foi emitido um diagnóstico e para os outros 4 participantes não foi diagnosticado nenhum distúrbio, transtorno ou doença que justificasse a internação (1ª internação). Para estes, os diagnósticos foram atribuídos após anos de institucionalização, como pode ser visto nos casos de Ana, Rosa e Rita. João, apesar de não ter tido nenhum diagnóstico na primeira internação, tinha como justificativa apontada nos relatórios o distúrbio de comportamento e uso abusivo de substâncias psicoativas. Rita, por exemplo, foi diagnosticada em sua segunda internação como F70.0, que é retardo mental leve, com ausência ou comprometimento mínimo do comportamento, não sendo possível, então, identificar quais são os motivos da internação para além das questões sociais. Já Rosa nem ao menos fazia uso de alguma medicação durante sua primeira internação. Ou seja, é possível ter indicativos que as internações eram feitas sem ter, necessariamente, uma justificativa relacionada ao comprometimento e/ou agravo do quadro clínico dos internados.

Retrato semelhante da realidade das internações psiquiátricas foi abordado por Arbex (2013), demonstrando o quanto, para milhares de pessoas, o aspecto social foi

prevalente nas justificativas das internações psiquiátricas no Brasil.

“ Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar” (ARBEX, 2013, p. 21).

O aspecto social perpassa as relações e o acesso aos direitos de cidadania, que são fundamentais para a compreensão da trajetória destas pessoas que acabaram por ter suas vidas marcadas pela institucionalização decorrente, principalmente, da situação de falta, escassez, e/ou não enquadramento à normalidade, podendo esta situação ser assim entendida como vulnerabilidade social. No Quadro 6 a seguir, estão relacionadas informações referentes ao histórico social dos participantes que evidencia, através dos dados obtidos, o quanto essa vulnerabilidade pode ser analisada também pela precária ou inexistente rede de suporte social dos participantes, fato que contribuiu para a institucionalização. Além de evidenciar o quanto os programas governamentais (como o Programa de Volta para a Casa e o Benefício de Prestação Continuada) podem, de alguma forma, funcionar como instrumentos de diminuição das desigualdades sociais, que nos casos das pessoas com sofrimento psíquico, são imensas.

QUADRO 6- HISTÓRICO SOCIAL

PARTICIPANTE	VÍNCULOS FAMILIARES E AFETIVOS	AÇÃO DE INTERDIÇÃO	DOCUMENTOS PESSOAIS	RENDA	USO E ADMINISTRAÇÃO DO DINHEIRO
P1-JOÃO	IRMÃO	INTERDITADO DE 2013 ATÉ 2017	POSSUI	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA-PDVC (R\$ 412,00) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA-BPC (R\$1045,00)	ADMINISTRA O BPC SOZINHO. O PDVC FICA EM POSSE DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL COMO POUPANÇA
P2-ROSA	FILHOS E NETOS	NÃO POSSUI	POSSUI (DESDE 2018, APÓS SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO TARDIA DE NASCIMENTO. FOI INTERNADA SEM NENHUMA DOCUMENTAÇÃO)	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA-PDVC (R\$ 412,00) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA-BPC (R\$1045,00)	ADMINISTRA PARTE DO BPC QUE É ENTREGUE SEMANALMENTE PARA ELA. O PDVC FICA EM POSSE DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL COMO POUPANÇA
P3-MARIA	NÃO POSSUI	NÃO POSSUI	POSSUI	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA-PDVC (R\$ 412,00) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA-BPC (R\$1045,00)	ADMINISTRA PARTE DO BPC QUE É ENTREGUE SEMANALMENTE PARA ELA. O PDVC FICA EM POSSE DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL COMO POUPANÇA
P4-JOSÉ	FILHA E NETO	INTERDITADO DE 2009 ATÉ 2018	POSSUI	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ (R\$1200,00) PROGRAMA DE VOLTA PARA A CASA-PDVC (R\$ 412,00)	ADMINISTRA SEU DINHEIRO SOZINHO, APOSENTADORIA E PDVC
P5-JUREMA	NÃO POSSUI	NÃO POSSUI	POSSUI (DESDE 2018, APÓS SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO TARDIA DE NASCIMENTO. FOI INTERNADA SEM NENHUMA DOCUMENTAÇÃO)	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA-PDVC (R\$ 412,00) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA-BPC (R\$1045,00)	ADMINISTRA O BPC SOZINHA. O PDVC FICA EM POSSE DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL COMO POUPANÇA
P6-ANA	AMIGA	NÃO POSSUI	POSSUI	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA-PDVC (R\$ 412,00) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA-BPC (R\$1045,00)	AS FUNCIONÁRIAS DO SRT ADMINISTRAM O BPC. O PDVC FICA EM POSSE DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL COMO POUPANÇA
P7-RITA	NÃO POSSUI	NÃO POSSUI	POSSUI	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA-PDVC (R\$ 412,00) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA-BPC (R\$1045,00)	AS FUNCIONÁRIAS DO SRT ADMINISTRAM O BPC. O PDVC FICA EM POSSE DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL COMO POUPANÇA
P8-CLÁUDIA	MÃE E IRMÃOS	NÃO POSSUI	POSSUI. CERTIDÃO TARDIA DE NASCIMENTO FEITA EM 2020. SAIU DO HOSPITAL SEM NENHUMA DOCUMENTAÇÃO.	AUXÍLIO EMERGENCIAL COVID-19 (R\$ 600,00) PROCESSO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA EM ANDAMENTO	AS FUNCIONÁRIAS DO SRT ADMINISTRAM O AUXÍLIO EMERGENCIAL.

Fonte: elaborada pela própria autora a partir da pesquisa documental

O item referente aos vínculos familiares e afetivos diz respeito a contato ativo com amigos e/ou familiares. Não foram considerados os funcionários das residências terapêuticas, nem funcionários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), já que estas são relações que se estabelecem por meio da atuação profissional. Dos

participantes, 3 não possuem nenhum vínculo afetivo, 2 mantêm contato frequente (recebendo e fazendo visita aos familiares), 1 deles recebe visita anual de uma amiga e às vezes passa o período de festas na casa dela. O restante que mantém algum tipo de contato ou vínculo afetivo, realiza de forma esporádica, recebendo visita na residência terapêutica ou recebendo ligação telefônica. É possível refletir, a partir desta escassa ou inexistente rede social dos participantes, a importância não somente de suporte, mas também afetiva que os profissionais que trabalham nos SRTs podem ocupar no cotidiano das pessoas que moram nestes dispositivos.

Com relação à situação legal de responsabilização pelo gerenciamento da própria vida, 2 dos participantes já sofreram ação de interdição e tiveram os seus bens geridos por familiares ou pelo Poder Público durante este período. Um deles esteve nesta situação até 2017 e o outro até 2018. Em ambos os casos, os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial foram responsáveis pela abertura do processo de solicitação de revisão da interdição a pedido da Secretaria do Estado de São Paulo, responsável pelo acompanhamento do processo determinado pelo Termo de Ajuste de Conduta (TAC) estabelecidos no processo de desinstitucionalização.

Outro aspecto a ser destacado no Quadro 6 diz respeito aos documentos pessoais. Dos participantes, 6 receberam alta do hospital psiquiátrico e saíram para os SRTs com documento pessoal e 2 saíram sem nenhuma documentação pessoal, sendo necessário a solicitação de certidão de nascimento tardia para que fosse possível solicitar a 1ª via dos documentos básicos necessários para acessar o reconhecimento e direitos de cidadania. Por conta disso, 7 deles já recebem algum tipo de benefício social (sendo 1 deles aposentado por invalidez) e apenas 1 ainda aguarda o processo para recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Programa de Volta para a Casa (PDVC). Esta última tem recebido o auxílio emergencial COVID-19.

Quanto ao uso e administração do dinheiro, apenas 1 deles administra sua renda integralmente, considerando a somatória de tudo o que recebe (Aposentadoria e PDVC). Os outros participantes administram total ou parcial apenas um benefício, que é o (BPC) e o dinheiro referente ao Programa de Volta para a Casa (PDVC), de maneira geral, fica em posse da Coordenadora de Saúde Mental do Município sendo utilizado como uma “poupança” para a compra de algum item mais específico e de maior valor quando eles precisam e/ou solicitam. Uma característica referente a estes

benefícios, além da necessidade da prova de vida anual, é que o BPC precisa ser sacado da conta todos os meses, já que funciona como uma conta-salário; se não há movimentação no período de 3 meses o benefício é suspenso, sendo necessário dar entrada em todo o processo de solicitação do benefício novamente. Não é possível também fazer qualquer tipo de transferência para outra conta, mesmo que seja do próprio beneficiário, assim, todo o dinheiro referente a este benefício precisa ser sacado. O PDVC é recebido pelos participantes por meio de outro banco e funciona de forma diferente, pois não há essa necessidade do saque ou movimentação mensal sendo possível também utilizar o cartão na função de débito. Assim como no BPC, é necessário, para o recebimento deste benefício, a realização da prova de vida anual. Assim, a “poupança” mencionada diz respeito a este valor do PDVC que vai sendo acumulado e só utilizado em caso de necessidade, de forma que o dinheiro pode ser sacado ou o cartão utilizado na função de débito. Assim, 1 participante administra toda a sua renda sozinho, 1 dos participantes administra o BPC sozinho, 3 têm o benefício gerenciado pelas funcionárias da casa, pois referem não querer cuidar do seu dinheiro e o restante recebe e administra um valor em dinheiro que é entregue para eles semanalmente.

É consenso entre todos os moradores, um valor de R\$150 que é utilizado de forma conjunta para gastos coletivos da casa. Este dinheiro fica sob a guarda do funcionário do SRT que estiver de plantão e a cada troca de turno, o mesmo deve registrar no livro específico os gastos do dia (Anotações - diário de campo). Fica evidente o quanto a falta de autonomia é um aspecto central no cotidiano das pessoas que moram nos SRTs, e que o dinheiro é ainda um importante recurso de desinstitucionalização que acaba sendo sub-utilizado.

Lima e Brasil (2014) analisam o uso do dinheiro recebido dos programas PDVC e BPC, por moradores de 2 SRTs, identificando as contribuições destes benefícios na vida das pessoas. Apontam o quanto a falta de investimento governamental na Saúde acaba, por muitas vezes, desviando o uso deste dinheiro para gastos ou a compra de itens que deveriam ser de responsabilidade municipal, por exemplo, mas que acabam sendo custeados pelo moradores; assim, o objetivo principal destes benefícios, que é de favorecer maior participação e apropriação da própria vida pela pessoa, acaba sendo deixado em segundo plano.

É possível notar que, apesar da conquista obtida decorrente do acesso ao

dinheiro das pessoas que estão em processo de desinstitucionalização, é necessário avançar na discussão e efetivação de meios para ampliar a participação e autonomia destas pessoas. A educação permanente dos profissionais, que são os primeiros e principais interlocutores neste processo, pode ser um caminho inicial para isso.

Serão apresentados a seguir, os resultados oriundos da análise temática realizada nas entrevistas, por meio de categorias temáticas que emergiram deste processo.

4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos à Análise Temática (Bardin, 1977), tendo sido extraídos temas que foram reunidos e organizados em cinco categorias:

- A vida dentro da casa
- A vida no território
- Eu na vida
- O fazer na vida
- A vida e o futuro

4.2.1 A vida dentro da casa

Os resultados evidenciados nesta categoria dizem respeito a aspectos relacionados com a importância e significado dados pelos participantes ao SRT e as atividades de cuidado com a casa ali realizadas, além do uso e apropriação deste espaço que evidencia a subjetividade e o exercício da autonomia de cada participante, o relacionamento entre os moradores e como agem diante situações conflituosas dentro de casa.

De forma unânime, o SRT foi avaliado como um divisor, um marco, uma transformação benéfica na vida dos participantes. Alguns conseguiram elaborar de

forma mais crítica esta transformação e outros percebem de maneira mais genérica a sensação de estar em uma casa.

Aqui eu gosto de tudo, porque a gente já faz parte dela, a gente tem as coisas, a gente ocupa ela, né?. A gente cuida da casa (João).

[sobre como se sente morando na casa] *Ah, eu me sinto feliz (Jurema).*

É melhor. Ela significa eu dormir no meu cantinho, eu moro nela, eu gosto dela, ela é larguinha, só (Rosa).

[sobre o que mais gosta na casa] *Eu gosto do sol (Ana).*

É notável, por meio dos relatos, a melhora e acesso a itens básicos da cidadania que é ter o direito reconhecido e possibilitado de ter alimento, roupa, higiene, lazer, documentos pessoais, casa, convívio em sociedade, liberdade de ir e vir, saúde e educação.

Na casa é melhor, porque é a casa da gente, é mais quietinho, mais confortável, tem um cafezinho para tomar, essas coisas, sabe?
[sobre o que mudou na sua vida ao ir morar noSRT] *Ah, mudou muito mais, né? Eu engordei mais... (Rosa).*

[sobre a diferença de morar no hospital psiquiátrico e morar no SRT] *Aqui é melhor não? Tem liberdade (...) usa a roupa da gente mesmo, né?(...) A vida melhorou (José).*

A alimentação, por exemplo, era fornecida nos hospitais psiquiátricos e não houve queixa ou relatos de terem passado fome nestas instituições. Mas o que se observa nos relatos é a possibilidade de comer uma comida “bem feita”, “temperada”, poder comer itens que não são considerados essenciais. A casa apareceu representada como essa possibilidade de individualização.

A casa é o melhor que tem, é o melhor que tem a casa. É mais sossegado, tem chuveiro para tomar banho, tem banheiro, tem sabonete, tem toalha, tem roupa, comida bem-feitinha, tudo bem arrumadinho, bem ajeitadinho, tem guarda roupa para guardar as coisas, fica tudo certo, mas lá não tinha nada disso não [sobre o hospital psiquiátrico]. Se a gente tinha uma roupa para vestir, eles vão lá e tomam tudo. Eu sofri pra caramba (Rita).

Mudou quase tudo né? Eu tenho alegria, não tem um horário pra comer, né? Aqui tem bolacha, lá não tinha bolacha, o suco, a comida é bem melhor, é mais temperada, né? Tem as coisas, tem rádio, videogame, tem bicicleta, tem tudo, né? Lá no hospital não tinha nada, né? (João).

A possibilidade de ter um lugar privado para guardar seus pertences, de saber que as coisas estarão onde foram guardadas, incentivam o desejo e a segurança para ter objetos pessoais. Rita relata que gosta de usar batom, anéis e de estar sempre bem arrumada, sensação que inclui poder ter uma variedade de roupas para usar de forma intercalada, ter roupas limpas e sem rasgos. Conta sobre a importância de ter uma casa, e com isso finalmente poder ter as suas coisas, para ela foi um grande avanço, após décadas internada em hospital psiquiátrico.

[sobre os lugares que ficou antes da RT] Na rua, depois fui internada. Mas eu passei mais tempo internada, fiquei internada muitos anos. Fiquei em Franco, fiquei em Pirituba, fiquei na vila mariana e aqui na clínica. Eu perdi muita coisa minha com esse negócio de mudança, viu, perdia roupa, essas coisas, perdia todas as minhas coisas. O que não tinha direito era roupa para vestir, não tinha roupa direito. Era tudo rasgado, não tinha como colocar um vestido. Eu mesma andei muitas vezes molhada, porque não tinha roupa aí andava molhada. Não tinha nem calcinha para vestir, se sujava já tinha que lavar e por para secar. Gosto de batom, gosto de esmalte (Rita).

A segurança também foi mencionada sob a perspectiva da proteção física e do acolhimento, que possibilita estar perto das pessoas do território em que se vive.

Essa casa aqui significa tudo, né? Porque eu ficava no hospital e não tinha as coisas igual aqui. Mas é melhor que ficar na rua a polícia pega, prende, tem bandido. Lá eu tinha um quatinho, só que era dividido. Não era um lugar bom, né? Mas tinha comida lá, algumas coisinhas na minha gaveta. Mas aqui na casa é bem melhor, porque fica mais perto das pessoas, né? De fora, na rua, né? Tem as enfermeiras, né? E aqui a casa é tudo, porque sem a casa não tem nada aí fica ruim, né? A casa é um acolhimento pra gente, né? Acolheu a gente, do pior para melhor, do sufoco para melhorar, né? (João).

Para Lourdes, ter uma casa possibilitou maior interação com as pessoas, o que favoreceu a escuta e o acolhimento de sua história, assim, lembra da sua chegada no SRT e participação nas atividades do CAPS onde pôde citar nomes de pessoas que

lembrava e o nome da cidade que nasceu. A partir destas pistas ouvidas com atenção pelos profissionais relembra que foi possível localizar seus familiares e depois de mais de 30 anos pôde reencontrar com seus filhos. Atualmente faz visitas e ligações telefônicas regularmente para eles.

[sobre o reencontro com seus filhos] *Eu senti diferença em mim, senti diferença. Eu fiquei mais alegre, mais contente, fiquei admirada. Eu fiquei admirada de encontrar com eles, admirada...encontrar meus filhos, nossa! (Rosa).*

Para Ana, a casa trouxe a sensação de pertencimento, pois pela primeira vez pôde fazer parte de uma “comum”, que é como é denominada em sua orientação religiosa a igreja referência de cada pessoa, o local principal de sua participação nesta comunidade. Saber qual é a “comum” significa saber onde a pessoa mora, quem são as outras pessoas que participam deste grupo, quem é o líder religioso deste local, entre outros. Para ela, ter uma casa, um endereço fixo, foi a possibilidade de ter uma identidade, uma raiz, já que tem-se como hábito nesta orientação religiosa apresentarem-se a partir de sua “comum”. Frequentava a igreja durante o período que ficou internada, era autorizada sair do hospital aos domingos, mas alguém da igreja precisava se responsabilizar por ela nesta situação. Ia na “comum” das pessoas que iam buscá-la no hospital.

Ah, eu saía de vez em quando com as irmãs da igreja de vez em quando, ficava 2, 3 dias e voltava [na época que estava internada no hospital psiquiátrico] (...) [sobre a diferença na sua vida de morar no SRT] Ah, mudou muito. A “comum” da minha igreja é aqui, faz quatro anos que eu sou aposentada, compro a minha roupa, o meu sapato, tenho o meu dinheirinho, né. Porque eu trabalhei na fábrica e não passei na experiência, foi Deus que me deu essa aposentadoria, se não fosse isso eu não ia me aposentar (Ana).

Para Ana também fica evidente que a casa representou na sua vida a possibilidade de acessar benefícios sociais, que para ela é compreendido como aposentadoria. Ela recebe os benefícios do Programa de Volta para a Casa e o Benefício de Prestação Continuada (idoso). Como é possível perceber na sua fala, a casa e os benefícios recebidos são compreendidos como uma dádiva divina, um dom, um presente. Jurema também tem esta percepção

Ah, eu prefiro morar aqui, né? Porque aqui eu não tenho esse sofrimento, eu não tenho tristeza, eu tenho alegria. (...) Eu fiquei contente, foi um dom de deus eu achei (Jurema).

Ah, é minha casa, né? Eu não pago aluguel...(Ana).

De forma geral, a casa é mencionada sob diversos aspectos que parecem se relacionar com a forma que cada um usa e se apropria deste espaço. Falaram muito dos avanços e conquistas objetivas de se ter uma casa, mas a percepção dos ganhos simbólicos e subjetivos não apareceu nas falas de alguns participantes. Assim, o uso da casa se restringe a itens e espaços de uso pontual. Essa foi uma característica comum dos moradores dos 3 SRTs participantes, evidenciando a cronificação causada por longos períodos de institucionalização.

[sobre o que mais gosta na casa] A sala, por causa da televisão (...) O quarto, porque é onde eu descanso (José).

O impacto de um longo período de internação na vida das pessoas é um tema bastante complexo e que também está totalmente relacionado com a maneira que cada participante se apropria ou não da casa e seus recursos. Parece pertinente a afirmação que a institucionalização faz o sujeito desaprender de tudo o que é o fazer humano, gerando assim, uma cronificação proporcional que revela a evidente limitação para o uso e apropriação da casa.

Eu gostava de cozinhar também (...) Macarronada.[sobre o desejo de cozinhar no SRT] Agora eu esqueci (Rosa).

Eu sabia cozinhar, mas faz trinta anos que eu não cozinho. A única coisa que eu sei fazer é doce de abóbora (...) Faz tanto tempo que agora eu esqueci, não sei nem colocar água no arroz. [sobre o desejo de cozinhar novamente] Comer cozido é melhor (Ana).

De forma relacionada com as diversas experiências de morar obtidas nos relatos dos participantes, é perceptível o quanto o aspecto relacionado ao uso e

apropriação do espaço é o que menos está presente no seu cotidiano. Este tema traz em si um aspecto fundamental debatido por Saraceno (2001) que é a diferença entre morar e habitar um lugar. O habitar é um dos eixos da Reabilitação Psicossocial.

“ Um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio “estar” em qualquer lugar se torna um “habitar” esse lugar. Entre estar e habitar existe uma grande diferença.

O estar tem a ver com uma nula ou escassa propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico.

O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de ‘propriedade’ (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com os outros” (SARACENO, 2001, p.114).

Surge nas falas um não saber o que fazer, não saber do que se gosta, não saber o que se quer. Entendem que estar no SRT é um avanço, uma melhora consolidada em suas vidas, mas a casa ainda ocupa a posição, para a maioria dos participantes, de algo que foi cedido pela prefeitura e que, de alguma forma, ainda é preciso pedir permissão para fazer algo, ou esperar que alguém faça por eles.

Apenas dois dos participantes pensam em possibilidades de criação e subjetividade dos espaços que a casa oferece, o restante apenas aceita ou recusa as propostas para a participação em tarefas ou o uso dos espaços da casa.

Eu já dei uma lixada nele [seu quarto], passei uma tinta, tenho que tirar a porta também...é, eu vou decorando do jeito que eu gosto. Eu tenho as minhas ferramentas ali... Dá pra fazer uma pintura ali fora, uma pintura bonita assim, fazer uns negócios assim na parede fica legal, né? (João).

Então, é sobre isso que eu queria falar. Como que eu faço para comprar porta retrato? E tirar foto grande das meninas, para pôr na parede? (...) Eu queria das meninas da casa, pôr na parede, para enfeitar.(...) Fazer crochê para pôr na estante, tapete, um tapete para pôr na porta e no banheiro. Você viu no meu quarto, no banheiro? Eu

coloquei um porta papel higiênico, com flores (Jurema).

[sobre atividades que realiza no SRT]. Eu ajudo secar a louça (...) Passar pano eles passam, cozinhar eles cozinham também (Rosa).

Duas situações parecem contribuir para isso. Uma delas é a própria história de vida dos participantes que não tiveram experiências e/ou boas lembranças de habitar uma casa, e até mesmo pelo longo período de institucionalização, que foi maior, na maioria dos casos, do que o tempo vivido com familiares em uma casa. É realmente um não-saber, por não ter tido a experiência ou por não lembrar após décadas de institucionalização.

A outra possibilidade para esta situação foi evidenciada nos relatos de alguns participantes. Para alguns deles, há o entendimento de que a responsabilidade pelos cuidados com a casa é dos funcionários, cabendo a eles apenas a função de ajuda. Jurema demonstra satisfação em ajudar nas tarefas da casa e toma a frente na realização destas atividades. Rosa também assume algumas atribuições.

A minha vida aqui em casa é ajudar, é lavar a louça, dobrar roupa e guardar na casa (Jurema).

Tomo café, seco a louça e fico aqui dentro de casa, fico no solzinho (Rosa).

Ou, como no caso de Cláudia, que espera a delegação por parte de algum funcionário para assumir alguma responsabilidade na casa.

Quando precisa sim, quando está muito apurado eu ajudo sim. Por exemplo, se a pessoa que trabalha aqui tá fazendo uma coisa e me pede para fazer outra coisa eu faço (...) Eu fico mais é sentada, não é por preguiça não. É que aqui, cada um tem seu serviço pra fazer. Então um limpa o banheiro, cada um tem a sua função aqui. [sobre sua função no SRT] A minha? Por enquanto nenhuma (Cláudia).

Alguns deles relataram que tiveram a experiência de viver em uma casa apenas até um período da infância, e após isso, as experiências se restringiram a morar nas casas que trabalhavam como empregadas domésticas. Uma das participantes diz que

foi deixada ainda bebê em instituições e por isso não teve outra experiência de morar que não fosse em instituições ou nas casas em que trabalhou.

Para Ana, o cuidar da casa fazia parte de seu trabalho como empregada doméstica e a vida na residência terapêutica é agora a possibilidade de descanso, de “aposentadoria”.

Ah, eu não posso me queixar. Em São Paulo eu trabalhei 20 anos, trabalhei muito e aqui eu não faço nada né? Para mim que estou velha e não tenho muita saúde... (Ana).

Foram relatadas situações que a participação é maior por conta da própria iniciativa dos moradores, situações em que não há o incentivo para que realizem tais atividades e uma situação pontual de repressão por parte do funcionário quando houve uma tentativa de participação por parte de uma moradora nos cuidados com a casa.

Eu não ajudo, porque quem cozinha, já passa um paninho na casa, né? Aí não tem mais o que fazer (Ana).

A turma faz tudo, né? [sobre os funcionários do SRT] (José).

Se quer saber tia, quando eu cheguei aqui eu varria a casa e a Lola passava pano. Agora nem eu nem ela trabalha mais porque tinha uma mulher aqui [sobre uma funcionária do SRT que já não trabalha mais lá] que tirava a vassoura da minha mão e não me deixava varrer. Já foi embora a mulher, é minha casa e não me deixava varrer, fiquei com raiva, larguei mão, agora não vou varrer mais (Rita).

Tais relatos podem ser relacionados ao elemento da cotidianidade *hierarquia*, no qual cabe a reflexão se é possível às pessoas que moram nos SRTs estabelecerem prioridade nas tarefas que executam, ou estabelecer dentre estas atividades o que tem maior ou menor significado e importância para si, seja pela própria condição física/cognitiva, seja pelas oportunidades à eles oferecidas para que isso aconteça. Pelos relatos das entrevistas é possível destacar que não há “espaço” muitas vezes para que seja exercido este elemento.

Ana queixa-se das festas de final de ano e de ter que ir, mesmo sem querer. É costume em todos os anos o aluguel de uma chácara para os moradores das quatro

residências terapêuticas do município, com atividades e comidas especiais. Não parece ser uma opção para ela ficar sozinha na casa.

O único lugar que eu não gosto de ir é na chácara [...] que tem almoço... eu não gosto, eu gosto de ficar em casa mais vai tudo, vai todas as casas, vai todo mundo, aí eu sou obrigada a ir [sobre a possibilidade de não ir para a chácara] Mas sozinha não tem como ficar, não tem quem cozinhe para mim (Ana).

Cláudia também menciona aspectos relacionados à falta de autonomia.

Aqui lava a roupa na máquina [...] Não sei mexer em nada, nem na TV, não sei ligar a televisão, nem ligar a música eu sei (Cláudia).

Uma característica importante a ser destacada é que os SRTs participantes deste estudo foram implementados de forma heterogênea por alguns motivos, dentre eles: a necessidade de ter o maior número de vagas disponíveis em cada casa devido ao grande número de possíveis beneficiados que estavam no hospital psiquiátrico e que eram oriundos do município; seus diferentes níveis de necessidade de cuidados, de maneira que a equipe responsável pela desinstitucionalização pensasse na rotina das casas não formando um grupo de pessoas com um alto grau de dependência. Além disso, tentou-se manter vínculos de amizade estabelecidos no hospital, priorizar pessoas originárias do município das residências, ou que tivessem familiares e parentes na cidade, por isso se constituíram desta forma (Anotação diário de campo). Assim, há uma pluralidade de condições entre os moradores de cada SRT, e dentre eles, há aqueles que possuem um mínimo ou nenhum comprometimento cognitivo e que poderiam exercer sua autonomia. Porém, está estabelecido, a princípio, através de contrato da prefeitura com a empresa terceirizada responsável pelos SRTs participantes, que se trata de um SRT do tipo II e a rotina da casa acaba sendo estabelecida por um fluxo que considera a necessidade de assistência em tempo integral para todos os seus moradores (Anotação diário de campo).

Considerando que os SRTs são dispositivos estratégicos para a Reabilitação Psicossocial, Kinoshita (1996) reforça o papel da reabilitação justamente no sentido de possibilitar, de alguma maneira, a restituição do poder contratual do sujeito. Para ele, a desconstrução do dispositivo manicomial é o primeiro passo neste processo, e a autonomia seu elemento fundamental, sendo assim “Reabilitar pode ser então

entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia” (p.56).

“Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSCHITA, 1996, p.57) grifo da autora.

A autonomia é a capacidade do indivíduo tomar decisões por si mesmo a partir das informações que possui ou tem disponível. É um dos princípios da Bioética e de acordo com Cohen e Salgado (2009) indica um processo, um “ganho” de liberdade proporcional com as condições variadas constituintes de cada sujeito.

“Autonomia é a capacidade de autogoverno, de livre arbítrio quanto à regência de seu próprio destino, no fazer ou não fazer, no ir ou não ir, no aceitar ou no recusar e assim por diante, concedida pouco a pouco, por parâmetros biológicos e de convívio social, que afastam os seres humanos dos animais e criam os contornos de sua personalidade” (COHEN, 2009, p.227).

Ainda para estes autores, o que se tem de forma mais frequente no caso de pessoas com sofrimento psíquico, é a perda da autonomia, pois seu discurso e ações são invalidados por serem automaticamente atrelados aos sintomas de seu transtorno. E essa “aparente” impossibilidade de ter autonomia perpetua na vida do sujeito assim como o diagnóstico recebido que permanece como marca ao longo de sua existência. Não é considerada a possibilidade de resgate de autonomia, sendo este um aspecto que fica consolidado, na maioria das vezes, como uma situação permanente para o sujeito.

Jurema demonstra interesse em aprender fazer atividades de forma mais

independente e consegue expressar suas dificuldades para os funcionários, de forma que consegue utilizar todos os espaços da casa.

Eu queria era aprender mexer na máquina, para eu e a Sol lavar a nossa roupa. (...) Eu moro lá embaixo, mas agora tô aqui em cima com as meninas, e eu moro lá embaixo, e na descida que eu vou não tem degrau para segurar, eu fico segurando na parede, sabe por que? Eu andei caindo, eu cai, e hoje a Ângela [coordenadora dos SRTs] veio medir para pôr corrimão, para se segurar porque eu já caí uma vez, de noite, e não tinha luz. Aí eu falei para a Ângela e ela mandou colocar luz, agora é o corrimão que vai pôr (Jurema).

No entanto, ela faz parte da minoria dos moradores dos SRTs participantes deste estudo que consegue expressar o que deseja, que tem uma postura mais ativa. Considerando que são SRTs do tipo II, é importante destacar que o grau de dependência é maior nos seus moradores, com conseqüente diminuição da autonomia; por isso, Jurema se destaca neste sentido. Além disso, convém colocar que os SRTs participantes deste estudo se constituíram de forma heterogênea, com diferentes graus e níveis de funcionalidade, que não necessariamente se enquadram no público-alvo determinado para morar em um SRT do tipo II.

Um contraponto importante nesta categoria é pensar no “mito da autonomia”, debatido por Marcos (2004). Para ela, corre-se o risco dos profissionais guiarem suas condutas na expectativa idealizada de uma vida com completa autonomia do sujeito, a partir do momento de sua saída do hospital psiquiátrico; e neste sentido, fundamental destacar que este viés também pode pautar a criação das políticas públicas. Mas, como é possível observar, os efeitos da cronificação são presentes e marcantes sendo que não é possível saber o quanto de conquistas e avanços uma pessoa pode ter neste sentido, e assim, pautar as condutas profissionais na perspectiva de completa autonomia, mas nem por isso deve se deixar de vislumbrar e possibilitar aberturas para a autonomia que for possível ao sujeito naquele momento. Para ela, o fio condutor deste processo deve ser o da “clínica possível”, e não na “clínica ideal” (p.181).

No aspecto do relacionamento interpessoal relatam conflitos entre si, principalmente devido as situações mais comuns do dia-dia. Quando eles não conseguem resolver a situação sozinhos, as funcionárias da casa são as primeiras acionadas, mas referem, em sua maioria, conseguir lidar com estas situações

sozinhos.

Tem só uma que não gosta de crente, mas eu não ligo [sobre outra moradora do SRT]. Só essa que fala que não gosta de crente, mas eu não dou bola (...) vê problema de eu ir na igreja, ela fala “ah, mas você gosta de ir na igreja? Eu prefiro ir em outro lugar”. Eu falo, você vai no seu lugar e eu vou na igreja (Ana).

Nas situações que consideram mais graves, contam com o profissional de referência do CAPS, ou com a coordenadora de saúde mental do município que está sempre presente nos SRTs (Anotação diário de campo). De toda forma, os conflitos aparecem nas entrevistas como algo que não é muito recorrente ou significativo. Nenhum deles citou momentos de discussões coletivas para resoluções de conflitos ou para a construção de novas possibilidades para situações conflituosas.

É possível perceber a utilização por parte de alguns funcionários dos SRTs, de argumentos infantilizados ou de caráter moral, de cunho pessoal ou religioso, na tentativa de intervenção diante situações conflituosas

[sobre situações de conflito com outra moradora do SRT] eu peço desculpa. Elas [funcionárias do SRT] conversam comigo, que não pode brigar, que é feio brigar, que tem que orar, ajudar o amigo, que é irmão (Jurema).

Compartilham muitos momentos em grupo dentro do SRT, como as refeições, aniversários, atividades oferecidas pelo CAPS de forma online, assistem novelas e outros programas de televisão. Apesar disso, apenas 3 participantes referem ter outro morador da casa como amigo, com maior tempo de conversa e realização de atividades em comum, com maior troca e interação. O restante utilizaram os termos moradores e pacientes para se referirem uns aos outros.

O grau de importância das pessoas com quem estabelecem relações evidenciam de forma genérica os funcionários das casas, do CAPS e moradores das casas. Questionadas na entrevista sobre as pessoas que consideram mais importantes nas suas vidas,

São todas iguais, fia. Eu gosto da Carla, da Marisa também, são tudo

legal, tudo boazinhas para mim [funcionárias do SRT] (Rosa).

Da minha vida? É as cuidadoras. Todas as cuidadoras, entendeu? (Maria).

Não posso me queixar de nada. São tudo boa para mim, [funcionárias do SRT] não tenho do que me queixar (Ana).

Todo este emaranhado de situações parece gerar certa confusão e/ou falta de conhecimento entre funcionários e os moradores das casas sobre o que é a atribuição ou possibilidades de ação de cada um, seja por conta de uma percepção híbrida do SRT, que permeia a ideia de casa com a ideia de um dispositivo de saúde, de assistência; seja pelas diferentes necessidades de cuidado que fazem parte da característica de todos os SRTs participantes deste estudo ou pela própria experiência de alguns dos profissionais dos SRTs que é baseada no trabalho realizado em hospital psiquiátrico. Tais situações podem favorecer práticas de homogeneização das pessoas nos SRTs. No caso do hospital psiquiátrico, toda a sua organização e constituição são feitas na tentativa de homogeneizar as pessoas. Como trazido nos relatos dos participantes, durante a internação houve cortes de cabelo sem autorização, uso de uniformes, roubo ou apropriação indevida de seus bens pessoais, separação das mães e seus bebês recém nascidos, entre outros. E, muitas vezes, a rotina da casa também pode homogeneizar as pessoas, porém, de formas mais sutis, seja através de condutas que indicam um não olhar para a subjetividade, seja pela inexistência de estímulos para o favorecimento de potencialidades e habilidades de cada um (mesmo que de forma adaptada ou realizada de forma parcial).

Neste sentido, essa homogeneização contribui para reforçar a visão que cada um deles têm de si, como pode também ser visto no aspecto do autoconhecimento. Este elemento aparece como algo cristalizado para alguns participantes, baseado em diagnósticos e experiências passados. Cláudia sofreu um acidente grave quando trabalhava. Teve uma crise convulsiva e acabou sofrendo queimadura de terceiro grau. Há muitos anos não teve mais nenhuma crise, mas nunca mais cogitou em utilizar o fogão, mesmo que fosse com a supervisão de alguém.

Eu não posso ficar na beira do fogão, porque eu me queimei na beira do fogão. Essa queimadura não foi aqui, foi na casa da minha patroa

[...] foi de terceiro grau. Eu não esqueço até hoje, eu estava fazendo uma panela de arroz. Eu coloquei a água no fogo, porque diz que com a água quente o arroz sai mais rápido, né? Então eu coloquei a água no fogo. Aí daqui a pouco deu uma crise em mim, foi a primeira crise que deu em mim, aí a água fervendo caiu tudo em cima de mim. Quando eu fui acordar já estava no hospital. Não é à toa que eu vivo embaixo de remédio [sobre a possibilidade de usar fogão novamente] sou proibida, o médico proibiu eu (Cláudia).

Maria também vive uma situação semelhante. Sofreu um acidente e fraturou uma das mãos, apesar deste fato ter acontecido há muito tempo e de não haver indicativos de que haja alguma sequela física, ela ainda tem medo de utilizar a mão para tarefas que considera mais pesadas.

Eu não posso cozinhar, se minha mão tivesse boa.... (Maria).

Manter condutas baseadas em situações passadas e diagnósticos sem uma revisão constante por parte dos profissionais, e não possibilitar aberturas e estímulos para novas situações e desafios no cotidiano das pessoas que moram nos SRTs favorecem que práticas homogeneizadoras sejam sustentadas no cotidiano.

4.2.2 A vida no território

Esta categoria abrange aspectos relacionados à vida/ participação social, às relações sociais, rede de apoio, os impactos da COVID-19 e dificultadores percebidos pelos participantes em seu cotidiano.

A participação em atividades fora do SRT aparece nos relatos dos entrevistados com diferentes finalidades, níveis e graus de engajamento. A atitude de criarem sozinhos situações de participação e interação para além do que é ofertado pelos funcionários dos SRTs e/ou do CAPS é relatada por quatro participantes. Nestes casos, fica evidente a criação singular de rotinas que cada um realiza para si, de acordo com seus gostos e interesses.

Maria, para além das atividades que realiza no CAPS, ou por estímulo de algum funcionário da casa, tem seu “ritual” de saída para comprar fumo, tomar café na

padaria e conversar com os comerciantes.

Eu compro coisas para a cuidadora, eu saio na rua, joga o lixo, eu compro as coisas no mercado [...] quando eu tô boa né? Eu compro pão, eu ia na lanchonete tomar um cafezinho e comer um pão com manteiga, fumo um cigarro, vou para o CAPS (Maria).

José sai uma vez por mês, após seu pagamento, para ir até a cidade vizinha. Vai de ônibus, sozinho. Refere não gostar de realizar atividades no CAPS, ou onde tem muitas pessoas. Participa esporadicamente de alguma atividade proposta pelos funcionários, seja do CAPS, quanto da casa, mas mantém seu “ritual” de caminhar pela rua, levar os cachorros para passear, além das idas mensais ao mercado municipal.

Eu vou no mercado de lá. Eu vou lá para comprar peixe (José).

Alguns acessam diferentes espaços da comunidade, frequentando escola, igreja, academia, lojas e o comércio local. Nestes casos, há maior relato de trocas e significados, onde a saída de casa significa também observar o território em que se vive, conversar com as pessoas e criar uma rotina singular de entender e fazer aquilo que faz bem para si. João fez amizade com uma usuária do CAPS e descobriu que ela mora perto do SRT e relata que foi na casa dela para almoçar.

Esses dias eu vi ela e eu fui lá na casa dela, pra almoçar junto com ela lá. É, eu fui. Levei o Joaquim lá também. É perto. Na avenida aqui (João).

Jurema sempre faz caminhadas pela cidade, principalmente no comércio local, mesmo que não compre nada, gosta de conversar e tomar café quando oferecem para ela. Sempre sai acompanhada de outra moradora da casa, sua amiga Sol. Iam no CAPS mesmo que não fossem participar de alguma atividade. Tomavam água ou café, cumprimentavam as pessoas e iam embora. A caminhada cheia de prosa era seu “ritual” antes da pandemia, além de outras atividades que fazia.

Eu ia direto para o CAPS, eu e a Sol, aí nós parava em uma loja, atrás da igreja e conversava com a mãe da menina lá, e lá, quando eu tava com dinheiro, eu gastava lá, pra comprar roupa. E eu ia para igreja, eu e a Solange, no domingo e sábado. Quando dava seis horas a gente ia lá (Jurema).

Ana também relata seu costume de ir na igreja toda quarta-feira. Fazia isso semanalmente, antes da pandemia. Precisou de muito estímulo da equipe para conseguir ir “sozinha”. Após sentir confiança no taxista, foi combinado com ele um valor mensal para levar Ana e deixá-la na porta da igreja, no horário combinado ele já fica esperando por ela para levá-la até a casa (Anotação diário de campo). Apesar de seu “ritual” semanal, as trocas e sentimentos de pertencimento se dão para ela de forma mais introspectiva não havendo maior interação com os outros membros da igreja além dos cumprimentos de benção comuns do local.

O culto eu entendo tudo, a palavra, os hinos. Todos os hinos que pedem eu sei, só não sei cantar, mas eu conheço todos. Tem um irmão que cantou um hino esses dias que até deu vontade de chorar. Mexeu com o meu coração (Ana).

Os outros saem do SRT para ir à consultas médicas, para a realização de exames, para atividades do CAPS, ou para atividades esporádicas em que o grupo de todos os SRTs são esperados. É uma participação que acontece por necessidade, como no caso de consulta médica, ou que necessita do estímulo por parte dos funcionários para que aconteça. Observou-se o quanto os funcionários das casas e do CAPS são responsáveis por “criar” situações de acesso e participação (Anotação diário de campo).

Com relação à vizinhança das residências terapêuticas há uma interação, principalmente com aqueles que saem mais do SRT e estão engajados em um maior número de atividades fora da casa, porém ainda de forma superficial. Tem alguns participantes que não conhecem ninguém da vizinhança. Não houve relatos de brigas, mal-entendidos, ou qualquer percepção de preconceito por parte dos participantes.

Os vizinhos aqui conversam, né? Mas nunca brigaram, brigar não. Tem o Rodolfo aqui, ele é gente boa, é o vizinho aqui da frente.[...] a

gente conversa de vez em quando [sobre amizades com outras pessoas da vizinhança] Não, só com ele mesmo (João).

Aqui nós não temos amizade com ninguém aqui. É que fica cada um na sua casa, né? (Ana).

Os dificultadores no cotidiano estão estreitamente relacionados à vida/participação social. Dentre as situações relatadas estão a vergonha de pedir ajuda, exceto para as funcionárias dos SRTs, que na compreensão de alguns participantes ficam como únicas responsáveis por qualquer ajuda que for necessária.

[sobre o desejo de passear] Se não for para andar muito eu vou, né? [...] Ah, eu não quero dar muito trabalho para as pessoas. Eu lembro uma vez, eu esqueci o nome do lugar, tive que andar muito e eu tenho problema na coluna, me dói muito, eu não posso nem sentar que dói a coluna...Mas eu não gosto de dar trabalho. [sobre a necessidade de pedir ajuda em alguma situação] Só se for as chefes, só elas que se puder podem me levar. Tem a Olga, tem umas par delas. Tem uma da minha igreja que também é chefe, mas não sei o nome (Ana).

Neste sentido, o elemento da cotidianidade *heterogeneidade* pode trazer contribuições para a reflexão da importância da pluralidade humana, com seus diversos interesses, condições de funcionalidade e preferências individuais que refletem na diversidade de atividades e demandas em seu cotidiano. Este é um fator importante a ser considerado, principalmente para os sujeitos com maior grau de dependência e que, conseqüentemente, ficam maior tempo no SRT. Se não é possível que façam uma tarefa completa sozinho, é necessária a orientação quanto à realização das atividades de forma adaptada, ou simplificada, sendo esta inclusive, importante contribuição da Terapia Ocupacional.

A dificuldade de frequentar os lugares sozinhos também surgiu como um fator que inibe ou diminui a participação.

Eu gosto do campinho ali, e tem a piscina aqui, sabe a piscina? Sabe o ginásio? Eu tenho a carteirinha, eu ia ali sozinho, mas sozinho não tem graça (João).

Não saio. O médico falou que esse negócio na perna é por falta de andar. Em São Paulo eu andava, eu ia na igreja, andava muito. Agora

o médico disse que eu preciso andar pelo menos 15 minutos por dia.(...) Ah, mais vou sair na rua sozinha? (Ana).

Foi citado também a pouca compreensão do que acontece ao seu redor, além das limitações/dores físicas decorrentes da idade avançada e sintomas decorrentes da própria doença. Ana refere dificuldade para compreender o que assiste na televisão, por exemplo.

[sobre o que assiste na televisão] Propaganda, Sílvia Santos [...] eu não entendo muito bem. Só o culto. O culto eu entendo tudo, a palavra, os hinos. Todos os hinos que pedem eu sei, só não sei cantar, mas eu conheço todos (Ana).

Para João, lidar com os sintomas da doença é considerado um dificultador, mas que não impede a sua participação nas atividades do dia-dia. Conseguiu perceber que o contato frequente com o CAPS e a interação e conversas com outras pessoas aliviam e o ajudam no sintoma.

Mas eu tenho um pouco de dificuldade também, porque eu escuto vozes, sabe? Eu escuto vozes e eu fico nervoso por causa disso. Não que eu brigue com alguém da casa. Eu sei que eu fico meio eufórico mas tá controlado essa parte, da esquizofrenia (João).

Limitações decorrentes de atritos no relacionamento com familiares foram relatados, e para aqueles que ainda têm algum vínculo familiar surgiram dificuldades relacionadas com brigas e desentendimentos do passado, que foram apenas “suspensos” por conta do longo período de institucionalização.

[sobre a sua mãe] o que ela fez comigo lá atrás não tem perdão.[...] Não, não é com presente que a gente vai perdoar alguém, que a gente vai abrir o coração, porque as mágoas está tudo aqui ainda. Mas só que eu não falo nada. Eu não falo nada com ela, não falo nada com ela sobre isso (Cláudia).

[sobre sua relação com o irmão] É boa. Mas eu quero ver ele,

ainda não vi ele. Acho que ele perdoou eu pelas coisas, né? Ele sofreu um pouco também. Mas eu acho que ele perdoou eu, ele disse que perdoou. Ele disse não liga não, isso acontece, as coisas de errado...(João).

José menciona que sabe que sua casa agora é no SRT, mas relata que seu desejo seria voltar para a sua casa, com a família, mas nunca mencionou isso para seus familiares.

É muita briga [...] Com a mulher (José).

Outro aspecto desta categoria é a rede de apoio, no qual são mencionados principalmente os profissionais do CAPS e funcionários dos SRTs. Estes são os que mais têm contato e aproximação no dia-dia dos participantes e aqueles que são acionados primeiramente para o compartilhamento, interação ou em qualquer necessidade. Os familiares e amigos citados ainda aparecem de forma esporádica, demonstrando estar em processo de (re) construção de vínculos. Observou-se o importante papel desempenhado pelos profissionais neste processo, incentivando ligações, vídeochamadas, programando visitas, entre outros (Anotação diário de campo).

Ana repete na entrevista que não gosta de incomodar, por isso prefere recorrer à Deus, a sua espiritualidade como apoio e suporte para lidar com as adversidades que surgirem. Não refere nenhum vínculo de amizade ou maior proximidade com outra moradora do SRT.

[sobre apoio que busca em momentos de conflito] Ah, para Deus, né? Olha, parente verdadeiro é só pai e mãe, depois que morreu pai e mãe...O único parente verdadeiro é pai e mãe, não é? (Ana).

A percepção que tiveram dos impactos da COVID-19 foi de ser uma mudança temporária e para alguns com pouca mudança e pouco impacto na rotina. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) “Os coronavírus são uma grande família de vírus que causam doenças que variam do resfriado comum a enfermidades mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, Mers, e a Síndrome

Respiratória Aguda Grave, Sars.” (OMS, 2020)

Em dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na República Popular da China. Tratava-se de um novo tipo de coronavírus que não havia sido identificado antes em seres humanos. O SARS-CoV-2 como foi nomeado, é um dos sete tipos de coronavírus humanos existentes, que já foram identificados pelos cientistas, e é o responsável por causar a doença denominada de COVID-19. E, em janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da doença, causada pelo coronavírus (COVID-19) era uma questão de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Em março do mesmo ano foi caracterizada pela OMS como Pandemia (OPAS, 2020).

O que mudou? Ah, eu gostei. Não gosto de sair de casa mesmo [...] eu sou velha bem, esse negócio de ficar na rua, andar, já cansei (Rita).

[sobre o sentimento com relação ao COVID] Eu tenho um pouco de medo, não pode sair na rua quase, né? [sobre o fato de não sair de casa] tá tudo bom para mim (Ana).

[reflexões sobre o COVID-19] Eu penso que é uma fase da vida, que estamos passando, tipo uma passagem, né? Igual, já teve sarampo, aquela dengue também, né? O zicavírus, né? Chicungunha, já passamos por tudo isso, um monte de coisas (João).

Referem sentir falta de algumas atividades realizadas fora do SRT, mas têm conseguido em sua maioria colocar outras atividades no lugar. Demonstram boa capacidade de aceitação e conformação com situações adversas.

A única coisa que eu sinto falta é da igreja, só isso.[...] Tá fechado, né? Por causa dessa doença, [...] mas eu assisto o culto pela televisão (Ana).

Eu sinto falta de ir no CAPS, na igreja, de ir na missa [...] Tô sentindo falta dos passeios também[...] eu me sinto muito presa, mas como tem vírus e não pode sair, é bom ficar em casa (Jurema).

Quando eu saía de casa eu saía para divertir, para passear. Eu saía para redenção da serra, na casa dos meus amigos (Rosa).

Os outros encontraram ou resgataram interesses e têm conseguido conduzir a rotina atual apesar das mudanças impostas pela pandemia.

Agora como não tá podendo sair, eu tô pintando (Cláudia).

Agora eu tenho que ficar em casa, né? Agora ficar parado dá dor de cabeça. Eu vou voltar a correr de novo, sabe? Vou correr no campinho aqui em baixo. Dar umas voltas (João).

João realizava muitas atividades fora de casa, ia para escola, academia, entre outros. Com a pandemia sua rotina mudou bastante, mas tem conseguido realizar outras tarefas no SRT e tem se mantido ativo, desenvolvendo pequenos projetos de melhoria no quintal e no seu quarto.

Eu estudo também, eu estudo à noite. Só que por causa do coronavírus, o covid 19, eu tive que parar de estudar, né? (João).

José relata maior impacto na rotina por conta da pandemia. Tudo o que fazia antes não pode fazer mais. Sua participação era mais ativa com as atividades que realizava sozinho. Recebia visita de uma irmã e também ia visitá-la na casa dela.

[sobre a sua irmã que não tem ido visitá-lo mais] Por causa do coronavírus (José).

Não demonstra interesse nas atividades propostas dentro do SRT e também não demonstra o desejo/ iniciativa para pensar em algo que seja de seu interesse.

[sobre o sentimento com relação ao COVID-19] Angústia. É ruim não sair, né? [sobre atividades que realiza dentro de casa] Os outros fazem. Tem uma mesa de bilhar aqui para eles brincarem [...] Não gosto de nada (José).

Também a questão financeira foi algo que teve muita mudança para ele, que tinha total autonomia no uso do dinheiro. Com a pandemia, foi decidido que alguma funcionária do SRT ficaria responsável por sacar o dinheiro e entregar para ele, evitando assim saídas desnecessárias (Anotação diário de campo).

Há também sentimentos como o medo da morte e até mesmo maior ocorrência

de pesadelos, que de alguma forma estão relacionados com as mudanças causadas pela pandemia.

[sobre pesadelos que refere estar tendo ultimamente] *É porque eu não rezo mesmo. E eu acho também que é porque eu não tô indo na igreja também* (Jurema).

Sei lá que doença é essa, credo, que mata os outros. Eu tô com medo, sabia? Eu não gosto de morrer não, eu não quero morrer não (Rita).

A compreensão que têm do mundo também relacionam-se com a suas histórias de vida e estas experiências acabam “traduzindo” a percepção da realidade a seu modo. Apesar de todos os participantes terem acesso aos noticiários da televisão, por exemplo, e terem tido explicações por parte dos funcionários sobre o motivo de não poderem sair de casa (Anotação diário de campo), houve diversas explicações sobre a pandemia do COVID-19.

Eu fico bem graças a deus. Eu sei que um dia eu vou sair. Vai ter eleição, aí quem ganhar em primeiro lugar é que vai soltar a turma. Quem ganhar vai liberar o povo para sair (Maria).

[sobre o motivo de não poder sair de casa] *Por causa da revolução que está tendo na rua. O coroa prendeu nós.[...] É o que solta para andar, viajar... ele falou que agora não pode mais. Vai até o mês que vem. Nem no mercado pode ir mais, está tudo parado aqui. Não sei porque que não deixam. Eu não sei porque não* (Rosa).

Tudo isso a gente mereceu, né? Deus é bom, mas não tá de brincadeira né? A gente mereceu (Ana).

Considerando que 5 dos 8 participantes deste estudo são idosos, e essa grande porcentagem de idosos reflete a realidade dos 4 SRTs do município onde foi realizado o estudo, é relevante a pesquisa de Santos *et al.* (2020) de revisão integrativa de literatura, na qual foram investigados os desafios enfrentados no isolamento social para a saúde mental dos idosos durante a pandemia do COVID-19. Ainda não há estudos consistentes que evidenciem como a pandemia tem afetado a saúde mental deste grupo e como será sua situação a longo prazo, mas os utilizados nesta revisão demonstram que o sofrimento mental para este grupo é um fator importante, tendo

sido observados, até o momento, fatores estressores relacionados principalmente: ao medo de ser infectado ou de contaminar seus familiares; à perda da rotina; preocupações relacionadas à saída para compra de água e comida; dificuldade no acesso de itens de proteção individual, como máscaras de proteção, álcool, etc; poucas informações sobre esta nova doença e preocupação relacionada à sua situação/manutenção financeira. Destacam experiências de outros países que têm utilizado a tecnologia e orientação direcionada que trouxeram melhora diante os fatores estressores mencionados, dentre eles atendimentos online de psicologia, o uso das redes sociais e aplicativos para manter contato com amigos e familiares e a orientação para a prática de exercícios físicos em casa.

Destes fatores estressores, o único que também foi mencionado nas entrevistas pelos moradores dos SRTs foi o medo da morte, de ser contaminado. O ambiente protegido do SRT e a inexistência/fragilidade das relações familiares são possíveis indicativos do motivo da pandemia não ter tido grande impacto para os participantes, de acordo com seus relatos. Até o momento da realização das entrevistas nenhum dos moradores dos SRTs tinha sido infectado pelo coronavírus.

4.2.3 Eu na vida

Com 12 anos eu sai de casa e fui para o mundo. Fui andar para o mundo e fiquei internada (Rita).

Nesta categoria estão reunidos os aspectos mais subjetivos relacionados à história de vida de cada participante, dentre eles as memórias e afetos, o entendimento que têm da vida e o autoconhecimento. O primeiro aspecto abrange todas as lembranças e afetos relacionados às experiências vividas, sejam positivas ou negativas; em seguida, o segundo e terceiro aspecto refletem nas explicações que o sujeito encontra, a partir destas experiências, para compreender a vida e a si próprio.

As memórias dos participantes evocam situações que revelam a vulnerabilidade social. Surgiram lembranças de falta de acesso à educação, uso abusivo de substâncias psicoativas, abandono, abuso sexual e violências diversas, trabalho infantil e trabalho precário, além de memórias relacionadas ao período de institucionalização. Os relatos revelam a consciência da fragilidade contida nas

histórias de vida, emergindo palavras que revelam a sensação de superação e de alívio ao comparar a vida antes e depois do SRT.

Ah, eu não posso me queixar. Em São Paulo eu trabalhei 20 anos, trabalhei muito e aqui eu não faço nada né? (Ana).

Apareceram alguns questionamentos de possíveis injustiças sofridas, mas que oscilam entre argumentos de uma necessidade de perdão, de que “tinha que ser assim”, de que “até que foi bom” pelo aprendizado gerado, com o desconforto das memórias do que se viveu. Cláudia conta como foi trabalhar como empregada doméstica e como foi morar na casa em que trabalhava.

É, eu morava nesse bairro, minha casa era nesse bairro, aí a gente se encontrou. Eu não sei o que deu lá em casa, aí eu fui morar lá, a mulher pediu para minha mãe, pagava eu, então eu fui morar com ela. Cuidei dos filhos dela, cuidei de quatro. Desde pequena, desde os nove anos tive que me virar. Quando chegava quatro horas colocava os meninos para tomar banho, dava comida, dava janta, dava mamadeira, tá bom pra você? Ah, ela [sua mãe] só falou para mim, se quiser ir pode ir. Falou para moça, né? Ir me buscar. Eu falei tanto faz...aprender um pouco, é a vida, né? Vida que segue (Cláudia).

Para os outros participantes não foi relatada nenhuma crítica neste aspecto. Todas as situações vividas são relatadas em um mesmo nível, sem diferenciações sobre aquilo que foi positivo ou negativo. Tudo aparece como algo natural, ou de sorte, destino, que simplesmente aconteceu.

Abandonei todos os meus filhos e sai de casa. Aí fiquei andando na rua, saí da cidade sabe? Aí o guarda levou eu para o hospital e me prendeu lá, aí eu fiquei lá no hospital [...] era bom também, era legal o hospital, cuidaram da minha doença e sarou (Rosa).

Ana conta sua história sorrindo, demonstrando achar certa graça na situação de aparente equívoco ocorrida na sua internação.

[sobre como foi internada em hospital psiquiátrico] Eu morava no emprego. Eu fiquei desempregada e fiquei no DAIS, você conhece? É um albergue. Fiquei dois meses lá. A mulherzinha achou que eu

estava nervosa e mandou eu para o Santa Cruz (Ana).

Há também uma percepção de que o uso prolongado de remédios tenha de alguma forma causado limitações, prejuízos e estranhezas no próprio corpo, que impossibilitam a participação e geram uma vivência do cotidiano baseada nestes fatos ocorridos na vida, percebidos como condição imutável do ser.

[sobre as dores que sente nas pernas] A minha perna é um pouco roxa por causa da circulação, eu fiz exame de sangue e deu que eu tomei muita vitamina, por isso que o meu sangue ficou assim, o meu sangue tem sossega leão, tem tudo. Eu acho que eu vou morrer envenenada, o sossega leão que eu tomei envenenou meu sangue (Ana).

Maria também retoma situações do passado para direcionar suas atitudes na casa. Mesmo com consultas realizadas pela psiquiatra do CAPS, realizada sob uma perspectiva de escuta e acolhimento, ainda refere dificuldade para expressar tudo o que sente. De forma proporcional, traz muitas queixas sobre seu coração "fraco", sensação de morte, de estar tendo um infarto.

[sobre situações de conflito no SRT] Eu não faço nada, fico calada. Só dou risada de tudo, eu não bato. Sabe porquê? Senão me levam para a médica. É, senão me levam para a médica, a psiquiatra, pra me chumbar. Eu choro no meu quarto. Eu chorei outro dia. Chorei, chorei, parecia que ia me dar um infarte. É, eu tenho o coração fraco (Maria).

A alienação do cotidiano fica bastante evidente nesta categoria e o quanto a ideia de fluidez e movimento estabelecidas por Heller são necessários para a integração dos elementos da vida, de forma que o sujeito consiga tecer suas experiências diversas, histórias e lembranças. A institucionalização compartimentaliza a vida, valorizando apenas a doença, o desvio, e essa destituição do todo retira do sujeito a perspectiva inteira que tem de si mesmo e de sua história.

Relacionado ao autoconhecimento é possível perceber também o aprendizado de coisas que são importantes para cada um, sobre a própria situação de saúde, sobre como entendem o que tem acontecido no mundo e sobre como acreditam que a vida deve ser. João foi o participante que mais trouxe reflexões neste aspecto.

Eu tenho amizade com todos, eu sempre procuro evitar briga, porque briga não dá certo. O bom é brincar, dar risada, né? Algumas horas eu fico bravo, não com a tia, não de xingar ela, assim, não. Eu fiquei pensando um monte de abobrinha, um monte de coisa ruim. Às vezes eu fico pensando que pra mim melhorar tem que parar de pensar em coisa ruim, pra mim fugir, pra não tomar injeção e isso deixa eu bastante triste. E se eu não conversar, aí é pior ainda. Se eu conversar me ajuda bastante. Agora se eu ficar sozinho na minha cabeça, aí eu penso em se matar, em morrer, matar alguém, um monte de coisas. Aí se eu sentar e conversar, sai de mim aquela coisa ruim, sabe? (João)

Eu acho que fazer as coisas certas, porque se você fizer coisa errada, você vai colher coisa errada, e se fizer certo, vai dar tudo certo e ficar bem. Se você fizer o bem vai colher o bem, e se você fizer o mal vai colher o mal. Se você fizer uma coisa errada, vai dar errado e se você fizer o certo vai dar certo.[...] O certo? O certo é conversar, se entender, respeitar o limite das pessoas, né? Tudo envolve o respeito, né? [sobre conseguir colocar isso em prática] eles entendem o lado da gente também, as pessoas sabem o que a gente passa, todo mundo tem um pouco de consciência, né? Não é todas as pessoas que tem isso, mas eu dou um bom dia, um boa tarde, um jóia, né? (João).

Retomando os elementos destacados por Heller (hierarquia, espontaneidade, pragmatismo, economicismo, ultrageneralização, mimese e entonação), para que seja possível ao sujeito viver sua cotidianidade de forma completa e inteira, faz-se necessário questionar o quanto é possível, principalmente quando se trata daquelas pessoas com maior comprometimento, exercerem e desfrutarem destes elementos em seu cotidiano nos serviços residenciais terapêuticos. João é o participante mais jovem, com o menor tempo de institucionalização, mais independente, consegue manifestar seus desejos e interesses, e assim, consegue desfrutar de uma maior margem de movimento, que de acordo com Heller, diz respeito à existência e interação dinâmica entre os elementos da cotidianidade e oferece indicativos essenciais para que seja analisada a existência da diversidade e a fruição dos elementos da cotidianidade na vida das pessoas.

“Mas as formas necessárias da estrutura e do pensamento da vida cotidiana não devem se cristalizar em absolutos, mas têm de deixar ao indivíduo uma margem de movimento e possibilidades de explicitação (...) Se essas formas se absolutizam, deixando de possibilitar uma margem de movimento, encontramos-nos diante da alienação da vida cotidiana” (HELLER, p.37).

Para ela, se não há possibilidade do sujeito experimentar e viver os elementos da cotidianidade em toda a sua diversidade, ou quando fixa-se em apenas um destes elementos, vive uma alienação do cotidiano. É preciso movimento e fluidez entre estes elementos. Ela cita o conceito “condução de vida” definido por Goethe, que é justamente, “a construção dessa hierarquia da cotidianidade efetuada pela individualidade consciente” (p.40).

Essa aparente dificuldade de alguns dos participantes em vivenciar uma experiência oposta a da alienação do cotidiano, assim como trazida por Heller, pode ser entendida sob outra perspectiva que é a da “carreira moral do doente mental” proposta por Gofman (1961), na qual a história de vida da pessoa (institucionalizada) lhe é retirada, e em seu lugar, é colocada uma nova história, a “história de caso”, que nada mais é do que a interpretação psiquiátrica de seu passado. Para ele, esta é a trajetória vivenciada por toda a pessoa que tem algum sofrimento psíquico e passou pela institucionalização, tornando-se assim um doente mental, que é um resultado que diz muito mais da situação em que esta pessoa foi colocada, do que fundamentalmente resultado de uma doença mental.

“ a carreira do doente mental caí em tres fases principais: o período anterior a admissáo no hospital, e que denominarei a fase de pré-paciente; o período no hospital, aqui denominado fase de internamento; o período posterior a alta no hospital que, quando ocorre, será denominado fase de ex-doente” (p.114).

A proposta de Gofman (1961) ao fazer um comparativo desta trajetória, vivenciada pela pessoa com sofrimento psíquico em uma instituição fechada, com a ideia de evolução e trajetória de qualquer carreira, tem como objetivo resgatar um processo fundamental que é a importância das histórias, experiências de vida e a interpretação que a própria pessoa faz delas, para se compreender como um sujeito inteiro: “Um aspecto importante de qualquer carreira é a interpretação que a pessoa constrói quando olha retrospectivamente para o seu progresso” (p.125). No caso da carreira moral do doente mental, essa história passa por “degradações e reconstruções do eu” que acontecem pela perda de consideração e de seu status social, restrições, privações, constantes revisões morais de sua história e de seu atual

progresso, além da patologização de seus pensamentos, desejos e comportamentos.

“Uma vez que o paciente comece a ‘aceitar sua nova posição’, as linhas básicas de seu destino começam a seguir as de toda uma classe de estabelecimentos segregados cadeias, campos de concentração, mosteiros, campos de trabalho forçado, e assim por diante - nos quais o internado passa toda a vida no local, e vive disciplinadamente a rotina diária, na companhia de um grupo de pessoas que têm o mesmo status institucional. Tal como ocorre com o novato de muitas dessas instituições totais, o novo internado percebe que está despojado de muitas de suas defesas, satisfações e afirmações usuais, e está sujeito a um conjunto relativamente completo de experiências de mortificação: restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas, e assim por diante. Aqui começamos a aprender até que ponto é limitada a concepção de si mesma que uma pessoa pode conservar quando o ambiente usual de apoios é subitamente retirado” (p.126 e 127).

Torna-se evidente nesta categoria, o quanto as histórias de vida dos participantes foram permeadas por situações de vulnerabilidade social e tiveram na institucionalização prolongada a ampliação destas vulnerabilidades, o que gera o questionamento se, de fato, o sofrimento psíquico surgiu antes da internação psiquiátrica.

4.2.4 O fazer na vida

Nesta categoria foram agregados os aspectos abordados nas entrevistas como a importância e os significados do fazer; conhecimentos, saberes e experiências; interesses e o uso do dinheiro.

Os conhecimentos, saberes e experiências relatados em cada história de vida evidenciam a percepção dos participantes relacionada ao ponto de vista objetivo e concreto. Revelam saberes relacionados ao fazer prático, principalmente relacionado ao “trabalho”, já que as maiores possibilidades de experiências vivenciadas foi

relacionada a isso. Maria menciona atividades que aprendeu no hospital psiquiátrico, em oficinas de terapia ocupacional. Jurema e Rita mencionam as experiências que tiveram como empregada doméstica.

O que eu aprendi? Muitas coisas. Ponto corrente, bordado, bordado (como é o nome? Pergunta para a técnica), bordado cheio (Maria).

[sobre os aprendizados que teve na vida] *Coisa boa. Limpar a casa. Eu já trabalhei pra família. [...] Já, mas só apanhando, apanhando (Jurema).*

Eu trabalhei de doméstica. [...] quando eu era bem novinha eu trabalhava, e pra morar no hospital eu lavava chão, dava banho em paciente, buscava roupa na lavanderia, ajudava na cozinha. Na clínica eu aprendi fazer serviço (Rita).

Pouco se falou sobre o aprendizado possibilitado pelas trocas e convivência com outras pessoas, ou de aprendizados com memórias afetivas positivas e causadoras de bem estar. O fazer vem carregado de significados relacionados à obrigação, necessidade de sobrevivência, pois foi o que se teve como experiência durante a maior parte da vida, seja em trabalhos informais e precários, quanto durante a internação em hospital psiquiátrico (cujo “trabalho” citado nas entrevistas pode ser dividido na participação das oficinas de terapia ocupacional, e atividades de manutenção e organização do hospital).

Puseram eu na porta de Atibaia, na FEBEM. Ali eu morei até os meus 10 anos. Completei 10 anos, sai de lá e fui morar e trabalhar em casa de família (Jurema).

[sobre os aprendizados que teve na vida] *O que é isso? [...] Ah, eu fui criada pelo meu pai, eu aprendi muita coisa na casa dos outros, né? No emprego (Ana).*

João relata diversas atividades que realiza, possui muitos interesses e a realização destas atividades são realizadas por iniciativa própria. Faz sozinho e quando não sabe, ou quando quer companhia, busca ajuda de algum funcionário do

CAPS ou da casa. Também faz pesquisas na internet através do seu celular para saber mais do assunto de seu interesse.

Meu dia-dia é bastante alegre, eu almoço, tomo banho, eu converso, eu tenho videogame, tenho bicicleta, eu tenho um violão, que agora eu quero aprender a tocar. Eu vou começar a soltar pipa também, escuto rádio, eu corro, jogo bola, futebol, né? Eu tenho 2 cachorros também (João).

Relaciona atividades, como a horta que fez na casa, com sua prática de exercícios e desejo de emagrecer.

Eu mexo com a horta, eu planto couve, almeirão, eu planto tudo. Eu mexo com a terra, sabe? Eu mexo no jardim, eu aparo a grama, eu arranco o mato, eu carpo. Eu planto as coisinhas, eu planto mamão, berinjela. Eu ia plantar moranguinho[...] tem o quintal aqui, tem bastante. Eu vou arrumar bem arrumadinha, tem terra esterçada ali, e eu tô com semente aí vou plantar moranguinho. Eu plantei espinafre ali, lembra?Deu um monte. Aí dá pra bater ele com leite e dá um suco verde igual de abacate. É, fica bem cremoso. Só bater com leite. Eu tomo também o suco com couve, laranja e gengibre. Diz que acelera o metabolismo. Pra quem faz academia. Eu tô fazendo flexão, abdominal, fazendo exercício (João).

Um fazer que tenha um significado para além da execução objetiva de uma tarefa, que relacione desejos, interesses aparece no relato de Jurema. Para ela, que gosta de conversar e recitar poemas, limpar a casa para receber visitas e criar o ambiente para interação e trocas com outras pessoas é uma atividade prazerosa e significativa.

[sobre a importância de cuidar da casa] *Para quando chegar visita, encontrar tudo em ordem, limpo, cheiroso, perfumado (Jurema).*

Ana, apesar de ter uma única atividade de seu interesse, que são as idas semanais na igreja, encontra na participação frequente de sua comunidade religiosa a manutenção de uma identidade familiar que aprendeu desde a infância.

Ah, porque eu vou na igreja, escuto a palavra. Porque eu nasci na igreja presbiteriana, para mim a bíblia é o melhor que tem (Ana).

Maria relata seus desejos em comprar alguns móveis para a casa, menciona a importância de ser lembrada depois de sua morte. A aquisição de itens concretos e duradouros são mencionados diversas vezes na entrevista, apresentando a casa a partir das coisas que comprou com o seu dinheiro.

Essa casa é linda. Eu quero deixar essa casa linda, sabe porquê? Porque quando eu morrer as pessoas vão lembrar de mim, que eu deixei os móveis, tudo. Aí as pessoas vão lembrar de mim (Maria).

Apesar da certeza do desejo de comprar, Maria demonstra incertezas sobre as cores que gosta, por exemplo. Demonstrou estar atenta às necessidades do SRT, percebidos nos discursos das funcionárias sobre situações do cotidiano, de coisas que faltam, que estão velhas ou estragadas e seu desejo surge a partir disso.

[sobre a geladeira que falou que quer comprar] Como é a geladeira que eu quero? (Pergunta para a técnica) da grande. Oh, qual é a geladeira que eu devo comprar? (Maria).

Da mesma forma, Cláudia também tem planos para uso do dinheiro para a compra de itens para o SRT a partir do que ouve e observa das funcionárias. Fato que pode ser analisado pela pouca participação e interesse que manifesta para cozinhar. A necessidade parte do outro e não do que vivencia ao usar a cozinha da casa, por exemplo.

Eu precisava comprar umas coisas que estão faltando aqui [...] um jogo de panela (olha para a técnica) isso, o armário da cozinha. Tô querendo comprar o armário da cozinha mais grande. [questionada sobre a cor do armário que gostaria] Que cor você queria? (Pergunta para a técnica) Tô falando a cor. Que cor? (Ela tá perguntando para você, a técnica responde) A qualquer cor [...] mas eu preferia vermelho, é uma cor que traz vida (Cláudia).

A *entonação*, elemento da cotidianidade proposto por Heller, é a singularidade do sujeito expressa no cotidiano. Dar palpites, sugestões e ideias na decoração e organização da casa e na forma de preparar a comida, por exemplo. É sabido o quanto este aspecto é prejudicado nos sujeitos que passaram por longas internações psiquiátricas, por isso, o fato de serem questionados sobre suas opiniões e desejos nestes assuntos pode ser um passo inicial na valorização da subjetividade dos sujeitos

e no exercício do pensamento de como é importante que se apropriem do seu autocuidado, do seu morar.

O dinheiro foi um fator que trouxe muitas nuances no cotidiano dos participantes, que relataram variados graus de autonomia neste aspecto. Alguns administram sozinhos o valor total que recebem, outros recebem parte do valor total para gastar como quiserem e outros desconhecem até mesmo o valor que recebem mensalmente, ficando a administração do dinheiro sob a responsabilidade dos funcionários do SRT.

[sobre a quantidade de dinheiro que recebe] *O dinheiro que eu ganho? Eu não sei, tia. Quem vê é a funcionária.* [sobre não ficar com a posse do dinheiro] *agora não fica mais não. Está bom assim, o dinheiro é meu e ficar aqui pra quê, senão alguém rouba, né?* (Rita).

O elemento *economicismo* tem relação direta neste aspecto, pois faz parte do processo de viver o cotidiano a acomodação de ações e pensamentos para que as atividades do dia a dia aconteçam de forma “automática”, sem reflexão pormenorizada de cada detalhe. É próprio dos seres humanos utilizarem este elemento para “economizar” esforços, tempo e pensamento. Portanto, é pertinente o questionamento do quanto a “incapacidade” está dada e estabelecida tanto para os profissionais, quanto para as próprias pessoas que moram nos SRTs. Se não há a reflexão do quanto o sujeito é capaz de fazer, torna-se natural o pensamento de que precisa de alguém que faça tudo por ele, em todos os momentos. Além disso, se o uso do dinheiro, por exemplo, não é necessário, não é algo solicitado, torna-se uma tarefa que a pessoa não irá exercer na casa, e isto está relacionado com este elemento.

De maneira geral, apesar das diferenças relatadas, todos sabem que recebem algum valor mensalmente e aqueles que não exercem a autonomia total neste aspecto conseguem ao menos verbalizar desejos e interesses do que querem comprar.

Aqui cabe explicar o quanto estes combinados foram mudando de acordo com o tempo, com a melhora ou piora do quadro clínico de cada participante; a partir dos acordos estabelecidos com os familiares de alguns participantes que tinham a posse total ou parcial dos benefícios; com a mudança de chefia, seja do coordenador de saúde mental do município, quanto do enfermeiro que coordena os SRTs; ou com situações inusitadas como a pandemia do COVID-19 e até mesmo a verificação de uso inapropriado ou abusivo do dinheiro por parte de familiares que tem a posse ou

acesso ao dinheiro dos moradores. Nestes quase 5 anos de funcionamento dos SRTs participantes do estudo, essa responsabilidade de posse, gerenciamento e prestação de contas já foi dos funcionários do CAPS, onde cada um assumia essa atribuição daqueles moradores dos quais era profissional de referência e atualmente é de responsabilidade dos funcionários das casas a prestação de contas do dinheiro “compartilhado” e do uso do dinheiro daqueles que não tem autonomia neste aspecto. O dinheiro “compartilhado” foi a forma encontrada para ter na casa um valor em dinheiro de fácil acesso, para gastos imprevistos, ou do dia-dia que são de uso coletivo, como a compra de algo no mercado, pizza, lanches, TV por assinatura, entre outros. O aluguel dos SRTs, a alimentação e demais gastos como energia elétrica e água são pagos pela prefeitura do município em questão, com o valor recebido mensalmente do governo federal para a manutenção deste serviço (Anotação diário de campo).

[sobre a posse do seu dinheiro] *tira de lá [banco] e põe num cofre. Ah? A chave? Eu não sei. Ah, a chave fica com ela* (se refere a funcionária da casa). *Quando precisa tira dali* (Maria).

João administra seu dinheiro sozinho, tem projetos e planejamento para o uso do dinheiro, com grande diversidade de finalidades, que vão além da compra de itens alimentícios ou roupas. É o único da casa onde mora que tem um celular, por exemplo, ou que pensa em gastos e investimentos para uma vida além do SRT e demonstra, portanto, o quanto não será possível, uniformizar um grupo. Neste sentido, é fundamental perceber a importância da valorização da subjetividade e características individuais das pessoas nos dispositivos como o SRT, pois mesmo em uma tentativa de padronização para o acesso das pessoas, é ilusório acreditar que as residências poderão ser constituídas de forma tão homogênea. As classificações tem sua importância ao auxiliar o planejamento dos recursos e a implantação dos SRTs seja do tipo I ou II em um território, mas não devem ter neste aspecto seu único critério na forma de enxergar as pessoas que ali estão. João, por exemplo, não chegou no SRT II com tanta autonomia, esta foi descoberta e alcançada por ele aos poucos.

Eu pagava o dentista, foi até maio, agora eu não devo mais nada pra ele. Se eu precisar pagar ele de novo, talvez eu precise daquele aparelho móvel. Mas se não precisar, eu não vou pagar mais nada. Eu

ajudo na casa, eu dou dinheiro na casa, eu compro remédio, pago as minhas contas, eu coloco crédito no celular, tem as coisinhas que eu como também. Esses dias eu comprei lençol. Lençol de cama, mas é só. Eu compro umas coisas de comer (João).

aí eu vou pagar o implante e o dinheiro que sobrar eu vou deixar guardado lá e se caso eu precisar, um dia eu precisar para comprar um terreno, uma casinha, mas tem chão ainda, né? E se eu arrumar uma pessoa bacana e que goste de mim e que ajude eu também né? Aí faz o seguinte, a gente investe num terreninho. Mas não precisa ser grande, uma casinha com um quartinho e um banheiro... (João).

Maria e Ana utilizam o dinheiro principalmente para a compra de roupas e itens alimentícios.

[sobre a quantidade de dinheiro que recebe e a forma que utiliza] Eu acho que é um milhão mais ou menos. Eu compro roupa, compro sapato (Ana).

[sobre a quantidade de dinheiro que recebe e a forma que utiliza] 50 por semana. Compro caldo de cana, pão com manteiga, cigarro. Tô fumando 1 por dia (Maria).

O aspecto da guarda e movimentação de dinheiro nos SRTs participantes desta pesquisa tem sido um fator bastante conflituoso ao longo dos anos de seu funcionamento, acompanhados através da prática profissional da pesquisadora que possibilitou uma aproximação com os desafios enfrentados no dia-dia nos SRTs, seja na perspectiva dos profissionais, ou dos próprios moradores, além da experiência pessoal de ter exercido por conta das atribuições profissionais o papel de “administradora” do dinheiro de moradores dos quais era profissional de referência (Anotação diário de campo).

O fato de alguns dos moradores não terem autonomia e/ou condições cognitivas para gerenciar o próprio dinheiro gerou alguns “entraves”, pois no início, grande parte do dinheiro dos moradores ficava nas casas. Tem-se o registro de roubos em duas, sendo em um dos casos com a participação de um ex-funcionário do SRT em questão; tem-se o registro de falta de prestação de contas referente ao dinheiro gasto; acusações de roubo entre as próprias moradoras ou de perda/sumiço do dinheiro; conflitos devido a diferença de gastos entre elas, pois muitas vezes era utilizado o dinheiro que estava disponível na casa, sendo utilizado apenas o dinheiro

de um ou outro morador para gastos que eram coletivos, entre outros.

Com o tempo, decidiu-se entre a equipe do CAPS que cada profissional de referência ficaria responsável pela posse, controle, gerenciamento e estímulo da autonomia dos moradores que estivessem sob a sua responsabilidade. Desta forma, o profissional ficava com os cartões dos moradores de que era referência e registrava todos os gastos para apresentar na prestação de contas que era feita para a coordenadora de saúde mental do município. Era sua responsabilidade também acompanhar os moradores dos SRTs nas compras e passeios de seu interesse. Atualmente, todas estas tarefas são desempenhadas pela coordenadora dos SRTs e pela coordenadora de saúde mental do município. Os funcionários do CAPS ainda são responsáveis pelo estímulo da autonomia e por saídas esporádicas para compras e/ou passeio, além das propostas terapêuticas oferecidas no CAPS.

Heller fala sobre a *ultrageralização* no cotidiano que é outro aspecto da cotidianidade e pode ser subdividido em outros três, que são nomeados por ela como *precedentes*, *analogia* e *juízos provisórios*, que é justamente utilizar a experiência já vivida, para fazer comparações e ter parâmetros para ação e pensamento, para que o sujeito consiga avaliar e compreender o mundo. Neste aspecto, é grande o risco de que tais juízos provisórios sejam cristalizados em pré-conceitos. Como exemplo, pode-se utilizar a questão do dinheiro no cotidiano das pessoas que moram nos SRTs. Como pessoas que viveram sempre com grande auxílio e assistência terão recursos e “bagagem” de experiências de vida para cuidar e administrar o próprio dinheiro? Simplesmente o pensamento cristalizado de que a condição clínica pode se tornar um impeditivo total para a posse e uso autônomo do dinheiro, gera muitas vezes, o impedimento da experiência e uma tentativa de criar um ambiente “estéril”, livre de riscos para estas pessoas. Há o medo de que sejam roubados por não saber o valor do dinheiro, de que percam o dinheiro, entre outros, esquecendo das inúmeras possibilidades e recursos que são aprendidos e adaptados pelo sujeito, quando lhe é possibilitado a experiência do uso do dinheiro, aí então terá a chance de negociar, prestar atenção em qual nota tem maior valor, saber que existe a possibilidade de ser trapaceado com relação ao troco, entre outros. Terá experiência para comparar, analisar e tirar conclusões sobre esta questão.

Cláudia remete de seu passado a percepção de si mesma como alguém que não pode ficar com a posse de seu próprio dinheiro. Não relata situações específicas

que justifiquem tal pensamento, mas isso acaba direcionando a sua participação no dia-dia.

Na minha mão eu não gosto que fica dinheiro não. O dinheiro some da minha mão, eu perco, aonde eu sento eu deixo, cai da minha mão. Então eu deixo com a funcionária guardado (Cláudia).

Portanto, é fundamental o questionamento do quanto a “incapacidade” está dada e estabelecida tanto para os profissionais, quanto para as próprias pessoas que moram nos SRTs do tipo II, cuja legislação define previamente que seus moradores possuem elevado grau de dependência. Se não há a reflexão do quanto o sujeito é capaz de fazer, torna-se natural o pensamento de que precisa de alguém que faça tudo por ele, em todos os momentos.

4.2.5 A vida e o futuro

Nesta categoria os resultados se relacionam a novos aprendizados, planos e desejos. Estes aspectos podem indicar como os participantes vivenciam a vida atual em sua subjetividade e como têm traçado novos caminhos e possibilidades de existência, para além do SRT. O que tem demonstrado ser um processo complexo, no qual se misturam a cronificação decorrente da institucionalização prolongada, o estigma da loucura e a própria limitação do sujeito decorrente de seu quadro clínico, e que de forma conjunta afetam as relações, planos e desejos, a sua participação nas atividades, a forma como se apropriam da casa e da vida, entre outros. É tênue o limiar entre a cronificação e a limitação real do sujeito.

O aspecto de planos e desejos teve grande variação que foi desde a compra de itens para si ou para a casa, ida a shows e jogo de futebol, até o sonho de ter uma casa e uma família. Apenas 3 participantes referiram ter planos e desejos que envolviam troca, construção e processo, que fosse além da realização de algo pontual e que oferecesse outras possibilidades para além do SRT.

O meu sonho era ir no estádio. Quero assistir um jogo do são Paulo (Cláudia).

Eu queria ensinar as pessoas fazer crochê. No hospital eu ensinei 9 pessoas que eu ensinei a fazer crochê e aprendeu (Jurema).

O que eu queria mesmo assim, é uma pessoa né? Uma companheira, né? Mas isso mais pra frente, isso aí é deus que sabe, né? eu queria ter uma família, ter minha casinha, normal (João).

O restante dos participantes não relataram ter sonhos e planos para o futuro.

Não tenho sonho não Fernanda, não tenho sonho (Rosa).

[se tem planos ou sonhos para o futuro] *Não (José).*

Neste sentido, Marcos (2004) diz que o cotidiano precisa ser reinventado, isto é, comportar o imprevisto e disponibilizar o espaço necessário para que cada sujeito deseje, compartilhe, sonhe dentro do que lhe é possível. Este aspecto da existência do sonho, do desejo pode indicar que todas as condições para a efetiva inclusão social do sujeito foram disponibilizadas e estimuladas. Para Salles e Barros (2013 b), essa possibilidade de conduzir a própria vida e experimentá-la em toda a sua potência faz parte da complexa gama de situações que indicam a inclusão social de uma pessoa na sociedade. Neste conjunto também são incluídos: possibilidades materiais, trabalho, atividade significativa, rede de suporte social, cidadania. Estas autoras definem que “a inclusão social é um processo de promover direitos, acessos, escolhas e participação” (p. 1060).

É evidente que, de forma geral, aqueles com maior comprometimento terão mais dificuldade em exercer este aspecto, mas Kinoshita (1996) diz que, neste processo, os próprios profissionais podem ser intermediários ao “emprestar” poder contratual aos moradores dos SRTs.

“ A isto denominamos ‘emprestar’ poder contratual; isto é, utilizar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais, para possibilitar relações e experiências renovadas aos usuários.” (KINOSHITA, 1996, p.59).

João, por exemplo, tem atualmente a pesca como atividade de interesse e já

teve várias experiências nesta atividade. Porém, precisou de estímulo para que um profissional do CAPS mostrasse os lugares possíveis para a pesca, que fosse com ele, que indicasse as lojas do comércio local para a compra de varas e iscas, entre outros. Depois desse processo, ele cogita fazer isso sozinho e estimula as pessoas do grupo que participa no CAPS para pescar (Anotação diário de campo). Jurema também menciona um sonho, um desejo, a partir de uma experiência que lhe foi proporcionada por uma funcionária do SRT que a levou na cidade de Aparecida. Esta funcionária já iria com uma excursão e sabendo do interesse e fé de Jurema, que é frequentante assídua da igreja católica, a convidou para ir junto.

Eu já fui na aparecida, e eu queria ir de novo. É, fui eu e a Sol. Na outra vez, eu fiz uma promessa que eu não ia fumar mais e larguei (Jurema).

O aspecto de novos aprendizados está totalmente relacionado à este “empréstimo” de poder contratual citado por Kinoshita (1996) e revela que, de fato, houve uma troca, um encontro do morador do SRT com o funcionário da casa, por exemplo, e que gerou movimento e trocas para além do estabelecido nas atribuições previstas no trabalho para uma residência do tipo II. Este foi o aspecto que teve menor prevalência nas entrevistas, aparecendo apenas nas falas de 3 participantes.

[menciona o pão quente que fez] É, a Olga me ensinou. Café eu já sei fazer (Jurema).

To fazendo tapete também. Eu já sabia, mas tinha esquecido, aí a tia me ensinou (Rita).

Bolo eu não fiz na casa, só pão. A Regina me ensinou usar água morna no lugar do leite, pra fazer o pão caseiro. Diz que fica bom também (João).

Aqui pode ser enquadrado o que Salles e Barros (2013a) definem por inclusão ativa, que é um processo que vai além da variedade de atividades e cenários proporcionados ao sujeito, é também uma postura ativa de transformação na forma de ver as pessoas com sofrimento psíquico não mais como o “outro”. Assim, há um encontro de pessoas independente dos papéis exercidos por elas, que proporciona

acolhimento, inclusão e aprendizado.

Ao longo do processo de pesquisa surgiram falas de alguns profissionais referindo-se ao comportamento de alguns moradores do SRT, como: “não gosta de nada”, “não faz nada”, “é sempre assim”, ficando implícita a ideia de estagnação, de não-melhora, não evolução do quadro, de não ser passível de reabilitação (Anotação diário de campo). Neste sentido, faz-se pertinente a reflexão trazida por Benetton (1996) sobre quando é que uma pessoa pode ser considerada “reabilitada”, se é quando volta a ser o que era antes, por exemplo. Ela defende que não é possível voltar a ser o que era, pois cada mudança, dificuldade e experiência vivida pelo sujeito fornece novos subsídios para o presente e também para o futuro, assim já não pode mais ser o mesmo e, neste sentido, não pode ser reabilitado.

Importante também, neste sentido, considerar os estudos sobre recovery, que consideram a experiência da própria pessoa no processo de crise e reabilitação, refutando a ideia de que uma pessoa poderá voltar a ser o que era antes. Apontam a forte relação com a reabilitação psicossocial, ou seja, a perspectiva do recovery é uma tendência no processo de reabilitação psicossocial, de forma que se não for considerada o processo não alcança seu completo sucesso (MONSALVE, 2017).

Desta forma, esta última categoria “A vida e o futuro” pode trazer a ideia de que a reabilitação se dá quando a pessoa conseguiu vivenciar aspectos anteriores relacionados à autonomia e inclusão social de forma progressiva e agora desfrutam plenamente, podendo assim, pensar no futuro; logo, seriam excluídos aqueles com maior comprometimento. Considerando as pessoas que moram no SRT II, por exemplo, isso seria possível para poucos, já que a minoria dos participantes deste estudo tinha uma vida mais estruturada, com trabalho e/ou família antes da institucionalização. E aqueles que já não tinham isso? Como voltarão a ser o que eram antes, se o antes já era fragilizado? Ou como pensar em um antes se a maior parte de suas vidas foi vivida em um hospital? Agora não poderão ser nada de novo/diferente? Não poderão vivenciar um processo de reabilitação? O elemento *ultrageneralização*, proposto por Agnes Heller, pode agregar ao ampliar a compreensão de como as pessoas, em geral, estabelecem uma noção de conhecimento e de realidade atual baseados em situações ocorridas no passado, assim, pode parecer “estranho”, “descabido” falar de sonhos e um futuro para além do SRT para aqueles que são mais dependentes, pois, nestes casos não há um “antes”

no qual se possa retornar, e as limitações parecem tantas que inviabilizam o futuro.

“Em síntese, o termo ‘reabilitação’ precisa ser desvinculado de estados de exceção e precisa, ao mesmo tempo, ter e manter compromissos de fato com o desenvolvimento da vida, qualquer vida, no sentido da trama do cotidiano que implica na aceitação de tudo o que é habitual” (BENETTON, 1996, p.149).

Não deve haver exceção ao disponibilizar e estimular um futuro para os moradores dos SRTs, seja do tipo I ou II, considerando o futuro como a disposição aberta e sem restrições por parte do outro; o acesso possibilitado daquilo que está por vir, sejam coisas “grandes” ou “pequenas”; a chance de ir além do que se é, ou do que se era; e isso não significa que todos os moradores terão algum sonho, plano ou desejo para o futuro, seja porque não conseguem ou porque não querem, mas todos as pessoas devem ter o direito a este horizonte. Essa postura ética significa um compromisso com o desenvolvimento da vida.

Por fim, que mais representa um começo, faz sentido retomar sucintamente as interlocuções das três perspectivas sobre o cotidiano, que foram discutidas na introdução deste estudo, e que auxiliam na compreensão desta temática nos SRTs que foram desenvolvidas ao longo deste processo: o cotidiano é inteiro e para todos. Heller afirma que o cotidiano é repleto de nuances e características diversas que precisam estar presentes na vida para haver um cotidiano que não seja alienado; a Reabilitação Psicossocial evidencia o direito que todo o ser humano tem de viver esse cotidiano de forma completa; e a Terapia Ocupacional agrega ao possibilitar que este cotidiano complexo e diverso seja para todos, mesmo que este precise ser adaptado, graduado, estimulado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral compreender a percepção de moradores dos serviços residenciais terapêuticos sobre o seu cotidiano. Como

objetivos específicos preconizou-se identificar o histórico de internações, social e de institucionalização dos participantes; investigar a relação dos elementos do cotidiano e a vida no serviço residencial terapêutico, a partir da percepção dos moradores destes serviços e investigar fatores limitantes para o exercício da autonomia, a partir da percepção dos moradores destes serviços.

Consideramos que os objetivos propostos foram atingidos, pois os resultados revelaram importantes indicativos a respeito do cotidiano de seus participantes. A realização deste estudo em plena pandemia foi um fator dificultador para a própria pesquisadora, que também teve seu cotidiano atravessado por diversas mudanças decorrentes disso. Na fase da coleta de dados houve várias dificuldades, principalmente aquelas durante a realização das entrevistas, como: sinal da internet; barulho e interrupção por parte dos outros moradores; dificuldade para entender o que foi falado, tanto por parte da entrevistadora como dos entrevistados devido à qualidade do áudio, pela dificuldade auditiva, pronúncia e dicção de alguns participantes; e pela limitação na compreensão dos participantes nas perguntas mais abstratas. A impossibilidade para a realização dos grupos presenciais, conforme a proposta inicial da pesquisa antes da pandemia, também foi um fator que restringiu a realização de uma pesquisa participativa.

A primeira fase do estudo abrangeu a investigação documental e possibilitou a caracterização dos participantes, o conhecimento de seu histórico de internações/institucionalizações e histórico social. Os participantes são predominantemente idosos, não alfabetizados e refletem a realidade geral dos outros moradores dos SRTs participantes. A experiência de trabalho por eles mencionada está relacionada à trabalhos rurais e/ou de serviço doméstico. A questão da vulnerabilidade social é característica marcante na história de vida de todos e a situação social foi o motivo, pelo menos uma vez, de internação/institucionalização para 7 dos 8 participantes. A média de tempo que viveram em hospital psiquiátrico foi de 25 anos. Os vínculos familiares são fragilizados ou inexistentes. Dos participantes, 7 recebem renda de programas sociais (PDVC e BPC), e a única que ainda não recebe é em decorrência de não ter documentos pessoais e ainda está aguardando a regularização do processo da sua certidão tardia de nascimento.

A segunda fase do estudo foi realizada por meio de entrevistas com cada participante e abrangeu aspectos subjetivos sobre a percepção que têm de seu

cotidiano e da vida no SRT e, de forma unânime, ficou evidente os ganhos materiais, afetivos e simbólicos que a conquista da vida em comunidade, em uma casa, trouxe para cada um deles. É inegável o avanço obtido com a criação dos SRTs nos aspectos de suprimento e acesso à alimentação, vestuário, saúde, lazer, educação e demais direitos de cidadania; mas ainda há contradições importantes na forma que estes dispositivos têm se constituído, principalmente relacionadas à homogeneização dos sujeitos e de um cuidado assistencialista, situações estas que são agravadas com as mudanças atuais na Política Nacional de Saúde Mental. De forma resumida, tais tentativas de invalidar a construção da RAPS estabelecidas até o momento se dão, além das questões de ordem ideológica e econômica de grupos favorecidos pelo ganho econômico das internações em massa, também pela luta destes grupos em favor do Ato médico (estabelecendo a compreensão da doença somente pelo componente biológico, em uma visão médico-centrada), resgatando os hospitais psiquiátricos e o aumento dos leitos como elemento principal de argumento e justificativa da suposta melhoria da assistência e cuidado para a população. Entram em jogo elementos essenciais de uma discussão já antiga sobre o embate entre Psiquiatria, como área de conhecimento principal de tudo o que se relaciona às doenças mentais, e a Saúde Mental, esta como campo interdisciplinar de conhecimento cuja interface busca extrapolar os aspectos meramente biológicos das doenças mentais. Neste caso, a compreensão é ampliada e passa ser da ordem do sofrimento psíquico dentro de um contexto complexo e multifatorial.

Foi possível constatar que tem se mostrado um desafio ultrapassar este ponto e alcançar a autonomia e participação social dos sujeitos, principalmente daqueles que são direcionados à um SRT II, no qual é pré- estabelecida pela legislação sua condição de dependência e de maior comprometimento. Independentemente se trata-se de um SRT I ou II, ou de qualquer outro dispositivo que venha a ser criado, é fundamental tornar a autonomia e participação objetivos a serem alcançados e aspectos presentes em todo e qualquer dispositivo de moradia e espaços de habitar. A busca pela autonomia e participação deve ser entendida como um processo diário e orientador de toda e qualquer prática e não como um aspecto já determinado e estabelecido nos sujeitos, ou como um fator avaliativo/classificatório para o acesso a este dispositivo, já que para haver autonomia e participação é preciso que sejam dadas as condições para que a pessoa consiga exercê-las, além do fato de ser um

processo fluido, que é por ele conquistado. Por isso, é um retrocesso as mudanças estabelecidas pela Nova Política de Saúde Mental que buscam somente padronizar, classificar e determinar os tipos de SRTs, por exemplo, como se isso fosse a resposta única para os desafios que se colocam. A questão fundamental não é essa, e sim, como ampliar e diversificar estes dispositivos, incorporando toda a complexidade do habitar. Diante desta insistência de alguns grupos em invalidar e não reconhecer os avanços da RAPS ao longo destes anos, é importante destacar que as histórias de vida das pessoas que sobreviveram a décadas de internação em hospital psiquiátrico e hoje vivem nos SRTs são fundamentais para a compreensão, esta sim baseada em evidências através do relato de quem viveu, de que não se trata da Psiquiatria e sim, da Saúde Mental enquanto área de conhecimento plural que possibilite a fundamentação das políticas públicas. A importância de suas histórias como registro, para além de números e estatísticas, impossibilita mal-entendidos ou explicações outras traduzidas como “evidências científicas” na justificativa de intervenção e mudanças nas políticas, que não a própria realidade vivida por estas pessoas.

A ação do sujeito no mundo, que é a essência do campo da Terapia Ocupacional, implica em importante contribuição para esta temática, já que o conhecimento do fazer humano perpassa estes três aspectos: a ação - que envolve a atividade, o movimento, a capacidade funcional e cognitiva para realizar; o sujeito - que envolve sua história de vida, subjetividade, desejos, interesses; e o mundo - que envolve o outro, as relações, os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos. Por isso, a Terapia Ocupacional tem papel fundamental em todo o processo relacionado aos SRTs, desde o seu planejamento, implantação, acompanhamento e avaliação.

Este estudo revelou que os moradores dos SRTs entendem seu cotidiano a partir do acesso e fruição de itens básicos de cidadania, como a liberdade de ir e vir, a alimentação, o vestuário, a casa/abrigo, além da possibilidade de escolha, participação e interação social. Compreendem o momento atual de suas vidas, morando no SRT, como a melhor parte, até então, por eles vivida. Também foi possível compreender as potencialidades dos SRTs, além de algumas dificuldades e desafios deste dispositivo. É importante destacar o quanto as perspectivas da Teoria do Cotidiano, da Reabilitação Psicossocial e da Terapia Ocupacional como suporte para a discussão do cotidiano dos participantes do estudo, foram potentes na leitura

da pesquisadora dos resultados obtidos ao possibilitarem a discussão dos temas emergidos de forma complementar e aprofundada.

Espera-se que este estudo contribua para a discussão e elaboração das políticas públicas e na produção de conhecimento sobre o tema. Ressalta-se que novos estudos devem ser realizados no sentido de ampliar o debate sobre as novas demandas que serão absorvidas pelos SRTs; de evidenciar, de forma participativa, a perspectiva dos sujeitos que moram nestes dispositivos, para que as políticas públicas sejam construídas com a participação daqueles que serão seus beneficiários; que investiguem sobre a importância das relações entre os profissionais que atuam nos SRTs e os moradores, além da necessidade de formação continuada destes profissionais; e que ampliem a discussão sobre a autonomia e participação das pessoas que moram nos SRTs, no intuito de fortalecer estes locais como espaços potentes de habitar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. et al. Perfil dos pacientes de três residências terapêuticas de um hospital psiquiátrico municipalizado do estado do Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p.123-123, 2010.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Editora geração, 2013.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, B. et al. As relações de socialização da comunidade de caxias do sul com os moradores do serviço residencial terapêutico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3864 - 2875, 2013.
- ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2049-2058. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: CAMPOS, R.O. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 27-67.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BARROS, S.; CORTES, H.M. Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 148-63, 2017.
- BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2015.
- BENETTON, M. J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível?. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p.143-149.
- BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- BRASIL. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre caracterização, organização e funcionamento dos Serviços Residenciais. **Diário Oficial [da]**

República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 fev. 2000. (nº 39-E, Seção 1, p. 23).

BRASIL. Portaria nº 1220, de 7 de novembro de 2000. Inclui na tabela de atividade profissional do SIA/SUS a função de cuidador em saúde e outras disposições sobre as Tabelas de serviços e Procedimentos do SIA/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 2000.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jul. 2003.

BRASIL. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jan. 2004.

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

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços residenciais terapêuticos (SRTs) sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria interministerial nº 3, de 21 de setembro de 2012. Dispõe sobre a parceria entre o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Comissão Intergestores

tripartite. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2017.

BRASIL. **Nota técnica nº11/2019**. Esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes sobre a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em 29 out.2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>>. Acesso em: 29 out. 2020.

CAYRES, A. Z. F. *et al.* **Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo : FUNDAP : Secretaria da Saúde, 2015.

COHEN, C.; SALGADO, M.T.M. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista de Bioética**, Brasília, v.17, n. 2, p. 221-235, 2009.

CORTES, J. M. **Lugar de morar: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico**. 2015. 211f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

CAMPOS, R. O. (org). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Ed Hucitec, 2013.

DESLANDES, S. F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: CAMPOS, R. O. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Ed Hucitec, 2013. p. 278-299.

DRUMMOND, A. F. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2011. p. 10-16.

FERREIRA, G. B. et al. As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 976-986, 2013.

FIETZ, H. Habitando Incertezas: Reflexões Sobre Deficiência e Práticas de Cuidado na Luta por Moradias Assistidas. **Mediações**, Londrina, v. 23 n. 3, p.103-131, 2018.

FRICHEMBRUDER, S. C.; SOUZA, N. G. A utopia da constituição do “Mapa” da Reforma Brasileira. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.) **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 67-96.

FURTADO, J.P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

FURTADO, J. P. et. al. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 33, p. 389-400, 2010.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, F. C. B. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.) **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p.51-65.

FURTADO, J. P. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.17, n. 46, p. 635-647, 2013.

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Rev. Psicol. Polít.**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X201200010008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2018.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GUEDES, A. C. et al. A trajetória terapêutica de um usuário de saúde mental. **J. nurs. health.**, Pelotas, v.10, n. 2, p. e20102005, 2020.

GUIMARÃES, G. T. D. **Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2002.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Ed Paz e Terra, 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

KANTORSKI, L. P. et al. Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano num Serviço Residencial Terapêutico: um estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 61-70, 2013.

KINOSHITA, T. R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p.55-59.

LATAS, A. P. et al. Lecciones esenciales sobre el trabajo em red inter-escolar. **Profesorado-Revista de curriculum y formacion del profesorado**, Granada, v. 22, n. 2, p. 51-69, 2018.

LEÃO, A.; SALLES, M.M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M.M. (Org.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EDUFSCAR, 2016. p. 61-76.

LEFEBVRE, H. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ed. Ática S.A, 1991.

LEME, R. S.; FONTES, S. C. Da integração à inclusão social: o estatuto das pessoas com deficiência e a concretização da inclusão pelos direitos assegurados. **R. Jur. UNI7**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 89-107, 2017.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para a Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, 2014.

MANNAY, D. **Métodos visuales, narrativos y creativos em investigación cualitativa**. Madrid: Narcea, S. A. de ediciones, 2017.

MÂNGIA, E. F.; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2002.

MARCOS, M. C. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos “Serviços Residenciais Terapêuticos”. **Psychê**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 179-190, 2004.

MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. B. Vivências de cuidado em saúde de moradores de serviços residenciais terapêuticos. **Interface**, Botucatu, v. 23, e170950, 2019.

MATOS, B. G.; MOREIRA, L. H. O. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 668-676, 2013.

MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

MATSUKURA, T. S.; SALLES, M.M. (org). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São

Carlos: Edufscar, 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Termo de ajuste de conduta- Sorocaba**. Procuradoria Geral de Justiça no Estado de São Paulo.2012. Disponível em:<www.prsp.mpf.gov.br/saladeimprensa/pdfsdasnoticias/TAC%20SOROCABA%20ASSINADO.pdf/view>. Acesso em: 05 julho. 2018.

MONSALVE, M. H. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. **Rev la Asoc Española Neuropsiquiatria**, Espanha, v. 37, n. 131, p. 171-187, 2017. Disponível em: <<http://revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/16996/16866>>. Acesso em: 09 fev. 2021.

NETO, P.M.R.; AVELLAR, L. Z. Concepções sobre a interação com moradores de residências terapêuticas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p.162-170, 2016.

NETTO, J.P.; CARVALHO, M.C.B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, R. C. M. (ENTRE)LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, Salvador, v. 2, n. 4, p. 69 -87, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS: perguntas e respostas sobre o coronavírusBR**. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/01/1702002>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

PINHEIRO, J. A. C.; MACHADO, L. D. Experiência clínica por meio de imagens cartográficas. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 23, p.120-128, 2011.

PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

PAIS, J. M. O cotidiano e a prática artesanal da pesquisa. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 1, n. 1, p. 107-121, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, A. G.; COUTO, A. C. P. Metodologia participativa, subjetividade individual e social: facilitação de reuniões de moradores em Residências Terapêuticas. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 10, n. 1, p.170-176, 2015.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2129-2138, 2013 a.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1059-1071, 2013 b.

SALLES, A. C. R.R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicologia & sociedade**, Recife, v. 28, n. 2, p. 369-379, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p369>

SANTOS, S.S. et al. Isolamento social: um olhar à saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, e392974244, 2020.

SANTOS, E.O.; WILLRICH, J.Q.; KANTORSKI, L.P. A reconstrução do sujeito de direito e subjetividade no contexto da atenção psicossocial. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1321-1334, 2014.

SARACENO, B. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p.13-18.

SECRETARIA DE SAÚDE DE PIEDADE: Disponível em: <<http://www.piedade.sp.gov.br>>. Acesso em: 09 out. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SOROCABA. Disponível em: <<http://saude.sorocaba.sp.gov.br>>. Acesso em: 09 out. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SALTO DE PIRAPORA. Disponível em: <<http://saltodepirapora.sp.gov.br/index.php/saude>>. Acesso em: 09 out. 2019.

SILVA, D.S.; AZEVEDO, D.M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 603-609, 2013.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.) **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011a.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 2089-2098, 2011b.

SZTAJNBERG, T. K.; CAVALCANTI, M.T. Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um Serviço Residencial Terapêutico. **Revista Latinoamericana de**

Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v.17, n. 2, p. 265-278, 2014.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

ANEXOS

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

BLOCO 1º: SOBRE A VIDA NA RT

-ME CONTE COMO É A SUA VIDA (FOCO EM PESSOAS, LUGARES, ATIVIDADES E DINHEIRO)

- COMO É O SEU DIA A DIA
- ATIVIDADES QUE FAZ DENTRO DE CASA
- ATIVIDADES QUE FAZ FORA DE CASA
- PESSOAS IMPORTANTES NO SEU DIA-A-DIA
- ATIVIDADE QUE GOSTARIA DE FAZER E AINDA NÃO FAZ?
- SENTE FALTA DE ALGUMA COISA?
- TEM ALGUMA ATIVIDADE QUE REALIZA E QUE NÃO GOSTARIA DE FAZER MAIS?
- LUGARES QUE FREQUENTA
- RECEBE ALGUM DINHEIRO? GASTA DA FORMA QUE GOSTARIA? TEM PLANOS PARA O USO DO SEU DINHEIRO?

BLOCO 2º: O QUE A RT REPRESENTA NA VIDA

O QUE ESTA **CASA** REPRESENTA/SIGNIFICA PARA VOCÊ? (FOCO NAS RELAÇÕES E PERCEPÇÕES SUBJETIVAS RELACIONADAS À CASA, AO HABITAR, AO COTIDIANO)

- COMO VOCÊ SE SENTE MORANDO NESTA CASA?
- O QUE ESTA CASA REPRESENTA/SIGNIFICA PARA VOCÊ?
- QUAL/QUAIS LUGARES DA CASA VOCÊ GOSTA MAIS? POR QUÊ?
- O QUE VOCÊ GOSTARIA DE MUDAR?
- VOCÊ PODE FAZER O QUE QUISER, QUANDO QUISER E ONDE QUISER? VOCÊ FAZ O QUE TEM VONTADE?
- QUAIS SITUAÇÕES VOCÊ TEM O PODER DE DECIDIR?
- QUANDO VOCÊ NÃO CONCORDA OU NÃO GOSTA DE ALGUMA COISA OU SITUAÇÃO O QUE VOCÊ FAZ? POR QUÊ?

BLOCO 3º: O QUE AS ATIVIDADES E AS RELAÇÕES REPRESENTAM NA VIDA

- QUAL A IMPORTÂNCIA DO QUE VOCÊ FAZ NO DIA A DIA E DAS PESSOAS QUE VOCÊ CONVIVE PARA A SUA VIDA

- O QUE VOCÊ ACHA DO SEU DIA A DIA, DENTRO E FORA DE CASA
- QUAIS APRENDIZADOS VOCÊ TEVE NA VIDA? VOCÊ CONSEGUE COLOCÁ-LOS EM PRÁTICA NO SEU DIA-A-DIA?
- QUAL A SUA CARACTERÍSTICA MAIS MARCANTE? QUAL O SEU JEITO “ÚNICO” DE FAZER AS COISAS? TEM ALGO QUE AS PESSOAS “SÓ DE OLHAR” SABEM QUE É SEU OU QUE VOCÊ QUE FEZ?
- TEM AMIGOS NA CASA E NO BAIRRO? QUEM SÃO? COMO É A RELAÇÃO COM ELES? O QUE FAZ JUNTO COM ELES?
- COMO É O CONVÍVIO NO BAIRRO? VOCÊ SE SENTE PARTE DESTA BAIRRO? AS PESSOAS DO BAIRRO TE CONHECEM?
- O QUE MAIS GOSTA NO BAIRRO?
- O QUE MENOS GOSTA NO BAIRRO?
- O QUE GOSTARIA QUE MUDASSE NA SUA VIDA AQUI NO BAIRRO?

BLOCO 4º: A VIDA NA RT E NO HOSPITAL PSQUIÁTRICO

- ME FALE SOBRE A SUA VIDA NO HOSPITAL PSQUIÁTRICO E NESTA CASA

- EXISTE DIFERENÇA ENTRE MORAR NO HOSPITAL PSQUIÁTRICO E NESTA CASA? QUAIS?
- ALGUMA COISA MUDOU PARA VOCÊ QUANDO SAIU DO HOSPITAL E VEIO MORAR NA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA? O QUE?

BLOCO 5º: VÍNCULOS FAMILIARES/AFETIVOS

- ME FALE SOBRE SEUS FAMILIARES E AMIGOS DO PASSADO

- MANTEM CONTATO COM ALGUM FAMILIAR? DE QUE TIPO? COM QUE FREQUÊNCIA?
- COMO PERCEBE ESTE VÍNCULO?
- ALGUÉM QUE TEVE VÍNCULO IMPORTANTE NO PASSADO E DESEJA RESGATAR?
- TINHA ALGUM VÍNCULO IMPORTANTE DURANTE A INSTITUCIONALIZAÇÃO? CONSEGUIU MANTER VÍNCULO?

BLOCO 6º: VIDA ATUAL NO CONTEXTO DO CORONAVÍRUS

- COMO ESTÁ A SUA VIDA AGORA QUE É PRECISO FICAR SEMPRE DENTRO DE CASA POR CAUSA DO **CORONAVÍRUS**? (FOCO NA ROTINA DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL)

- VOCÊ SABE O QUE É O CORONAVÍRUS? POR QUE AGORA PRECISAMOS FICAR ISOLADOS EM CASA?
- O QUE MUDOU NA SUA VIDA E NA ROTINA?
- TEM ALGO QUE VOCÊ PRECISOU COMEÇAR A FAZER DIFERENTE?
- O QUE ESTÁ MAIS DIFÍCIL?
- O QUE ESTÁ MAIS FÁCIL?
- QUE SENTIMENTOS E PENSAMENTOS VOCÊ TEM QUANDO PENSA NO CORONAVÍRUS E NO ISOLAMENTO?
- O QUE VOCÊ SENTE POR TER QUE FICAR EM CASA O TEMPO TODO E NÃO PODER SAIR?
- O QUE VOCÊ TEM FEITO NESTA NOVA ROTINA JÁ QUE NÃO PODE SAIR DE CASA?

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS	
DADOS PESSOAIS	
NOME:	
IDADE:	
ORIGEM/NASCIMENTO:	
ESTADO CIVIL:	
ESCOLARIDADE:	
PROFISSÃO:	
HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES/INSTITUCIONALIZAÇÕES	
<u>1- LOCAL</u>	
DATA ADMISSÃO	
DATA SAÍDA	
MOTIVO	
DIAGNÓSTICO	
MEDICAÇÕES UTILIZADAS:	
COMPORTAMENTO NA INSTITUIÇÃO:	
<u>2- LOCAL</u>	
DATA ADMISSÃO	
DATA SAÍDA	
MOTIVO	
DIAGNÓSTICO	
MEDICAÇÕES UTILIZADAS:	
COMPORTAMENTO NA INSTITUIÇÃO:	
HISTÓRICO SOCIAL	
<u>1-VÍNCULOS FAMILIARES/AFETIVOS</u>	
-MANTEM CONTATO COM ALGUM FAMILIAR? DE QUE TIPO? COM QUE FREQUÊNCIA?	
-COMO PERCEBE ESTE VÍNCULO?	
-ALGUÉM QUE TEVE VÍNCULO IMPORTANTE NO PASSADO E DESEJA RESGATAR?	
- TINHA ALGUM VÍNCULO IMPORTANTE DURANTE A INSTITUCIONALIZAÇÃO? CONSEGUIU MANTER VÍNCULO?	
<u>2-DOCUMENTAÇÃO</u>	
-QUANDO FOI PARA A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TINHA QUAIS DOCUMENTOS?	
-RECEBE ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL? QUAIS?	
-ADMINISTRA O PRÓPRIO DINHEIRO? DE QUE FORMA?	

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

HÁ VIDA LÁ FORA: O COTIDIANO DAS PESSOAS QUE MORAM NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Eu, Fernanda Rodrigues Vieira, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o (a) convido a participar da pesquisa “Há vida lá fora: o cotidiano das pessoas que moram em residências terapêuticas” orientada pela Prof.^a Dr^a Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

Este estudo está sendo feito para entender como é o seu dia-a-dia; as coisas que você faz, o que você gosta ou não gosta, as atividades que faz fora de casa, se conversa com os vizinhos, que lugares gosta de visitar e estar. Antes, você ficou internado (a) no hospital psiquiátrico. Agora, mora em uma casa e tem uma vida como qualquer outra pessoa. Isso aconteceu porque as leis mudaram para ajudar as pessoas com doença mental. Por isso, o objetivo deste estudo é mostrar se essa mudança foi boa ou não, sabendo como é a sua vida fora do hospital.

O estudo acontecerá da seguinte forma: Será feita uma entrevista perguntando para você como é o seu dia-a-dia, através de ligação de videochamada no WhatsApp. Caso tenha alguma situação que te incomode, você pode desistir e não participar do que está sendo feito. Tudo o que conversarmos na entrevista será registrado no estudo, sem identificar seu nome.

Peço a sua autorização para gravar a entrevista e escrever o que foi gravado. Depois irei te mostrar o que foi escrito, para que confirme se está de acordo com tudo o que você falou.

Você poderá tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação agora ou a qualquer momento pelo telefone (15)991214241, com Fernanda.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Fernanda Rodrigues Vieira

Endereço: Rua Lituânia, 560

Contato telefônico: (15) 991214241 /e-mail: Fernanda.rvieira@yahoo.com.br

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante