



Artigo Original

A RECONSTRUÇÃO DO COTIDIANO NA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA SOB O OLHAR DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

THE RECONSTRUCTION ON TERAPEUTIC SETTINGS UNDER THE VIEW OF PSYCOSOCIAL REHABILITATION

Resumo

Estenifer Marques¹
Érika Renata Trevisan¹

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM
Uberaba – Minas Gerais – Brasil

E-mail:
estenifer_m@hotmail.com

O processo de desinstitucionalização no Brasil visa à superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico e a substituição pelos serviços de saúde mental, abertos e presentes na comunidade, focados na Reabilitação Psicossocial como referencial teórico-prático dessa construção. Os serviços residenciais terapêuticos são alternativas de moradia para as pessoas que há anos estão internadas e não possuem referência familiar ou social para a saída do hospital psiquiátrico. Esse trabalho teve como objetivo conhecer como tem sido reconstruído o cotidiano e o modo de vida dos moradores no âmbito das residências terapêuticas e se as ações estão focadas na inclusão social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada através de entrevista semiestruturada feita com moradores de três Residências Terapêuticas de um município do Triângulo Mineiro, utilizou-se a análise dos dados de conteúdo temática. Os resultados apontaram para a existência de um cotidiano reconstruído, entretanto ainda sem a efetivação da inclusão social, o que minimiza a potencialidade de vivência plena dos preceitos da Reabilitação Psicossocial.

Palavras-chave: Assistência em Saúde Mental; Atividades Cotidianas; Desinstitucionalização; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental.

Abstract

The process of deinstitutionalization in Brazil has been concretizing the guidelines of overcoming and substitution of the attention centered model in psychiatric hospitals, for community health services, focused on Psychosocial Rehabilitation as a practical – theoretical reference of this construction. The therapeutic home services are alternatives of residence to those who have been institutionalized for years as they have no family or social reference to leave the psychiatric hospital. The objective of this paper consists on knowing how the daily life and the way of living of residents of therapeutic settings have been reconstructed and if the actions are focused on social inclusion. It is a qualitative research, realized by semi-structured interview made with residents of three Therapeutic Residences in a town at the Triangulo Mineiro county, thematic content data was used as analysis. The results pointed the existence of a reconstructed daily life, however the complete social inclusion is absent, which minimizes the potentiality of fully living the norms of Psychosocial Rehabilitation.

Key words: Mental Health Assistance; Activities of Daily Living; Deinstitutionalization; Mental Health; Mental Health Services;

Introdução

Os hospitais psiquiátricos brasileiros, no decorrer da história, tornaram-se “depósitos” de pessoas, tratadas de forma brutal, perdendo a individualidade, a identidade, o poder de verbalização, de reivindicação dos seus direitos, o exercício da cidadania, o contato com o mundo externo e a perspectiva de vida fora deste contexto, sendo o fator institucional massificante e destruidor da pluralidade e da subjetividade do sujeito^{1,2}.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, impulsionado pela desinstitucionalização, visava à transformação da assistência em saúde mental que era opressiva e violenta, a defesa dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, melhores condições de tratamento clínico, pessoal e social, buscando a superação do modelo hospitalocêntrico e de suas práticas desumanizadoras, para a reinserção cotidiana e social^{2,3,4}.

Entretanto, ao longo dos anos desenvolveu-se uma cultura estigmatizante e excludente da diferença, ao que desospitalizar não era suficiente, sendo necessário, também, a modificação das representações sociais, o aprimoramento dos equipamentos sociais e de saúde para a viabilização de práticas de cuidado em território, promovendo uma rede social e de suporte efetiva, mediante pressupostos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial⁵.

Para efetivar a humanização das práticas de cuidado à saúde mental, as políticas públicas norteadas pelo SUS - Sistema Único de Saúde preconizam o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico em serviços abertos, presentes na comunidade, substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentre eles estão os Serviços Residenciais Terapêuticos⁶.

As Residências Terapêuticas (RT), segundo o Ministério da Saúde, são casas localizadas no território configurado no espaço urbano, tendo como função atender às necessidades de moradia e habitação das pessoas com sofrimentos psíquicos graves, que já foram institucionalizadas ou não. Geralmente são compostas por pessoas com histórico de longa internação em hospitais psiquiátricos, sem referência familiar ou social para saída da instituição, necessitando de um local de moradia para a reinserção social e cotidiana, com o papel no processo de resgate ou construção da identidade, na criação e desenvolvimento de sentidos de vida no território^{7,8}.

Para a reabilitação psicossocial, o cotidiano é o palco da existência, sendo o espaço de um constante processo de (re)criação dos modos ser e estar no mundo, de experimentação de ações e sensações, de trocas relacionais e do desenvolvimento de referências, ou seja, onde são construídas as verdadeiras estratégias de cuidado^{3,9}.

Entende-se, portanto que a inserção em uma RT é o início de longo processo de reabilitação e reconstrução do cotidiano, requerendo um projeto terapêutico singular para cada usuário, especificamente na construção progressiva de cidadania, autonomia, ampliação da rede social, e inclusão no mundo do trabalho e aprendizado. Ressalta-se assim, que as RT não são

serviços de saúde, mas espaços que possibilitam o morar e viver, com o desenvolvimento de um cotidiano significativo e direcionado às peculiaridades de cada morador^{6,9}.

O cotidiano, palavra que vem do latim *cotidie* ou *cotidianus*, significa todos os dias, o diário, o dia-a-dia, o comum, o habitual. Pensar e falar do cotidiano remete imediatamente a questões referentes ao dia-a-dia de cada sujeito, porém se analisado de forma aprofundada, suscita a compreensão dos campos do fazer a partir de uma construção coerente, em que o sujeito interage ativamente em sua vida através do fazer repleto de singularidades. Longe do desenvolvimento de ações ao acaso, que perpetuariam a visão biológica e reducionista limitadas à rotina, o viver cotidiano demonstra a apropriação e uso do espaço de vida pelo próprio sujeito de forma significada e transformadora^{10,11,12}.

Acreditamos que para compreender se existe um cotidiano, é fundamental entender como o sujeito apresenta a sua individualidade nessa construção diária, ou seja, o modo como desempenha as suas atividades cotidianas e a qualidade no fazer das mesmas^{11,12}.

Diante disso, a regulação do cotidiano torna-se mais um recurso terapêutico na reabilitação psicossocial, na recuperação do uso do próprio corpo, do espaço e do tempo. Promover a reabilitação no território está intimamente relacionado ao empoderamento do sujeito frente à sua própria vida, maximizando as capacidades contratuais, relacionais e de participação social¹³.

O cotidiano, portanto é repleto de significados e de identidades dos sujeitos, nesse contexto surge à inquietação em relação às pessoas com sofrimento psíquico que por muitos anos vivenciaram o cotidiano institucional pré-determinado, impessoal, com rotinas rígidas e pouco representativas da singularidade do sujeito. Essas pessoas que foram desinstitucionalizadas e são moradoras das residências terapêuticas encontram um espaço produtor de sentidos de vida, de superação dos impactos produzidos pela institucionalização e que proporcionam o habitar? A reconstrução do cotidiano, considerando os aspectos de autocuidados, social, produtivo e de lazer, é suficiente para a inclusão desses moradores na vida comunitária?

Nesse sentido, esse trabalho teve como objetivo conhecer como tem sido reconstruído o cotidiano e o modo de vida dos moradores no âmbito das residências terapêuticas e se as ações estão focadas na inclusão social.

Método

Este estudo teve uma abordagem qualitativa e de caráter exploratório, em que a coleta de dados ocorreu através de entrevista semi-estruturada, mediante um roteiro de entrevista continha as seguintes temáticas: Identificação; Histórico de tratamento; Rede de suporte social; Ocupações e a possibilidade de acrescentar algo que não tenha sido abordado.

Essa pesquisa foi realizada com cinco moradores de três RT vinculadas a um CAPS de um município do Triângulo Mineiro. O período de coleta e análise dos dados foi de março a novembro de 2010. Os critérios de inclusão foram: ter histórico de sofrimento psíquico, ser morador da RT e aceitar

participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os parâmetros de ética em pesquisa com seres humanos, visando ao respeito da autonomia, dignidade e cidadania conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira. O responsável pela residência terapêutica assinou um termo de autorização do desenvolvimento do estudo, devido a existência de curatela, enquanto a assinatura do TCLE foi obtida dos próprios sujeitos da pesquisa, após a leitura e explicação do mesmo em linguagem clara e acessível, garantindo o direito de escolha, a preservação do anonimato e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar.

O desenvolvimento da pesquisa e a coleta de dados iniciaram apenas após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob registro nº 1563/2009.

Os dados coletados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Para a codificação foram feitos recortes no texto transcrito em unidades de registro, classificadas e agregadas em categorias e agrupadas em razão dos caracteres comuns¹⁴.

Os moradores das RT que participaram da pesquisa foram identificados por nomes fictícios, são eles:

Flora, 46 anos, solteira, natural de Belo Horizonte. Foi internada no Hospital Psiquiátrico por ser moradora de rua e apresentar crises psicóticas. Reside há quatro anos na RT.

Jordão, 41 anos, solteiro, natural de Belo Horizonte. Relata sofrimento psíquico desde a infância. Nunca teve internação psiquiátrica, porém viveu por anos na Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (Febem). É morador da RT há cinco anos.

Solimões, 45 anos, solteiro, natural de Belo Horizonte. Teve a primeira internação psiquiátrica com 32 anos de idade, passando por três hospitais diferentes, com cinco anos de institucionalização. Reside há seis anos na RT.

Nilo, 63 anos, casado, natural de Divinópolis. É morador da RT há aproximadamente, quatro anos e é cadeirante por ser paraplégico.

Magnólia, 50 anos, divorciada, natural da Serra da Canastra. Teve sua primeira internação psiquiátrica aos 40 anos de idade, total de quatro internações. É moradora da RT há um ano.

Resultados e Discussão

O processo de análise dos dados resultou em três categorias, que foram intituladas como: Adoecimento e Institucionalização, Rede Social e Resgate da Identidade e Reconstrução do Cotidiano.

Adoecimento e Institucionalização

A negação do adoecimento mental foi clara no discurso da maioria dos participantes da pesquisa, uma vez que justificaram as crises por sintomas físicos ou sensações julgadas por banais ou corriqueiras. Demonstraram

conhecimento restrito e pouca compreensão dos aspectos relacionados à psicopatologia, minimizando os seus sintomas e dimensões.

“Nunca tive nenhum problema de cabeça” (Nilo).

“Desde pequeno eu adoeci. Tremor só! Começou quando eu era criança. Eu tremia demais com a mão” (Jordão).

“Na verdade eu não tenho nada, o que tenho é medo” (Solimões).

O processo de negação ocorre enquanto um mecanismo de defesa ao lidar com o sofrimento mental, tentativa de não aceitação consciente de algumas situações perturbadoras ao ego, fantasiando, minimizando ou anulando a potencialidade de ocorrência dos fatos¹⁵.

A representação social da loucura é um paradigma histórico que necessita ser desconstruído, remete ao início do processo de institucionalização do “louco” por uma sociedade injusta e preconceituosa, que por vezes ainda permanece no imaginário coletivo, perpetuando-se a visão enraizada de diferença, que é desenvolvida pelo senso comum¹⁶.

As posturas adotadas pelos sujeitos em relação ao próprio sofrimento mental objetivam evitar situações que lhes remetam aos processos estigmatizantes e excludentes, demonstrando que a representação de sujeito social da pessoa com sofrimento psíquico é algo que acaba por ser internalizado pelos próprios sujeitos, minimizando o seu potencial transformador e de enfrentamento do sofrimento mental¹⁷.

“Eu tava me sentindo muito perturbado, ouvindo vozes e perturbado da cabeça. Aí eu passei a ficar internado. Eu nunca tive crise nenhuma não” (Solimões).

O indivíduo irá portar-se frente a outras pessoas conforme as impressões adquiridas do que o outro espera dele, buscando atingir expectativas e obter uma resposta desejável, encontrando-se em constante processo de representação em seu cotidiano. A representação se deu pela negação do adoecimento mental, um modo de busca pela aceitação e inclusão social¹⁷.

Houve apenas um sujeito que assumiu a ocorrência de crises psiquiátricas, relatando que o episódio aconteceu após o processo de institucionalização e acredita que foi em decorrência dos impactos provenientes dessa experiência.

“Fiquei com crise depois de internar. Lá dentro já tava com meia crise, porque você fica trancada e quer ir embora, aí fui ficando em crise” (Flora).

A barreira entre a instituição e o mundo externo é o primeiro facilitador de mutilação do eu e das subjetividades, as perdas no convívio social, de objetos pessoais, identificação com números para melhor organização; relações interpessoais impostas; todas as ações cotidianas partilhadas, pré-determinadas e regidas pelas normas institucionais. Assim, ao viverem por muitos anos em uma instituição essas pessoas são usualmente caracterizadas como dependentes e cronificadas, porém toda essa condição social de exclusão é mais importante e determinante no seu comportamento do que o próprio sofrimento psíquico^{4,18}.

Neste sentido, compreende-se o papel fundamental da Reabilitação Psicossocial para o resgate e reconstrução da identidade dos sujeitos, revertendo essa lógica de vida institucional, por ser um processo que implica

na modificação dos níveis de relação de domínio, para abertura de espaços de relação e de negociação para o paciente, os profissionais, os familiares, os serviços e a comunidade, aumentando a participação real dos sujeitos na sociedade⁵.

Rede Social e Resgate da Identidade

A Reabilitação Psicossocial preconiza estratégias para resgate de histórias de vida e de identidades, incluindo os serviços substitutivos como as residências terapêuticas, os Centros de Atenção Psicossocial e a rede de suporte social. O termo reabilitação não se refere à substituição das incapacidades por habilidades socialmente preconizadas, mas sim, como um conjunto de estratégias que aumentam as oportunidades de trocas de recursos e de afetos, possibilitando habilitação do sujeito a partir das experiências vivenciadas¹⁹.

Para Saraceno^{5:120} o contexto das RT não tem apenas a função de conferir um lugar para estes sujeitos ficarem, mas de funcionar enquanto um instrumento possibilitador do verdadeiro habitar no território.

(...) é preciso ressaltar, contudo, que os percursos individuais que acompanham a experiência de aquisição da casa são percursos fundamentais para a reabilitação: o direito não é somente a casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania do paciente.

Em consonância com estes ideais, o Ministério da Saúde²⁰ preconiza que as RT, muito mais do que um ambiente de moradia, devem visar os processos de aquisição de autonomia, construção de direitos, de dignidade e cidadania, conferindo novas possibilidades ao viver.

Neste estudo, ficou evidenciado que essas RT dispõem de condições mínimas e básicas de sobrevivência, como alimentação e respeito. Entretanto, isso não garante a cidadania em sua plenitude, visto que o movimento que se faz atuante em prol da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, vai além da simples concessão de moradia, norteando-se também para a garantia dos direitos humanos, políticos e sociais²¹.

“Não falta nada lá em casa, tem comida na hora certa, almoço, janta, tudo na hora certa” (Solimões).

“Eu gosto de ser tratado bem” (Jordão).

Há uma diferença entre o “morar” e o “habitar”, no primeiro o sujeito apenas está no espaço que lhe é destinado como moradia, enquanto o habitar é algo mais significativo, em que o sujeito ocupa esse espaço (re)construindo sua autonomia e ampliando os sentidos de vida^{5,19}.

Dois moradores afirmaram ter encontrado dificuldades para se adaptarem, e realmente habitarem este espaço; aspectos agravados pelas brigas, saudade da família e autoritarismo.

“Tinha vontade de voltar a morar na minha casa, na minha casa mesmo, mas eu perdi tudo. A vida foi me deixando aí” (Flora).

Em relação ao tratamento, o CAPS é um equipamento de saúde mental para tratamento no território, com papel fundamental no processo de reinserção social desses moradores. Consiste em um dispositivo estratégico na reversão do modelo hospitalocêntrico por possibilitar a ampliação da rede social de

suporte. O acolhimento oferecido pelo CAPS objetiva proporcionar a sensação de pertencimento e inclusão social, sendo este o espaço onde os usuários podem expressar suas diferenças sem a privação do convívio e reconstruir referências para a vida participativa e ativa no cotidiano²².

Na entrevista, ao mencionarem o CAPS, os moradores relataram pontos básicos e essenciais para a reconstrução do cotidiano, como alimentação, contribuições nos cuidados do ambiente, participação em algumas oficinas, desenvolvimento esporádico de funções e relações sociais que não se estendem ao território. Percebe-se a contribuição do equipamento no resgate de atividades básicas da vida cotidiana, porém, enquanto um dispositivo potencial para o processo de Reabilitação Psicossocial, as atividades desenvolvidas no CAPS precisam transpor os muros institucionais para que efetivamente haja a superação do modelo manicomial de assistência²³.

Demonstrando o impacto da lógica de vida manicomial nos sujeitos, algumas falas trouxeram resquícios dos processos de ociosidade e alienação ao se referirem as atividades que realizam no CAPS.

“Nenhuma (atividade). Eu fico à toa” (Jordão).

“Almoço e durmo” (Magnólia).

O conceito de Reabilitação Psicossocial propõe a ampliação da rede social, que envolve todos os atores da teia de saúde-doença (pacientes, familiares, profissionais, comunidade), na aquisição de recursos para trocas sociais e vivência de sua cidadania, assumindo-se enquanto sujeito social⁵.

O espaço de moradia deve possibilitar o estabelecimento de relações contratuais significativas expressas no cotidiano, perante os desejos, aspirações e aflições dos sujeitos.

“Eu não gosto de lavar banheiro. Mas eu lavo três dias e tem gente que lava só um, por que eu tenho que lavar três? Falei nada não, melhor deixar pra lá, porque esses cuidados tem que ter né, é o que vão falar” (Flora).

As relações interpessoais dos moradores remetem à equipe técnica, onde a maioria relata brigas diárias, fazendo analogias com brigas familiares corriqueiras, entretanto, ratificam a ausência de empoderamento para lidar com essas questões.

“Uma discussão ou outra sempre ocorre. Mas a mãe social (cuidadora) entra no meio e manda calar a boca. Aí a (profissional de referência da RT) vai lá e conversa com nós” (Nilo).

A aquisição da autonomia é importante para o desenvolvimento da contratualidade das pessoas com sofrimento psíquico, o que pode e deve ser expresso nas pequenas lutas e diferentes transformações cotidianas, levando a mudanças qualitativas para sua real inserção, o que evidencia a necessidade de capacitações dos cuidadores das RT, voltadas para as diretrizes da Reabilitação Psicossocial²⁴.

A relação com a equipe de referência evidencia hierarquia, influenciando diretamente em seu poder contratual, demonstrando dificuldade de emancipação e auto-gerenciamento.

“É boa a relação. É cansativa porque às vezes tem problemas, mas é bom. Eles ajudam a gente. Porque é tudo do jeito delas, né. Elas mandam na gente. Tudo marcado, tudo na hora” (Flora).

“Gosto demais deles. Tem vez que ela (cuidadora) grita com a gente, aí eu respondo: “Não sou seu filho, minha mãe nem sei onde tá”. Mando ir gritar com os filhos dela” (Nilo).

É possível perceber nas falas dos moradores a reprodução das formas de controle institucional, da normatização e de supressão da autonomia, influenciando diretamente e negativamente na construção do cotidiano. Vale ressaltar que os serviços substitutivos precisam, antes de mais nada, humanizar a assistência, visto que o enfoque psicossocial rompe com o modelo segregador e oneroso das instituições psiquiátricas, semelhantes a uma linha de montagem industrial em que as tarefas e, principalmente, o sujeito, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria da produção comum²⁵.

A inquietação que surge nesse momento está relacionada principalmente com a criação e manutenção de mecanismos de controle e estratégias de resistência à lógica manicomial que incidem sobre o cotidiano dos moradores e dos cuidadores, nas relações e sobre as práticas de cuidado em saúde que são realizadas²³.

Por outro lado, vislumbra-se o seu potencial no resgate da identidade dos sujeitos, por propiciarem mais possibilidades e sentidos de vida que os encontrados nos hospitais psiquiátricos.

“Eu me sinto bem! Porque eu tô voltando a minha nova pessoa que era antes!” (Solimões).

É neste sentido que compreende-se o cotidiano como um contínuo exercício de formação e diferenciação de identidades expressas no território a partir do envolvimento de relações sociais, afetivas, da comunidade, dos serviços substitutivos e de saúde^{5,10,26}.

A Reconstrução do Cotidiano

Esta categoria aborda as diferentes facetas do cotidiano sejam eles na moradia, nos cuidados consigo e com o ambiente, na educação, na participação social, no lazer e no trabalho.

Considerando as tarefas de auto-cuidados e instrumentais de vida diária, necessárias para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, todos os moradores das RT as realizam com independência, com exceção de um, que é cadeirante.

“Eu acordo dia de sábado lavo o banheiro, o banheiro masculino e pronto. Se precisar eu lavo o meu calçado” (Solimões).

“Eu arrumo as minhas coisas, eu janto e depois lavo a louça, ajudo no que precisa, né.” (Flora)

Segundo o Ministério da Saúde^{20:14}:

Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante.

Alguns moradores mencionaram dificuldades em realizar tarefas desejadas, devido a não aceitação pela equipe, remetendo a processos de superproteção e minimização dos potenciais, que dificultam a reconstrução do cotidiano e o resgate das identidades.

“Queria passar roupa. Eles não deixam passar nada não” (Magnólia).

“Na verdade eu gosto é de assistir TV. Não gosto de nada disso não. Eu gosto de ficar assistindo TV” (Nilo).

Para o Ministério da Saúde^{20,14} “A realização de tarefas cotidianas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial”.

Com relação à inclusão escolar, três participantes da pesquisa frequentavam a escola, um havia abandonado recentemente e os outros dois iam esporadicamente.

“Eu quero estudar porque eu quero aprender a escrever. Eu só sei ler, mas ler direito eu não sei muito não” (Solimões).

“Ah, porque eu achava que ia ser bom ficar em casa sem fazer nada, mas cansei.” (Flora)

A escola pode ser considerada um espaço potencial para que a pessoa com sofrimento psíquico vivencie diferentes experiências, além dos atributos cognitivos, no âmbito social e afetivo²⁷. A evasão escolar foi explicada por questões pessoais como, problemas de saúde, e dificuldades na assimilação do conteúdo em decorrência dos efeitos da medicação.

“Embaralhou tudo na minha cabeça. Achei que ia ser bom estudar pra aprender, mas tava embaralhando tudo, muito difícil. O remédio ataca tudo e a gente não consegue pensar direito” (Flora).

A educação inclusiva deve promover o acolhimento das pessoas com diferentes dificuldades, através de metodologias e estratégias pedagógicas adaptadas as necessidades de cada aluno, entretanto, essa perspectiva parece não ter sido desenvolvida nas escolas que os moradores frequentam, dificultando o processo de inclusão escolar das pessoas com sofrimento psíquico na rede regular de ensino.

Os relatos demonstraram um processo de segregação realizado pelos alunos, sustentado por justificativas dos próprios moradores, com conformismo e ausência de crítica acerca do fato. A mesma atitude não foi relatada em relação aos professores, aspecto que contribui diretamente nas possibilidades de inserção e permanência deles no contexto escolar.

“O povo era estranho, cada um na dele, não se misturava. Mas com as professoras eu me dava bem, ela até me chamou pra voltar a estudar” (Flora).

“Eles ficam mais na deles né, mas eu converso com alguns” (Jordão).

A participação social é fundamental para a inclusão efetiva das pessoas com sofrimento psíquico, questão que deve também ser tratada pelos profissionais e serviços de saúde mental^{22,28}.

Nas entrevistas, a participação social além do CAPS, ocorre limitada a atividades que envolvam compras e idas esporádicas a praças e igrejas.

“Eu só faço compra, faço umas comprinhas ali no mercado pertinho de nós” (Solimões).

“Na Igreja. Olha, antes eu queria ir em muitos lugares, mas quando eu saio as pessoas ficam olhando tanto pra mim, tavam falando tanto de mim que eu fiquei chateada, que perdi até a vontade” (Flora).

Estar inserido socialmente não é apenas estar no território, mas sim ocupar um espaço social significativo, interagindo satisfatoriamente. Esse isolamento da loucura pode ocorrer também por parte do próprio sujeito que se isola ao perceber atitudes sociais que remetam à sua segregação e estigmatização, mesmo quando está em circunstâncias de inclusão social, como é o caso dos moradores das RT ao relatarem os momentos de lazer que apareceram com restrições^{5,17}.

“Ah, passear eu ando um pouco. Ando prá cá, prá lá. Eu vou lá no calçadão, sento lá, olho em volta. Vou na praça, fico lá sentada, vejo as pessoas passando, mas não divirto assim não.” (Flora)

Esses momentos apresentam características que expressam inclusão social restrita a ambientes protegidos e com poucos espaços sociais externos a esses lugares, evidenciando a necessidade de efetivação da intersectorialidade no desenvolvimento de parcerias com os equipamentos de educação, cultura, esporte e lazer da comunidade^{5,28}.

“Eu já acostumei. Não tenho vontade de ficar preso não. Eu não tenho pra onde ir se eu sair. Ficar feito um doido na rua, não tenho pra onde ir.” (Solimões)

A inserção no trabalho com valor social também é possibilidade de inclusão e aquisição de cidadania. Para Saraceno⁵ é compreendido enquanto modo de reconhecimento e participação social, forma de sustento, sobrevivência e auto-realização.

Três participantes da pesquisa estão inseridos na modalidade de trabalho protegido. Através das falas dos entrevistados evidenciou-se que essa é uma forma de adquirir autonomia para comprar o que desejam e emergir sentimentos de valorização, reconhecimento e inclusão social.

“Eu sei fazer massagem. Tô começando agora de novo. Vão vê se vem um dinheirinho bom na minha mão. Porque eu acho que é bom, eu posso comprar as minhas coisinhas” (Flora).

“Trabalho na oficina de tapeçaria. Eu trabalho porque eu gosto de trabalhar. Eu gosto de fazer alguma coisa, eu não gosto de ficar parado” (Solimões).

Neste sentido, tem-se o trabalho como um elemento dignificador e de inclusão social, uma estratégia de minimização da diferença expressa no cotidiano, evidenciada enquanto alternativa para modificação da realidade massificante a que essa população foi submetida⁵.

Salles e Barros²⁹ relatam que ao compreender o cotidiano das pessoas com sofrimento psíquico é possível perceber a reprodução da lógica dominante, do “louco” incapaz isolado e confinado, seja em casa ou no manicômio. Entretanto, ao se utilizar uma lupa, considerando o micro espaço social, se percebe um cotidiano que pulsa para construir uma vida compartilhada, na procura da produção de alternativas de relações com o mundo.

Considerações Finais

O estudo contribuiu para a compreensão de como tem sido desenvolvido o processo de reconstrução do cotidiano dos moradores das RT, sob o olhar da Reabilitação Psicossocial. Percebeu-se a existência de um cotidiano reconstruído, devido à realização rotineira de atividades diárias e na realização das tarefas, entretanto não significado devido à ausência de sentidos de vida a cada ação desempenhada.

Evidenciou o potencial transformador que as RT possuem no resgate de identidades, da capacidade contratual, das habilidades e identificações, do estabelecimento de trocas afetivas, da independência e da autonomia, enfim, de tudo aquilo que confere sentidos de vida e possibilita o exercício dos papéis sociais. Entretanto, o modo de vida expresso no cotidiano dos moradores demonstrou a influência histórico-social das formas de viver, compreender, lidar e tratar a diferença, enquanto fator limitante do processo de reconstrução do cotidiano dos moradores da RT devido aos estigmas construídos. Percebe-se ainda a dificuldade na superação das práticas de cuidado normatizadoras realizadas por parte dos profissionais da saúde, na efetivação da inserção social por parte da sociedade que ainda exclui ou é indiferente.

É necessário transpor os muros das RT e dos CAPS, para que a reabilitação psicossocial realmente aconteça, promovendo a inserção efetiva no território. Neste aspecto destaca-se a importância do papel das equipes multiprofissionais de saúde mental no desenvolvimento de práticas territoriais voltadas para o esclarecimento da população através de ações de sensibilização para a desconstrução do estigma da “loucura”, envolto pela ideia de periculosidade, incapacidade e necessidade de reclusão.

Outro ponto importante é o papel da equipe no empoderamento dos residentes acerca de seus direitos, no desenvolvimento da capacidade contratual, da independência e da autonomia frente às atividades do dia-a-dia, incluindo a inserção de fazeres significados que resgatem histórias e construam novas possibilidades ao viver.

Ressalta-se ainda a necessidade de efetivação da intersetorialidade com o objetivo de promover a inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico na cotidianidade, naturalizando o seu direito na ocupação e divisão dos espaços sociais. Portanto, romper com os resquícios do processo histórico da loucura inclui o desenvolvimento de ações e políticas públicas em Saúde Mental que transponham as teorias e funcionem na prática do cotidiano social, desconstruindo estigmas e transformando modo como a diferença é concebida socialmente.

Referências

1. Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Costa N, Tundis S (org). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
2. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1961.

3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 6ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013.
4. Zanon CJN, Campos ALA. Políticas governamentais de inclusão do doente mental no Brasil. Pesquisa em debate, Edição Especial, 2009: 2-18.
5. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. São Paulo: TeCorá; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 10216, de 06 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. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde mental 1990 – 2002. 3ª. ed. rev atual. Brasília, 2002.
7. Fassheber VB, Vidal CEL. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2007, 27 (2), 194-207.
8. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 2006, 11(3):785-95.
9. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002. 3ª. ed. rev atual. Brasília; 2002. Portaria/SNAS nº. 106, de 11 de janeiro de 2000. Cria e regulamenta os serviços residenciais terapêuticos.
10. Guimarães GTD. Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
11. Tavares GS. A Influência do Estilo de Vida na Reinternação Hospitalar de Pacientes Diabéticos. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006.
12. Francisco BR. Terapia Ocupacional. 2ª edição; Campinas: Papyrus, 2001.
13. Marcos CM. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos “serviços residenciais terapêuticos”. Psychê, jul-dez/2004, 4(14): 179-90.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Brasil: Edições 70, 2011.
15. Volpi JH. Mecanismos de Defesa. Curitiba. Monografia [Especialização em Psicologia Corporal] - Centro Reichiano, 2008.
16. Jodelet D. As Representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002, p.17-44.
17. Goffman E. Representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1975.
18. Covino AM. O cotidiano nos espaços de morar e habitar em saúde mental. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.
19. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma abordagem para a passagem do milênio. In: Pitta A.(org) Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.16 p.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
21. Romagnoli RC. Trabalhando com famílias na rede de Saúde Mental: dificuldades e desafios. Pulsional - revista de psicanálise, dez.2004, 17(180): 71-80.
22. Salles MM. Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in)visibilidade no território. São Paulo. Tese [Doutorado em Cuidado em Saúde] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

23. Pitta A.(org) Reabilitação psicossocial no Brasil . 2ª. ed.. São Paulo: Hucitec; 2001.
24. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14(1): 195-204.
25. Hirdes A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14(1): 165-171.
26. Santos Junior HPO, Silveira MFA, Oliveira CC. Além dos muros manicomiais: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2009 mar-abril; 62(2): 187-93.
27. Cuzin MI. Alfabetização de Adultos com Transtornos Mentais através de Dinâmicas Psicodramáticas-Educacionais. [Texto produzido para CEREJA – Centro de Referência em Educação de Jovens]. Campinas. Laboratório de Psicologia Genética da Faculdade de Educação da Unicamp, mar. 2005.
28. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-67.
29. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(1):73-81.

Endereço para correspondência

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Av. Getúlio Guaritá, 159. Centro Educacional – CE Sala
329 – Coordenação do curso de Terapia Ocupacional
Uberaba – Minas Gerais – Brasil.
CEP: 38025-440.

Recebido em 25/03/2013

Aprovado em 25/08/2014