

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JÉSSICA SINARA DE FREITAS NEMESIO

**A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e a desinstitucionalização em
Maceió - Alagoas**

Maceió
2019

JÉSSICA SINARA DE FREITAS NEMESIO

**A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e a desinstitucionalização em
Maceió - Alagoas**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro.

Maceió

2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

N433i Nemesio, Jéssica Sinara de Freitas.
A implantação dos serviços residenciais terapêuticos e a desinstitucionalização em Maceió – Alagoas / Jéssica Sinara de Freitas Nemesio. – 2019
102 f. : il.

Orientadora: Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 76-82.
Apêndices: f. 83-102.

1. Psiquiatria - Reforma legislativa. 2. Desinstitucionalização. 3. Serviços de saúde mental. 4. Construcionismo social. I. Título.

CDU: 159.9:34



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP

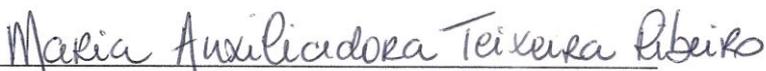
TERMO DE APROVAÇÃO

JÉSSICA SINARA DE FREITAS NEMESIO

Título do trabalho: “A Implantação Dos Serviços Residenciais Terapêuticos E A Desinstitucionalização Em Maceió - Alagoas”.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profa. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (PPGP/UFAL)

Examinadoras:



Profa. Dra. Deise Juliana Francisco (PPGE/UFAL)



Profa. Dra. Marília Silveira (Bolsista PNPD-PPGP/UFAL)

Maceió, 26 de junho de 2019.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação demarca um momento de extrema importância em minha trajetória acadêmica, sou grata a todo o conhecimento adquirido ao longo dos dois anos de pós-graduação, assim como as experiências que vivenciei durante a realização dessa pesquisa.

Agradeço à minha orientadora, Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro, “Xili”, por todo conhecimento compartilhado e pelos apontamentos que sempre me impulsionavam a avançar. Sempre ouvi falar sobre relações conflituosas entre orientandos e orientadores, mas tive a sorte de te ter como orientadora. Uma mulher dedicada e que me acolheu tão bem.

Agradeço as contribuições das professoras Claudia Tallemberg e Marília Silveira na banca de qualificação, fizeram-me ampliar o olhar sobre o tema que propunha adentrar. Sem dúvidas, seus apontamentos foram considerados e vieram a somar na pesquisa.

Sou grata ao grupo de pesquisa PROSA por toda a troca de conhecimento e pelo acolhimento. Gratidão, em especial, ao professor Jefferson Bernardes, por ser essa pessoa que transmite tranquilidade, mesmo quando me senti mais tensa (durante os ensaios para apresentações).

Agradeço a minha turma de mestrado, principalmente as companheiras da linha de pesquisa 2, Vanessa, Kelcy, Aline e Paulyne. A força de vocês foi fundamental para que eu não desanimasse e seguisse firme. Paulyne, sou grata por todo o apoio, caronas, desabafos e compartilhamento de conhecimento.

Sou grata à Secretaria Municipal de Saúde por ter dado a autorização para a realização da pesquisa no município de Maceió.

Sou grata às participantes da pesquisa, por colaborarem com a construção dessa dissertação.

Agradeço à CAPES pela bolsa de estudos que viabilizou essa vivência do mestrado, amenizando os desafios envolvidos em estudar em outra cidade.

Agradeço à minha família, minha mãe Claudenise, meu pai Roberto e meu irmão Gustavo, por acreditarem em mim e por todo o amor e dedicação. Agradeço ainda a companhia da minha cadela, Ranna, que esteve por perto durante todo o meu processo de escrita.

Agradeço ao meu namorado Rafael, por todo o apoio e por entender as minhas ausências nos últimos dois anos. Sou grata também por me ouvir falar sobre todos os passos dados durante o desenvolvimento da pesquisa, sempre me incentivando.

Sou grata às minhas amigas Vanessa, Renata, Ellen, Laíza, Thaysa, e ao meu amigo Pessanha, por direta ou indiretamente terem contribuído nessa jornada.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é compreender o processo da desinstitucionalização, a partir da implantação das residências terapêuticas no município de Maceió, ocorrido no final do ano de 2017. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) tem a finalidade de reinserir na sociedade pacientes psiquiátricos institucionalizados por longo período ou de hospitais de custódia, que não possuem suporte social ou laços familiares, incentivando a autonomia e promovendo o resgate da cidadania destes indivíduos através da reabilitação psicossocial. Para atingir o objetivo proposto foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com 4 (quatro) colaboradoras, 2 (duas) moradoras da residência terapêutica e 2 (duas) técnicas do CAPS, além do diário de campo e documentos de domínio público, tais como: Diário Oficial do Município; Ações Cíveis Públicas; Plano Municipal de Saúde (PMS) e notícias veiculadas em páginas de mídia geral. Os enunciados produzidos durante as entrevistas foram transcritos e analisados segundo o referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, fundamentado na perspectiva do Construcionismo Social. A partir das falas das participantes, foi possível compreender que a implantação do SRT no município, representou um importante avanço em relação à oferta de serviços substitutivos em saúde mental. A pesquisa propiciou o entendimento do processo que levou à implantação das Residências Terapêuticas (RT) no município, assim como a identificação das estratégias utilizadas pelos atores envolvidos, favorecendo a discussão das implicações da desinstitucionalização. Entre elas, na perspectiva dos profissionais, a necessidade de reformulações das ações de atenção psicossocial nos CAPS, no quais os técnicos precisaram acolher a demanda recém-surgida daquelas novas usuárias, criando outras estratégias de cuidado, de funcionamento dos grupos e das atividades disponibilizadas nos serviços. Quanto às moradoras das residências, a pesquisa possibilitou identificar, por exemplo, que, a partir da desinstitucionalização, houve, por parte delas e dos técnicos de referência, a busca pela garantia do auxílio-reabilitação para usuários de saúde mental egressos de instituições psiquiátricas, através do “De Volta para Casa”.

Palavras-chave:

Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Residência terapêutica; Práticas Discursivas.

ABSTRACT

The purpose of this research is to understand deinstitutionalization from the implantation of therapeutic residences in the city of Maceió, which occurred at the end of 2017. The Therapeutic Residential Service has the purpose of reinserting in the society psychiatric patients institutionalized for long period or of custodial hospitals that do not have social support or family ties, encouraging autonomy and promoting the rescue of the citizenship of these individuals through psychosocial rehabilitation. In order to achieve the proposed objective, four semi-structured interviews were conducted with 4 (four) collaborators, 2 (two) residents of the therapeutic residency and 2 (two) CAPS professionals, besides the field diary and public domain documents, such as: Official Gazette of the City, Public Civil Actions, Municipal Health Plan and news published in websites. The statements produced during the interviews were transcribed and analyzed according to the theoretical-methodological framework of Discursive Practices and Production of Meanings, based on the perspective of Social Constructionism. From the participants' speeches, it was possible to understand that the implantation of the Therapeutic Residential Service in the city represented an important advance in relation to the offer of substitutive services in mental health. The research facilitated the understanding of the process that led to the implementation of Therapeutic Residences in the city, as well as the identification of the strategies used by the involved actors, favoring the discussion of the implications of deinstitutionalization. Among them, from the perspective of professionals, the need for reformulations of psychosocial care actions in the CAPS, in which the professionals needed to accommodate the newly emerged demand, creating new strategies of care, the functioning of the groups and the activities available in the services. As for the residents of the residences, the research made it possible to identify, for example, that from the deinstitutionalization, they and the reference professionals sought to guarantee rehabilitation assistance for mental health users from psychiatric institutions, through "Back Home" program.

Key-words:

Psychiatric Reform; Deinstitutionalization; Therapeutic residence; Discursive Practices.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de produções científicas sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização por fonte e descritores. Maceió, 2018.....	30
Quadro 2 - Quantidade de produções científicas sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização por ano de publicação. Maceió, 2018.....	32
Quadro 3 - Quantidade de produções científicas nacionais sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização por área de conhecimento. Maceió, 2018.....	33
Quadro 4 - Quantitativo das produções científicas por região e estado onde as pesquisas sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização foram desenvolvidas. Maceió, 2018.....	33
Quadro 5 - Quantidade de produções científicas por eixo temático sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização. Maceió, 2018.....	34
Quadro 6 - Participantes de Pesquisa. Maceió, 2018.....	47
Quadro 7 - Extrato de um Mapa Dialógico. Maceió, 2018.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
ASSUMA	Associação de Usuários e Familiares de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Alagoas
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CESMAC	Centro de Estudos Superiores de Maceió
CMS	Centros de Saúde Mental
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIH	Demonstrativos de Internação Hospitalar
Dinsam	Divisão Nacional de Saúde Mental
e-SIC	Serviço de Informação ao Cidadão
MD	Mapas Dialógicos
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
PMS	Plano Municipal de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residências Terapêuticas
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Transcrição integral
TS	Transcrição sequencial
UAs	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO .	18
1.1 O movimento da Reforma Psiquiátrica e a Desinstitucionalização pelo mundo.	18
1.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira	22
1.3 Serviço Residencial Terapêutico	26
2 DIÁLOGO COM A LITERATURA	29
2.1 Levantamento nas Bases de Dados	29
2.2 Organização e Análise das Informações	31
2.3 Resultados	32
2.4 Discussão dialógica da literatura	34
2.4.1 Perfil dos moradores.....	35
2.4.2 Desinstitucionalização.....	36
2.4.3 Acompanhamento Terapêutico	38
2.4.4 Singularização do cuidado	40
2.4.5 Impasses para a reforma.....	41
3 POSICIONAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	43
3.1 Construcionismo Social	43
3.2 Práticas Discursivas e Produção de Sentidos.....	44
3.3 Percurso Metodológico	45
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES	51
4.1 Contextualização.....	51
4.2 Implantação das Residências Terapêuticas em Maceió	55
4.3 Uma outra forma de cuidado: territorializado.....	59
4.4 História de vida das moradoras.....	62
4.5 Implicações da desinstitucionalização em Maceió	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	83
APÊNDICE A – PONTOS NORTEADORES PARA AS ENTREVISTAS	84
APÊNDICE B – TRECHO DAS TRANSCRIÇÕES SEQUENCIAIS.....	85
APÊNDICE C – TRECHO DOS MAPAS DIALÓGICOS.....	94

APRESENTAÇÃO

Antes de adentrar aos aspectos que se referem ao projeto de pesquisa, para situar de que lugar falo e, portanto, minhas implicações com o tema da saúde mental, trago um recorte do meu trajeto pessoal vinculado a esse tema.

Ingressei no curso de Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*, Unidade Educacional Palmeira dos Índios em 2010. Desde o início do curso, faziam-se presentes conversas sobre saúde mental e no ano seguinte, querendo conhecer mais desse universo, inscrevi-me em um curso de Capacitação em Transtornos Mentais que seria realizado em um hospital psiquiátrico em Maceió, com duração de 3 (três) meses.

A capacitação propiciou a minha primeira entrada em um Hospital Psiquiátrico. Tínhamos que passar pelo pátio para chegarmos ao auditório no qual o curso acontecia quinzenalmente. Os encontros eram aos sábados, podíamos ver alguns usuários de saúde mental pelos corredores e pátio, algumas grades, espaços trancados, paredes sujas... Passar pelo hospital sempre causava certo impacto em mim, tinha a sensação ruim de um ambiente pesado e pouco humanizado.

Após a capacitação pensei comigo que não voltaria a entrar em um hospital psiquiátrico nunca mais. Ainda estava no início do curso, não sabia direito como reagir à realidade que vi no hospital, desacreditada do papel terapêutico desse espaço, não sabia como poderia contribuir na modificação daquela realidade, então naquele momento, me afastei.

Durante os estágios realizados no curso tive a chance de escolher 3 (três) lugares diferentes para me inserir e acompanhar a prática do profissional de psicologia. A imagem do hospital psiquiátrico me acompanhou por toda a graduação, mas sempre repetia para mim que voltar a esse espaço não era minha opção.

Meu primeiro estágio se deu no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que estava voltado à área de psicologia jurídica. No segundo estágio, já voltei ao âmbito da saúde mental, estagiei em uma Comunidade Terapêutica para usuários de álcool e outras drogas. Durante o segundo estágio, realizávamos supervisões em grupo, com a professora Caroline Padilha e nós, estagiários(as) da área de saúde mental. No grupo haviam duas colegas que estavam estagiando em um hospital psiquiátrico. E mais uma vez, essa realidade chegava a mim, através de seus relatos sobre as vivências naquele espaço. Voltei a me inquietar com as discussões sobre o hospital psiquiátrico e a saúde mental. Não teve jeito, no ano seguinte, lá estava eu, fazendo meu último estágio em um hospital psiquiátrico.

Durante esse estágio tive acesso a documentários sobre a reforma psiquiátrica e realizei a leitura de um livro bastante inquietante, “O holocausto brasileiro” de Daniela Arbex. Entre os documentários, leitura do livro e outros textos discutidos durante as supervisões, dividia-me entre lágrimas e realização de pequenas ações que pudessem mudar um pouco a realidade do espaço onde estava inserida. Realizei importantes parcerias com profissionais de Terapia Ocupacional e técnicos recreativos enquanto estive no estágio. Tentei levar um pouco das discussões que tínhamos na universidade, mas nada parecia suficiente para mudar aquela realidade de abandono e descaso.

Graduei-me em 2016, fiz pós-graduação em Psicologia Jurídica e Perícia Psicológica Criminal pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC) e trabalhei durante quase 6 meses em uma Comunidade Terapêutica com usuários de álcool e outras drogas.

Ao iniciar o mestrado, havia entrado com o projeto de pesquisa voltado para o CREAS. No entanto, durante os encontros do grupo de pesquisa PROSA¹, conversando sobre os temas que queríamos pesquisar, estava meio perdida sobre o que realmente seria o meu projeto de dissertação. Gostaria de realizar uma pesquisa que realmente trouxesse contribuições importantes para a comunidade e pensar sobre isso me afligiu durante o primeiro semestre do mestrado.

A sensação de não saber sobre o que pesquisar me acompanhou até um determinado encontro, se não me falhe a memória, o último encontro do PROSA antes do primeiro semestre finalizar. Nesse dia, conversávamos sobre várias coisas e a professora Marília nos trouxe a novidade de que seriam implantadas Residências Terapêuticas na cidade de Maceió. Minha orientadora Xili, que vinha me acompanhando na frustrante missão de escolher um tema, conhecia meu percurso acadêmico (já havíamos conversado sobre isso) e me lançou o desafio de escrever sobre essa implantação.

Mais uma vez, estou imersa no campo da saúde mental, debruçando-me nas leituras sobre o tema que sempre me desafiou ao tempo em que também me dava um certo medo. Medo por conta dos tantos obstáculos no percurso da reforma psiquiátrica, mas que vem me impulsionando a ser ativa nesse processo, enquanto profissional de psicologia e pesquisadora, comprometendo-me a participar da mudança da realidade através do lugar que ocupo: o espaço de mestranda na Universidade Federal de Alagoas.

¹ Grupo de pesquisa do CNPq denominado Psicologia Discursiva - PROSA que congrega estudantes da graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFAL, no qual os orientandos dos coordenadores do grupo participam no primeiro ano do mestrado como atividade obrigatória.

Há muito o que ser discutido sobre saúde mental e reforma psiquiátrica em Alagoas, essa dissertação é apenas um passo na discussão sobre o tema. Espero que minha pesquisa suscite outras pesquisas, para que não deixemos de lutar por uma sociedade sem manicômios.

INTRODUÇÃO

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) tem como objetivo reinserir na comunidade usuários de saúde mental institucionalizados por longo período em instituições psiquiátricas ou de hospitais de custódia, que não possuíssem suporte social ou laços familiares (BRASIL, 2000), incentivando a autonomia e promovendo o resgate da cidadania destes indivíduos através da reabilitação psicossocial. O SRT teve início em 2000 e foi instituído através da Portaria n. 106.

De acordo com o último informativo eletrônico sobre a Política Nacional de Saúde Mental, *Saúde Mental em Dados*, publicado em 2015 pelo Ministério da Saúde (MS), haviam 610 Residências Terapêuticas em funcionamento no Brasil, até o final de 2014. Dentre estas, apenas 289 já haviam sido habilitadas pelo MS. Os SRTs, até aquele ano, estavam distribuídos da seguinte forma: 20 no Centro Oeste, 121 no Nordeste, 2 no Norte, 431 no Sudeste e 36 no Sul.

Até dezembro de 2017, em Alagoas ainda não havia nenhum SRT, que começou a ser implantado na cidade de Maceió, somente a partir daí. Até o final de janeiro de 2018, foram implantadas 7 (sete) Residências Terapêuticas, com capacidade para 10 (dez) usuários cada.

O processo de reforma psiquiátrica brasileira vem sendo construído há vários anos e tem como uma de suas principais vertentes a desinstitucionalização. No decorrer da construção da reforma, muitas são as concepções e as práticas de desinstitucionalização, de modo que os projetos propostos de reforma não são homogêneos (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009).

A perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil considera a desinstitucionalização enquanto desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas.

(...) desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das **práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos**. (AMARANTE, 1998, p. 50-51, grifo nosso)

A partir dessa perspectiva, o movimento de reforma psiquiátrica abrange três processos importantes: a desospitalização e a redução de leitos psiquiátricos, direcionamento das pessoas em sofrimento psíquico para serviços substitutivos e a mudança da oferta de um único serviço (instituição psiquiátrica) para uma rede de serviços e cuidados (FRANCO e CORNELIS, 2015).

O SRT é um dispositivo da desinstitucionalização, que surgiu a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, quando começaram a ser reduzidos de forma significativa a quantidade de leitos ofertados pelo SUS nos hospitais psiquiátricos.

Para tanto, o referencial teórico-metodológico que nos norteia nesta pesquisa é o das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, focalizando a linguagem utilizada para explicar como se dá o processo de desinstitucionalização. Partimos do pressuposto de que o conhecimento científico é construído na interação do pesquisador com seu campo de pesquisa, fundamentadas pela perspectiva do Construcionismo Social.

Para uma primeira inserção nessa temática, estabelecemos um diálogo com a literatura científica sobre o Serviço Residencial Terapêutico. Realizamos um levantamento nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO); Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Banco de Teses e Dissertações Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), usando os descritores: Residência Terapêutica, Serviço Residencial Terapêutico, Dispositivos Residenciais, Moradias Assistidas, Desinstitucionalização..

A pesquisa em base de dados nos forneceu uma compreensão inicial sobre o tema proposto. A partir do levantamento realizado, foi possível identificar onde, quando, o que e quais áreas têm pesquisado o tema. Durante a análise das pesquisas acessadas, conseguimos visualizar os principais assuntos abordados, os quais foram divididos nos seguintes subtemas: Perfil dos moradores, Desinstitucionalização, Acompanhamento terapêutico, Singularização do cuidado e Impasses para a reforma. Identificamos o que já tinha sido produzido e qual poderia ser a nossa contribuição para a temática.

Assim chegamos aos objetivos da pesquisa, no qual o geral foi compreender a desinstitucionalização a partir da implantação das residências terapêuticas na cidade de Maceió. Os objetivos específicos foram configurar o cenário da emergência das residências terapêuticas no município de Maceió; identificar as estratégias de desinstitucionalização utilizadas pelos atores envolvidos no processo; discutir as implicações da desinstitucionalização no município de Maceió.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, definimos como colaboradoras 2 (duas) pessoas que mudaram da instituição psiquiátrica para as residências terapêuticas e 2 (duas) técnicas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que é referência para essas residências. Utilizamos, como método, as entrevistas semiestruturadas (ARAGAKI et al., 2014), diários de campo (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014) e documentos de domínio público (SPINK, P. et al.,

2014), tais como: Diário Oficial do Município, Ações Cíveis Públicas, Plano Municipal de Saúde (PMS) e notícias veiculadas nas páginas eletrônicas.

Esta dissertação está estruturada em 4 (quatro) capítulos. O primeiro inicia situando o movimento da Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização que vem se desenvolvendo pelo mundo, seguindo com a caracterização da Reforma Psiquiátrica brasileira e finalizando com a do Serviço Residencial Terapêutico.

No segundo capítulo, trazemos o diálogo realizado com a literatura científica, a partir da revisão de literatura dialógica proposta por Walker (2015), sob influência de Montuori (2005). Iniciamos apresentando o levantamento nas Bases de Dados, seguindo com a organização e análise das informações, os resultados e finalizando com a discussão dialógica da literatura.

O terceiro capítulo apresenta o referencial teórico-metodológico que norteia a construção deste conhecimento, que são as Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, que se fundamenta na perspectiva do Construcionismo Social. Finalizamos o capítulo falando sobre os caminhos metodológicos utilizados para a construção da pesquisa.

No quarto capítulo, descrevemos o processo para a implantação das residências terapêuticas (RTs) no município de Maceió. Iniciamos situando o contexto que possibilitou a implantação das residências. Em seguida, focalizamos a implantação em si, narrando como se deu o processo de mudança dos usuários das instituições psiquiátricas para as residências terapêuticas. Na sequência, abordamos o cuidado no território, ressaltando a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das RTs, para isso. Posteriormente trazemos algumas narrativas sobre as histórias de moradoras das residências terapêuticas. Por fim, ressaltamos as dificuldades e impasses na efetivação da reforma psiquiátrica em Maceió.

1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Iniciamos trazendo o contexto, no qual o dispositivo do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) surgiu, situando o movimento da Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização, ocorrido ao redor do mundo, a partir da experiência da Psiquiatria Democrática italiana. Em seguida, caracterizamos a Reforma Psiquiátrica brasileira e finalizamos apresentando o SRT, ressaltando as políticas públicas que dão base para o surgimento e implementação desse serviço substitutivo ao modelo asilar.

1.1 O movimento da Reforma Psiquiátrica e a Desinstitucionalização pelo mundo.

As experiências de Reformas Psiquiátricas ocorreram em vários países e de várias formas, de acordo com as características sociopolíticas de cada um. A versão mais atual de reforma, que fundamenta as principais políticas de saúde mental, é a desinstitucionalização. No entanto, antes de falarmos sobre ela, tal como é entendida hoje, iremos situar como ela surgiu no processo da reforma psiquiátrica pelo mundo.

A Reforma Psiquiátrica emergiu no contexto de crítica ao sistema asilar, principalmente no período pós Segunda Guerra Mundial (1939-1945), devido ao grande aumento do número de neuroses e outros problemas mentais causados pela guerra, acometendo tanto os soldados quanto a população em geral. Nesse período pós-guerra, a população estava mais sensível, refletindo sobre o quão cruel ou solidária a humanidade poderia ser. Começou-se a pensar que as condições oferecidas às pessoas internas nos hospícios não tinham diferenças daquelas existentes nos campos de concentração (DESVIAT, 2015; AMARANTE, 2013; 1998).

Existem dois grandes períodos que demarcam o campo teórico da psiquiatria. O primeiro refere-se ao momento de crítica ao sistema asilar, no qual se pretende sua transformação em uma instituição terapêutica, como é o caso da Comunidade Terapêutica, na Inglaterra ou da Psicoterapia Institucional, que ocorreu na França. A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional partilhavam o pensamento de que era possível qualificar a psiquiatria apenas mudando algumas coisas no hospital psiquiátrico, acreditando que este ainda era o melhor espaço terapêutico para o paciente.

O segundo período propõe o fechamento dos manicômios como pré-condição da reforma psiquiátrica, como é o caso da Psiquiatria Democrática italiana ou da Antipsiquiatria na Inglaterra (DESVIAT, 2015).

A experiência da Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, desenvolvida principalmente por Gerald Caplan, causou tanto impacto que refletiu em um discurso do presidente Kennedy em 1963, propondo mudanças na área da saúde mental no país. Caplan se inspirou no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark, que acredita em uma linearidade no processo saúde-doença e em uma evolução “a-histórica” das doenças, de modo que as doenças poderiam ser prevenidas, caso fossem descobertas ainda no início (DESVIAT, 2015; AMARANTE, 2013; 1998).

A noção de desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos, a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy (1963). Nesse momento, a desinstitucionalização era compreendida enquanto um conjunto de medidas de desospitalização, uma política de altas hospitalares, redução gradual de leitos e, em alguns casos, de fechamento de hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1996; 2013; ROTELLI et al., 2001).

Todas as reformas psiquiátricas que ocorreram na Europa na década de 1960, também partilhavam do conjunto de medidas realizadas nos Estados Unidos, com o objetivo de atingir a superação gradual da internação nos manicômios, em troca da criação de serviços em saúde mental na comunidade. Em resposta à essa estratégia, houve o crescimento das estruturas extra-hospitalares, que iriam prestar assistência aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos (ROTELLI et al., 2001).

Apesar da intenção em reduzir leitos e, conseqüentemente, fechar os manicômios, a internação psiquiátrica continuou a ocorrer, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. A política de desospitalização foi acompanhada pela redução no período de internações, no entanto, houve o aumento de altas hospitalares e recidivas (ROTELLI et al., 2001). Esse movimento ficou conhecido como “*revolving door*”, que pode ser compreendido como a reincidência em internações psiquiátricas num curto espaço de tempo entre uma internação e outra.

A desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários “não psiquiátricos” etc...) e novas formas (mais obscuras) de internação (ROSE, 1979; WARREN, 1980; SCULL, 1981; MORRISSEY, 1982 *apud* ROTELLI et al., 2001, p.21).

Desse modo, a desinstitucionalização naquele momento restringia-se aos fatores administrativos, como a redução de custos para os cofres públicos, e não em promover uma transformação nos serviços de assistência ofertados.

O manicômio também não é colocado em questão, esperava-se apenas que com a criação dos serviços extra-hospitalares, chegaria um dia em que os manicômios ficariam obsoletos e desapareceriam. Mas o que ocorreu foi a ampliação do território psiquiátrico, com a criação de uma série de serviços, especialidades e técnicas, ocasionando a “psiquiatrização” dos problemas sociais. Esse modelo focaliza a cura e a reabilitação, ao invés de priorizar a prevenção e a promoção da saúde mental (AMARANTE, 1996; ROTELLI et al., 2001).

A desinstitucionalização enquanto desospitalização, por vezes, acabou por ser deturpada, significando desassistência. Assim, muitos usuários eram jogados de um serviço para o outro ou mesmo abandonados à própria sorte, produzindo mais cronicidade e reafirmando a necessidade da existência de lugares como os manicômios para interná-los.

Com a experiência da Antipsiquiatria na Inglaterra, que teve início na década de 1960, a grande crítica levantada, principalmente, por David Cooper e Ronald Laing à Psiquiatria foi referente à inadaptação do saber e das práticas psiquiátricas, configurando-se como uma crítica radical ao saber médico-psiquiátrico (AMARANTE, 2013; 1998).

A negação desse saber médico tradicional tornava viável a promoção de novas alternativas de tratamento através da desconstrução das instituições psiquiátricas, para, desse modo, romper com o sofrimento imposto pela institucionalização e romper com a concepção de loucura enraizada na sociedade (MAGALHÃES, 2016).

Nesse momento, “a noção de desinstitucionalização torna-se mais complexa e passa a distanciar-se da noção norte-americana, sinônimo de desospitalização” (AMARANTE, 2013, p.54).

A Psiquiatria Democrática na Itália foi um importante movimento de rompimento ao paradigma psiquiátrico tradicional, que teve início na década de 1960, com Franco Basaglia como grande precursor. À princípio, Basaglia desenvolveu seu trabalho influenciado pela experiência da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional (DESVIAT, 2015). Mas, no decorrer dos anos, começou a perceber que tais medidas eram insuficientes. Ao aproximar-se das obras de Michel Foucault e Erving Goffman, começou a pensar sobre uma superação do aparato manicomial (AMARANTE, 2013).

A passagem de Basaglia pelo hospital psiquiátrico de Gorizia na Itália, inicialmente com a proposta de reformá-lo, torná-lo um lugar de efetivo tratamento, culminou em seu fechamento. Posteriormente, Basaglia iniciou um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste também na Itália, no início da década de 1970. Neste último, deu-se início a uma experiência original de transformação radical da psiquiatria que refletiu em todo o mundo, inclusive no Brasil, sendo importante impulsionadora da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1998).

Posteriormente à morte de Basaglia em 1980, Franco Rotelli deu continuidade ao seu trabalho, reconhecendo a importância que teve a proposta italiana que rompeu com experiências anteriores, principalmente adotando outra concepção do conceito de desinstitucionalização:

(...) desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 2009, p.1)

Rotelli (2001; 1990, apud AMARANTE, 2013) considera que o grande mal da psiquiatria foi ter separado a “doença” do “sujeito”.

(...) os psiquiatras inovadores italianos (em Gorizia, nos anos 60, e depois em Trieste, nos anos 70 e atualmente) trabalham com a hipótese de que *o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência” global complexa e concreta dos pacientes e do campo social.* (...) É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “*existência*” doente. (ROTELLI et al., 2001, p. 27-28, grifo do autor)

(...) “a instituição” nesta nova acepção ... é o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (ROTELLI et al. 2001, p. 30, grifo do autor)

Nesse caso, a experiência da psiquiatria democrática italiana culminou em uma ruptura paradigmática, na qual, o foco era na invenção de saúde e não mais na cura do sujeito. O olhar para esse sujeito é modificado, ao centrar-se no desenvolvimento de um trabalho terapêutico voltado a essas pessoas que sofrem. O objetivo é cuidar, “se descobriu que cuidar significa, ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento” (ROTELLI et al., 2001, p.33, grifo do autor).

A seguir, situaremos a Reforma Psiquiátrica Brasileira, trazendo os principais acontecimentos e influências que levaram a esse movimento que ainda hoje luta para a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

1.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira

O Brasil enfrentou um período de mais de 20 anos de Ditadura Militar (1964-1985) e desde a metade da década de 1970 começaram a surgir vários movimentos sociais em prol da melhoria das condições de saúde, moradia, etc. Foi nesse panorama político e social que teve início, de fato, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em um momento de redemocratização do país. A Reforma brasileira surgiu enquanto uma crítica à conjuntura da saúde mental no país, aliada à crítica ao saber médico psiquiátrico e suas instituições clássicas (NASCIMENTO, 2009; AMARANTE, 1998).

Em 1978, houve a greve da Divisão Nacional de Saúde Mental² (DINSAM) que Amarante (1998) aponta como marco no desenvolvimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), cujo objetivo era a constituição de um espaço de luta não institucional. Na greve, os médicos denunciavam a precarização dos serviços prestados por diversas instituições psiquiátricas da DINSAM. Os profissionais que trabalhavam dentro das instituições psiquiátricas foram os primeiros a questionar as formas de tratamento existentes e sentirem a necessidade de transformação e humanização dos serviços (MAGALHÃES, 2016; AMARANTE, 1998).

O MTSM reivindicava direitos trabalhistas, como por exemplo, a regularização trabalhista dos bolsistas que atuavam nos hospitais de forma ilegal, a redução de carga horária e aumento salarial (MAGALHÃES, 2016); mas também tornaram público o tratamento violento que era fornecido aos pacientes nos manicômios, como o eletrochoque.

Trazendo questionamentos sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, juntamente com questões que incluíam torturas, corrupções e fraudes no regime ditatorial, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental se organiza para trazer à tona a ausência de recursos e da utilização da Psiquiatria como instrumento de controle social. (MAGALHÃES, 2016, p.37)

Em virtude da publicização da precária situação existente nos manicômios, o MTSM desempenhou por um longo tempo, um importante papel na luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia em 1979, maior manicômio brasileiro, que ficava localizado em Barbacena. Ao se deparar com a realidade do hospital de Barbacena

² DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental): Órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas públicas deste subsetor (NASCIMENTO, 2009).

(Minas Gerais), Basaglia afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013, p.15).

Em 1979, além de visitar Minas Gerais, Basaglia também passou por São Paulo e Rio de Janeiro. Ele veio a convite da Associação Mineira de Psiquiatria, do Instituto de Psiquiatria Social de Diadema e da Sociedade de Psicodrama de São Paulo, a fim de participar de conferências abertas ao público. Durante as conferências, ele apresentou a Lei 180 que foi promulgada na Itália, em 1978 e que representou a concretização da Reforma Psiquiátrica Italiana. O psiquiatra italiano conseguiu dar maior visibilidade aos horrores realizados dentro das instituições psiquiátricas brasileiras, despertando a atenção da mídia e da população em geral (NASCIMENTO, 2009).

Na década de 1980, ocorreram importantes eventos na área da Saúde de forma mais ampla e também na Saúde Mental. Um movimento a ser destacado é o movimento pela Reforma Sanitária, que objetivava a mudança nas políticas e práticas de saúde existentes no país, em busca de melhoria das condições de vida da população. No setor da Saúde Mental houveram movimentações em prol de uma maior humanização das instituições psiquiátricas, com a introdução de serviços terapêuticos grupais e com o investimento nos ambulatórios, como alternativas à internação hospitalar (MAGALHÃES, 2016; NASCIMENTO, 2009).

Em 1986, Sérgio Arouca, na época, presidente da Fiocruz e coordenador da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizou a primeira CNS com abertura à população organizada. A 8ª CNS, cujo tema era “Saúde direito de todos, dever do Estado”, envolveu os movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores. A população lutava por um sistema único de saúde público e de qualidade para todos, com equidade e controlado pela sociedade e pelos conselhos de saúde (MAGALHÃES, 2016; AMARANTE, 1998).

Como um desdobramento da 8ª CNS, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, que discutiu três temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Dentre as recomendações apresentadas no Relatório Final da I Conferência podemos ressaltar a prioridade da participação da população no planejamento e na implementação dos programas de saúde mental e a necessidade de construção de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 1988).

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental estavam presentes vários participantes do MTSM, que decidiram por realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em dezembro de 1987, na cidade de Bauru (AMARANTE, 2013; 1998). Nesse

momento o MTSM não era mais um movimento somente dos profissionais da saúde mental, mas também envolvia outros atores, como usuários e familiares.

A fim de tornar clara a bandeira levantada pelo movimento, que era a da desinstitucionalização, o lema do congresso foi “Por uma sociedade sem manicômios”. Desse movimento, criou-se o “Dia da Luta Antimanicomial”, que é comemorado no dia 18 de maio, a fim de chamar a atenção de todos os setores da sociedade para a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1998).

Posteriormente houveram mais três Conferências Nacionais em Saúde Mental, uma em 1992, outra em 2001 e a última em 2010, todas em Brasília. Não há uma regra que regule a frequência dessas conferências, mas se observa que elas ocorreram com um intervalo de 9 (nove) anos entre elas. Esperava-se que ocorresse uma nova conferência em 2019, no entanto, em virtude dos posicionamentos adotados pelo governo federal desde 2017 e que estão sendo reforçados e aprofundados pelo atual governo, o que se vê é um retrocesso nas conquistas da reforma psiquiátrica. Tal retrocesso será aprofundado mais adiante.

Desde o final da década de 1980, podemos ver o quanto a saúde mental passou por profundas transformações no Brasil, fazendo surgir novos dispositivos de tratamento para pessoas em sofrimento psíquico.

Em abril de 2001, é aprovada a Lei n. 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil que, após tramitar doze anos entre o Congresso Nacional e o Senado, vem para consolidar o processo de luta pela transformação da assistência psiquiátrica no país. A Lei n. 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei orienta para a diminuição progressiva das instituições psiquiátricas, começando pela redução de leitos ofertados pelo SUS e criando modalidades de serviços substitutivos. Com a promulgação da lei, as internações passam a ser submetidas ao Ministério Público.

As portarias ministeriais que garantiram os serviços de atenção psicossocial foram as de n. 189/91 e n. 224/92. Estas instituíram várias modalidades de serviço, dentre elas os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram revistos pelas portarias n. 336/2002 e 189/2002.

A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, 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). Essa portaria traz as seguintes modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, que são voltados para o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico; CAPS

AD, CAPS AD III, que são voltados para as pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas; e CAPSi, que é voltado ao atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê que os serviços funcionem de forma articulada, havendo comunicação entre os próprios serviços de saúde mental (cooperativas, residências terapêuticas, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), os de saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados) e os de políticas públicas de forma mais ampla (ministério público, previdência social, delegacias, instituições para crianças/idosos, cultura, lazer, esporte, educação, etc.).

Em dezembro de 2017 foi instituída a Portaria n. 3.588 que altera a Portarias n. 3/2017, que trata da Consolidação das normas sobre as redes do SUS, e a n. 6/2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

Dentre as alterações que entraram em vigor a partir da publicação da nova portaria, estão a manutenção de leitos em instituições psiquiátricas pelo SUS, a ampliação de recursos para Comunidades Terapêuticas, a limitação na oferta de serviços extra-hospitalares (como o caso dos CAPS), além da revogação da possibilidade de transferência de recursos de uma pessoa que teve alta da instituição psiquiátrica para os serviços substitutivos.

No artigo n. 1024, fica previsto ainda um incentivo adicional de 10% no valor do Serviço Hospitalar e Serviço Profissional para as internações que não ultrapassem 20 (vinte) dias e que informe como motivo de saída “alta de paciente agudo”, com data de entrada do paciente a partir de 1º de novembro de 2009.

Estas alterações sofreram muitas críticas, por conta dos retrocessos que elas ocasionam. O incentivo dado às instituições psiquiátricas que derem alta ao paciente que passe até vinte dias, promove o que falamos anteriormente, o chamado “*revolving door*”.

Mais recentemente, em fevereiro de 2019, o atual governo intensificou os desmontes que vinham ocorrendo desde o governo anterior. A nota técnica nº 11/2019 divulgada pelo Ministério da Saúde (MS) em 06 de fevereiro de 2019, reorientou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

A nota técnica é mais um retrocesso que se alia às portarias e resoluções que vinham sendo publicadas desde o final de dezembro de 2017. Dentre as alterações, consta a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, para os chamados eletrochoques; internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas; intensificação de serviços voltados para a

abstinência total no tratamento de dependentes de álcool e outras drogas; reinclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, não mais incentivando o seu fechamento.

Essas mudanças consolidadas a partir de portarias e resoluções, que são consequência da nota técnica divulgada, ferem diretamente a Lei 10.216/2001, que expressa de forma clara que a internação em qualquer de suas modalidades, só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes.

No próximo tópico falaremos de forma mais específica do dispositivo dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), situando os aparatos legais que os instituíram, além de descrever o que eles são e como tem contribuído no avanço da reforma psiquiátrica brasileira.

1.3 Serviço Residencial Terapêutico

A proposta de criar as residências terapêuticas surgiu a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, quando começaram a ser reduzidos de forma significativa a quantidade de leitos ofertados pelo SUS, nos hospitais psiquiátricos. Esse contexto exigiu que fossem propostos serviços substitutivos, que dessem conta do grande contingente de pessoas que saíam dessas instituições.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) objetiva a reinserção dos usuários na comunidade, incentivando a autonomia e promovendo o resgate da cidadania destes indivíduos através da reabilitação psicossocial (BRASIL, 2017). O modo como este foi inicialmente pensado, é contrário ao modelo asilar, pois a instituição psiquiátrica é uma instituição total, que pode ser caracterizado como um local que agrupa um grande número de pessoas em situação semelhante, mantendo-as afastadas do convívio social por um período de tempo, de modo a levarem uma vida fechada e administrada formalmente (GOFFMAN, 1974).

O SRT foi instituído através da Portaria n. 106 de 11 de fevereiro de 2000 e planejado para receber egressos de internações psiquiátricas de longa permanência ou de hospitais de custódia, que não possuíssem suporte social ou laços familiares (BRASIL, 2000). A Portaria n. 1.220/2000, é a que regulamenta a portaria n. 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no Sistema de Internação Ambulatorial - SIA/SUS.

No entanto, a nota técnica nº 11/2019, também propôs algumas alterações no que diz respeito às residências terapêuticas. Além de destinar-se a pessoas egressas de internações de longa permanência e de hospitais de custódia, a RT passa a ser utilizada também por “pacientes com necessidade de cuidados de longa permanência, como pacientes com transtornos mentais

graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de termos grandes contingentes de pacientes graves nessas condições” (BRASIL, 2019, p. 25).

Em 31 de julho de 2003, o auxílio-reabilitação psicossocial para usuários de saúde mental egressos de internações foi instituído através da Lei n. 10.708. Este auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de usuários de saúde mental internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”. As pessoas beneficiadas pelo auxílio-reabilitação devem estar inseridas nos SRT, em suas famílias de origem ou em moradias alternativas e atendidas em um CAPS ou serviços de saúde mental do município de sua residência (BRASIL, 2003).

O SRT vinha buscando concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, de modo a efetivar a desinstitucionalização no Brasil, juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos.

No entanto, apesar das leis e portarias instituídas, havia pouco interesse por parte das gestões municipais em aderir ao SRT. A fim de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental, foi criada a Portaria n. 3.090, em 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos SRT (BRASIL, 2011).

Desde a Portaria n. 106/2000, sinalizou-se a necessidade de haver dois tipos de residências terapêuticas, o que foi consolidado com a Portaria n. 3.090/2011, mas foi novamente modificado pela nota técnica nº 11/2019. Desse modo, o SRT deve se organizar nas modalidades Tipo I e Tipo II, que são definidos pelas necessidades específicas de cuidado dos moradores.

- O SRT Tipo I é uma modalidade de moradia destinada às pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. O serviço é voltado para a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. Esse tipo de SRT deve acolher no máximo 10 moradores. O acompanhamento na residência se dá através do que é recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores. Nesse tipo de SRT só é necessário um cuidador (BRASIL, 2017).
- O SRT Tipo II é uma modalidade de moradia destinada às 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. Esse tipo de SRT deve acolher no máximo 10 moradores. Nesse

tipo de SRT há necessidade de monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência (BRASIL, 2011).

Os/as moradores/as dos SRT devem ser acompanhados/as pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, pela equipe de saúde da família, com apoio matricial em saúde mental (BRASIL, 2004b). É importante essa articulação com a rede, para garantir a continuidade do cuidado em todos os âmbitos referentes à saúde desses moradores.

O Ministério da Saúde vinha preconizando a integração da saúde mental no contexto da atenção básica, o que se mostrava vantajoso, já que a equipe de saúde da família possui conhecimento do perfil populacional da sua área adscrita, possui maior proximidade com a comunidade e, muitas vezes, se configura como porta de entrada para os serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

Atualmente, o Ministério da Saúde, através da nota técnica, retrocede no que diz respeito a importância das instituições psiquiátricas, partindo do entendimento de que os leitos ocupados por pessoas que mudarem para os SRTs permaneçam abertos nos hospitais psiquiátricos, a fim de ofertar tratamento aos que possuem quadros clínicos agudos, em situações que eles/elas ofereçam risco a si ou a terceiros (BRASIL, 2019).

O capítulo a seguir traz o diálogo com a literatura, no qual são apresentadas as pesquisas acessadas a partir do levantamento nas bases de dados.

2 DIÁLOGO COM A LITERATURA

O diálogo com a literatura possibilita visualizar um panorama dos estudos publicados sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil, em determinadas bases de dados, com descritores específicos e num determinado período. Neste capítulo apresentamos o levantamento nas Bases de Dados, seguindo com a organização e análise das informações, os resultados e finalizando com a discussão dialógica da literatura.

2.1 Levantamento nas Bases de Dados

A pesquisa em base de dados nos dá uma compreensão inicial sobre o tema pesquisado. A leitura de artigos, teses e dissertações possibilita a identificação de aspectos que ainda não foram pesquisados, de modo a contribuir com a formulação de nossa justificativa, evitando repetições e permitindo que nos posicionemos de forma crítica (RIBEIRO; MARTINS; LIMA, 2015).

Diante disso, para a realização de uma análise do que tem sido produzido sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) no meio acadêmico, foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Banco de Teses e Dissertações Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A pesquisa foi realizada no mês de julho de 2018 e, para tanto, foram usados os seguintes descritores: *Residência Terapêutica*, *Serviço Residencial Terapêutico*, *Dispositivos Residenciais*, *Moradias Assistidas*, *Desinstitucionalização*.

Inicialmente foram realizadas buscas no Portal de Periódicos CAPES, no SciELO e no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, nos quais foram utilizados os mesmos descritores: *Residência Terapêutica* ou *Serviço Residencial Terapêutico* ou *Dispositivos Residenciais* e *Desinstitucionalização*. Posteriormente foi realizada a busca na BVS, no entanto, antes de fazê-la, foi pesquisado no portal Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) se os termos que foram utilizados nas plataformas anteriores eram descritores reconhecidos para a pesquisa, conforme ressaltam Ribeiro; Martins; Lima (2015). Para tanto, apenas *Desinstitucionalização* configurava como descritor. A partir de alguns textos contidos na plataforma BVS que foram localizados através das outras plataformas pesquisadas, observamos quais as palavras-chave estavam presentes naqueles artigos e constatamos o uso do termo *Moradias Assistidas*. De

acordo com o DeCS, o descritor *Moradias Assistidas* apresenta a seguinte definição na plataforma:

Alternativa assistencial de alojamento e saúde que combina independência com atenção pessoal. Fornece uma combinação de moradia, serviços personalizados de apoio e de assistência à saúde, projetados para satisfazer as necessidades, tanto com horário como sem hora marcada, daqueles que precisam de ajuda com as atividades diárias da vida. (Descritores em Ciências da Saúde / DeCS, 2018)

Assim como o descritor *Moradias Assistidas*, cada descritor contido na BVS possui uma definição específica e agrupa palavras referentes ao mesmo tema, desta forma, caso seja utilizado um termo inadequado durante a busca, este resultará em pouco ou nenhum artigo (RIBEIRO; MARTINS; LIMA, 2015). Por sua vez, em virtude desta nomeação utilizada pela BVS, nessa plataforma foi realizada a busca com os descritores: *Moradias Assistidas* ou *Residências Terapêuticas e Desinstitucionalização*.

Para ter um panorama geral do que estava sendo escrito sobre o tema, os textos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e uma breve leitura dos resumos. Não foi delimitado um período de publicações, visto que a política que propõe os Serviços Residenciais Terapêuticos é recente.

O quadro abaixo mostra como cada descritor foi utilizado e em qual plataforma de busca.

Quadro 1 - Número de produções científicas sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização por fonte e descritores.

Fonte	Descritores	Encontradas	Excluídas	Finais
SciELO (Scientific Electronic Library Online)	((Residência Terapêutica) OR (Serviço Residencial Terapêutico) OR (Dispositivos Residenciais)) AND (Desinstitucionalização)	32	26	06
Portal de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior)	((Residência Terapêutica) OR (Serviço Residencial Terapêutico) OR (Dispositivos Residenciais)) AND (Desinstitucionalização)	63	61	02
Banco de Teses e Dissertações CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior)	((Residência Terapêutica) OR (Serviço Residencial Terapêutico) OR (Dispositivos Residenciais)) AND (Desinstitucionalização)	49	46	03

BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)	("Residências Terapêuticas" OR "Moradias Assistidas") AND "Desinstitucionalização"	56	52	04
TOTAL		200	185	15

Maceió, 2018. Fonte: Autoras, 2018.

- No Scientific Electronic Library Online (SciELO) usando os descritores especificados no Quadro 1, foram encontrados 32 artigos/teses/dissertações. Destes foram selecionados 06, pois 10 eram repetidos e 16 não discutiam o tema proposto.
- No Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) usando os descritores especificados no Quadro 1, foi encontrado um total de 63 artigos/teses/dissertações. Destes foram selecionados 02, uma vez que 05 eram repetidos, 50 não discutiam o tema proposto, 05 já haviam sido selecionados na Plataforma SciELO e 01 era livro.
- No Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) usando os descritores especificados no Quadro 1, foram encontradas 49 teses/dissertações. Destes foram selecionados 03, já que 44 não discutiam o tema proposto e 01 estava indisponível *online*.
- Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores especificados no Quadro 1, foi encontrado um total de 56 artigos/teses/dissertações. Destes foram selecionados 04, porque 10 eram repetidos, 37 não discutiam o tema proposto, 01 estava indisponível *online* e 04 já haviam sido selecionados nas plataformas anteriores.

Os critérios de exclusão adotados nessa análise foram: produções científicas repetidas, trabalhos indisponíveis *online* de forma integral, produções que discutiam outros temas. Os outros temas identificados nas pesquisas, que apesar de também tratarem do serviço residencial terapêutico, se referiam a discussões sobre gênero, cotidiano dos moradores, avaliação do serviço, atuação de profissionais nas RTs, entre outros. Como o foco da pesquisa é na desinstitucionalização e na implantação do SRT, optamos por pesquisas que retratassem essa temática.

2.2 Organização e Análise das Informações

Para a organização e análise das informações encontradas sobre o serviço residencial terapêutico, foi adotada a revisão de literatura dialógica proposta por Walker (2015), sob influência de Montuori (2005).

A revisão de literatura defendida por Montuori (2005) permite que nessa etapa da pesquisa seja realizado um diálogo com a comunidade científica, a partir do que tem sido publicado sobre o tema. Esse processo torna a pesquisa mais criativa, na qual o revisor é ativo na construção desse diálogo, com um olhar crítico e reflexivo sobre as produções encontradas e não um mero reprodutor de trabalhos já realizados.

Walker (2015) amplia essa concepção ao trazer que os textos conversam entre si, seja ao concordar, discordar ou acrescentar algo um ao outro, gerando novos conhecimentos. A característica da revisão dialógica não é a de sumarizar ou listar o que os autores vêm trazendo em suas pesquisas sobre o tema, mas sim estabelecer um diálogo entre essas pesquisas.

A partir dessas influências, é conduzida a revisão de literatura, buscando construir o contexto relacional dos textos, de modo a compor conexões, pesquisando padrões e interações relacionais existentes, como se os textos conversassem e debatessem de forma respeitosa entre si (WALKER, 2015). Nessa revisão de literatura, primeiro organizamos as pesquisas a partir do diálogo destas conosco, ao selecionar as produções que se aproximam do nosso objeto de estudo para, por fim, fazê-las conversarem entre si, agrupando-as em subtemas, de acordo com as discussões apresentadas.

2.3 Resultados

Com base na leitura integral dos artigos e na leitura dos objetivos das pesquisas e análise das dissertações e tese selecionados, foi possível agrupar os textos segundo alguns critérios: o ano de publicação, área de conhecimento, estado/região em que o trabalho foi pesquisado e eixos temáticos.

No quadro abaixo, estão representadas a quantidade de publicações sobre o tema acessadas e distribuídas no decorrer dos anos. Como não foi especificado o período durante a busca nas bases de dados, identificamos pesquisas datadas desde 2008.

Quadro 2 - Quantidade de produções científicas sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização por ano de publicação.

LINHA DO TEMPO DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS								
2008	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017
01	01	03	02	02	01	01	01	03

Maceió, 2018. Fonte: Autoras, 2018.

No Quadro 2, observamos maior número de publicações entre os anos de 2010 e 2013. Isto podemos talvez associar com a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em 2010, a última realizada até os dias atuais. As discussões acerca da Saúde Mental e, conseqüentemente, dos Serviços Residenciais Terapêuticos circulavam naquele momento dentro e fora da academia.

Na seqüência, trazemos um levantamento das áreas do conhecimento que têm publicado sobre a Residência Terapêutica.

Quadro 3 - Quantidade de produções científicas nacionais sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização por área de conhecimento. Maceió, 2018. Fonte: Autoras, 2018.

ÁREA DE CONHECIMENTO		QUANTIDADE
Medicina		04
Psicologia		04
Enfermagem		03
Terapia Ocupacional		02
História		01
Educação Física		01
TOTAL		15

No Quadro 3 destacamos que a Psicologia e a Medicina são as áreas que mais têm publicado sobre o tema, contando com 04 produções científicas, seguidas pela Enfermagem com 03 produções.

Em seguida, ressaltamos os locais onde as pesquisas foram desenvolvidas. Das 98 produções encontradas, seis delas referiam-se à pesquisa bibliográfica, as demais resultam de pesquisas empíricas.

Quadro 4 - Quantitativo das produções científicas por região e estado onde as pesquisas sobre Residência Terapêutica/Serviço Residencial Terapêutico e Desinstitucionalização foram desenvolvidas.

LOCAIS DE PESQUISA DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS					
Sul		Sudeste		Nordeste	
Rio Grande do Sul	01	Minas Gerais	04	Rio Grande do Norte	01
		São Paulo	01	Paraíba	01

Paraná	01			Pernambuco	01
		Rio de Janeiro	04	Bahia	01
TOTAL		15			

Maceió, 2018. Fonte: Autoras, 2018.

De acordo com os resultados encontrados, no Quadro 4, visualizamos que a região Sudeste foi a que mais publicou sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, totalizando 09 produções. Em seguida, a região Nordeste, com um total de 04 produções. E, por fim, a região Sul com 02.

Por fim, as 15 produções selecionadas foram organizadas por eixos temáticos. Chegamos a esses eixos a partir da leitura integral dos artigos e da leitura do capítulo de análise e, em alguns casos, de outros capítulos, das dissertações e teses. Das 15 produções científicas selecionadas, 11 são artigos e 03 dissertações de mestrado e 01 tese de doutorado.

No quadro abaixo apresentamos os eixos temáticos e os respectivos autores que produziram as pesquisas desenvolvidas sobre eles.

Quadro 5 - Demonstrativo de autores por eixos temáticos.

EIXOS TEMÁTICOS	AUTORES
Perfil dos moradores	AZEVEDO, 2014; FRANCO e CORNELIS, 2015; LIMA, 2017; MANGIA e RICCI, 2011; SILVA et al., 2017; WACHS et al., 2010.
Desinstitucionalização	AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AZEVEDO, 2014; BASTOS e AGUIAR, 2011; FRANCO e CORNELIS, 2015; GULJOR, 2013; LIMA, 2017; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010; WACHS et al., 2010.
Acompanhamento Terapêutico	BASTOS e AGUIAR, 2011; FRANCO e CORNELIS, 2015; GULJOR, 2013; KINKER, 2017; VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008; WACHS et al., 2010.
Singularização do cuidado	AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; BASTOS e AGUIAR, 2011; FRANCO e CORNELIS, 2015; GULJOR, 2013; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010; VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008; WACHS et al., 2010.
Impasses para a reforma	AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AZEVEDO, 2014; BASTOS e AGUIAR, 2011; CARNEIRO e ROCHA, 2010; GULJOR, 2013; KINKER, 2017; LIMA, 2017; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010; WACHS et al., 2010.

Maceió, 2018. Fonte: Autoras, 2018.

2.4 Discussão dialógica da literatura

Os cinco eixos temáticos, em que as produções foram classificadas, são descritos a seguir, norteando-nos pela revisão dialógica da literatura.

2.4.1 Perfil dos moradores

O perfil das pessoas que deveriam ocupar as Residências Terapêuticas (RT) é discutido em várias pesquisas (AZEVEDO, 2014; FRANCO e CORNELIS, 2015; MANGIA e RICCI, 2011; SILVA et al., 2017; LIMA, 2017; WACHS et al., 2010), que apresentam a preocupação a esse respeito, por parte dos trabalhadores que estão nos serviços de saúde mental, principalmente aqueles que atuam nos hospitais psiquiátricos.

Os trabalhadores apresentam uma visão idealizada de quem pode habitar uma casa, ao compreenderem que somente os usuários mais independentes, autônomos, que consigam tomar conta de si e da casa, possam efetivamente passarem ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT) (WACHS et al., 2010). No entanto, é problematizado o fato de que a maioria dos usuários que estiveram internos por longos períodos, dificilmente terão esse grau de autonomia. Caso este for o único perfil de morador a ser contemplado pelo SRT, muitos serão deixados de fora (WACHS et al., 2010; FRANCO e CORNELIS, 2015).

Em uma pesquisa sobre o processo de desinstitucionalização em uma cidade do Rio de Janeiro, foi adotada a estratégia de fazer um censo de todos os pacientes que estavam internados no hospital psiquiátrico e que iria ser fechado na cidade. O censo contribuiu em um mapeamento de quem tinha família ou não, quem recebia visita, quem tinha benefício, qual o quadro clínico de cada um, etc. O que possibilitou que fossem construídas estratégias que dessem conta de atender às demandas existentes (LIMA, 2017). Nessa proposta foram saindo do hospital, inicialmente, os pacientes que estavam mais estáveis clinicamente, que possuíam documentação, que possuíam vínculos familiares. Na medida em que o processo ia avançando é que foram saindo os pacientes considerados mais difíceis. Essa escolha não se deu de forma aleatória, ela ocorreu devido à demora em se estruturar a rede de atenção psicossocial da região, que poderia dar conta de receber os pacientes (LIMA, 2017).

Diferente do relato anterior, que priorizou inicialmente a saída dos pacientes mais autônomos ou estáveis, a pesquisa realizada sobre a implementação do primeiro SRT em Barbacena (Minas Gerais), relata que os usuários que foram escolhidos eram considerados como os mais difíceis do hospital, os mais crônicos, vindos de longos internamentos. O perfil

dos futuros moradores foi definido por trabalhadores da instituição psiquiátrica. Os profissionais e gestores envolvidos com a implementação do serviço relataram que essa escolha, por parte do hospital, ocorreu para que o SRT não desse certo. No entanto, os resultados da pesquisa apontam que, apesar do preconceito dos trabalhadores e a insistência em manter a soberania da decisão da clínica sobre o direito de liberdade, a implantação deu certo e teve continuidade na cidade (AZEVEDO, 2014).

Outra pesquisa também relata a expectativa da dificuldade que pacientes idosos e há muito tempo institucionalizados teriam em passar para uma RT, em função das necessidades de cuidados específicos e serviços clínicos diversos. É demonstrado ao contrário, que a desinstitucionalização dessas pessoas apresenta resultados positivos, neste caso é evidenciada a melhora tanto em relação ao comportamento social quanto à qualidade de vida (SILVA et al., 2017).

O tipo do SRT implantado nos municípios varia de acordo com o público selecionado. Naqueles que selecionaram as pessoas mais independentes, foi implantado o SRT tipo I (WACHS et al, 2010; AZEVEDO, 2014; FRANCO e CORNELIS, 2015), enquanto naqueles que selecionaram os usuários mais dependentes, que necessitavam de cuidados especializados, foi implantado o SRT tipo II (FRANCO e CORNELIS, 2015; SILVA et al., 2017).

2.4.2 Desinstitucionalização

O processo de reforma psiquiátrica brasileira vem sendo construído há vários anos e tem como uma de suas principais vertentes a desinstitucionalização. No decorrer da construção da reforma, muitas são as concepções e as práticas de desinstitucionalização, de modo que os projetos propostos de reforma não são homogêneos (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009).

A perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil considera a desinstitucionalização enquanto desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas. A partir dessa perspectiva, o movimento de reforma psiquiátrica abrange três processos importantes: a desospitalização e a redução de leitos psiquiátricos, direcionamento das pessoas em sofrimento psíquico para serviços substitutivos e a mudança da oferta de um único serviço (hospital psiquiátrico) para uma rede de serviços e cuidados (FRANCO e CORNELIS, 2015). Busca-se desconstruir a realidade manicomial e construir novas realidades, de acordo com novas bases epistemológicas, políticas e sociais, transformando gradativamente a cultura que sustenta a violência, a discriminação e o

aprisionamento da loucura. Tal perspectiva é inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; LIMA, 2017).

As pesquisas se pautam na concepção de desinstitucionalização defendida pela política de saúde mental brasileira. Muitas delas se preocupam em falar de forma mais detalhada sobre o conceito de desinstitucionalização que adotam na pesquisa (AZEVEDO, 2014; FRANCO e CORNELIS, 2015; LIMA, 2017; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; WACHS et al., 2010), enquanto outras citam o conceito de forma mais breve, como dispositivo da reforma psiquiátrica (BASTOS e AGUIAR, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010). É também ressaltado, o quanto a lógica institucional gere a vida das pessoas que habitam os hospitais psiquiátricos. Com o passar do tempo, as pessoas que ali se inserem tendem a incorporar essa característica, tornando-se dependentes desse modo de funcionamento. Essas marcas deixadas pela institucionalização se apresentam enquanto um desafio na hora de colocar em prática as estratégias de desinstitucionalização (AZEVEDO, 2014; FRANCO e CORNELIS, 2015; GULJOR, 2013; LIMA, 2017; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010; WACHS et al., 2010).

O processo de transição do hospital psiquiátrico para o SRT foi investigado e considerada a necessidade de atenção às características da institucionalização, a qual os usuários foram submetidos durante o período em que estiveram internos. Para tanto, é ressaltado que sejam tomados alguns cuidados na realização da transição, como por exemplo, ouvir as angústias dos usuários em relação à alta hospitalar, seus desejos que refletem o modo como querem morar, onde e com quem morar. Algumas das experiências relatadas nas pesquisas, levaram isso em conta, antes de realizarem a mudança dos usuários para o SRT, seja por meio do Acompanhamento Terapêutico ou através de uma escuta atenta por parte dos profissionais envolvidos com a transição (AZEVEDO, 2014; FRANCO e CORNELIS, 2015; GULJOR, 2013; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010).

O usuário que habitou o hospital psiquiátrico está adaptado a uma rotina, acostumou-se às regras impostas pela instituição e tem naquele espaço um local onde se sente seguro. As pesquisas mostram que essas pessoas institucionalizadas criaram vínculos afetivos, laços de amizade e, muitas das vezes, possuem relacionamentos amorosos no espaço psiquiátrico, o que pode fazer com que esse usuário não queira deixar esse espaço (FRANCO e CORNELIS, 2015; WACHS et al., 2010).

Ainda pensando sobre os resquícios das longas internações, em uma pesquisa realizada no interior do estado do Rio de Janeiro é relatado que, quando implantada as primeiras residências terapêuticas na cidade, os profissionais que estavam acompanhando e facilitando o processo perceberam que os usuários recém saídos dos hospitais psiquiátricos, reproduziam a

circulação que faziam nos pavilhões, não reconhecendo a privacidade das moradias. Essa distinção entre público e privado e o respeito à privacidade do outro, precisou ser trabalhado pela equipe profissional junto aos usuários e vizinhos (GULJOR, 2013).

Foram discutidas algumas estratégias utilizadas por profissionais que participaram da transição dos usuários para o SRT. Em uma dessas pesquisas, enfatizou-se o cuidado tomado ao montarem residências com grupos de usuários que já se conheciam, advindos da mesma instituição psiquiátrica (AZEVEDO, 2014). Outra importante ferramenta utilizada pelos profissionais foi levar os usuários para transitar pela cidade, conhecer residências terapêuticas já existentes e conversar com outros usuários que já participaram desse processo, de modo que eles pudessem se aproximar aos poucos da realidade extra-muros, sentindo um pouco do que é a cidade, a comunidade, o bairro onde habitarão (FRANCO e CORNELIS, 2015; MAGALHÃES, 2016; WACHS et al., 2010).

Além dos cuidados citados anteriormente, é realçada a importância da participação dos usuários em todas as etapas possíveis. Desde a locação dos imóveis até o acompanhamento na compra das mobílias e, posteriormente, na montagem e organização das RTs. Com isso, o intuito é de que os usuários possam fazer parte efetivamente da construção dessas residências, de modo a sentirem-se pertencentes desse novo lugar (FRANCO e CORNELIS, 2015; GULJOR, 2013).

A residência terapêutica deve ser entendida como o primeiro passo de um habitar na cidade, fora da instituição psiquiátrica, de forma que seja um espaço no qual o usuário tenha efetivamente a chance de fazer parte da comunidade, transitar pela cidade, podendo se reaproximar de sua família ou iniciar um relacionamento, para que a desinstitucionalização seja realmente efetiva (GULJOR, 2013; WACHS et al., 2010).

2.4.3 Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um importante dispositivo dentro da Reforma Psiquiátrica, que contribuiu na construção de uma rede de serviços substitutivos à instituição psiquiátrica. O AT proporciona uma aproximação aos usuários que se mostram resistentes às formas tradicionais de tratamento (PALOMBINI, 2006).

Por meio do acompanhamento terapêutico é possível realizar a clínica psicológica para além dos espaços tradicionais, institucionalizados. O *setting* terapêutico é a rua, a cidade, os espaços públicos. Esse dispositivo proporciona uma experiência de entrar em contato com a comunidade, à pessoa que está no processo de transição para as residências terapêuticas,

recebendo o apoio de um profissional que pode ajudá-la através da escuta, compreendendo as questões que estão implicadas nessa transição (PALOMBINI, 2006).

Algumas experiências, relatadas nas pesquisas, utilizaram o dispositivo do acompanhamento terapêutico para o período anterior à mudança para as residências terapêuticas. Esse trabalho foi realizado por profissionais ou estagiários da psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e assistência social (FRANCO e CONERLIS, 2015; KINKER, 2017).

Como se tratam de pessoas institucionalizadas por algum tempo, o trabalho de acompanhamento terapêutico relatado nas pesquisas se deu em torno do empoderamento dos usuários, de modo que eles pudessem, por exemplo, conhecer os serviços de saúde que existem na cidade, em especial na região onde irão residir; aprender a lidar com dinheiro por meio de educação financeira; participar das tarefas cotidianas; ter cuidado em relação à segurança, aprendendo a trancar as portas de casa; conhecer os vizinhos, entrar em contato com a comunidade (BASTOS e AGUIAR, 2011; FRANCO e CORNELIS, 2015; KINKER, 2017; VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008; WACHS et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada no interior do estado do Rio de Janeiro, o trabalho de acompanhamento terapêutico se deu em conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade. Os usuários que estavam em processo de alta do hospital psiquiátrico para as residências frequentavam o serviço do CAPS diariamente. O objetivo desse trabalho estava em despertar o sentimento de pertença desses usuários em relação à cidade, assim como ampliar sua rede social, resgatar vínculos familiares e construir novos vínculos (GULJOR, 2013)

A criação de um serviço substitutivo como as residências terapêuticas, por si só não assegura que a lógica manicomial foi superada. Algumas das pesquisas atentam para o fato de que nós, enquanto profissionais envolvidos nesse cenário, precisamos superar o desafio que é a realização da transição do usuário para os serviços substitutivos, superando os paradigmas que fundamentam a instituição psiquiátrica e a clínica tradicional (GULJOR, 2013; KINKER, 2017; WACHS et al., 2010).

O acompanhamento terapêutico contribui na transição para as residências terapêuticas, instaurando uma nova lógica de cuidado que rompe com a lógica tutelar inserida nas instituições psiquiátricas. A nova lógica de cuidado exige atenção e respeito ao tempo dos usuários, sua ambivalência quanto a se mudar ou não para as residências, potencializando a voz do usuário, tornando-o protagonista de sua vida (GULJOR, 2013; MAGALHÃES, 2016; WACHS et al., 2010).

2.4.4 Singularização do cuidado

A institucionalização tem a característica de ofuscar a singularidade das pessoas que nela se encontram. As pesquisas caracterizam o hospital psiquiátrico como regulamentado por normas e uma relação de poder verticalizada, que impedem que as pessoas se responsabilizem por seu cuidado, opinem sobre seu tratamento, transitem pelos espaços da própria instituição ou da cidade (BASTOS e AGUIAR, 2011; FRANCO e CORNELIS, 2015; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010; WACHS et al., 2010).

No espaço da instituição psiquiátrica, o tratamento é realizado de modo homogeneizado, pautado na crença das generalizações médicas, pela qual a forma de tratamento é a mesma para todos que ali estão. O foco principal é a doença, deixando de lado a pessoa que vivencia o transtorno (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; FRANCO e CORNELIS, 2015; MAGALHÃES, 2016).

Com a Reforma Psiquiátrica tal postura é questionada, tomada como insuficiente para o tratamento efetivo de pessoas em sofrimento psíquico. As propostas substitutivas ao modelo manicomial partem da ideia de que cada sujeito é único e, por isso, tem uma forma particular de vivenciar a doença. “A produção de singularidade é um processo dinâmico que possibilita movimentos para a construção de territórios existenciais, expandindo a perspectiva de vida para além das determinações da subjetividade homogeneizante” (ARGILES et al., 2016, p.63).

As residências terapêuticas são sinalizadas ou caracterizadas pelo rompimento com o modelo manicomial por: localizarem-se no espaço urbano, contando com um suporte assistencial que é sensível às demandas individuais dos moradores; desenvolverem um projeto terapêutico singular (PTS), que contempla as necessidades de cada pessoa; haver acompanhamento pelos serviços de saúde presentes na comunidade, como CAPS e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e; pelas medicações serem específicas para cada um, diferente do hospital psiquiátrico, onde todos partilham dos mesmos medicamentos (FRANCO e CORNELIS, 2015; GULJOR, 2013; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010; VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008; WACHS et al., 2010).

A singularização do cuidado se caracteriza, então, enquanto uma nova estratégia de cuidado para com os usuários dos serviços de saúde mental, que surge a partir das novas práticas desinstitucionalizantes. Ela é construída no dia a dia, a partir dos profissionais na elaboração

do PTS, de modo a valorizar a produção das singularidades e subjetividades na contramão do modelo manicomial.

2.4.5 Impasses para a reforma

A Reforma Psiquiátrica ainda é um desafio no Brasil. As leis e portarias existentes não são garantia da efetivação do movimento. As leis ainda são brandas com relação ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, o que dá margem para a continuidade desses serviços, mesmo com a redução dos leitos ofertados nesses espaços pelo SUS.

As pesquisas apontam para vários desafios encontrados no percurso para a efetivação da Reforma. A depender do porte da cidade, questões políticas atravessam o fechamento dos hospitais. Os donos dos hospitais psiquiátricos nas cidades de pequeno e médio porte, por vezes, exercem influência política, principalmente por gerarem empregos, o que pode resultar em currais políticos nos períodos eleitorais (KINKER, 2017).

Outro impasse, a dificuldade na locação de um imóvel para a implementação do SRT, foi salientado em duas pesquisas. Na cidade de Barbacena, em Minas Gerais (AZEVEDO, 2014), a prefeitura era conhecida por não cumprir com o pagamento aos seus credores, o que gerou uma resistência por parte das imobiliárias. Já em Paracambi, interior do Rio de Janeiro, a dificuldade se dava por conta da vizinhança que não queria locar seu imóvel para egressos de hospitais psiquiátricos (GULJOR, 2013).

Outra dificuldade apontada é a redução dos leitos psiquiátricos ofertados pelo SUS e o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos pelo país, sem serem criadas residências terapêuticas suficientes para receber os egressos desses hospitais (MAGALHÃES, 2016).

A reflexão em torno do receio em transformar o serviço residencial terapêutico em uma nova forma de institucionalização também foi amplamente levantada nos artigos e dissertações. A lógica manicomial não está presente somente nas paredes das instituições psiquiátricas, elas perpassam as práticas desenvolvidas no âmbito da psiquiatria como um todo, encontrando-se também nos profissionais que estão inseridos nesses espaços, nos próprios usuários recém-saídos das instituições e na sociedade em geral (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AZEVEDO, 2014; CARNEIRO e ROCHA, 2010; GULJOR, 2013; LIMA, 2017; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; WACHS et al., 2010).

O fato de fazer a transição dos usuários dos hospitais psiquiátricos para as residências terapêuticas, por si só, não garante que a desinstitucionalização ocorreu efetivamente. As pesquisas discutem que é preciso romper com a lógica tutelar do cuidado, desconstruindo dia a

dia o modelo manicomial, a partir da construção de novas práticas, atreladas ao serviço de saúde presente na cidade (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AZEVEDO, 2014; GULJOR, 2013; LIMA, 2017; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010).

É importante também trabalhar o imaginário social em relação à pessoa em sofrimento psíquico, já que a proposta do serviço residencial terapêutico é reinserir essas pessoas na comunidade. Muitos moradores ao saber que serão vizinhos dessas residências terapêuticas expressam medo dos usuários, carregando alguns estereótipos, como por exemplo, de que o louco é perigoso ou barulhento (BASTOS e AGUIAR, 2011; GULJOR, 2013; MAGALHÃES, 2016).

Dessa forma, é fundamental que o trabalho de transição para alcançar os objetivos da reforma abranja os vários atores envolvidos: usuários, profissionais e comunidade em geral. As pesquisas ressaltam que a institucionalização é feita por pessoas, então nós é que precisamos desconstruí-la, caso contrário, continuará sendo reproduzido o isolamento, a tutela, a invisibilização dessas pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AZEVEDO, 2014; MAGALHÃES, 2016).

3 POSICIONAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

O referencial teórico-metodológico que nos norteia nesta pesquisa é o das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos. Para melhor compreender este referencial, faz-se necessário trazer reflexões sobre o Construcionismo Social, que é a perspectiva na qual se fundamenta.

Para tanto, neste capítulo começaremos falando sobre o Construcionismo Social, contemplando os aspectos principais desse movimento. Em seguida, traremos um tópico sobre o referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos. E, por fim, os caminhos metodológicos que realizamos na pesquisa, assim como os instrumentos utilizados para a análise.

3.1 Construcionismo Social

O Construcionismo surge na segunda metade do século XX, quando há um crescimento na atenção dada ao estudo da linguagem. Essa maior atenção dada a linguagem passa a ser cunhada por Richard Rorty nos anos 1960 como “Giro Linguístico” (ÍÑIGUEZ, 2002), que ao se contrapor à Filosofia da Consciência, propõe uma outra filosofia, a Filosofia da Linguagem, que privilegia o estudo da linguagem cotidiana.

O Giro Linguístico propõe que não devemos olhar para dentro da mente, enquanto um lugar no qual se cria os pensamentos, mas sim, para os discursos, que constituem linguagem em ação. Essa virada linguística “...introduziu um debate na filosofia da ciência, questionando o uso da linguagem formal e a desconsideração da linguagem cotidiana, pela ciência, para a descrição dos processos sociais” (RIBEIRO, 2011, p. 31).

O Construcionismo surge, então, como um movimento crítico à Modernidade e à Psicologia Social Moderna. Caracterizando-se como um movimento que apresenta uma postura crítica diante do mundo, questionando tudo o que é tido como natural, como verdade (ÍÑIGUEZ, 2002; SPINK, 2010). Dessa forma, aproxima-se das concepções Pós-Modernas, adotando uma postura de estranhamento das “verdades”.

De acordo com os pressupostos epistemológicos do Construcionismo, o conhecimento é entendido como uma prática social, sendo construído sócio-historicamente e circulando sob inúmeras versões (IBÁÑEZ, 1994, apud SPINK 2010). Nessa perspectiva, o conhecimento não é considerado uma verdade científica e, portanto, universal, mas sim uma possibilidade de ação

social construída e compartilhada coletivamente. É esse conhecimento produzido coletivamente que constrói o sujeito e o objeto (SPINK, 2010).

Assim como o conhecimento, o sujeito e o objeto também são compreendidos enquanto construções sócio-históricas. Nessa perspectiva, sujeito e objeto não são independentes entre si, assim como “a realidade não existe independente do nosso modo de acessá-la” (SPINK, 2013, p.55). Diferente do pensamento moderno, no qual há uma dicotomia entre sujeito-objeto e a compreensão de que a realidade existe independentemente de nós (IBÁÑEZ, 2001).

O “Construcionismo traz para a pesquisa uma postura desreificante, desnaturalizante, desessencializadora que radicaliza ao máximo a natureza social do nosso mundo vivido e a historicidade de nossas práticas” (SPINK, 2010, p.11). Na pesquisa construcionista social é importante que tenhamos, enquanto pesquisadores, uma postura reflexiva durante toda a realização da pesquisa, pensando nosso posicionamento ético-político. Essa postura nos faz refletir, por exemplo, sobre como o poder orienta nossa pesquisa. Ao produzi-la, devemos decidir a todo momento, a quem iremos servir, o que move a pesquisa, quais as consequências dela, exigindo que nos posicionemos a todo momento (RIBEIRO, 2011).

Na sequência, falaremos sobre as Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, que constituem o foco central de análise, que norteou nossa pesquisa, fundamentado na abordagem construcionista (SPINK; MEDRADO, 2013).

3.2 Práticas Discursivas e Produção de Sentidos

O Construcionismo Social agrega, em parte, por meio da linguagem, a perspectiva linguística (estruturalismo) e a discussão das práticas discursivas e de discurso (pós-estruturalismo) nas análises sobre a produção de sentidos no cotidiano dentro de sua abordagem teórico-metodológica (SPINK, 2010).

“Práticas Discursivas” é uma expressão utilizada para demarcar e distinguir o foco de interesse das pesquisas voltadas para o papel da linguagem na interação social (SPINK; MEDRADO; MÉLLO, 2014). É através das práticas discursivas que conseguimos acessar a produção de sentido no cotidiano.

Sentido, na perspectiva construcionista, é compreendido enquanto uma construção coletiva, ele é localizado sócio-historicamente e produzido o tempo todo (SPINK, 2010). Dessa forma, os sentidos produzidos são específicos de cada contexto e são atravessados por questões históricas e culturais que nos permitem compreender as mais diversas situações.

A Produção de Sentidos é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso, “e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas” (SPINK; MEDRADO, 2013, p.23).

A produção de sentidos é um processo sociolinguístico, que se dá quando duas ou mais vozes se confrontam, por exemplo, quando a voz de um ouvinte responde à voz de um falante. Esse confronto é chamado de interanimação dialógica ou dialogia. A dialogia é o princípio básico da linguagem. O diálogo não ocorre apenas verbalmente, podendo ocorrer também através de textos escritos ou mesmo nos diálogos que as pessoas travam consigo mesmas (ARAGAKI et al., 2014).

O posicionamento também é um conceito importante no estudo das práticas discursivas e produção de sentidos. Posicionamento é compreendido a partir de uma noção mais fluida e dinâmica, diferente do conceito de identidade que parte de uma noção mais fixa e estrutural (SPINK, 2010). O posicionamento se caracteriza pelas diversas posições que assumimos no dia a dia e no decorrer da vida. Cotidianamente podemos nos posicionar enquanto filhas, mães ou pesquisadoras, por exemplo, a depender da situação na qual estamos implicadas.

Outro termo importante a ser destacado é o dos repertórios linguísticos, que são elementos constitutivos da linguagem. Os repertórios “são unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas...” (SPINK, 2013, p.28). Os repertórios foram utilizados, neste trabalho, como dispositivos a partir dos quais foram feitas análises dos documentos que trazem em si um sentido ou um conjunto de sentidos.

A seguir trataremos o percurso metodológico que trilhamos no decorrer dessa pesquisa.

3.3 Percurso Metodológico

As informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, cujo objetivo é compreender a desinstitucionalização durante a implantação das residências terapêuticas na cidade de Maceió, foram obtidas em documentos de domínio público, diários de campo construídos a partir de visitas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atende os/as usuários/as egressos dos hospitais psiquiátricos, entre outros, e entrevistas semiestruturadas com técnicas do CAPS e usuárias que estão residindo nas Residências Terapêuticas. A proposta de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL (CEP/UFAL) em 27 de Setembro de 2018, conforme parecer nº 2.923.176.

Quando falamos do uso dos documentos para construção da análise, utilizamos a expressão “documento” no sentido de registro, de algo presente fisicamente, que fala sobre determinado assunto. É um documento, todo material escrito produzido para informar algo e que o público em geral ou um público específico tenha acesso. Enquadram-se nesse entendimento panfletos, jornais, revistas, livros, páginas da internet, portais, entre outros (SPINK, P. et al., 2014).

Em um documento de domínio público, as principais características são o fato de que seu “conteúdo é livre para ser descrito, comentado e referenciado para outros também tecerem suas opiniões” (SPINK, P. et al., 2014, p. 208). Utilizamos os seguintes documentos: Diários Oficiais do Município de Maceió, Ações Cíveis Públicas, Mandado de Segurança, Plano Municipal de Saúde de Maceió e notícias veiculadas em *sites* sobre as residências terapêuticas do município.

Os registros encontrados no decorrer da pesquisa fazem parte do campo-tema (SPINK, P., 2003), que é composto por tudo o que envolve a pesquisa, desde conversas informais sobre o tema, às idas ao campo. Desse modo tudo o que se relaciona à pesquisa faz parte do campo-tema, inclusive os registros encontrados no dia a dia.

O campo para a Psicologia Social (...) começa quando nós nos vinculamos à temática...o resto é a trajetória que segue esta opção inicial; os argumentos que a tornam disciplinarmente válida e os acontecimentos que podem alterar a trajetória e reposicionar o campo-tema (SPINK, P., 2003, p.30).

Dessa forma, todos os documentos aos quais tivemos acesso, sejam eles de ordem jurídica ou notícias publicadas na internet, foram importantes para que pudéssemos compor os caminhos percorridos durante o processo de implantação das RTs no município.

Os moradores das RTs têm sido acompanhados por técnicos de nível superior, tendo como referência de saúde mental os CAPS do município. O município de Maceió conseguiu implantar 7 (sete) residências, sendo os/as usuários/as dessas casas, assessorados em três CAPS: Enfermeira Noraci Pedrosa, situado no bairro Jacintinho; Doutor Rostan Silvestre, no bairro Jatiúca e; Sadi Feitosa de Carvalho, no bairro Chã de Bebedouro, distribuindo-os/as em cada um desses serviços, pela proximidade das casas.

O CAPS localizado no bairro Jatiúca é referência de 3 (três) residências terapêuticas, duas masculinas e uma feminina. Optamos por desenvolver a pesquisa nesse CAPS, por ele prestar atendimento aos/as usuários/as dessas 3 (três) casas, enquanto os outros dois assessoram 2 (duas) casas cada um.

A aproximação com os moradores das RTs se deu de forma processual, de modo a possibilitar a criação de vínculo e confiança, entre pesquisador e participante. Foram realizadas 8 (oito) visitas ao CAPS, durante os meses de setembro a novembro de 2018, para que pudéssemos nos aproximar gradualmente, a fim de propiciar uma familiarização com os/as usuários/as e possibilitar a identificação dos possíveis participantes da pesquisa. Definimos os/as participantes a partir do interesse e vontade deles/as em participarem da pesquisa.

Dessa forma, o CAPS foi o serviço chave para o contato com os/as participantes: técnico/as de nível superior e moradores/as. Apenas o profissional relacionado à gestão foi contatado na Secretaria Municipal de Saúde, no setor de Saúde Mental do município.

As idas ao CAPS foram documentadas através dos diários de campo, que é um importante instrumento de análise. O diário de campo é considerado, dentro da perspectiva do Construcionismo social, uma prática discursiva, ou seja, é a linguagem em ação.

O diário, como afirmamos, é um atuante: com ele e nele a pesquisa começa a ter certa fluidez, à medida que o pesquisador dialoga com esse diário, construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa. Esse companheirismo rompe com o binarismo sujeito-objeto, tornando o diário também um ator/atuante que permite a potencialização da pesquisa. Ao invés de atores contrapostos (pesquisador/pesquisado; técnicas/instrumentos; tema/objetivo), temos na pesquisa uma conjugação de fluxos em agenciamentos coletivos produzindo a própria ação de pesquisar (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, p. 278, 2014).

O diário possibilita ao pesquisador um espaço privilegiado de produção de discursiva, no qual é possível se posicionar, emitir opiniões, incômodos e impressões. O uso desse instrumento enriqueceu ainda mais a análise.

Com relação às entrevistas individuais semiestruturadas, foram realizadas 4 (quatro): 2 (duas) com técnicas de nível superior do CAPS e 2 (duas) com moradoras de RTs. Inicialmente pretendíamos realizar mais entrevistas, no entanto, o serviço do CAPS estava em um período de greve, desde o mês de julho de 2018, o que reduziu a quantidade de atividades desenvolvidas lá, assim como a quantidade de usuários que frequentavam o serviço. No quadro abaixo é possível verificar algumas características das participantes, quanto aos nomes, estes são fictícios, com a finalidade de resguardar o anonimato delas.

Quadro 6 - Participantes da Pesquisa.

Participante	Escolaridade		Tempo que está no serviço de saúde mental
Mariana	Ensino Superior Completo		2 anos
Renata	Ensino Superior Completo		5 anos
Participante	Idade	Escolaridade	Tempo de internamento

Cristina	49 anos	4ª série	23 anos
Vanessa	22 anos	8ª série	Múltiplos internamentos desde os 12 anos

Maceió, 2018. Fonte: Autoras, 2018.

As entrevistas semiestruturadas individuais propiciaram a coprodução de informações, as quais nos permitiram refletir sobre a desinstitucionalização a partir do processo de implantação do SRT no município de Maceió. Para tanto, as perguntas (apêndice A) norteadoras das entrevistas foram formuladas, a fim de alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Tal método propiciou que as participantes contribuíssem ativamente na construção do conhecimento.

Nas ciências sociais empíricas em geral, a entrevista qualitativa é um método de coleta de dados amplamente empregada, não sendo de uso exclusivo da Psicologia. Na perspectiva do Construcionismo Social, a entrevista constitui-se em uma produção dialógica, de forma que o entrevistador e entrevistado possam produzir, construir e desconstruir sentidos, e juntos possam também negociar conteúdos pertinentes ao tema em questão. Essa relação dialógica permite ainda reduzir a aplicação do poder verticalizado, caracterizado por limitar modos de ser e modos de relações (ARAGAKI et al., 2014).

Todas as entrevistas foram realizadas no CAPS. A escolha do local, dentro da instituição, foi feita a partir da negociação junto às participantes da pesquisa, que decidiram pelo melhor lugar e horário para que estas fossem realizadas. Foram esclarecidos o objetivo e a natureza da pesquisa, assim como foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que depois de lido e as dúvidas esclarecidas, foi assinado e entregue uma via à cada participante da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante suas autorizações.

Os Mapas Dialógicos foram criados, posteriormente, para a análise de cada entrevista, a partir das falas gravadas e transcritas, que nos ajudou a “dar visibilidade ao processo de análise e ao contexto de coprodução das práticas discursivas” (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014, p.248). Os mapas permitem que sejam destacadas as nomeações, os repertórios linguísticos (palavras, vocábulos, expressões, figuras de linguagem), as vozes e os incidentes críticos (MEDRADO; LYRA, 2015).

Para construir os mapas dialógicos, percorremos o seguinte caminho: inicialmente fizemos a transcrição integral (TI) das entrevistas, sendo as linhas enumeradas, a fim de facilitar a localização dos trechos extraídos do texto.

Em seguida, fizemos a transcrição sequencial (TS) das entrevistas, na qual é possível destacar a ordem em que cada pessoa fala e sobre o que é essa fala, facilitando a identificação dos temas presentes no diálogo e o encadeamento das ideias. Através da TS conseguimos perceber os endereçamentos e os repertórios linguísticos que estão presentes nessas falas. Não se trata de uma transcrição completa do texto, mas de identificar sobre o que versa a discussão e como ela acontece (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014).

Para cada entrevista realizada, construímos quadros divididos em colunas organizadas a partir dos temas identificados na TS e em linhas, onde são identificados/as os/as interlocutores/as sendo distribuídas as falas de acordo com o tema (coluna). Abaixo, o quadro 7 apresenta um extrato de um dos mapas construídos.

Quadro 7 - Extrato de um Mapa Dialógico.

Quem falou	Contextualização	Implantação das RTs em Maceió	Outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
Pesq. (Pesquisadora)		Como foi que começou esse processo para a implantação das Residências Terapêuticas em Maceió? (L- 4-5)			
Mariana	O Hospital José Lopes anunciou que ia fechar e entrou com todo processo na Secretaria de Saúde, na época, 2014 ou 2015, e começou toda essa movimentação... Ele dando alta pras pessoas, procurando a família... (L- 7-9)				

Maceió, 2018. Fonte: Autoras, 2018.

Como podemos visualizar no quadro 7, classificamos os repertórios produzidos durante as entrevistas em 5 (cinco) eixos temáticos: a) Contextualização; b) Implantação das RTs em

Maceió; c) Outra forma de cuidado; d) História de vida das moradoras; e) Dificuldades para a efetivação da reforma.

Nas duas entrevistas realizadas com as técnicas de nível superior foram utilizados todos os eixos descritos, enquanto nas duas entrevistas realizadas com as moradoras das RTs utilizamos os mesmos eixos, com exceção do eixo Contextualização.

Desta forma, nos mapas conseguimos destacar *Quem falou* na primeira coluna e nas demais colunas vemos *Sobre o que falou*, a partir dos eixos temáticos identificados. As falas que preenchem as linhas foram extraídas das entrevistas. Nos mapas são identificadas, ainda, o número das linhas na transcrição, em que se encontram as falas, às quais estamos nos referindo.

A partir dos mapas, inicia-se o processo de identificação dos repertórios utilizados durante as entrevistas para falar sobre a implantação das RTs em Maceió. Os repertórios linguísticos compõem as práticas discursivas, contribuindo na produção de sentidos sobre determinado assunto (ARAGAKI; PIANI; SPINK, M. J., 2014).

O estudo de repertórios possibilita dar visibilidade às rupturas e permanências nos sentidos produzidos a respeito de determinado tema, por meio da análise das unidades de construção utilizadas na linguagem em uso. Dessa forma, podemos acessar os usos que são feitos desses repertórios e como os argumentos vão sendo construídos, assim como a maneira como esses repertórios colaboram na coprodução de práticas nos diferentes saberes e fazeres, científicos ou não (ARAGAKI; PIANI; SPINK, M. J., 2014, p. 245).

Os mapas dialógicos dão visibilidade aos passos dados no decorrer da análise, mostrando como a pesquisa foi se delineando e quais as interpretações feitas pelo pesquisador. Esse modo de fazer pesquisa possibilita a reflexividade do pesquisador (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014).

Com a análise dos repertórios, buscamos compreender os caminhos percorridos para a implantação das residências em Maceió. No próximo capítulo discutiremos cada um dos eixos temáticos descritos anteriormente.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Neste capítulo descrevemos os caminhos percorridos durante esta pesquisa, que levaram a uma compreensão sobre o processo que resultou na implantação das residências terapêuticas (RTs) no município de Maceió. Entendemos que outros caminhos podem levar a outras maneiras de explicar esse acontecimento, neste sentido iniciamos situando o contexto jurídico mais amplo e o local que viabilizaram a implantação das residências. Em seguida, focalizamos a implantação em si, narrando como se deu o processo de mudança das instituições psiquiátricas para as residências terapêuticas. Na sequência, abordamos o cuidado no território, ressaltando a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das RTs, para isso. Posteriormente trazemos algumas narrativas sobre as histórias de moradoras das residências terapêuticas. Por fim, ressaltamos as dificuldades e impasses na efetivação da reforma psiquiátrica em Maceió.

4.1 Contextualização

A desinstitucionalização ainda se mostra um desafio para conseguir sua completa efetivação, desde a promulgação da lei nº 10.216/2001 houveram alguns avanços e vários retrocessos. A lei que propunha a redução gradual de leitos psiquiátricos e a implementação de serviços substitutivos foi sendo executada a passos lentos em todo território brasileiro. Desde 2017, a Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo desmontes que tendem a retardar ainda mais a desinstitucionalização e a extinção das instituições psiquiátricas no país.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013, deve ser composta por serviços e equipamentos variados, concebidos como pontos de atenção, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais). A partir da Nota Técnica n. 11/2019, a RAPS passa a incluir também o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas, Hospital Psiquiátrico e o Hospital-Dia.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Maceió (2017a), as iniciativas para a implementação da RAPS vêm sendo realizadas pelo município desde 2012, apresentando maior visibilidade desde 2014, quando a rede foi colocada como prioridade no Plano Municipal de Saúde.

O município de Maceió conta apenas com 5 (cinco) CAPS: CAPS Enfermeira Noraci Pedrosa no bairro Jacintinho, CAPS Doutor Rostan Silvestre no bairro Jatiúca, CAPS Sadi Feitosa de Carvalho no Chã de Bebedouro, CAPS Infantil localizado na Serraria e CAPS AD no Farol. O CAPSi e o CAPS AD devem atender toda a demanda do município, enquanto os três CAPS II se dividem para atender territórios específicos que ficam mais próximos de cada um.

Mudanças mais efetivas quanto à ampliação dos serviços de saúde mental disponibilizados no município só começaram a acontecer, de fato, após Ação Civil Pública para cumprimento de Obrigação de Fazer com pedido de tutela provisória de urgência ajuizada pelo Ministério Público do Estado de Alagoas em face do município de Maceió, cobrando que fossem tomadas as providências necessárias à imediata implantação dos SRTs (MACEIÓ, 2017b).

(...) a implantação dos SRTs qualifica-se como imprescindível, em especial diante da atual e duradoura situação de abandono em que se encontram os serviços de atenção à saúde mental na capital alagoana – a qual, segundo informa, é a única capital do Nordeste que não possui, sequer, uma unidade de serviço residencial terapêutico (MACEIÓ, 2017b).

Considerando que o SRT foi instituído através da Portaria nº 106 no ano 2000 e que todas as capitais nordestinas já disponibilizavam esse tipo de serviço até 2017, percebemos o quanto o estado de Alagoas demorou a ofertar o serviço.

Maceió possuía, até o final de 2017, um total de 4 (quatro) hospitais psiquiátricos: Clínica Ulysses Pernambucano; Hospital Escola Portugal Ramalho; Clínica de Saúde Santa Juliana S/C – Casa de Saúde Miguel Couto; Clínica de Repouso José Lopes de Mendonça. Esse montante de hospitais psiquiátricos demonstra o quanto o estado alagoano ainda atua baseado em um modelo hospitalocêntrico.

Outro importante fator, que vale ser mencionado e que levou à Ação Civil Pública, foi o Mandado de Segurança impetrado pela Clínica de Repouso José Lopes de Mendonça contra a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS), no início de 2016 (MACEIÓ, 2016). No processo, a Clínica fala sobre a dificuldade financeira enfrentada pela instituição, que apesar de credenciada ao Ministério da Saúde, estava passando por uma redução progressiva de leitos ofertados pelo Sistema Único de Saúde - SUS (como previsto pela lei nº 10.2016/2001), o que levaria ao encerramento da oferta do serviço ao público assistido pelo SUS e, inclusive, poderia levar ao fechamento da Clínica, considerando os baixos preços praticados pelo governo para o atendimento da clientela.

Mariana, participante da pesquisa, que é técnica do CAPS, fala sobre esse momento, quando diz que “o Hospital José Lopes anunciou que ia fechar e entrou com todo processo na Secretaria de Saúde, na época, 2014 ou 2015, e começou toda essa movimentação... Ele dando alta pras pessoas, procurando a família...” (L- 7-9).

No mandado de segurança, está explicitado ainda, que “o Município não promoveu sua reclassificação, como também deixou de lhe pagar o valor dos Demonstrativos de Internação Hospitalar - DIH, em janeiro de 2015, o que culminou no prejuízo de parte de suas atividades e necessidade de transferência de pacientes” (MACEIÓ, 2016).

Apesar das tentativas da Clínica José Lopes juntamente à SMS, para que não fosse necessário o fechamento da instituição, o que reforça mais uma vez a importância que essas instituições possuem no estado, o processo culminou no gradativo fechamento da Clínica. A partir daí, precisou-se resolver para onde seriam levadas as pessoas que não tinham mais vínculo familiar e que estavam internadas há muitos anos.

(...) e a solução que seria dada era a mudança dos usuários de saúde mental para outras instituições psiquiátricas. Foi a partir daí que começou o movimento da saúde mental no município em tentar mostrar que essa não era a solução mais adequada, tendo em vista a política de Saúde Mental. Era necessário implantar residências terapêuticas na comunidade para que essas pessoas pudessem ser reinseridas na sociedade (Diário de Campo, 28/09/2018).

Em 06 de junho de 2017, quando foi publicada no processo de Ação Civil Pública a Sentença, o juiz concedeu um prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias para que a SMS implantasse no município os SRTs, nos tipos e quantitativos necessário para atender quem deles precisasse.

Já havia sido publicado no Diário Oficial de Maceió, no dia 11 de maio de 2017, o edital de Chamamento Público nº 001/2017, para a seleção de uma entidade, que realizaria o projeto de implantação do SRT. E no dia 19 de junho de 2017, também no Diário Oficial, foi publicada a homologação do convênio junto a instituição ASSUMA - Associação de Usuários e Familiares de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Alagoas, que cumpriu as exigências da documentação jurídico-fiscal e da qualificação técnica para execução dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

E aí o José Lopes, é... deu alta pra todo mundo e ficou só os residentes, foram quarenta pessoas. Então ele passou a funcionar, bastante tempo, só com essas quarenta pessoas... Foi quando começou todo esse movimento pra implantar as Residências Terapêuticas, pra poder tirar essas pessoas que não tinham referência familiar ou não tinham condições de voltar pra família, pra ir pra residência, mas aí a burocracia.... É gigante... Então abre processo. Não é

assim, faz de outro jeito. Até que, resumidamente, né. Em 2017, foi publicado o edital.... De chamamento das instituições pra, porque é terceirizado..... Não é o município que gere as residências, então foi publicado esse edital. Foi quando a ASSUMA, que é a associação que hoje implantou as casas, é... colocou a proposta... Pras sete casas e ganhou... e tem todo critério..... A avaliação da proposta, uma equipe responsável por isso e que, enfim, a ASSUMA ganhou... (Mariana, L- 15-26)

A ASSUMA foi a única instituição interessada que concorreu ao [edital](#) de seleção de Projeto(s)/Proposta Técnica encaminhado(s) por Entidade(s) de direito privado, sem fins lucrativos ou econômicos, com o objetivo de celebração de convênios para, em conjunto com a municipalidade, implantar, gerir e administrar e/ou prestar serviços na Área de Saúde Mental (MACEIÓ, 2017c).

A ASSUMA teve seu convênio homologado e publicado no [Diário Oficial](#) em junho de 2017 (MACEIÓ, 2017d), com o projeto de implantação de 7 (sete) casas do Tipo II, tendo como meta o atendimento de no mínimo 8 (oito) e no máximo 10 (dez) pessoas por residência.

Sim, aí nesse meio tempo, essas quarenta pessoas, em maio do ano passado [2017], saíram do José Lopes e foram transferidos, temporariamente, pra o Ulisses Pernambucano. Porque o Zé Lopes disse, que ia fechar de qualquer jeito e as residências ainda não estavam implantadas... (Mariana, L- 43-46)

Após o fechamento definitivo da Clínica José Lopes, a SMS negociou junto à Clínica Ulysses Pernambucano e à Casa de Saúde Miguel Couto, para que cada uma ficasse com 20 (vinte) pessoas advindas da Clínica José Lopes. No entanto, quando a equipe da Coordenação de Saúde Mental fez uma visita à Miguel Couto, para tentar ver a mudança temporária, perceberam que lá não tinha condição nenhuma de receber essas pessoas, em virtude da situação precária da instituição. Negociou-se então a ida das 40 (quarenta) pessoas para a Ulysses Pernambucano.

E aí a gestão, né. O secretário de saúde propôs, né. Pra que... Que eles não iam aceitar assim fácil, né (risos)... Aí deu um suplemento na diária que eles recebiam. Então, com recurso próprio do município, além da diária do Ministério da Saúde, a gestão de Maceió pagava uma diária a mais, um valor a mais, pra que a Ulysses Pernambucano recebesse essas 40 pessoas. Aí, isso foi de maio até dezembro... (Mariana, L- 57-62)

As casas ficaram prontas em meados de novembro de 2017 e a partir daí surgiram outros desafios para que o SRT, de fato, fosse iniciado no município de Maceió. No próximo tópico contaremos quais situações que precisaram ser superadas, para a implantação das residências terapêuticas, que garantiu a mudança das pessoas em internação de longa permanência das instituições psiquiátricas.

4.2 Implantação das Residências Terapêuticas em Maceió

Para que fosse definido quem iria para as Residências Terapêuticas (RTs) e de quais instituições psiquiátricas viriam, foi realizado um Censo Psicossocial pela SMS. Esse censo foi feito com as quatro instituições existentes, começando na Clínica José Lopes, em virtude do seu fechamento.

Aí foi quando a Secretaria de Saúde organizou o censo psicossocial e entrou no Zé Lopes para fazer e conhecer quem era que tava lá internado. Não fez só com os residentes, fez com todo mundo, porque o hospital ia fechar, então precisava ser encaminhados pros CAPS, né. Contatar a família, fazer visitas domiciliares, então foi todo esse processo, de fazer toda essa movimentação, né. De tá transferindo... de tá na verdade, encaminhando as pessoas pros CAPS e ir conversando, conhecendo as famílias... (Mariana, L- 9-15)

A partir do censo, foi feito um movimento de entrar em contato com as famílias, com a intenção de reaver ou fortalecer esses vínculos. Nos casos em que eram localizadas as famílias, faziam-se visitas domiciliares, além de encaminhamentos para os serviços existentes no território dessas famílias, como por exemplo, os CAPS do território, enquanto serviço substitutivo à institucionalização.

As 70 (setenta) vagas existentes, quando somadas às 7 (sete) casas, inicialmente foram pensadas para as 30 (trinta) pessoas da Casa de Saúde Miguel Couto e as restantes seriam divididas entre a Clínica José Lopes e o Hospital Portugal Ramalho.

Houve uma urgência em demandar quase metade das vagas para a Miguel Couto, em virtude de uma outra Ação Civil Pública, movida pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas, contra o município de Maceió em 2017, solicitando que fosse realizada fiscalização na Casa de Saúde Miguel Couto, que estava funcionando em situação precária e desumana (MACEIÓ, 2018).

E aí pronto, aí então, nesse meio tempo, decidiu-se que infelizmente as pessoas do Portugal Ramalho iam esperar mais um pouco e a gente ia priorizar tirar as pessoas da Miguel Couto, né... essas pessoas de longa permanência. Aí a gente atualizou o censo da Miguel Couto, que na época, em 2015, quando foi feito, tinha umas trinta e pouco pessoas de longa permanência... Quando a gente foi fazer no ano passado (2017), já tinha cinquenta e quatro pessoas, então já tinha aumentado o número de pessoas em situação longa permanência... e a gente começou todo esse trabalho na Miguel Couto, né, de... (Mariana, L- 91-99). Aí então foi assim que se decidiu, né. As quarenta que tavam na Ulisses com trinta, que nem iam ser todas, da Miguel Couto, aí juntariam as setenta pessoas (Mariana, L- 105-106).

Quando ficou mais ou menos definido quais as pessoas que iriam para as RTs, começou a ser realizada a articulação entre a SMS, os CAPS e a ASSUMA, para conversar com essas pessoas sobre o serviço residencial terapêutico e criar vínculos, que facilitassem a mudança da instituição psiquiátrica para a RT.

Aí como era que a gente [CAPS] articulava, a gente fazia visitas semanais no Ulisses Pernambucano. Porque os que moravam no José Lopes foram pra lá, porque o José Lopes fechou e eles foram pra lá... Então a gente ia semanalmente, fazer visitas pra criar o vínculo, a gente já tinha uma lista prévia de quem ia pra que residência, aí as pessoas que iriam ficar aqui no território do Rostan era que a gente tinha contato... Ia o CAPS, mais os meninos da ASSUMA... Então era toda semana, toda semana a gente fazendo isso, até... e começou também a fazer no... na Miguel Couto, só que os primeiros a saírem foram os que estavam na Ulisses, mas que eram do Zé Lopes. E aí a gente fez também lá algumas entrevistas com eles, com o psiquiatra, pra o psiquiatra avaliar, que foi solicitada essa avaliação individualmente... (Renata, L- 30-39).

Já havia uma lista prévia com os nomes das pessoas que ficariam em cada casa, então foi possível que os profissionais de cada CAPS fizessem a aproximação com aqueles que ficariam em casas localizadas no seu território. Aos poucos foram havendo modificações nas listas, na medida em que iam observando o vínculo que essas pessoas tinham entre elas, a fim de que o processo de mudança não ocorresse de modo tão abrupto.

Essa estratégia adotada pelos CAPS do município foi muito interessante, em aproximar-se daqueles que ficariam nas casas dentro do território. Apesar das dificuldades presentes nas instituições psiquiátricas, essa era a realidade que as setenta pessoas de longo internamento conheciam. Então todo o cuidado e delicadeza possível nesse momento de criação de vínculos, seria muito bem-vindo, para que depois, já nas casas, os moradores tivessem alguém que lhe é familiar dando continuidade ao seu cuidado no território.

Em uma das pesquisas acessadas durante a revisão de literatura, esse cuidado no processo de transição da instituição psiquiátrica para as residências foi levantado, já que a mudança de um local que produz assujeitamento para um espaço com mais liberdade, requer um preparo, para que seja possibilitada a ressignificação do tempo em que viveu institucionalizado (FRANCO e CORNELIS, 2015).

Enquanto era realizado o acompanhamento dessas pessoas, semanalmente, tanto pelas equipes dos CAPS quanto por técnicos da ASSUMA, a associação foi procurando casas para alugar, montando cada uma delas e, ao final, a SMS mandava uma equipe para fazer a vistoria e aprovar.

Em dezembro de 2017, o processo de mudança começou de fato a ganhar forma, iniciando pela mudança das pessoas da Clínica José Lopes que estavam na Clínica Ulysses Pernambucano desde maio.

No entanto, nada nesse processo de implantação do SRT em Maceió ocorreu de forma espontânea ou livre de tensões e imposições de ordem jurídica. Então, como era de se esperar, a Ulysses Pernambucano não facilitou a mudança, uma vez que a situação da instituição estava muito cômoda, com o aditivo financeiro pago pelo município por cada uma das quarenta pessoas que vieram da Clínica José Lopes.

No dia em que a equipe da SMS foi até a Clínica Ulysses Pernambucano, para fazer a mudança das pessoas para as RTs, a instituição se negou, dizendo que só os liberaria com a apresentação da autorização das famílias de cada um deles.

Aí começou toda uma briga realmente, da gente catar as famílias né. Ligar, ir buscar em casa, né... Foram dias bem intensos assim, né... pra gente conseguir essas autorizações... (Mariana, L- 113-115)

Dada a dificuldade em localizar todos esses familiares, levando em conta que a maioria não possuía vínculos familiares ou parentes próximos vivos, foi necessário, mais uma vez, que todo o processo se desse por via judicial.

O juiz emitiu uma decisão, que autorizou a mudança das pessoas para as RTs no dia 23 de dezembro de 2017, implicando em multa e até mesmo prisão daqueles que descumprissem a decisão. Assim, no dia 23 de dezembro, em um sábado, a equipe da secretaria se dirigiu até a instituição, munidos do documento de decisão e finalmente foi realizada a mudança dessas pessoas.

Em janeiro de 2018, foi a vez da mudança das pessoas que estavam na Casa de Saúde Miguel Couto, para as residências. Nas conversas realizadas com as técnicas, participantes da pesquisa, relataram que a inserção delas na Miguel Couto já era muito difícil, desde o processo de preparação das pessoas para a mudança. Não havia a mesma abertura que na Ulysses Pernambucano, o que dificultou a aproximação dos técnicos e a criação de vínculos com essas pessoas. Então, se na Ulysses, que havia mais abertura, a mudança já havia sido muito difícil, já esperavam que na Miguel Couto não seria diferente.

Mais uma vez tudo aconteceu judicialmente, no dia 03 de janeiro de 2018, foi publicado no Diário Oficial de Maceió (MACEIÓ, 2018), o [edital](#) de convocação das famílias das pessoas que estavam em situação de longa permanência. O edital convocava os responsáveis legais ou curadores a comparecer no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados da publicação do edital

na Gerência de Atenção Psicossocial, na SMS, para tomar ciência do processo e acompanhar a mudança.

No dia 09 de janeiro de 2018, a equipe de saúde mental do município foi até a Miguel Couto e fez a mudança da maioria das pessoas. Em virtude da dificuldade que a equipe teve em preparar as pessoas para a saída para as RTs, por conta da falta de abertura da instituição, houveram algumas pessoas que se recusaram a sair. O desejo dessas pessoas nesse momento foi respeitado e foi trabalhado, posteriormente, de forma individual, até que se sentissem seguras para deixar a instituição.

A vivência desse difícil processo de mudança e implantação das casas ocorreu de forma muito próxima e intensa pelos técnicos envolvidos.

(...) acompanhei toda essa transferência de um hospital pra outro, todo esse processo lá pra ASSUMA né. Do edital de chamamento... enfim... acompanhei tudo muito de perto (Mariana, L- 223-225).

Quando foi perguntado às técnicas sobre o que acham que poderia mudar, caso todo o processo implantação e mudança para as residências terapêuticas fosse recomeçar do zero, elas fizeram as seguintes falas:

Do lado de cá, da gente, eu acho que não teria nada o que mudar não, porque os entraves não foram causados por nós, né? O nosso cronograma, a nossa organização, ela de fato aconteceu... Só um dia que precisou do carro, mas o carro não conseguiu chegar, porque teve que se envolver em outra atividade, mas eu acho que isso aí é o mínimo... Alguns usuários ansiosos, porque a gente trabalhava isso nas visitas. - “O que é que você acha de ir pra uma casa sua, onde você vai morar com outros colegas seus?” - A gente procurou também levar em consideração a afinidade, porque a gente... Foi separada a listagem..... por casa... mas aí durante as conversas a gente pôde perceber que fulano não tinha afinidade com cicrano, então a gente mudou... -“Ah, ele era muito ligado a outro que estava em outra casa”-, a gente juntou... Pra que o processo se tornasse mais leve pra eles também, entendeu? E hoje, de fato, eles têm mesmo o sentido de casa, de propriedade. “Onde você mora?”, “Eu moro na Jatiúca!”, “A minha casa é na Jatiúca... é na Mangabeiras, na Ponta Verde”... Eu acho que da parte da gente aqui, não teria que mudar nada não... (Renata, L- 159-172).

Diferente em algumas coisas, assim né... agilidade. Mais mesmo porque... mas infelizmente são coisas que não dependem da gente... A gestão é bem complicada de lidar, inclusive de entender todo esse processo..... então assim, a gente precisa de mais casas, porque ainda tem gente em hospital, então esse processo vai precisar começar.... (risos)... (Mariana, L- 289-293)

Outro ponto importante, que garante ainda mais autonomia aos atuais moradores das RTs é a questão financeira. A equipe da SMS junto com a ASSUMA tem buscado regularizar

a documentação dessas pessoas, para que consigam o acesso ao De Volta Pra Casa e tenham seu próprio dinheiro.

Todo o processo que levou à implantação das casas realmente não foi livre de dificuldades e as sete casas implantadas ainda não foram suficientes para receber toda a demanda de pessoas em situação de longa permanência do município. De todo modo, o primeiro passo foi dado e já está transformando muitas vidas, promovendo um cuidado singularizado, um cuidado no território. No próximo tópico conversaremos mais sobre essa forma de cuidado.

4.3 Uma outra forma de cuidado: territorializado

Nas instituições psiquiátricas, as pessoas estão sujeitas a um mundo institucional com todas as suas leis, normas, punições e privilégios. Estar em uma instituição total por longos períodos pode proporcionar a perda de sua identidade, uma vez que essas instituições não costumam levar em conta a singularidade delas, seus desejos, suas vontades. Essas pessoas passam a ser apenas mais uma no meio de tantas outras (OSCAR; COSTA; VIANNA, 2005). Esse aspecto da homogeneização do tratamento, dentro das instituições psiquiátricas, é trazido por uma das profissionais, Mariana, durante nossa conversa:

(...) lá nos hospitais eles não tinham questão nenhuma de construir relações mesmo... de convívio... Então eles eram tidos como coisas mesmo, lá dentro... E hoje eles são vistos como pessoas... então isso de ter uma rotina... de se sentar pra comer, todo mundo junto...e de ter... de poder fazer o que quer, na hora que quer... lógico, que dentro das regras que toda casa precisa ter... mas que não é uma coisa igual pra todo mundo, como era dentro do hospital...De hora de todo mundo entrar no quarto, a hora de todo mundo sair, a hora de todo mundo comer... tudo igual pra todo mundo... então dentro da casa eles tem a vida... que nós temos... Assim com uma rotina e a gente, de ter direito a escolher, então assim... isso já é uma grande mudança... (Mariana, L- 249-257).

O tratamento oferecido pelas instituições psiquiátricas também é observado nas pesquisas, em termos de suas consequências, referindo-se às normas e às relações de poder verticalizadas, como uma dificuldade à autonomia das pessoas sobre seu cuidado (BASTOS e AGUIAR, 2011; FRANCO e CORNELIS, 2015; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010; WACHS et al., 2010).

É a partir das propostas de desospitalização e desinstitucionalização, consequência das reformas psiquiátricas, que vem sendo produzido o deslocamento dessa perspectiva tradicional, manicomial, curativa e excludente, para uma intervenção no espaço social, no território.

Apesar das instituições psiquiátricas, no município de Maceió, ainda ocuparem um lugar importante no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, o cuidado no território já vem se fazendo presente.

As residências terapêuticas representam, de forma concreta, o rompimento com o modelo manicomial, já que a principal diferença entre ambos é a valorização do cuidado na comunidade em que se está inserido, fazendo o acompanhamento nos serviços de saúde disponibilizados no território, não só nos serviços específicos de saúde mental, como também nos que são ofertados na atenção básica de saúde.

Desde a implantação das RTs, nesse município, é possível notar algumas diferenças que o cuidado em território vem produzindo nos residentes. O acesso aos espaços urbanos para lazer, é uma ação significativa, para que eles se apropriem desses espaços e sintam-se pertencentes, criem laços. Duas participantes da pesquisa falaram sobre o impacto positivo dos passeios externos, a técnica Renata e a moradora Cristina, como podemos visualizar abaixo:

Fazemos atividades externas com eles, praia, piquenique na praça... A gente tem um grupo [do CAPS] na segunda feira que é justamente isso, a gente explora o território, as atividades são externas... (...) é uma evolução fantástica... assim, pra gente que conheceu eles dentro do hospital psiquiátrico, não tem comparação... de ter deles que viviam amarrados, todas as vezes que a gente chegava lá pra realizar visita, amarrados! Amarrados! Não tem nem... (Renata, L- 70-72; 80-83)

Pesquisadora: - Foi pra praia naquele dia que você falou?

Cristina: - Fui pra praia... vai pra praia, vai pra piscina...

Pesq.: - Gosta?

Cristina: - Gosto... eu nunca tive isso, né... nunca tive nada... de lazer, de nada... nunca tive nada... mas eu deitava né, ficava deitada... mas era mais internada do que... Que tem hora que você... deita na cama... toma conta da gente... só deita, deita, né... Aí a pessoa num fica quase né... (L- 481-490)

As instituições psiquiátricas produzem o isolamento das pessoas que ali estão, de modo que elas perdem a conexão com o mundo e ao sair precisam se re-conhecer no território, para que recuperem gradativamente a autonomia que lhe fora negada. Nas conversas, tanto com Renata como com Cristina, vimos a contribuição dessas atividades externas no ganho de autonomia dessas pessoas, de ir até determinados espaços, como praia, piscina, praças e poder usufruir disso, socializar com outras pessoas que também estejam nesses lugares. Essas atividades fazem com que se sintam moradores e moradoras de Maceió, que conhecem a cidade, os lugares, gerando um sentido de pertencimento.

Uma outra diferença importante que a residência terapêutica propicia se dá pelo fato desse espaço ser verdadeiramente uma casa, com quartos, banheiro, cozinha, sala de televisão,

quintal, enfim, tudo o que uma casa costuma oferecer. Diferente das vivências que os residentes tiveram na instituição psiquiátrica, o morar em uma casa oferece a oportunidade de que eles cuidem dela, ajudem nas atividades domésticas, arrumem a sua cama, tenham lugares para os seus pertences.

A participante da pesquisa Vanessa, residente de uma das casas, relata durante a conversa, que gosta de ajudar nas tarefas domésticas, mas que na instituição psiquiátrica não era possível porque os espaços eram separados, não se tinha acesso, por exemplo, à cozinha. Cristina, outra residente, também fala sobre sua colaboração em algumas atividades:

Pesquisadora: - O que é que você faz em casa?

Cristina: Eu lavo prato... lavo prato... já limpei a casa... A tia passa pano, as vezes eu passo pano mais não... só lavo só os prato... (L- 429-432)

O envolvimento dessas residentes nas tarefas de casa contribui para que elas criem vinculação com essa casa, que para além de um serviço, é a casa delas. Todos aqueles que expressam vontade em contribuir com alguma atividade, tem esse espaço, assim como é respeitado aquele que não mostra o mesmo interesse. Durante conversas oriundas das andanças pelo CAPS, sempre era relatado esse respeito às vontades deles, principalmente porque as residências implantadas são do tipo II, ou seja, muitos dos residentes são idosos ou possuem algum tipo de limitação e precisam de cuidados contínuos e específicos.

Uma das pesquisas acessadas nos bancos de dados chamou atenção especial para a necessidade de diferenciar o morar em dois aspectos distintos; o estar e o habitar. O estar significa, simplesmente, ocupar um espaço, sem apropriação do lugar, sem interação com os demais, sem criar laços afetivos. Já o habitar, significa se apropriar do espaço, seja uma apropriação emocional, simbólica ou material, interagindo afetivamente com os demais moradores (MANGIA e RICCI, 2011).

Ainda dentro dessa outra forma de cuidado, não poderíamos deixar de trazer os CAPS, que como temos visto, têm sido um importante dispositivo na efetivação do cuidado em território.

Desde o início do processo de implantação das residências terapêuticas em Maceió, os técnicos do CAPS fazem o acompanhamento das pessoas que hoje são as moradoras das RTs.

E aí hoje, eles nas... nas residências, eles têm atividades semanais aqui no CAPS... É... tem dias que pela manhã, tem dias que pela tarde... (...) e assim, antes de tudo começar, a gente “não, não vai poder ter um grupo só pra eles, eles tem que tá inseridos no que já existe”... mas assim, na prática foi um pouco diferente... Eles não conseguiam despertar interesse por algumas atividades que já existiam ou até mesmo não tinha condições de participar, por

tanto tempo institucionalizados, e aí realmente foram sendo criadas atividades específicas pra eles... alguns sim, tem atividades específicas... outros entram no que já existe... (Renata, L- 57-59; L- 60-66)

O cuidado presente na fala da técnica, sobre propor a criação de atividades específicas para alguns residentes, mostra uma sensibilidade às necessidades de cada um. Boa parte dos moradores do SRT estão vindo de longos internamentos, são idosos e, por isso, possuem demandas mais específicas de cuidado. Foi preciso que a equipe técnica do CAPS elaborasse outras atividades para atender a essa nova demanda que se apresenta. Durante a conversa com Renata, técnica do CAPS, ela afirmou que o CAPS em que trabalha tinha um viés muito ambulatorial, então houve realmente toda uma reestruturação do serviço para abraçar o público egresso das instituições psiquiátricas.

E é notável o quanto os residentes que frequentam o CAPS gostam de estar lá, participando das atividades, interagindo com os demais usuários do serviço. Mesmo durante a greve do serviço no período de realização da pesquisa, tentou-se organizar os dias para que eles fossem ao CAPS ao menos uma vez na semana, mas devido a outros fatores, nem sempre era possível.

(...) eles gostam... adoram! Se sentem valorizados, soltos, livres... Alguns ainda comentam, “Ah se acontecer isso, eu vou ficar preso?”, “Não, aqui não tem negócio de ficar preso!”, de ficar amarrado... aí as vezes dá uma volta ao passado... mas aí a gente já muda isso, já desconstrói... (Renata, L- 287-290)

Os anos que os residentes passaram em instituições psiquiátricas não é esquecido no dia em que deixaram esses espaços, dia a dia é que vai sendo desconstruído, ressignificado. Mas é muito bom ver as mudanças nesses residentes, como por exemplo, um homem idoso que não falava nada (ao ponto de se pensar que ele era surdo) e que hoje fala normalmente, sente-se seguro para contar sua história aos técnicos e estagiários do CAPS.

Então cada conquista, merece ser valorizada, e no próximo tópico, para conhecer um pouco mais sobre as histórias dos moradores das RTs de Maceió, trazemos os relatos das técnicas e das duas moradoras que participaram da pesquisa.

4.4 História de vida das moradoras

Depois de entender o processo que levou à implantação do serviço residencial terapêutico de Maceió e de como é o cuidado ofertado no território, é importante trazer algumas histórias das protagonistas de todo esse processo: as moradoras das residências terapêuticas.

Assim, conseguimos identificar as estratégias de desinstitucionalização utilizadas pelos atores envolvidos no processo e discutir as implicações da desinstitucionalização no município.

Como citado no tópico anterior, devido à greve que houve no CAPS no segundo semestre de 2018, os serviços ofertados por ele, foram reduzidos, assim como o público assistido. As mais frequentes nas atividades eram as mulheres da residência do bairro Mangabeiras, que participavam de uma das oficinas mantidas mesmo no período de greve.

Através das idas ao serviço, tive a oportunidade de conhecer uma variedade de moradores e moradoras, assim foi possível convidar duas entre elas, para compartilhar comigo suas histórias de vida e são essas histórias, somadas às situações descritas em diários de campo e trazidas pelas técnicas, que serão apresentadas a seguir.

Iniciarei contando a história de Cristina, que possui 49 (quarenta e nove) anos e tem, no mínimo, 23 (vinte e três) anos de internamento, estudou até o 5º ano do ensino fundamental. Cristina relata que seu pai faleceu há muito tempo e que sua mãe faleceu quando tinha 21 (vinte e um) anos e com essa idade passou a morar na casa de uma tia, que tinha um filho. Cristina possui dois irmãos, mas não tem contato com nenhum dos dois, sabe informar apenas que ambos são casados e que um deles reside em São Paulo, cidade onde morou com sua mãe e seus irmãos quando tinha 6 (seis) anos.

Durante nossa conversa, ao ver uma foto minha com meu namorado no celular que estava gravando o áudio, Cristina comentou que também já foi casada. Casou-se aos 15 (quinze) anos e morou durante 4 (quatro) anos com o companheiro que tinha 19 (dezenove) anos. Relatou que durante o tempo em que passaram juntos, foi vítima de violência doméstica e, por isso, hoje não pensa mais em se relacionar com ninguém, dado o sofrimento que vivenciou. Durante esse relacionamento teve 2 (dois) filhos, mas perdeu o contato com o mais velho quando ele tinha um ano e dois meses, já o outro não tem contato desde o seu nascimento.

Cristina já passou pela Clínica José Lopes, Ulysses Pernambucano e pelo Hospital Portugal Ramalho. Mesmo enquanto ainda morava com a mãe, já passava períodos internada em instituições psiquiátricas e após o seu falecimento, ficou aos cuidados da tia e continuou passando por internamentos.

Ela não sabia dizer, ao certo, quanto tempo ficou na casa dessa tia, já que sempre passava algum tempo internada em uma instituição ou outra. Quando estava na casa da tia, ajudava-a na venda de feijão de corda, debulhando o feijão e separando em sacos plásticos, junto com seu primo.

Relata que certo dia, entrou em conflito com a tia e o primo, não soube precisar o motivo, mas lembra de ter entrado em um camburão da polícia e de ter pedido que a deixassem na

Clínica José Lopes, no entanto, lá não a deixaram entrar, então foi a pé até a Ulysses Pernambucano.

Cristina: - Quando cheguei lá o portão tava aberto... Aí o fiscal disse “Entre moça, aguarde a assistente social”... Ela me conhecia, né? Ela conhecia...

Pesquisadora: - Você já tinha ido lá?

Cristina: - Tinha... Aí fui falar com a assistente social (...)

Pesq.: - Aí você contou a sua história pra ela?

Cristina: - Foi. Conteí a minha história pra ela... aí eu perguntei pra ela, aí eu lembrei... tinha um doutor Vitor lá, né? (...) aí ela [disse] “Vou ligar pra ele, que ele vem já”... Aí ligou pra ele, chamou ele pra mim ir de Kombi... Ele chegou, me botou na Kombi e me levou pro Portugal Ramalho... Aí fiquei morando... vinte e três ano todinho no Portugal Ramalho... (L- 187-214)

O Hospital Portugal Ramalho foi a última instituição pela qual Cristina passou, uma vez que, pouco tempo depois de estar lá, foi informada sobre o falecimento de sua tia. A partir desse momento, ela não tinha mais nenhum parente próximo que pudesse acolhê-la, com quem pudesse morar e, por isso, passou mais de duas décadas institucionalizada.

Cristina só saiu do Portugal Ramalho quando foram implantadas as residências terapêuticas no município. Apesar do pouco tempo em que está morando na casa, já consegue relatar algumas diferenças entre o lugar em que se encontra hoje e a instituição psiquiátrica, como por exemplo, poder ir até o CAPS, fazer passeios e contribuir nas atividades domésticas.

Durante nossas conversas no CAPS, Cristina também comentou sobre querer ter o seu próprio dinheiro. Disse que os técnicos do CAPS e da associação estão providenciando sua documentação, para que tenha acesso ao Programa de Volta para Casa. Na ocasião conversamos sobre a importância de termos nosso dinheiro para comprar aquilo que precisamos e Cristina já fazia planos de comprar roupas e comida. Essa autonomia financeira vai proporcionar ainda mais autonomia a essas pessoas.

Quando conversamos sobre o que tem vontade de fazer no futuro, Cristina ficou um pouco pensativa, por fim demonstrou interesse pelos estudos. Comentou que estudou um pouco, chegou a aprender a ler e a escrever, mas achava que não lembrava mais de muita coisa, entreguei-a uma folha em branco e pedi que escrevesse seu nome, ela pensou um pouco e em seguida escreveu. Ao ver que tinha conseguido escrever e que também conseguiu ler algumas frases que haviam na sala, ficou muito orgulhosa de si.

Ao final, relatou algumas dificuldades enfrentadas na casa em que mora, por conta de algumas mulheres que, de acordo com ela, são mais agitadas e provocam alguns conflitos. Citou, inclusive, Vanessa, nossa outra participante da pesquisa. Vanessa ocasionou alguns

conflitos na casa e, hoje, está em outra residência terapêutica. Iremos contar agora um pouco da sua história de vida.

Vanessa tem 22 (vinte e dois) anos de idade e relata ter passado por múltiplos internamentos desde os seus 12 (doze) anos, estudou até o 9º ano. Apesar de mais jovem, Vanessa teve mais dificuldade em narrar sua própria história. Durante as conversas com ela, faz-se muito presente uma história de abandonos e perdas que sofreu desde a infância. Não consegue precisar o tempo em que passou em cada lugar ou qual lugar levou ao outro.

Essa dificuldade em precisar o tempo em que as coisas aconteceram nas vidas tanto de Vanessa quanto de Cristina, é uma característica dos egressos dos hospitais psiquiátricos que é explicada em outros estudos, como na pesquisa que ocorreu em Feira de Santana (BA). O tempo prolongado nas instituições totais, privadas de qualquer relação com o ambiente externo faz com que essas pessoas percam a dimensão temporal (BASTOS e AGUIAR, 2011).

Vanessa é bastante ansiosa e inquieta, para conseguirmos conversar foi preciso muita delicadeza. Nas idas ao CAPS, percebi em outros momentos que ela gosta muito de música, então durante toda a nossa conversa, houve várias pausas para que ela ouvisse as músicas que pedia. Também houve um momento em que ela disse não estar mais interessada em conversar e foi dar uma volta no CAPS. Retornou algum tempo depois, afirmando querer conversar mais sobre si.

Nesse sentido, Vanessa também difere de Cristina, que pedia permissão para tudo durante as vezes que eu a encontrava no CAPS. Foi todo um processo para que ela entendesse que agora não precisava mais se submeter a tudo que era imposto, que ela podia se cansar de uma atividade e sair da sala e fazer outra coisa ou não fazer nada, caso preferisse. Vanessa já demonstra mais autonomia em falar sobre o que a incomoda e sair de uma atividade, quando já não está mais interessante.

Ao contar sobre sua história, Vanessa disse que sua mãe faleceu quando tinha somente um ano de idade, seu pai ainda é vivo, mas não tem contato com ele. Desde que a mãe faleceu, diz que ficou aos cuidados das suas duas irmãs, não soube precisar a idade delas, só sabia dizer que eram mais velhas.

Relata ter percorrido várias cidades: Palmeira dos Índios, Recife, São Paulo, Maceió, passando por abrigos, comunidades e instituições psiquiátricas. No decorrer de nossa conversa, relembra que ficou durante um tempo na casa de uma tia em Marechal Deodoro, mas após uma briga que teve com ela, por não deixar que saísse para um show, quebrou os vidros da janela do seu quarto. Lembra que na época sua tia tinha um filho pequeno, que ficou assustado com a

situação. Após esse episódio, mudou-se para a casa de propriedade de um tio, que ficava próxima da tia. Nessa casa, lembra que passou um tempo morando sozinha.

Vanessa apresenta um perfil diferente dos demais que mudaram para as residências terapêuticas, com relação, por exemplo, à idade, pois na maioria moram pessoas mais velhas. Já passou pela Ulysses Pernambucano e também pela José Lopes, e desde a infância, tem vivido em abrigos e comunidades.

Devido a ser mais jovem, causou alguns estranhamentos na primeira residência onde morou. Cristina a citou como causadora de conflito, porque ela brigou com outras mulheres na casa, se exaltou e quebrou os vidros das janelas. Os conflitos também foram discutidos na pesquisa realizada na Bahia, uma vez que na convivência com outras pessoas é esperado que surjam discórdias ou situações conflituosas no cotidiano (BASTOS e AGUIAR, 2011). Mas como Vanessa já tinha um namorado, antes da sua ida para residência terapêutica, e ele a visitava em casa e no CAPS. Foi proposto que ela fosse morar com ele, no intuito de fortalecerem esse vínculo.

Vanessa então passou a morar com o namorado, a equipe técnica apoiou o fato, ressaltando a importância do fortalecimento do vínculo familiar. Ela continuou frequentando o CAPS nesse período, diariamente. No entanto, algum tempo depois eles tiveram uma briga, Vanessa o agrediu fisicamente e o relacionamento deles findou.

Depois disso, ela foi encaminhada para uma outra residência terapêutica feminina, onde está atualmente, mas permanece frequentando o CAPS que é referência da casa anterior, para amenizar as mudanças enfrentadas por ela. Relata que na casa em que está, tem se sentido bem e que está dando certo.

Uma das situações dolorosas de sua vida, que ela não relatou durante a nossa conversa, mas que surgiu em outros momentos em que nos falamos no CAPS, foi o filho que teve por volta de fevereiro de 2018. O bebê foi entregue para adoção e em alguns momentos Vanessa questiona isso, afirmando que teria condições de cuidar dele, enquanto em outros momentos afirma que ele está melhor com outra família.

O impacto de ter entregue o filho para adoção ainda é grande, ao ponto em que seus seios, durante a nossa conversa, próximo ao final de 2018, ainda produziam leite, causando fortes dores quando o seio enchia.

Além das conversas realizadas com Vanessa e Cristina, também tive a oportunidade de conhecer outras histórias, como disse no início. Conheci homens e mulheres com histórias de abandono, desacreditados pela sociedade e pela família, mas também conheci algumas histórias em que a residência terapêutica tem propiciado a reconexão com suas famílias. Em todos esses

casos, vi muitos aspectos positivos: pessoas que hoje se sentem valorizadas, cuidadas, expressam suas vontades, que são respeitadas.

Em uma das minhas idas ao CAPS, tive a oportunidade de conversar com uma idosa, que partilhou um pouquinho de sua história comigo:

Conversei bastante com uma senhora muito simpática. Falou que esteve internada no Miguel Couto, que só conseguiu sair de lá porque o juiz permitiu, mas que várias amigas dela não conseguiram sair. Quando perguntei sobre onde mora, ela disse: “Lá é como se fosse a minha casa”! Aí eu disse: “Mas lá é a sua casa mesmo!”, então ela disse “É mesmo! É a minha casa! Tão linda a minha casa na Mangabeiras!” Aí passou a repetir de boca cheia que estava morando em sua casa, dividindo o quarto com uma amiga e que lá tudo era bom, a casa é linda, a comida muito boa, as amigas muito legais, tudo muito bom. (...) Na casa dela, onde mora agora, sai sempre, vai ao banco, ao CAPS, à rua, à piscina, etc. Observei que ela estava com um vestido bem bonito e levava uma bolsa a tira colo. Perguntei o que havia na bolsa e ela respondeu cheia de orgulho que eram as suas coisas: batom, terço, duas revistas, entre outras coisas. Percebi o quanto fazia bem a ela ter suas próprias coisas, ter uma casa, a qual reconhecesse como sua, ter seus pertences pessoais... tudo isso era extremamente valioso para ela (Diário de Campo, 18/10/2018).

Nesse dia refleti sobre a potência que é a residência terapêutica, o que ela proporciona. Essa idosa é uma das pessoas que tem conseguido se reaproximar da família, que está exercendo sua autonomia, que está criando aos poucos vinculação com a casa onde mora e com seus pertences pessoais. Com relação à fala da idosa sobre a casa em que reside, identificamos a retomada de um direito que lhe estava sendo negado há anos, o de ter um lugar para chamar de seu, situação discutida também em outros estudos (BASTOS e AGUIAR, 2011; WACHS *et al.*, 2010).

Direito de ter uma moradia, de habitar e sentir-se pertencente a um lugar. É um direito social que lhe foi negado por um longo processo de “tratamento” que a levou a uma vida administrada, a uma condição de exclusão da sociedade e de desterritorialização, vez que o território, o lugar, é uma referência para a construção da identidade (BASTOS e AGUIAR, 2011, P. 441).

As técnicas Renata e Mariana também falam um pouco sobre essas mudanças, que observam neles, nesse tempo em que estão nas residências:

(...) e hoje, a gente já vê diferente, eles muito... com muita propriedade, né? Da casa deles, daqui do CAPS, de querer vim, de dar ideia do que querem fazer... tipo de atividade... com bastante autonomia (Renata, L- 146-149).

Cada um do seu jeito, mas não teve um que não mudou assim... literalmente... Hoje eu só acompanho as três casas que são referência no CAPS, mas, assim... É impressionante assim... de exemplos... os mais assim... nítidos...de que não comia, com garfo, com faca, com talher... que hoje come... comia com a mão...

eu costumo dizer que eles estão se civilizando mesmo assim... (Mariana, L-244-249)

Então essas são algumas das histórias dessas pessoas que hoje estão morando nas residências terapêuticas de Maceió, cada um no seu tempo, do seu jeito, aos poucos vão construindo novas narrativas, ressignificando o seu cotidiano.

No próximo tópico, trazemos as discussões sobre os impasses, as dificuldades que se impõem no caminho para a efetivação da reforma psiquiátrica, no município de Maceió.

4.5 Implicações da desinstitucionalização em Maceió

No decorrer deste capítulo, vimos todo o processo que levou à implantação das Residências Terapêuticas (RTs) no município de Maceió. Foram apresentadas algumas dificuldades que precisaram ser enfrentadas, toda a judicialização da implantação, entre outras situações. Nesse tópico, iremos focalizar as implicações da desinstitucionalização no município, destacando as dificuldades e os desafios que surgiram.

Como já falamos anteriormente, Maceió possui uma rede de serviços em saúde mental ainda hospitalocêntrica, dada a quantidade de instituições psiquiátricas em funcionamento no município. Apesar da rede de atenção psicossocial (RAPS) estar se construindo, a população ainda reconhece a instituição psiquiátrica como o melhor lugar para pessoas em sofrimento psíquico, reafirmando a centralidade no médico psiquiatra e na administração de medicação.

Com o anúncio do fechamento da Clínica José Lopes, surgiram várias matérias em sites de notícias veiculadas no município, que mostrava a indignação da população e de familiares de pessoas que estavam internadas na clínica. Todos questionavam o rumo que teriam as mais de cem pessoas que estavam lá.

Foi apresentada a resposta de que iriam ser implantadas as RTs no município e, durante o processo de fechamento da José Lopes, os técnicos da ASSUMA e a equipe de desinstitucionalização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) faziam algumas reuniões, nas quais convidava as famílias para conversar sobre o serviço residencial terapêutico (SRT) e sobre como seria o cuidado ofertado pela rede aos seus familiares.

As vezes que a gente tentou reunir as famílias, foi muito difícil... assim, as famílias não aceitavam, as famílias não queriam de jeito nenhum que eles saíssem do hospital, né? Teve reunião de família, assim, que a gente quase saiu apanhada mesmo, assim, literalmente, do hospital... (Mariana, L- 142-145)

Sempre convocando as famílias, entrando em contato, fizemos reuniões aqui no CAPS, pra mostrar aos familiares o que é a residência terapêutica, né? Mostrando alguns exemplos, inclusive numa audiência que a gente teve, o pessoal da ASSUMA levou foto das casas pra mostrar... (Renata, L- 41-45)

Poucas famílias compareciam às reuniões, então, as demais seguiam discordando da mudança, questionavam a falta de médico nas casas, mostrando desconhecimento em relação à RAPS e ao SRT. Voltar para a casa de familiares, na maioria dos casos, também não era uma opção:

Não... pra voltar com eles nem sonhando... mas o medo era justamente esse das famílias, sempre né?... de que esse processo da residência não ia dar certo e de que eles iam perder a vaga do hospital e iam ter que voltar pra casa... (Mariana, L- 167-169)

As poucas pessoas que tiveram alta e retornaram para as suas famílias, receberam orientações sobre a importância do CAPS no tratamento, mas ainda assim, não havia muita aceitação. Renata comentou que em “alguns casos, muita resistência... não sei se... porque são famílias que realmente não acreditam no serviço CAPS e não trazem, preferem esperar entrar a crise, pra internar de novo... Então não é um processo fácil não...” (L- 250-253).

Outra dificuldade que se apresentou foi com relação ao aluguel de casas que estivessem dentro dos territórios cobertos pelos CAPS do município.

(...) no CAPS ... a gente conseguiu que fosse assim... mas o CAPS ... e o CAPS ... tem uma certa dificuldade, porque não encontrou casas, porque precisa ser casa grande, são dez moradores e tal... Então aí são casas um pouco mais distantes dos CAPS, o que hoje em dia dificulta um pouco, né? Mas foi o que conseguiu naquele momento, porque realmente não era qualquer casa que dava pra... ter essa estrutura toda. (Mariana, L- 34-41)

Por conta disso, alguns CAPS tiveram que referenciar casas que ficavam um pouco mais distantes que aquelas que são cobertas em seu território. Na medida em que venham a surgir casas mais próximas e que atendam às especificidades necessárias, essa situação poderá ser modificada.

No momento em que começou, de fato, o processo de mudança, houve a dificuldade imposta pelas instituições psiquiátricas. Foi o caso da Clínica Ulysses Pernambucano, que exigiu a autorização das famílias:

Quando foi pra... em dezembro a gente decidiu tirar primeiro as pessoas... começar a transferência pela Ulisses. Aí a gente marcou, disse o dia que ia...e quando a gente chegou lá, não deixaram a gente levar as pessoas... A direção não deixou, disse que só deixaria a gente levar com a autorização da família... enfim, foi aquela confusão toda né? Uma família ou outra que a gente

conseguiu contato, que tava lá na hora e autorizou, a gente levou... mas enfim, começou toda uma briga realmente né? Da saúde mental com o hospital psiquiátrico... (Mariana, L- 106-112)

Por conta dessa resistência que a instituição mostrou, é que foi necessária, mais uma vez, a judicialização dessa etapa do processo, como falamos no tópico que narra a implantação. Entretanto, mesmo após a mudança, algumas famílias continuavam insatisfeitas, instigadas pela instituição psiquiátrica.

(...) as famílias continuaram se reunindo, as famílias entraram... é... com um processo judicial, pedindo o retorno deles, e o juiz deu, a liminar pra retornar... aí foi toda essa briga... A gente fazer relatório... de mostrar como as pessoas tavam bem nas casas... Teve que fazer relatório de cada caso... enfim... ir atrás do juiz, conversar com o juiz, com desembargador... aquela história toda, pra aprovar, e aí a PGM [Procuradoria Geral do Município] deu esse apoio também, de responder o processo, e aí a gente venceu. (Mariana, L- 157-163)

Foi exigida a avaliação psiquiátrica para cada caso e a elaboração de relatórios individuais que mostrassem a melhora das pessoas que estavam nas RTs. Mariana disse que “Depois a gente ficou sabendo que o hospital que organizava tudo, que reunia essas famílias, que orientava, que arrumava advogado ... porque não queria perder esses pacientes também...” (L- 172-174). Com o incentivo na diária de cada pessoa que saiu da José Lopes para a Ulysses Pernambucano, ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), havia total interesse por parte da gestão da Clínica Ulysses Pernambucano em permanecer com essas pessoas.

Com relação à mudança das pessoas da Miguel Couto para as RTs, já foi falado que havia uma dificuldade das equipes da ASSUMA e SMS em acessar a instituição, o que interferiu na criação de vínculo com as pessoas que lá estavam. No dia em que as equipes foram até lá, fazer a mudança, depararam-se com a negativa de alguns em deixar a instituição. Uma estratégia de preparação poderia ter sido levar essas pessoas para conhecer as residências que já estavam implantadas, para que a transição fosse mais tranquila, no entanto o Miguel Couto não permitiu. Identificamos isso na fala de Mariana: “a gente até tentou... inclusive esses que não quiseram sair, né? No dia que a gente fez a transferência. É... a gente tentou negociar isso... ó vamos tirar um dia, levar pra conhecer a casa e volta pra dormir... a gente não conseguiu...” (L- 202-204).

Outra dificuldade que se apresentou foi em relação à equipe dos CAPS do município, que a princípio demonstraram alguma resistência em ser a referência de cuidado das pessoas que estavam nas RTs. “No começo, a gente sabe que toda mudança gera desconforto, né?... Então algumas pessoas acreditavam que esse seria um serviço a mais, né?... um trabalho a mais... mas depois que tudo começou a acontecer tá fluindo muito bem... muito bem... tranquilamente” (Renata, L- 280-283).

Então foram muitas as dificuldades que surgiram no caminho da implantação das residências terapêuticas, que conseqüentemente, interferem na efetivação da reforma psiquiátrica no município. Mesmo após a implantação das residências, não quer dizer que ela está consolidada em Maceió. O processo de desconstrução da institucionalização é muito complexo e reflete em toda a sociedade, assim como foi sinalizado em diversas pesquisas acessadas durante a revisão da literatura (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AZEVEDO, 2014; GULJOR, 2013; LIMA, 2017; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; SZTAJNBERG e CAVALCANTI, 2010).

A lógica manicomial não está restrita ao espaço das instituições psiquiátricas, ela está presente nos técnicos, nas pessoas que, por longos períodos, foram institucionalizadas e na sociedade como um todo (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AZEVEDO, 2014; CARNEIRO e ROCHA, 2010; GULJOR, 2013; LIMA, 2017; MAGALHÃES, 2016; MANGIA e RICCI, 2011; WACHS et al., 2010).

Por isso em vários momentos das conversas com técnicos e técnicas do CAPS, eram utilizadas palavras que remetem a essa lógica, como por exemplo, chamar os usuários do serviço de pacientes, reprodução de algum aspecto referente à lógica tutelar do cuidado. Em uma de suas falas, Renata trouxe um pouco dessa tutela em seu discurso: “mas tem casos que a gente precisa de um lugar mais seguro, não pode ser um lugar tão aberto, porque tem risco de fuga...” (L- 275-276).

Em dezembro de 2018, foi veiculado em um *site*, que vizinhos de uma residência terapêutica estavam sofrendo com gritos por socorro de moradores da RT. Os vizinhos questionavam o fato de a casa não ter placas indicativas da “atividade” que é desenvolvida no local, assim como não dava o tratamento médico adequado. Na ocasião, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se pronunciou, esclarecendo o que seriam as residências terapêuticas e as conseqüências que internações por longos períodos em instituições psiquiátricas podem acarretar (GAMA, 2018). Conflitos com a vizinhança foram relatados também na pesquisa realizada na Bahia:

Quanto à relação com os vizinhos e outras pessoas do bairro e da cidade em geral, essa é ainda atravessada pelas marcas deixadas pelo longo processo de institucionalização. A internação, por ser um marco divisor, atinge a posição social, a imagem pública, sua aceitabilidade, bem como outros aspectos da vida de uma pessoa (BASTOS e AGUIAR, 2011, P. 443).

O preconceito ainda existe e o processo de desconstrução ocorre de forma gradativa, a partir de um trabalho contínuo de desmistificação em torno das crenças que a sociedade tem sobre pessoas em sofrimento psíquico.

A seguir traremos algumas reflexões e considerações que surgiram a partir do desenvolvimento da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs de modo geral a compreender a desinstitucionalização a partir da implantação das residências terapêuticas na cidade de Maceió. Especificamente, configurar o cenário da emergência das residências terapêuticas no município, identificar as estratégias de desinstitucionalização utilizadas pelos atores envolvidos no processo e discutir as implicações da desinstitucionalização no município de Maceió. Para tanto, utilizamos o referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, fundamentado na perspectiva do Construcionismo Social.

Nestes dois anos de mestrado, percorri um longo caminho. Como já foi dito anteriormente, entrei no mestrado com outra proposta de pesquisa, mas no decorrer do primeiro semestre (2017), em um encontro do PROSA, soubemos da implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município de Maceió e a partir daí decidimos (eu e Xili) por adentrar nesse tema desafiador.

A fim de compreender o que levou ao surgimento do SRT no Brasil, retornamos ao movimento da reforma psiquiátrica e às propostas de desinstitucionalização que ocorreram aqui no Brasil e em outros lugares do mundo. Esse mergulho na história, permitiu-nos conhecer a multiplicidade de versões de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização existentes, assim como, a transformação do entendimento desses conceitos, principalmente o de desinstitucionalização.

Uma das versões que circula hoje é a de que a desinstitucionalização representa a desmontagem e a desconstrução de saberes, práticas e discursos. Essa é a versão que adotamos na pesquisa, a versão de uma desinstitucionalização que vai além da extinção das instituições psiquiátricas, da desospitalização. E não foi fácil romper com os resquícios que remetem à lógica manicomial nos momentos de análise e de escrita dessa dissertação.

A revisão de literatura realizada antes de adentrar na realidade do município de Maceió, também foi fundamental para a compreensão das formas como a implantação do SRT foi realizada em outros municípios e outros estados brasileiros, o que permitiu algumas correlações entre elas. O diálogo realizado com a literatura possibilitou reflexões sobre o que as RTs representam e que a implantação delas, por si só, não são garantia de que a lógica manicomial será superada.

A partir da pesquisa desenvolvida em Maceió, com a colaboração das participantes da pesquisa, conseguimos compreender que a implantação do SRT no município, representou um importante avanço em relação à oferta de serviços substitutivos em saúde mental.

A pesquisa propiciou a compreensão do que levou à implantação das Residências Terapêuticas (RT) no município, que como relatamos, não foi um processo fácil, decorreu de uma ação judicializada, acompanhada pelo Ministério Público, com uma série de desafios que atravessaram este caminho. Assim como possibilitou a identificação das estratégias utilizadas pelos atores envolvidos, como a busca pela garantia do auxílio-reabilitação para usuários de saúde mental egressos de instituições psiquiátricas, através do “De Volta para Casa” - Lei 10.708/2003; e o acompanhamento dos técnicos do CAPS e da ASSUMA durante o processo de transição das instituições para as RTs. E, também favoreceu, a discussão das implicações da desinstitucionalização no município, que reverberou, por exemplo, nos CAPS, no quais os técnicos precisaram acolher a demanda recém-surgida, criando novas estratégias de cuidado e de funcionamento de grupos e atividades disponibilizados no serviço.

No entanto, como mencionamos anteriormente, a implantação das RTs não garante a superação do modelo asilar/manicomial. No estado de Alagoas, especificamente, em Maceió, esse modelo ainda exerce grande influência. Apesar do fechamento de uma instituição psiquiátrica no município, ainda restaram 3 (três) instituições, que continuam atuando na região.

No entendimento de muitos, sejam familiares, usuários de saúde mental ou técnicos que atuam na área, o espaço da instituição psiquiátrica ainda figura como principal local para tratar, por exemplo, situações de crise. Então, de fato, a luta pela superação da lógica manicomial não findou com a implantação do SRT em Maceió.

O modelo asilar/manicomial está para além das paredes das instituições psiquiátricas, ela está nas pessoas, nos serviços de saúde, nos técnicos, nos próprios usuários de saúde mental, nos gestores e, dessa forma, também está presente em mim. A desconstrução dessa lógica é feita no dia a dia, através da divulgação de informações sobre o cuidado no território, da desestigmatização dos usuários de saúde mental, da formação profissional.

No atual panorama brasileiro, temos vivenciado retrocessos quanto a política de saúde mental que ameaçam o processo de desinstitucionalização que vem ocorrendo desde a Lei n. 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. As mudanças realizadas na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, divulgadas a partir da publicação da Nota Técnica n. 11/2019 pelo Ministério da Saúde, ferem o que vinha sendo defendido desde a Lei da Reforma Psiquiátrica.

O movimento de reler a dissertação e ter que modificar e/ou acrescentar as mudanças que afetam a política de saúde mental desde 2017 foi muito triste. Apesar de todas as dificuldades e desafios enfrentados ao longo dos anos, eram perceptíveis os avanços da desinstitucionalização por todo o país. O fato de hoje termos uma gestão que entende o hospital

psiquiátrico/manicômio/asilo enquanto um importante espaço a ser inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é desanimador.

Quanto à escrita da dissertação, uma vez, ainda na graduação, ouvi de uma professora o quanto a palavra que utilizamos é poderosa. Ela carrega toda uma história e representa o nosso posicionamento ético e político, a escolha da palavra que falamos/escrevemos deve ser feita de forma cuidadosa e, por vezes, peguei-me escrevendo palavras nessa dissertação que remetiam à lógica manicomial. É um trabalho contínuo, na busca de desnaturalizar falas e escritas que são tão estereotipadas.

Essa escrita, então, transformou-me ao longo desses dois anos de mestrado. Adentrei meu campo-tema no momento em que defini sobre o que pesquisaria e, a partir desse momento, quando mergulhei no universo da saúde mental, da desinstitucionalização, produzi afetação e fui afetada o tempo inteiro.

Essa pesquisa de dissertação possibilitou grande aprendizado a partir das contribuições das participantes, tanto no que se refere às práticas das técnicas, quanto em relação às histórias de vida das moradoras das RTs.

E a pesquisa não se encerra por aqui, que ela seja apenas uma disparadora para que mais pesquisas sejam feitas sobre a desinstitucionalização no município de Maceió. Como sugestão para futuras pesquisas, pensamos ser interessante ampliar a pesquisa, conhecendo a histórias de mais moradores/as e também de familiares, daqueles que tenham esse vínculo. Assim como, também é interessante conhecer mais sobre as práticas desenvolvidas pelos/as técnicos/as de saúde mental no processo de desinstitucionalização e outros atores estratégicos nesse processo, da antiga gestão e da ASSUMA, por exemplo.

Estima-se, por fim, que o estudo contribua na produção de reflexões sobre a desinstitucionalização a partir da implantação do serviço residencial terapêutico em Maceió. A produção de artigos e outras publicações, como capítulos de livros e anais de congressos, é uma importante forma de ampliar o acesso da comunidade acadêmica à pesquisa desenvolvida, na medida em que torna possível socializar informações. Além disso, as publicações incitam outras reflexões e estudos acerca da temática, por esse motivo, esse será nosso próximo passo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>>. Acesso em 2 set. 2017.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMORIM, A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 ago. 2017.

ARAGAKI, S. et al. Entrevistas: Negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. P.57-72.

ARAGAKI, Sérgio Seiji; PIANI, Pedro Paulo; SPINK, Mary Jane. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014, p. 247-272.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1ª Edição. São Paulo: Geração Editorial, 2013

ARGILES, C. et al. Processos de singularização no modo psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 61-77, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100061&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 out. 2017.

AZEVEDO, K. **E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos SRTs em Barbacena-MG**. 175 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, 2014.

BARIONI, P. **Residências Terapêuticas no “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”**: estratégia, avanços e desafios para as Políticas de Saúde Mental em Campinas. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2013.

BRASIL. Lei n. 10.216, 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 União**, Brasília, 9 de abril de 2001.

_____. Lei n. 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 União**, Brasília, 01 de agosto de 2003.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, 2004a.

_____. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acesso em 3 ago. 2017.

_____. Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991.

_____. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992.

_____. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de fevereiro de 2000.

_____. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, fevereiro de 2002.

_____. Portaria n. 189, de 20 de março de 2002.

_____. Portaria n. 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 União**, Brasília, 30 de dezembro de 2011. (Republicada em 21 de maio de 2013)

_____. Portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de dezembro de 2011.

_____. Portaria n. 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 União**, Brasília, 22 de dezembro de 2017.

_____. Nota Técnica Nº 11, 06 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de fevereiro de 2019.

CARNEIRO, N. G.; ROCHA, K. N. Das comunidades terapêuticas aos lares assistidos: a implantação de residências terapêuticas. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 7, n. 10, p. 133-149, dez. 2010. ISSN 1807-0221. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2010v7n10p133>> Acesso em: 10 ago. 2017.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. 2017. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em 30 de ago. 2017.

DESVIAT, M. A **Reforma Psiquiátrica**. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2015.

FRANCO, R. F.; CORNELIS, J. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 312-321, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200312&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 ago. 2017.

GAMA, A. **Sem manicômios, pacientes gritam 'socorro' e vizinhos sofrem em AL**. Maceió, AL. Publicado em 19 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/12/19/apos-hospital-psiquiatrico-fechar-pacientes-e-vizinhos-sofrem-em-macio.htm>>. Acesso em 21 dez. 2018.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

IBÁÑEZ, T. **Municiones para Disidentes**. Barcelona: Gedisa, 2001.

ÍÑIGUEZ, L. Construcionismo social e psicologia social. In: MARTINS, J. B.; EL HAMMOUTI, N. D.; ÍÑIGUEZ, L. (Orgs.). **Temas em análise institucional e em construcionismo social**. São Carlos: RiMa, 2002. P.127-56.

KINKER, F. S. Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 189-198, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100189&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 ago. 2017.

MACEIÓ. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. **Mandado de Segurança com pedido liminar impetrado por Clínica de Repouso José Lopes de Mendonça S/S LTDA, devidamente qualificada, em contra ato tido por ilegal e arbitrário do Secretário Municipal de Saúde, igualmente qualificado**. Relator: Manoel Cavalcante de Lima Neto. Decisão, 04 de fevereiro de 2016. Disponível em: <https://www2.tjal.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=01000J88Y0000&processo.foro=1&uuidCaptcha=sajcaptcha_869f75eaf74249bd9cdc69446a42207e>. Acesso em: 14 de fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento**. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017a.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. **Ação Civil Pública para cumprimento de Obrigação de Fazer com pedido de tutela provisória de urgência. Ajuizada pelo Ministério Público do Estado de Alagoas em face do município de Maceió, visando seja a municipalidade condenada a adotar as providências necessárias à imediata implantação dos denominados Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs**. Relator: Antonio Emanuel Dória Ferreira. Sentença, 06 de junho de 2017b. Disponível em: <https://www2.tjal.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=01000K7RJ0000&processo.foro=1&uuidCaptcha=sajcaptcha_17d360719af84294843415bb24b60abd>. Acesso em: 06 de fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Edital de Chamamento Público SMS/Saúde Mental nº 001/2017**. Objeto: edital de chamamento público para seleção de entidade para realização do projeto – “serviço residencial terapêutico”. Secretário: José Thomaz Da Silva Nonô Netto, 08 de maio de 2017c. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/pdf/2017/05/Diario_Oficial_11_05_17_PDF.pdf>. Acesso em: 15 de mai. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Homologação de convênio - Edital de Chamamento Público SMS/Saúde Mental nº 001/2017 – Serviços Residenciais Terapêuticos**. Secretário: José Thomaz Da Silva Nonô Netto, 16 de junho de 2017d. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/pdf/2017/06/Diario_Oficial_19_06_17_PDF.pdf>. Acesso em: 21 de jun. 2018.

_____. Procuradoria Geral do Município. **Edital de Convocação**. Procurador Chefe da Especializada Judicial da PGM: Guilherme Emmanuel Lanzillotti Alvarenga, 2018a. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/pdf/2018/01/Diario_Oficial_03_01_18_PDF.pdf>. Acesso em 05 de jan. 2018.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. **Ação Civil Pública. Trata-se de pedido de modificação dos efeitos da tutela ajuizada pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas, em face do Município de Maceió, ambas as partes devidamente qualificadas**. Relator: Antonio Emanuel Dória Ferreira. Decisão, 20 de junho de 2018b. Disponível em: <https://www2.tjal.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=01000MLJL0000&processo.foro=1&uuiidCaptcha=sajcaptcha_ac9b9eec8bbf4ad79d1da09284b31153>. Acesso em: 06 de fev. 2019.

MAGALHÃES, M. **Processo de Reforma Psiquiátrica em Pernambuco Do Hospital José Alberto Maia ao SRT**. 135 f. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016.

MARTINS, G. **Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental: contribuições no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011)**. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. LANG, C. E.; BERNARDES, J. S. (ORGs). **Metodologias: Pesquisa em Saúde Clínica e Práticas Psicológicas**. Maceió: Edufal, 2015. P. 85-116.

MONTUORI, A. Literature review as creative inquiry: reframing scholarship as a creative process. **Journal of Transformative Education**, v.1, n.10, 2005.

OSCAR, A.; COSTA, A.; VIANNA, P. O Sujeito E A Instituição: A Reforma Psiquiátrica Como Possibilidade De (Re) Construção Da Singularidade. *reme – Rev. Min. Enf*; 9(1):65-69, jan/mar, 2005.

PALOMBINI, A. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, São Paulo, ano X, n. 18, p. 115-127, set. 2006.

RIBEIRO, M.A.T. **Sentidos da pesca e a pesca dos sentidos: um estudo psicossocial para compreensão do sumiço dos peixes da pesca de curral em Ipioca - Maceio – AL.** Maceió. Edufal, 2011.

RIBEIRO, M.A.T; MARTINS, M.H.M; LIMA, J.M. A pesquisa em base de dados: como fazer? *In:* LANG, C.E., et al. **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas.** 1ª edição. Maceió: Edufal, 2015. 61-83.

SARMENTO, L. **Sobre autonomia:** Propondo um diálogo entre os campos da Reforma Psiquiátrica e a Psicanálise. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, P. et al. Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2341-2352, Julho 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702341&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Ago. 2017.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2010.

_____. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** Edição virtual, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M.J.; MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. *In:* SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.** 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. P.13-30.

SPINK, P. et al. Documentos de domínio público e a produção de informações. *In:* SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.** 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. P.207-228.

_____. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, Dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Nov. 2017.

SZTAJNBERG, T. K.; CAVALCANTI, M. T. A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 457-468, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Ago. 2017.

VIDAL, C. E.; 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Ago. 2017.

WACHS, F. et al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 895-912, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Ago. 2017.

WALKER, S. Literature reviews: generative and transformative textual conversations. **Forum Qualitative Social Research**, v.16, n. 3, art. 5, setembro de 2015.

WEYLER, A. R. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. **Imaginário**, São Paulo, v. 12, n. 13, p. 381-395, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2006000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 Ago. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PONTOS NORTEADORES PARA AS ENTREVISTAS

Pontos norteadores da conversa com os residentes:

1. Como você está se sentindo nesta nova moradia?
2. O que você sentiu que mudou?
3. Quem ou o que tem facilitado este momento?
4. Do que você sente falta?

Pontos norteadores da conversa com os técnicos:

1. Como você vivenciou a saída dos moradores dos hospitais psiquiátricos para as residências terapêuticas?
2. Que mudanças importantes ocorreram?
3. Se o processo começasse do zero, tudo de novo, o que você acha que teria feito/ ou poderia ter sido diferente?
4. Daqui para a frente, o que você espera desse processo?
5. O que você pensa que poderia mudar/ poderia ser feito para a consolidação desse tipo de serviço no município?

APÊNDICE B – TRECHO DAS TRANSCRIÇÕES SEQUENCIAIS

Mariana, Técnica de nível superior do CAPS.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
Pesquisadora	Pergunta sobre como foi o processo para a implantação das Residências Terapêuticas em Maceió.	Implantação das RTs em Maceió
Entrevistada (Mariana)	Responde que o Hospital José Lopes anunciou que ia fechar e entrou com todo processo na Secretaria de Saúde, por volta de 2014 ou 2015. A partir daí, diz que a Secretaria de Saúde organizou o censo psicossocial e entrou no José Lopes para conhecer quem estava internado lá, fazendo contato com os CAPS e os familiares. O hospital deu alta para os pacientes, restando apenas 40 pessoas, que apresentavam perfil de residência terapêutica. Nesse período começou o movimento para a implantação das Residências Terapêuticas. Fala ainda sobre a publicação do edital de chamamento das instituições, para definir quem seria responsável pelo gerenciamento das casas, no qual a ASSUMA lançou a proposta de implantar 7 casas e ganhou.	Contextualização Implantação das RTs
Pesquisadora	Pergunta se houveram outras instituições interessadas?	Contextualização
Entrevistada	Diz que a ASSUMA foi a única interessada. A partir daí, em 2017, começou-se a busca pelas casas e a divisão territorial de quais casas seriam referenciadas por quais CAPS. Relata a dificuldade em encontrar todas as casas nos territórios cobertos pelos CAPS existentes, por conta da estrutura dessas casas, que precisavam ter capacidade para até 10 pessoas, por esse motivo, algumas casas ficaram um pouco distantes do CAPS que iriam referenciá-las. Depois de montar as casas, começou o processo de transferência das pessoas para as residências. Mas antes disso, afirma que esse processo de transferência não foi muito fácil, porque as 40 pessoas que restaram no José Lopes, em maio de 2017, saíram do hospital e foram transferidas, temporariamente, para o Hospital Ulisses Pernambucano, uma vez que o Hospital José Lopes disse que ia fechar de qualquer jeito, no entanto as residências ainda não estavam implantadas.	Contextualização Implantação das RTs CAPS
Pesquisadora	Pergunta sobre o fechamento do hospital em dezembro de 2017.	Contextualização
Entrevistada	Confirma que sim, apesar do secretário de saúde ter tentado adiar ao máximo esse fechamento. Nesse período, diz que a equipe da Coordenação de Saúde Mental do município fez visita ao Hospital Miguel Couto ao Hospital Ulisses Pernambucano a fim de negociar a transferência temporária das pessoas que ainda estavam no Hospital José Lopes. Diz que o Miguel Couto não tinha condições de receber essas pessoas, porque estava em uma situação muito precária, por isso foi negociado com o Ulisses	Contextualização Implantação das RTs

Mariana, Técnica de nível superior do CAPS.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
	<p>Pernambucano para receber as 40 pessoas. Para tanto, foi necessário que secretário de saúde ofertasse um suplemento na diária que eles recebiam, com recurso próprio do município, além da diária do Ministério da Saúde, somente desse modo eles aceitaram receber os egressos do José Lopes. A equipe de saúde mental ficou acompanhando esse processo, juntamente com a ASSUMA e os CAPS e começou-se a realização de visitas semanais ao Ulisses Pernambucano, para começar a criar o vínculo e conhecer as pessoas que iriam para as residências. Então em dezembro, começou efetivamente o processo de transferência para as casas. Disse ainda que eram 70 vagas e que todas as 7 casas implantadas são do Tipo II. A escolha pelo Tipo II se deu a partir do censo realizado, que depois de ser feito no José Lopes, foi estendido para os demais hospitais psiquiátricos de Maceió. Nesse censo foi feito o levantamento do perfil das pessoas que ocupavam esses hospitais.</p>	
Pesquisadora	Pergunta sobre quem fez o censo.	Implantação das RTs
Entrevistada	<p>Responde que foi a equipe da Coordenação de Saúde Mental, que formou um pequeno grupo nomeado “equipe de desinst” que foi responsável pelo censo.</p> <p>Disse que as 7 casas propostas haviam sido pensadas nas pessoas do José Lopes e do Hospital Portugal Ramalho, que estava com uma proposta de fechamento para se transformar em um Hospital de Clínicas. Nesse meio tempo, a proposta do Portugal Ramalho não foi efetivada e surgiu uma denúncia contra o Hospital Miguel Couto em função das precariedades do local. Por conta disso, diz que passou a ser priorizada a saída das pessoas do Miguel Couto que estavam em situação de longa permanência, para isso foi atualizado o censo do Miguel Couto, que apontou 54 pessoas nessa situação.</p> <p>A composição das 7 casas seria a partir de 40 pessoas do Ulisses Pernambucano com 30 pessoas do Miguel Couto, para dar o total de 70 pessoas.</p> <p>O processo de transferência em dezembro começou com as pessoas do Ulisses Pernambucano. A equipe da Coordenação de Saúde Mental marcou o dia com a direção do hospital, no entanto, quando chegou o dia, a direção não permitiu, afirmando que era necessária a autorização da família. A equipe tentou entrar em contato com uma família ou outra e conseguiu algumas autorizações. Mas foi necessário buscar a via judiciária, a equipe foi até a PGM, que já vinha acompanhando todo o processo, e foi pedido ao juiz uma liminar para conseguir a transferência das pessoas.</p> <p>Foi feita uma publicação no diário oficial, chamando as famílias, dando um prazo para que elas se apresentassem, caso não comparecessem, as pessoas iam ser retiradas de lá, mesmo sem autorização. Após</p>	<p>Implantação das RTs Impasses para a efetivação da reforma Contextualização História de vida dos moradores</p>

Mariana, Técnica de nível superior do CAPS.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
	<p>a publicação no diário, terminou o prazo e não apareceu ninguém, então a equipe conseguiu tirar as pessoas do hospital.</p> <p>Diz que foi feita uma distribuição prévia, de quem ia ficar em cada casa, considerando endereço de quem tinha contato com a família, para ficar mais ou menos, no mesmo território. As casas foram divididas em masculinas e femininas. No decorrer do tempo, foram feitas as adequações, levando em conta as amizades e inimizades, afinidades, etc.</p> <p>Em janeiro foi programada a saída das pessoas do Miguel Couto, mas relata que lá a entrada da equipe sempre foi mais difícil. Foram feitas tentativas de reunir as famílias, mas as elas eram muito resistentes a saída dos seus familiares do hospital. Por isso foi feito o mesmo procedimento utilizado anteriormente na transferência do Ulisses Pernambucano para as casas. Algumas pessoas se recusaram a sair, então estes foram respeitados, porque no Miguel Couto a equipe não teve tanto tempo de fazer o vínculo com eles. Mesmo após a transferência, as famílias continuaram se reunindo e entraram com um processo judicial, pedindo o retorno deles e o juiz deu a liminar pra que eles retornassem. A equipe teve que fazer relatório para mostrar como as pessoas estavam bem nas casas e com o apoio da PGM, a secretaria venceu o processo.</p>	

Renata, Técnica de nível superior do CAPS.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
Pesquisadora	Falei que iria pontuando algumas coisas pra gente ir conversando.	
Entrevistada (Renata)	Diz “Certo”.	
Pesquisadora	Mencionei a judicialização do processo das RTs.	Contextualização
Entrevistada	Ressalta que a questão que envolveu a justiça, foi muito mais voltada para quem estava na gestão, na secretaria. Só saberia afirmar que de fato o processo se deu por meio da justiça mesmo.	Contextualização
Pesquisadora	Perguntei há quanto tempo ela está no CAPS.	CAPS
Entrevistada	Afirma que está há cinco anos. Ressaltou o fato de não ser efetiva, considera-se como assessoria. Disse ter se envolvido com o processo das residências terapêuticas, da desinstitucionalização, que acabou sendo resumida pra “desinst”. Disse também que acompanha o processo desde o início, quando o pessoal da secretaria estava concluindo o censo, que fez o levantamento dos residentes, dos moradores da José Lopes.	Implantação das RTs em Maceió
Pesquisadora	Perguntei quando foi o censo.	Implantação das RTs em Maceió
Entrevistada	Não sabia ao certo o ano, mas acreditava ter sido em torno de 2015, 2016. Disse que o contato que teve com o censo foi através de algumas reuniões na secretaria, nas quais eles traziam alguns dados, mas que depois acabaram se afastando. Deu uma parada nas reuniões, mas quando elas retornaram já foi com tudo engajado pra que acontecesse o processo da desinst. Afirmou que faziam visitas semanais no Ulisses Pernambucano, porque os que moravam no José Lopes, foram pra lá após o fechamento do hospital. Relatou que a equipe ia até lá semanalmente, fazer visitas pra criar o vínculo. Já tinham uma lista prévia de quem ia pra qual residência, então faziam contato com as pessoas que iriam ficar no território do Rostan. Quem participava desse processo eram os CAPS, juntamente com a equipe da ASSUMA. Depois começaram a fazer o mesmo movimento no Miguel Couto, mas ressalta que os primeiros a saírem foram os que estavam na Ulisses, que tinham vindo do Zé Lopes. Disse que fizeram também algumas entrevistas com eles, com o psiquiatra, pra o psiquiatra avaliar, uma vez que havia sido solicitada essa avaliação individualmente. Diz que o processo não foi muito rápido, houveram alguns entraves. Fizeram contato com as famílias, reuniões no CAPS, pra mostrar aos familiares o que é a residência terapêutica.	Implantação das RTs em Maceió Impasses para a efetivação da reforma
Pesquisadora	Perguntei como foi a experiência com os familiares dos residentes que estavam no Ulisses Pernambucano.	Implantação das RTs em Maceió

Renata, Técnica de nível superior do CAPS.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
Entrevistada	Afirma que eles eram mais tranquilos, o medo que eles tinham era que os parentes deles saíssem, fossem para a residência e que depois fossem devolvidos pra casa deles. Relata que as transferências foram feitas aos poucos, casa a casa. Fala sobre o cotidiano dos residentes nas RTs, que hoje eles têm atividades semanais no CAPS. Fala que o fato deles sentirem vontade de ir ou não ao CAPS é respeitado. Falou também que se pensava em incluir esses residentes nas atividades já existentes no CAPS, mas que na prática se deu de modo diferente, devido a condição deles, que estavam institucionalizados por tanto tempo, então foram sendo criadas atividades específicas pra alguns, enquanto outros conseguiram participar das atividades já existentes.	Implantação das RTs em Maceió CAPS Singularização do cuidado
Pesquisadora	Perguntei a respeito da adequação do serviço a realidade dos residentes.	CAPS
Entrevistada	Confirma e fala novamente sobre respeitarem os que não querem ir para o CAPS. Falou sobre as atividades externas que organizam com eles. Disse que existe um grupo na segunda feira que é justamente voltado para explorar o território, com atividades externas.	CAPS Singularização do cuidado
Pesquisadora	Perguntei se eles aderem a essas atividades.	Singularização do cuidado
Entrevistada	Afirma que sim. Disse que as vezes alguns não querem ir, mas que depois se animam. Mas que tem algumas pessoas que a equipe não se sente segura de levar. No geral, diz que a grande maioria deles respeitam e seguem as ordens e que consegue perceber uma grande evolução neles. Afirma que pra ela que os conheceu dentro do hospital psiquiátrico, que sabe que muitos deles viviam amarrados, hoje já vê muita diferença, continuam existindo os momentos de crise, mas que o espaço entre uma e outra é bem maior. Reconhece que o CAPS está pra dar o suporte necessário e que todo começo é difícil, pontua que havia alguns desencontros no começo, mas que agora está tudo alinhado. Fala também da importância da parceria criada com os técnicos da ASSUMA.	Singularização do cuidado CAPS Impasses para a efetivação da reforma
Pesquisadora	Perguntei se eles são da ASSUMA.	Implantação das RTs em Maceió
Entrevistada	Responde que sim. Fala sobre a boa parceria que tem com a equipe e fala também sobre a evolução de alguns moradores que estavam no CAPS no momento.	Implantação das RTs em Maceió
Pesquisadora	Concordei e acrescentei que estava conversando com uma moradora anteriormente.	
Entrevistada	Fala sobre o fato do serviço estar em greve, havendo diminuição das atividades desenvolvidas pelo CAPS, mas que ainda assim, os moradores das residências tem participado das atividades que não foram afetadas pela greve.	Impasses para a efetivação da reforma CAPS

Cristina, 49 anos, moradora da Residência Terapêutica.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
Pesquisadora	Pergunta se a entrevistada saiu do Hospital Portugal Ramalho no início de 2018.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que saiu no ano passado (2017).	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta se saiu no final do ano passado (2017).	História de vida dos moradores
Entrevistada	Diz que sim.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta com quantos anos foi para o Portugal Ramalho.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que foi com 25 anos.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta seu nome completo.	
Entrevistada	Responde.	
Pesquisadora	Pergunta quem a levou ao hospital psiquiátrico.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Pergunta se o questionamento foi sobre quem a levou.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Confirma que sim e repete a pergunta realizada.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que deu um jeito de ir sozinha.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta se foi sozinha.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Repete que sim.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta o porquê.	História de vida dos moradores

Cristina, 49 anos, moradora da Residência Terapêutica.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
Entrevistada	Responde que foi sozinha em um carro de polícia.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Expressa surpresa.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que deu parte da tia e do primo com quem morava, porque eles não queriam ficar com ela em casa. Nesse tempo sua mãe já havia falecido.	História de vida dos moradores Impasses para a efetivação da reforma
Pesquisadora	Pergunta quantos anos tinha quando sua mãe faleceu.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que tinha 21 anos quando ela faleceu. Diz que após o falecimento da mãe passou um tempo em casa e depois foi para a casa da tia Lissinha.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta com quantos anos foi para a casa da tia.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que foi com 21 anos, depois que a mãe faleceu.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta quanto tempo ficou na casa da tia.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que não sabe quanto tempo foi, apenas que passou alguns natais e anos novos na casa da tia e em outros momentos ficava internada no hospital.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta se passava um tempo na casa da tia, ia para o hospital e depois retornava à casa da tia.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que sim, disse também que chorava muito.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta se sentia falta da mãe.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Diz que chorou muito.	História de vida dos moradores

Vanessa, 22 anos, moradora da Residência Terapêutica.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
Pesquisadora	Apresenta a pesquisa e explica seus objetivos, ao final, pergunta se se identifica com a situação apresentada.	Implantação das RTs em Maceió História de vida dos moradores
Entrevistada	Assente.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Fala que a conversa é para saber sobre sua vida, lugares onde morou, como está sendo a experiência.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Diz que morava em Palmeira dos Índios.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta se nasceu em Palmeira dos Índios.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que não, mas que morava lá.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Assente.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Diz que morou no Inove, pela Secretaria da Paz.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta o que é o Inove.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que é um anjo da paz.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta o porquê de ter ido para lá.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que lá recebe pessoas que tem transtorno e que não tem para onde ir.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta com que idade foi para lá.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que era nova e que ao completar 20 anos, foi retirada de lá pelo Conselho.	História de vida dos moradores

Vanessa, 22 anos, moradora da Residência Terapêutica.		
Quem fala?	Sobre o que fala?	Temas
Pesquisadora	Pergunta se foi o Conselho Tutelar que a tirou de lá.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Diz que sim.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta quanto tempo passou lá.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que foram 2 ou 3 semanas.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Fala que foi rápido.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Assente.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta para onde foi depois que saiu de lá.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que foi para uma clínica em Recife.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta qual o nome da clínica.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que é o Projeto Sarar.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta quanto tempo ficou nesse lugar.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que foi muito tempo.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta se lembra quanto tempo foi.	História de vida dos moradores
Entrevistada	Responde que não.	História de vida dos moradores
Pesquisadora	Pergunta com quantos anos entrou lá.	História de vida dos moradores

APÊNDICE C – TRECHO DOS MAPAS DIALÓGICOS

Mariana, Técnica de nível superior do CAPS.					
Quem falou	Contextualização	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
Pesq. (Pesquisadora)		Como foi que começou esse processo para a implantação das Residências Terapêuticas em Maceió? (L- 4-5)			
Entr. 1 (Entrevistada)	O Hospital José Lopes anunciou que ia fechar e entrou com todo processo na Secretaria de Saúde, na época, 2014 ou 2015, e começou toda essa movimentação... Ele dando alta pras pessoas, procurando a família... (L- 7-9)				
Entr. 1		Aí foi quando a Secretaria de Saúde organizou o censo psicossocial e entrou no Zé Lopes para fazer e conhecer quem era que tava lá internado. Não fez só com os residentes, fez com todo mundo, porque o hospital ia fechar, então precisava ser encaminhados pros CAPS, né, contactar a família, fazer visitas domiciliares, então foi todo esse processo, de fazer toda essa movimentação, né, de tá transferindo... de tá na verdade			

Mariana, Técnica de nível superior do CAPS.					
Quem falou	Contextualização	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
		encaminhando as pessoas pros CAPS e ir conversando, conhecendo as famílias... (L- 9-15)			
Entr. 1	E aí o José Lopes, é... deu alta pra todo mundo e ficou só os residentes, foram quarenta pessoas. Então ele passou a funcionar, bastante tempo, só com essas quarenta pessoas... Foi quando começou todo esse movimento pra implantar as Residências Terapêuticas, pra poder tirar essas pessoas que não tinham referência familiar ou não tinham condições de voltar pra família, pra ir pra residência, mas aí a burocracia, né, é gigante... Então abre processo, não é assim, faz de outro jeito, até que, resumidamente, né, em 2017, foi publicado o edital, ne, de chamamento das instituições pra, porque é terceirizado né, não é o município que gere as residências, então foi publicado esse edital, foi quando a ASSSUMA que é a associação que hoje implantou as casas, é...				

Mariana, Técnica de nível superior do CAPS.					
Quem falou	Contextualização	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
	colocou a proposta, ne, pras sete casas e ganhou, ne... e tem todo critério, ne, a avaliação da proposta, uma equipe responsável por isso e que, enfim, a ASSUMA ganhou... (L- 15-26)				

Renata, Técnica de nível superior do CAPS.					
Quem falou	Contextualização	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
Pesq. (Pesquisadora)	Já conversei algumas coisas com Mariana, sobre a judicialização do processo das Residências Terapêuticas... (L-8-9)				
Entr. 2 (Entrevistada)	Essa questão mesmo da...da justiça, foi muito mais voltada pra eles lá na secretaria... aí assim, a gente enquanto CAPS, eu não tenho muita informação sobre isso, mas realmente foi via justiça mesmo... (L- 11-13)				
Pesq.			Há quanto tempo você está aqui no CAPS? (L- 15)		
Entr. 2			Eu tô há cinco anos... há cinco anos aqui. Não sou efetiva, sou assessoria, e aí eu me envolvi nesse processo das residências terapêuticas, ne... da desinstitucionalização, que acabou sendo resumida pra “desinst”... Bem mais no início de todo processo, quando o pessoal da secretaria tava concluindo o censo, ne... que fez o levantamento dos residentes,		

Renata, Técnica de nível superior do CAPS.					
Quem falou	Contextualização	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
			dos moradores da José Lopes... (L- 17-21)		
Pesq.		Foi quando esse censo? Você lembra o ano, mais ou menos? (L- 23)			
Entr. 2		Eita... não sei se foi em 2015, 2016... só que assim, a minha participação nessa história foi um pouco curta, porque a gente tinha algumas... é... reuniões lá na secretaria mesmo e eles traziam alguns dados, mas aí depois a gente acabou se afastando... acho que nem tava havendo mais esse tipo de reunião... não sei te dizer o porquê, ne, disso tá acontecendo... mas aí quando retornou... retornou realmente já com tudo muito bem engajado pra que, de fato, acontecesse o processo da desinst... (L- 25-30)			

Cristina, 49 anos, moradora da Residência Terapêutica.				
Quem falou	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
Pesq. (Pesquisadora)			Eu já fui lá no Portugal Ramalho, mas faz muito tempo... eu acho que você devia tá lá ainda, quando eu fui... (L- 4-5)	
Entr. 3 (Entrevistada)			Tô não... tô mais não lá... (L- 7)	
Pesq.			Não, mas você saiu esse ano (2018) ne? (L- 9)	
Entr. 3			No ano passado (2017) que eu saí de lá... (L- 11)	
Pesq.			No final do ano passado (2017)? (L- 13)	
Entr. 3			Foi... (L- 15)	
Pesq.			Você foi pro Portugal Ramalho com quantos anos? (L- 17)	
Entr. 3			Com vinte e cinco ano... (L- 19)	
Pesq.			Quem te levou pra lá? (L- 25)	
Entr. 3			Quem? (L- 27)	
Pesq.			Sim, quem levou você pra lá, quando você tinha vinte e cinco anos? (L- 29)	
Entr. 3			Quem me levou... foi eu que se virei, tia, pra ir... (L- 31)	
Pesq.			Você quem foi sozinha? (L- 37)	
Entr. 3			Foi... (L- 39)	
Pesq.			Por quê? (L- 41)	
Entr. 3			Foi... sozinha, num carro de polícia... (L- 43)	

Cristina, 49 anos, moradora da Residência Terapêutica.				
Quem falou	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
Pesq.			Num carro de polícia? E foi? (L-45)	
Entr. 3			Foi, porque dei parte de minha tia e do meu primo... dos dois... (L-47)	
Entr. 3				porque não queria criar eu... ficar com eu em casa... (L- 47-48)
Entr. 3			A minha mãe já tava ne... tinha falecido... (L- 48)	
Pesq.			Sua mãe tinha falecido? Ela faleceu quando você tinha quantos anos? (L- 50)	
Entr. 3			Eu tinha vinte e um ano quando ela faleceu... Aí depois fiquei em casa, depois fui pra casa de minha tia ..., no (bairro) Joaquim Leão... (L- 52-53)	
Pesq.			Com quantos anos você foi pra casa da sua tia? (L- 55)	
Entr. 3			Com vinte e um ano, depois que a minha mãe morreu... (L- 57)	
Pesq.			E você ficou quanto tempo na casa dela (tia)? (L- 59)	

Vanessa, 22 anos, moradora da Residência Terapêutica.				
Quem falou	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
Pesq. (Pesquisadora)	A pesquisa é sobre as Residências Terapêuticas... Aí a proposta é conversar com pessoas que, assim como você, estão morando nessas residências, né? Que moraram por um tempo no hospital e que hoje estão morando nessas residências... (L- 4-6)			
Pesq.			Não é assim a sua situação? (L- 6-7)	
Entr. 4 (Entrevistada)			É... (L- 9)	
Pesq.			Não é isso? Aí é justamente sobre a sua vida, os lugares onde você morou, como tá sendo... é sobre isso que eu queria conversar com você, tá certo? (L- 11-12)	
Entr. 4			Eu morava em Palmeira dos Índios... (L- 14)	
Pesq.			Você é de Palmeira dos Índios? (L- 16)	
Entr. 4			Sou não, mas eu morava lá... (L- 18)	
Pesq.			E era? (L- 20)	
Entr. 4			No Inove, pela Secretaria da Paz... (L- 22)	
Pesq.			O Inove é o que? (L- 24)	
Entr. 4			Um anjo da paz... (L- 26)	

Vanessa, 22 anos, moradora da Residência Terapêutica.				
Quem falou	Implantação das RTs em Maceió	Uma outra forma de cuidado	História de vida das moradoras	Dificuldades para a efetivação da reforma
Pesq.			Ah e é? Por que você foi pra lá? (L- 28)	
Entr. 4			Lá tem gente que tem algum transtorno... não tem pra onde ir... mora na rua... (L- 30)	
Pesq.			Com quantos anos que você foi pra esse lugar? (L- 32)	
Entr. 4			Eu era nova... aí eu completei vinte ano... aí eu queria... aí me tiraram de lá... os homem que trabalha lá... o conselho... (L- 34-35)	
Pesq.			O conselho tutelar foi? Te tirou quando você tinha vinte anos? (L- 37)	
Entr. 4			Unrum... (L- 39)	
Pesq.			Você passou quanto tempo lá, você lembra? (L- 41)	
Entr. 4			Duas semanas ou três... por aí... (L- 43)	
Pesq.			Ah, foi rápido? (L- 45)	
Entr. 4			Unrum... (L- 47)	
Pesq.			E de lá você foi pra onde? (L- 49)	
Entr. 4			Fui pra Recife... pra clínica de lá... (L- 51)	
Pesq.			Qual o nome da clínica? (L- 53)	
Entr. 4			Projeto Sarar... (L- 55)	
Pesq.			Nesse lugar, você ficou quanto tempo? (L- 57)	