

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

MARCELA DA SILVA GUEDES BARBOSA

**O PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NOS SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

Rio de Janeiro/RJ

2017

MARCELA DA SILVA GUEDES BARBOSA

**O PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NOS SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Renata Caruso Mecca

Co-orientadora: Viviani Cristina Costa

Rio de Janeiro/RJ

2017

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Renata Caruso Mecca – Orientadora

Viviani Cristina Costa – Co-orientadora

Profa. Lisete Vaz – Membro da Banca

Apresentado em:

Conceito:

|

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a Deus, que esteve comigo nos meus momentos de desespero e não me deixou perder a Fé.

Aos meus pais, Jorge e Mônica, um muito obrigado por caminharem junto, me amparando nos momentos de desespero e comemorando nos momentos de vitória.

Agradeço especialmente aos meus irmãos, Rodrigo, Flávia, Henrique e Alexandra, que me ajudaram imensamente das mais diversas formas de amor e carinho (seja implicando com a profissão que escolhi ou financiando todo meu percurso).

A toda minha família pela união que me fez seguir em frente e acreditar em mim, me apoiando de todas as formas em todos os momentos.

Agradeço imensamente ao meu companheiro, namorado, amigo e conselheiro, Ricco. Por estar ao meu lado nos momentos que chorei, quando pensei em desistir, por me fazer acreditar que conseguiria.

Agradeço minha orientadora Renata Mecca, que me proporcionou em 2013 minha primeira experiência prática na terapia ocupacional e desde então toda ajuda, paciência e carinho em meu percurso. E minha co-orientadora Viviani Costa, que esteve apoiando e cuidando de todas as dúvidas pelos estágios até a finalização desse trabalho, com muita paciência e carinho.

Presentes diariamente, me escutando nas alegrias e angustias, agradeço à Juliana Wanderley, Thayana Lemos, Thaís Mello, Suelen Gemaque, Wanda Lúcia e Wanessa Vasconcellos pela amizade que construímos.

Minhas amigas de vida Karina Souza, Camilla Martins, Leticia Petraglia e Jéssica Teixeira por participarem e apoiarem todos meus momentos desde sempre.

Obrigado a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que eu chegasse aqui. Não seria possível sem vocês!

RESUMO:

O estudo busca compreender as possibilidades de cuidado e a intervenção dos terapeutas ocupacionais nos serviços residências terapêuticas. Estes são dispositivos criados como alternativas de moradia para pessoas com internações prolongadas em hospitais psiquiátricos e que não possuem outras possibilidades que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário, constituindo-se como uma das estratégias de desinstitucionalização. Para tal, foi utilizado como método de pesquisa a revisão bibliográfica com o objetivo de levantar informações sobre a intervenção da terapia ocupacional no acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico que foram mantidas institucionalizadas em longa permanência e que estão nas residências terapêuticas. Foi observado que este profissional intervém no processo do fortalecimento de vínculos e contratualidade, possibilitando o resgate da identidade e autonomia do sujeito egresso da institucionalização. Outro achado é o baixo número de produções, o que aponta para a necessidade de ampliação de estudos que evidenciam a prática da terapia ocupacional nesse campo.

Descritores: Terapia Ocupacional, Serviços Residências Terapêuticas, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental

SUMÁRIO:

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:	7
OBJETIVOS:	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos	15
METODOLOGIA:	16
Capítulo 1 : DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SRT	18
Capítulo 2: AUTONOMIA E HABITAR	24
Capítulo 3: COTIDIANO E AUTONOMIA NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAS TERAPÊTICOS	28
3.1 Postura diante da negação de direitos	30
3.2 De serviço a moradia: habitando a casa e a comunidade	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	40
REFERÊNCIAS:	41

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:

No final da década de 1980 e início da década de 1990, experiências inovadoras no campo da saúde mental surgiram no Brasil, principalmente influenciadas pela experiência de reforma psiquiátrica italiana, transformando o panorama das políticas públicas de saúde mental no país ao questionar as bases da psiquiatria e o manicômio (AMARANTE, 2011).

Desde então, esforços têm sido realizados com o intuito de superação do manicômio e progressiva implantação de uma rede de serviços substitutivos de base territorial, entre eles os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centros de Convivência e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

O SRT foi instituído pela portaria 106/2000 como uma das estratégias do processo de desinstitucionalização, destinando-se aos usuários com transtorno mental, egressos de longas internações psiquiátricas, que não possuem suporte social e laços familiares sólidos (BRASIL, 2000). Trata-se de casas ou apartamentos alugados e inseridos na comunidade que visam à reinserção social dos moradores por meio da garantia do exercício de cidadania plena e da construção de um lar. Dessa forma, busca promover reinserção na vida comunitária, garantir assistência e suporte mediante sua articulação com os outros dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Fazem parte de seus princípios: ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários. Busca, desta forma, respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2000).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi responsável por mudanças profundas no modelo de atenção e nas políticas públicas de saúde mental nas últimas décadas. Esses avanços, ainda em curso, tinham a indispensável tarefa de substituição da psiquiatria centrada nos hospitais por uma atenção em saúde mental mais humana. A demanda complexa de sujeitos desprovidos de seus direitos fundamentais prosseguia estruturada por uma rede de serviços comunitários e diversificada.

Em meados de 1970, também influenciados pelo processo de redemocratização vividos no país, movimentos sociais denunciaram a ineficiente assistência pública em saúde mental e seu caráter privatista. Essas denúncias relatavam o abandono, a violência e os maus tratos sob os quais os pacientes e presos políticos eram submetidos nos diversos manicômios do país, desrespeitando sua dignidade e os direitos humanos, assim como fraudes no financiamento dessas ações. Quanto mais denúncias, mais aumentavam as demissões, resultando em um total de 260 profissionais de quatro hospitais psiquiátricos, no Rio de Janeiro (TENÓRIO, 2002).

Esse episódio refletiu de forma positiva, pois repercutiu na imprensa do país, sendo conhecido como a “crise da Dinsam”, e resultou na criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O movimento, que se expandiu rapidamente, buscava reivindicações trabalhistas e fazia críticas à função social do saber psiquiátrico, imbuído de um discurso humanitário. No cenário político com essas mudanças fervilhando, foram criados núcleos em outros estados liderando o avanço da luta nos primeiros anos da Reforma e definindo seu caráter antimanicominal (TENÓRIO, 2002).

Na década seguinte, a crítica ao modelo privatista/asilar-segregador veio amadurecendo, consolidando como características do movimento da Reforma três processos importantes: a ampliação dos atores sociais, o que incluiu familiares e usuários no movimento; a iniciativa da reformulação da legislação; e o surgimento das primeiras experiências bem-sucedidas no país, que redefiniam uma nova proposta de cuidado em saúde mental (TENÓRIO, 2002).

Um importante marco para a consolidação desse processo foi a aprovação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Considerada pelo movimento

uma lei progressista, teve sua aprovação apenas 10 anos após sua tramitação no congresso. A lei propõe a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

No entanto, a discussão no campo da saúde mental em torno do modelo asilar que era empregado ainda persiste nos dias de hoje, pois, mesmo com todas as novas experiências e elementos que investem para que essas práticas sejam extintas, a lógica manicomial e medicalizante ainda se faz presente, ultrapassando as instituições e atuando em diversos dispositivos de atenção e na maneira como se opera o cuidado. Haja vista que esta lógica está fortemente ligada à relação da sociedade com a loucura e com o diferente.

Sendo assim, o modelo asilar necessitou e ainda necessita ser constantemente combatido para que práticas de cuidado comprometidas com o exercício da autonomia e da cidadania possam ser cultivadas e expandidas. Dessa forma é possível vislumbrar uma clínica cuidadosa, que possua iniciativas de convívio, lazer, moradia e trabalho construindo um novo lugar social para a loucura (AMARANTE, 2011).

A reabilitação psicossocial é um conjunto de ações atribuídas para aumentar as habilidades da pessoa e conseqüentemente diminuir as desabilidades acarretadas pelo dano institucional, privativo, patológico. O aumento da capacidade contratual das pessoas com sofrimento mental se constrói sobre os eixos: hábitat, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 1999). Assim sendo, o SRT é um importante dispositivo para que, na articulação serviço/usuário/comunidade, sejam ofertados modos de cuidar e oportunidades para a produção de laços sócio-afetivos, a apropriação dos espaços pelo indivíduo, a emergência e exercício de seus desejos, a produção de sentido, a contratualidade social e o bem-estar (LUSSI, PEREIRA e JUNIOR 2006).

Os SRTs, inseridos no âmbito no Sistema Único de Saúde (SUS), são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para

cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2000).

Porém, é necessário chamar atenção para o que ocorre com os moradores, em sua grande maioria, após essa mudança para as residências terapêuticas. Muitos desses serviços continuam provendo formas de cuidado ainda calcadas no modelo asilar, onde é criado um espaço social de exclusão na própria casa em que o desejo/vontade do sujeito são recebidos com punições e opressões, pois o morador continua sendo visto sob o prisma da incapacidade e/ou periculosidade, ou seja, como alguém sem voz ativa para suas ações. O que já ocorria nas instituições em que viviam passa a ser rotina novamente nas casas, muitas delas se tornam pequenos manicômios. A autonomia do sujeito, seus desejos e direitos continuam sendo tutelados por quem deveria estar mediando e auxiliando na sua reinserção.

O tema central desse trabalho, os SRTs e a atuação da terapia ocupacional nesse dispositivo, foi mobilizado por uma experiência vivenciada em campo de estágio em um Hospital Psiquiátrico, que é um dispositivo da rede de saúde do município do Rio de Janeiro e se divide em emergência, internação e ambulatório.

O hospital possui núcleos com pessoas internadas há muitos anos e indicadas para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Acompanhei o processo de desmontagem e transformação do ambulatório em um CAPS. Participei do trabalho da equipe para que os usuários que estavam em tratamento, se necessário, fossem encaminhados para os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de acordo com sua demanda. Como é situado na Colônia Juliano Moreira, uma região marcada por um histórico de exclusão em razão de sediar uma das maiores colônias psiquiátricas do país, o número de usuários era muito grande.

Acompanhar esse processo aguçou minha curiosidade sobre como ocorria o processo de saída do Hospital Psiquiátrico para o SRT. Outro fator que motivou este estudo foi minha participação no Fórum de

Desinstitucionalização e nos debates de reuniões em equipes do Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, onde os profissionais participantes discutiam sobre como ocorria o processo de mudança na vida do usuário a partir de sua inserção no SRT.

Também surgiram questões sobre o processo de avaliação dos sujeitos elegíveis para o SRT. Quais aspectos eram levados em consideração nessa avaliação, e se era realizado um processo de preparação para que este usuário estivesse em condições para a mudança.

Nesse processo, um dos desafios colocados foi a relação entre os moradores e os profissionais para a construção de um outro lugar para morar, que se diferenciava da instituição total ao se colocar enquanto casa. Construção essa que passa por questões individuais e coletivas e que podem ser transformadas no cotidiano do SRT.

Assim, diversas eram as questões debatidas numa constante reflexão das equipes sobre seu próprio trabalho para que pudessem garantir que os sujeitos, após anos institucionalizados, tivessem seus direitos garantidos.

As discussões no Fórum eram habitualmente divididas entre os que apostavam que a equipe tinha como função acolher a demanda e trabalhar junto àquele usuário em seu cotidiano, visando à autonomia; e os que compreendiam que o potencial do usuário só existia porque tinha uma equipe “fazendo por” ele. Essas experiências se diferenciam quanto ao assistencialismo e tutela contrapondo a liberdade e autonomia. O modelo hospitalocêntrico promove o isolamento do sujeito, interfere na possibilidade de que seus desejos sejam considerados no cotidiano da casa e assim as ocupações se dão pela rotina dos profissionais que ali trabalham.

A diferença é que enquanto alguns profissionais pensavam que “fazer por” era ajudar, outros já entendiam que “fazer com” era o ponto chave para fomentar a iniciativa e para resgatar as atividades dos moradores. Na minha visão, o usuário que há anos não tem possibilidades de escolha, que não possui opções para desejar e tomar iniciativa, cujas habilidades são a tempo todo vetadas e com o tempo adormecidas, necessita de um trabalho diferente do que o de propor uma forma de cuidado ainda pautada no assistencialismo e na tutela.

É importante problematizar as práticas para que os manicômios mentais, que ultrapassam os muros dos hospitais e acompanham cada sujeito, não se perpetuem nas lógicas e ações que precisam ser tomadas como cuidado dos usuários que estão em processo de mudança para uma nova situação de vida.

No período de estágio foram observados a dinâmica no núcleo do hospital onde esses usuários moravam, a participação da equipe do CAPS no processo de mudança do usuário para o SRT e o cuidado da equipe com os novos moradores.

Partindo dessa experiência, as questões que orientam esse estudo são: Como a Terapia Ocupacional pode intervir no processo de desinstitucionalização dos novos moradores do SRT? Quais são as demandas e necessidades colocadas para o terapeuta ocupacional nesse contexto?

A terapia ocupacional, seguindo novas tendências profissionais, procura trazer para seu campo de reflexão teórico e para suas ações práticas o compromisso com as necessidades objetivas e subjetivas dos sujeitos, a partir de uma visão ampliada de saúde enredada à construção de direitos dos usuários, como saúde, lazer, educação, liberdade de expressão e convívio social. Novos saberes e novas formas de intervenção são construídos, novas relações são estabelecidas entre os terapeutas e usuários, a partir de necessidades cotidianas (MÂNGIA e NICÁCIO, 2001).

Cada sujeito tem suas particularidades, seu cotidiano e a forma de viver singular, que são vividas de acordo com a realidade de cada contexto. As nossas ações vão sendo construídas diariamente e nossos interesses desenvolvidos a cada nova experiência. A terapia ocupacional tem o olhar voltado para a produção de vida e a vida é composta no cotidiano. O instrumento e a finalidade a ser alcançado pela terapia ocupacional se apresentam através da construção e transformação da vida cotidiana (SALLES e MATSUKURA, 2013).

O modo de vida das pessoas pode facilitar ou dificultar suas atividades, as variáveis são ligadas ao tempo que utilizam para fazer tais ocupações, ao

modo como fazem suas tarefas, aos seus desejos e às suas obrigações (SALLES e MATSUKURA, 2013).

O presente trabalho estruturou-se a partir da vivência, enquanto estagiária de um hospital psiquiátrico e em um CAPS – ambos Unidades de Saúde no Município do Rio de Janeiro. O que despertou o meu interesse em compreender quais as possíveis contribuições da Terapia Ocupacional no SRT e de que modo podemos intervir para que não seja feita uma reprodução do que é vivido nas instituições psiquiátricas.

Parte-se do pressuposto da necessidade de um trabalho que antecede a mudança para o SRT e que se estende à chegada na moradia e o acompanhamento cotidiano dos sujeitos e das equipes, para que o novo possa acontecer, ou seja, a invenção de um cotidiano não tutelado. Levando em consideração que a casa, mesmo sendo um dispositivo importante para a desinstitucionalização, corre o risco de reprodução da tutela e da falha em não respeitar as oportunidades de autonomia do sujeito.

Os profissionais que trabalham nos SRTs tem função fundamental, visto que esse contato diário faz toda diferença, uma vez que podem reproduzir as formas de disciplina padronizadas e institucionalizantes ou operar contra a lógica manicomial. Impulsionar a autonomia no cotidiano se faz necessário para que as formas de cuidado e os fazeres institucionalizados não se repitam nas casas (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006).

No processo de desinstitucionalização da saída dos hospitais para o SRT, a Terapia Ocupacional deve ser inserida antes, durante e após essa mudança, tendo papel fundamental no cuidado do sujeito que mudou-se e agora terá o cotidiano modificado, tendo atenção para que o cuidado não seja fazendo pelo usuário e assim continuar uma prática asilar.

Apesar dos avanços na transformação assistencial trazida pela reforma psiquiátrica brasileira, o país ainda conta com um grande número de pessoas em processo de longa internação psiquiátrica, sendo a cidade do Rio de Janeiro ainda considerada um pólo manicomial. Dessa forma, justifica-se a temática desse estudo, por se tratar de um tema relevante, ainda atual e que pode contribuir para os profissionais de saúde refletirem sobre os processos de desinstitucionalização.

Este estudo é uma revisão de literatura, realizado através do levantamento e análise de artigos que tratam sobre o tema. Tendo como foco principal a discussão sobre atuação da Terapia Ocupacional nos SRTs.

O desenvolvimento deste trabalho está dividido em três partes. No primeiro capítulo o tema abordado é a desinstitucionalização e o SRT, desde o início da experiência da Reforma Psiquiátrica até o contexto atual. No capítulo dois é abordada a importância da autonomia do sujeito dentro de sua casa, apontando a diferença entre habitar e morar. No terceiro capítulo apresentamos os resultados da análise dos artigos em duas categorias: a primeira discute o manejo profissional nesse contexto e a segunda a facilitação da apropriação do novo espaço pelos moradores.

OBJETIVOS:

2.1 Objetivo geral

Construir uma reflexão, a partir da leitura crítica e interpretativa da produção científica nacional, sobre as possibilidades de cuidado da terapia ocupacional e a intervenção nas ações do cotidiano dos moradores dos SRT.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a produção científica brasileira de terapia ocupacional sobre os processos de desinstitucionalização em SRTs.
- Analisar como o terapeuta ocupacional pode operar no processo de desinstitucionalização nos SRTs.
- Analisar como o terapeuta ocupacional pode contribuir para a autonomia desses sujeitos em suas residências.

METODOLOGIA:

Para desenvolvimento do presente trabalho será realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa. Trata-se de um método de pesquisa baseado no processo “de busca, análise e descrição de um corpo de conhecimento” (IP USP, 2015, s/p) com o objetivo de fundamentar teórica e cientificamente uma investigação acerca de um assunto específico (ERCOLE, MELO e ALCOFORADO, 2014).

Através desse método criterioso – que se opera de maneira sistemática, ordenada e abrangente (ERCOLE, 2014) - é possível se entrar em contato com “o estado da arte” acerca de uma determinada temática (ROTHER, 2007). No caso do presente trabalho, a temática está relacionada à articulação entre os campos da terapia ocupacional e saúde mental, tratando-se mais especificamente da atuação do profissional nos processos de desinstitucionalização juntos aos SRTs no Brasil.

Para o desenvolvimento deste se procedeu às seguintes etapas: definição do tema e problema de pesquisa; estabelecimento de estratégias de buscas da produção bibliográfica e seleção; categorização dos estudos incluídos, através da definição das informações de interesse; análise dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão de literatura.

Foram escolhidas duas bases de dados para a produção desta revisão de literatura: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que articula dados de diversas bases simultaneamente, como LILACS, MEDLINE, IBECs, Biblioteca Cochrane e Scielo; e o Portal de Periódicos da CAPES. Delimitou-se a busca pelo cenário nacional já que se pretende abordar a experiência dos SRTs decorrentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Destaca-se ainda que foram selecionados apenas artigos disponíveis na íntegra através das referidas bases de dados.

Com o intuito de levantar evidências quanto à prática profissional do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental em específico nas Residências Terapêuticas, foram utilizados os seguintes descritores em saúde: “Serviço Residencial Terapêutico”, “Reabilitação Psicossocial”, “Desinstitucionalização” e “Terapia Ocupacional”

Os critérios para seleção dos artigos incluídos nesse estudo foram: conter informações sobre a atuação da Terapia Ocupacional no Serviço Residencial Terapêutico; estar em idioma português; e ter sido publicado nos últimos 16 anos. Tais critérios foram determinados levando em consideração o ano da regulamentação da Portaria dos SRT's.

A busca nas bases de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2016, sendo inicialmente encontrados 48 artigos. Após a análise dos resumos foram excluídos 32 artigos que não se adequavam aos critérios de inclusão e por repetição de publicação. Por fim, os artigos selecionados foram analisados integralmente para a construção deste trabalho.

A partir disso, foi realizada análise de conteúdo sobre o material levantado que será melhor detalhada no terceiro capítulo. As categorias de análise buscaram trazer evidências sobre as ações do terapeuta ocupacional no cotidiano dos moradores e sobre a construção da autonomia nesse contexto de cuidado.

Capítulo 1 : Desinstitucionalização e SRT

Para discutir sobre a desinstitucionalização, faz-se necessário refletir sobre as estratégias e concepções que constituíram o pensamento psiquiátrico, sua crise contemporânea e os resultados dos investimentos realizados no campo da transformação da assistência dada as pessoas com sofrimento mental grave.

O período marcante da história da desrazão, que se denominou de grande internação, foi quando a loucura passou a ser considerada incapacidade para o trabalho ou impossibilidade para a integração social, e assim a utilização da internação tornou se uma medida econômica e de proteção social.

Até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médicas. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados "indesejáveis" à sociedade, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos, sendo lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes absolutistas da época. Portanto, as pessoas eram internadas nessas instituições não para serem curadas, mas para serem separadas da sociedade à qual poderiam ameaçar, contagiar ou, ainda, para morrer em um ambiente protegido (BARRÍGIO, 2010).

No entanto, principalmente após a Revolução Francesa, alguns médicos foram atuar nestes locais com o intuito de humanizá-los, e acabaram os transformando em instituições médicas. Surge então a Psiquiatria e o Tratamento Moral no século XIX.

Pinel propõe a "liberdade aos loucos" ao retirar os grilhões e um tratamento pautado em um regime de completo isolamento conferindo uma assistência de caráter asilar. O isolamento, entendido como institucionalização ou hospitalização integral, era dentro do paradigma do Tratamento Moral uma imposição fundamental para o tratamento adequado do alienado. O conceito de alienação mental surge associado à idéia de que o alienado representa perigo à sociedade, por perder o juízo ou a capacidade de discernimento entre o certo e o errado (AMARANTE, 2011).

Ainda dentro desse pensamento, o trabalho passou a ser concebido como recurso terapêutico para normatizar os desvios de conduta. O louco era internado em manicômios, retirado do convívio social e submetido a atividades laborais.

Observa-se uma grande transição na qual o hospital nasce como instituição de caridade, transforma-se em instituição jurídica e depois em uma instituição disciplinar que impunha regras, horários e normas com o propósito de reorganizar os alienados. Enquanto instituição disciplinar, o hospital exercia o papel de instituição terapêutica (AMARANTE, 2011).

Segundo o autor supracitado, o tratamento moral impunha aos alienados princípios e medidas com finalidade de reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões acreditando que isso poderia resgatar a sanidade mental. O princípio do isolamento do mundo exterior é o princípio terapêutico fundamental do “tratamento moral” (AMARANTE, 2001).

Após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838¹, a primeira lei de assistência aos loucos, diversos hospitais de alienados foram criados em diferentes países. Estes reproduziram os princípios e as estratégias adotadas por Philippe Pinel (AMARANTE, 2011).

Após as duas Guerras Mundiais, a sociedade passou a enxergar os hospícios de outra maneira, a crueldade e abandono se transformaram em solidariedade e reflexão sobre a natureza humana e, assim, as condições de vidas dos pacientes começaram a mudar nos hospitais, resultando nas primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2011).

As primeiras experiências de reformas psiquiátricas contribuíram para a construção da reforma psiquiátrica brasileira. Países como Inglaterra, França, EUA e Itália desenvolveram experiências significativas no campo da criação e desenvolvimento dos processos e práticas de trabalho (MÂNGIA, 2002). Buscando diminuir as despesas do Estado, os EUA, iniciou um processo de desospitalização dos manicômios. Esse processo decorreu fechando os hospitais psiquiátricos, porém sem a iniciativa de serviços substitutivos essa política ficou conhecida como os “loucos na rua” (KANTOSKI, 2001).

A insuficiência de serviços residenciais diante da magnitude dos processos de desinstitucionalização e os riscos da transinstitucionalização, muitas vezes

¹: Tratava das questões relativas à construção e funcionamento de estabelecimentos destinados aos alienados, às internações e às altas – descrevendo os procedimentos necessários e à administração dos bens dos alienados.

deram aos serviços residenciais características manicomiais e meramente asilares (DE LUCA e FRATTURA apud MÂNGIA e ROSA, 2002).

A experiência na Itália era diferente, a transformação dos hospitais psiquiátricos vinha em conjunto com a busca de superação da internação manicomial, influenciada pela psicoterapia institucional e pela comunidade terapêutica (KANTORSKI, 2001). Ocorria simultaneamente o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de dispositivos e serviços que substituíam o modelo manicomial. Os primeiros serviços substitutivos foram os centros de saúde mental (CSM). Esses centros atuavam diretamente no território, reconstruindo os modos pelos quais a sociedade lidava com as pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2011).

No contexto brasileiro, assistimos ao longo do século XX um aumento expressivo dos hospitais psiquiátricos, principalmente através do capital privado. Já no final da década de 70, tais instituições tornaram-se objetos de graves denúncias no cenário nacional e internacional. Motivados pela Reforma Psiquiátrica Italiana, mas também por influências de cada uma das experiências internacionais, trabalhadores, usuários e familiares passam a lutar pela mudança desse cenário. Tal movimento, denominado Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem sua origem como Movimento Social no final dos anos 70, ganha impulso e legitimidade nos anos 80 e se transforma em política de saúde nos anos 90.

Propunha-se uma nova política pública que visava outra forma de assistência e cuidados às pessoas com sofrimento mental. O estigma de que o louco era alguém perigoso e incapaz de estar na sociedade perdia espaço para uma nova forma de cuidado, mais humana, visando autonomia e ampliação dos laços sociais e abandonando a segregação e violência (SILVA, 2005).

Anteriormente à implantação dos SRTs, os lares abrigados e as moradias assistidas funcionavam como experiências de transformação de grandes hospitais psiquiátricos. Estes surgiram com a finalidade de proporcionar a participação na gestão da vida e a interação com o espaço urbano, visando criar oportunidades de diferentes relações daquelas institucionais do hospital, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional (BARROS e JOSEPHSON, 2001 apud SUIYAMA, ROLIM e COLVERO, 2007).

MÂNGIA; ROSA, 2002 dizem que nos Lares Abrigados:

O objetivo de albergar, em melhores condições, parcelas da população residente na instituição. Visavam favorecer a personalização dos ambientes de moradia e fomentar a autonomia dos usuários, por meio de modificações na própria estrutura hospitalar, tendo como perspectiva final a inserção de residências na comunidade (p. 74).

Fernandes (2001 apud SUIYAMA et al., 2007) descreve as moradias assistidas como:

Projeto com objetivo avaliar e atender as demandas dos usuários do serviço referentes à habitação de um modo geral e, especificamente, criar estratégias de encaminhamentos de necessidades que surgem nos Núcleos de Assistência e Sociabilidade. Assim, visa o desenvolvimento de intervenções que possam operar tanto no sentido da sociabilidade, compreendida desde a convivência cotidiana, quanto na interação com a comunidade do bairro e região, como também oferecer-se como mais um recurso para a intervenção terapêutica no campo extra-institucional (p.103-104)

Em 2000, foi regulamentada a Portaria/Gm nº 106, que surge para instituir os Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo um dispositivo no processo da reforma psiquiátrica. A criação desse dispositivo foi imprescindível para a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos porque visam oferecer condições de vida para pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas e que tem vínculo familiar e social comprometidos ou inexistente (BRASIL, 2000).

Todo SRT tem um serviço de referência na comunidade para que os moradores sejam vinculados, podendo ser CAPS, ambulatório ou equipe de saúde de família (AMORIM e DIMEINSTEIN, 2009).

Os SRTs se constituem nas modalidades tipo I e tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado ao morador. A modalidade do tipo I são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devem acolher no mínimo 4 (quatro) moradores e no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder esse número, e devem contar com um cuidador de referência. A modalidade tipo II são moradias destinadas àquelas pessoas com transtorno mental e 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, devem acolher no mínimo 4 (quatro) e no máximo 10 (dez) moradores (BRASIL, 2011).

Em 2001 a lei 10.216 foi sancionada e entrou em vigor. Conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica” é um marco para o processo de reestruturação do modelo de atenção em saúde mental. Claramente delineando o enfrentamento do estigma, propõe a reorientação do modelo assistencial vislumbrando equidade, acesso, garantia de direitos e cidadania. Tem como uma das prioridades a formulação de políticas públicas e a expansão do financiamento para implantação dos serviços substitutivos de base territorial.

Amarante (1995 apud TENÓRIO, 2002) descreve Desinstitucionalização como:

Tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não lhe administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade (p.179).

Sendo assim, a desinstitucionalização resulta no resgate da cidadania, compreendendo o sujeito como alguém que possui direito de escolha e têm sua vontade e fala validadas. Propõe a desmontagem do aparato manicomial que serve ao propósito da naturalização das desigualdades e da banalização da violência (PADILHA E MORAES, 2010).

No processo de desinstitucionalização, torna-se necessário a realocação de recursos financeiros com o objetivo de diminuir as demandas de internação psiquiátrica e favorecer garantia do acesso aos serviços substitutivos. Na atual conjuntura brasileira, o campo de saúde mental permanece fortemente marcado por debates em torno da Reforma Psiquiátrica e do novo modelo de tratamento voltado para a promoção e inclusão social do usuário com transtorno mental tendo-se como princípio a desinstitucionalização.

Em relação ao dispositivo SRT considera-se, em geral, que sua a implementação deva ocorrer num contexto de cuidado contínuo e compartilhado que vai do hospital à comunidade. Essa perspectiva visa reverter o domínio das instituições asilares na assistência, garantir que os SRTs não se tornem reprodução da lógica manicomial e que sejam espaços de busca da subjetividade perdida ao longo da história da internação.

Faz-se necessário que esses questionamentos afetem os profissionais dos SRTs. Uma vez que esse conhecimento orienta as práticas no cotidiano da casa

e potencializa o investimento na construção de novas e distintas possibilidades para cada morador. Salientamos que a sensibilidade dos profissionais operacionaliza as propostas demandadas. E que, em conjunto com os sujeitos, estes podem ousar da criatividade em iniciativas para o envolvimento individual e coletivo, sustentando experiências que enriqueçam o cotidiano.

Capítulo 2: AUTONOMIA E HABITAR

O movimento da Reforma Psiquiátrica apresenta novas possibilidades de pensar e lidar com o adoecimento mental a partir da desconstrução dos modos de se relacionar com a loucura e das práticas manicomiais, inserido em um processo de mudanças políticas, sociais e culturais. Seus pilares fundamentais incluem a mudança do foco da intervenção da doença mental para o sujeito em seu contexto social; e o fortalecimento do poder contratual das pessoas com sofrimento psíquico.

No contexto dos SRTs, o poder contratual pode ser construído através do progresso da apropriação do lugar onde se vive e do protagonismo do sujeito nesse local, favorecendo o habitar e permitindo a participação ativa do sujeito, consoante a reabilitação psicossocial (MÂNGIA, 2002).

O poder contratual se coloca como central e pode ser compreendido como a capacidade do sujeito de realizar trocas com o contexto social a partir das relações que estabelece com outros sujeitos, grupos e/ou instituições, bem como a ampliação de sua possibilidade de negociação e de elaboração de projetos que possam contribuir para modificar as condições concretas de sua vida (MÂNGIA e RICCI, 2011, p. 184).

É necessário que os dispositivos de cuidado rompam com as práticas tradicionais e promovam uma valorização do sujeito e uma reconstrução da identidade, aumentando sua autonomia e possibilitando a sua reinserção social (BELINI, 2006). Neste capítulo, abordarei dois conceitos importantes para a discussão da desinstitucionalização no processo de inserção dos usuários numa moradia: autonomia e habitar.

A autonomia associa-se ao poder de o indivíduo identificar as necessidades, fazer julgamentos necessários e agir deliberadamente (McEWEN; WILLS, 2009 apud CASTANHARO e WOLFF). A importância da autonomia do indivíduo frente ao processo de uma nova moradia, com rotina diferente da que se produz nos hospícios, favorece sua capacidade de tomada de decisão e ação em relação às atividades cotidianas e hábitos.

Autonomia, segundo Saraceno (1999), não está ligada à busca de independência, mas à ampliação das possibilidades do sujeito de negociar, de se relacionar, de trocar. Compreende ações que buscam combater o estigma do louco, destacando a ampliação das possibilidades e promovendo a multiplicação

das ações em âmbito social, desconstruindo a dependência tutelada pelo saber médico e ampliando as dependências no tecido social.

Construir um serviço residencial de base comunitária e com um mandato territorial não é uma tarefa simples e dada. Faz-se necessário uma dinâmica de cuidado, que não seja a da tutela, para que seja real a proposta de moradia.

O território não é apenas o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais, econômicas e afetivas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo (DELGADO, 1997 apud TENÓRIO, 2002).

Quando ocorre o retorno do usuário para o território, ele se depara com uma casa, situada em uma rua, que esta localizada em um bairro de uma cidade. Nessa casa existem pessoas que moram, pessoas essas com as quais ele pode ter tido ou não convívio anteriormente, e que compartilham desse cotidiano.

Conhecer a cultura, os signos e as marcas históricas do local, aliado ao cotidiano e às vivências singulares de cada morador são fundamentais para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à Saúde Mental. Portanto, é imprescindível que os trabalhadores se questionem se estão produzindo empoderamento, inserção, autonomia; ou tutela, institucionalização e coerção da vida (BASAGLIA, 2005 apud SARACENO, 1999)

Estabelecer a diferença entre o “estar” e o “habitar” é importante para não ocorrer a reprodução do cotidiano do hospital dentro da moradia. “Estar” se refere a ocupar determinado lugar sem participação na organização material e simbólica do espaço e do cotidiano. E o “habitar” sinaliza a subjetivação dos espaços, para uma apropriação da vida que está em um novo processo com a comunidade. (SARACENO, 1999)

Para Belini (2006), os pacientes psiquiátricos "estão" nos hospitais psiquiátricos e a sua reabilitação tem a ver com esse "estar". “Estar” em um lugar não significa que pessoa habita esse ambiente, pois para isso o indivíduo precisa estar inserido e se sentir pertencente a esse lugar. O “habitar” ultrapassa o lugar de moradia, precisa ser um espaço de trocas, de possibilidades e autonomia do sujeito dentro da sociedade e da vida cotidiana (SARACENO, 1999).

A terapia ocupacional se interessa pelas atividades realizadas pelos sujeitos, e essas atividades são desempenhadas no dia a dia, na vida cotidiana. É

a partir dessas atividades que as pessoas se relacionam entre si, participam do processo produtivo da sociedade, vivenciam a cultura da qual fazem parte e se tornam quem elas são. No processo de realização de atividades em terapia ocupacional vai se estabelecendo uma forma de fazer e de se relacionar que envolve a construção da qualidade de vida cotidiana (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001 apud COSTA et al., 2013) As práticas da terapia ocupacional, centradas no fazer humano, visam a construção de um cotidiano potencializado, que possibilita constituir o bem-estar pessoal do sujeito.

Para o paciente psiquiátrico, recuperar seus direitos formais não é o suficiente para seu papel de cidadão. Essa construção dos direitos se dá através das trocas afetivas, relacionais, materiais, habitacionais. A partir dessas experiências o morador/sujeito se organiza para uma reabilitação possível (SARACENO, 1999). Ao caracterizar as moradias de SRT, corre-se o risco de classificar as pessoas de acordo com seus sintomas e comportamentos podendo levar a segregação, preconceito e exclusão. Para que esta se tornem de fato moradias e não locais de tratamento, o grau de dificuldade dos moradores não deve ser o único norte na organização das casas.

Para um trabalho de reconstrução dos sujeitos sociais, deve-se considerar a ofertas de moradia mais individualizadas, onde o resgate de cada indivíduo se dê a partir de atividades que buscam o vínculo perdido com a sociedade. A fragilidade dessa troca, enfraquecida com a institucionalização, necessita de experiências resultem na qualidade de vida cotidiana desses moradores e prevêm a ligação da moradia com os espaços coletivos (SUIYAMA et al., 2007).

A casa é um lugar de construção e/ou reconstrução dos hábitos, do comportamento social, das habilidades de vida, sendo a autonomia o principal objetivo dos SRTs. Esses serviços são um local de intermédio onde o sujeito recupera a sua autonomia. Em alguns casos, a conquista da autonomia é o primeiro passo para reorganização do comportamento subjetivo para a construção da liberdade e do seu novo projeto de vida (DELGADO et al., 2000 apud FASSHEBER e VIDAL, 2007).

Na inserção em um novo cenário, abrem-se novas possibilidades para o sujeito que, através dos desejos pessoais, se engaja em projetos que trarão a

cidadania que lhe foi roubada pelo longo período que ficou institucionalizado, passando a ser sujeito da sua própria história.

Se faz necessário valorizar não apenas a vivência do cotidiano na casa, mas a experiência na comunidade, sendo importante para os contatos sociais e para a reconstrução dos laços sociais perdidos. Transitar pela rua é um movimento que se faz para fora da moradia que abre possibilidades de novos percursos, desdobrando em caminhos para os domínios da cidadania.

A Portaria que regulamentou o Serviço Residencial Terapêutico diz que estes serviços substitutivos à internação psiquiátrica prolongada deveriam ser locais de assistência e suporte a essa população, além de ter papel de promover a reinserção do indivíduo à vida comunitária, contemplando os princípios da reabilitação psicossocial, baseado nas seguintes diretrizes: oferecer ao usuário um amplo projeto de integração social, de reinserção no trabalho, de mobilização comunitária, tendo autonomia para as atividades domésticas e pessoais (BRASIL, 2000).

O cuidador de um Serviço Residencial Terapêutico precisa ter clareza de que a dimensão clínica de seu ato de cuidado não é uma forma de tratamento, e deve articular seu olhar clínico ao da equipe do serviço em que, ali sim, cada morador faz seu tratamento: CAPS, CAPSi, ambulatório ou qualquer outro (ELIA, 2008).

Os moradores dos SRTs têm o apoio dos dispositivos de cuidado em saúde mental (CAPS, ambulatórios especializados) ou por equipes do Programa de Saúde da Família. A sustentabilidade, a qualidade da atenção prestada e a integração entre a rede dos projetos terapêuticos em busca da maior autonomia dos moradores é um desafio desses serviços. Também é responsabilidade dos dispositivos da rede apoiar e supervisionar o trabalho do SRT, preservando a autonomia e evidenciando as características de moradia, lar, casa e não de um espaço terapêutico.

A desconstrução da lógica manicomial não se faz do dia para a noite e necessita da equipe que ofereça o suporte aos moradores para construir uma relação com a casa e gerir a própria vida, inseridos na comunidade. Importante frisar que, mesmo sendo um dispositivo da rede de atenção em saúde mental,

não se configura em um serviço de saúde e sim um espaço de moradia, para se habitar.

Capítulo 3: COTIDIANO E AUTONOMIA NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Em cada residência, os moradores e a equipe envolvida no cuidado vivem um universo de trocas presente no cotidiano que pode ou não desenvolver a participação em atividades e as relações no processo de convivência em experiências em direção à autonomia. Um cotidiano enriquecidos de trocas e atividades significativas com autonomia implica uma mudança de lógica no trabalho dos profissionais envolvidos nas moradias e um trabalho com os moradores que problematize o exercício da cidadania no dia a dia das casas.

Foram mapeadas as intervenções do terapeuta ocupacional diante das demandas dos moradores em processo de desinstitucionalização no contexto dos Serviços Residenciais Terapêuticos através de uma análise de conteúdo que consistiu no agrupamento dos trechos dos artigos que apresentavam critérios comuns, ou que possuíam analogias no seu conteúdo (BARDIN, 2010).

Numa primeira fase de análise horizontal, foram selecionados trechos dos artigos que se referiam a temas ligados ao referencial teórico deste trabalho. Foi realizada uma codificação deste material, ou seja, um recorte da informação coletada em três unidades de registro, que são unidades de significação base visando à categorização : manejo profissional, autonomia e cotidiano e rotina institucional.

Nesta fase da análise, dos 13 artigos foi constatado que o a maior parte deles se concentravam na Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, tendo sido 11 dos 13 artigos selecionados.

Das publicações pesquisadas, três atenderam aos objetivos deste estudo englobando todas as unidades de registro (NICÁCIO E CAMPOS, 2007; MARQUES E MÂNGIA, 2012; RIBEIRO, 2013); seis publicações reúnem duas unidades (MÂNGIA E MARQUES, 2004; ROSA E MÂNGIA E

OLIVEIRA, 2005; LIMA E GHIRARDI, 2008; MÂNGIA E RICCI, 2011; KINKER, 2012; CASTILHO, 2012). Quatro das publicações discutem uma unidade de registro (NICÁCIO E CAMPOS, 2005; MÂNGIA E ROSA, 2002; ALMEIDA E TREVISAN, 2011; COSTA E BRASIL, 2014).

Todos os artigos discutem a terapia ocupacional nos serviços residências terapêuticas, seja debatendo o contexto da prática ou as ações específicas do profissional terapeuta ocupacional nesse serviço. Após a primeira fase da análise, foi feita uma releitura dos artigos já codificados e realizada uma análise vertical que decorreu em duas grandes categorias em que os seguintes temas sobre o trabalho do terapeuta ocupacional nos SRTs foram debatidos:

A primeira discute o manejo dos profissionais inseridos nos SRTs, implicando suas atitudes diante da negação dos direitos fundamentais dos usuários, que podem beneficiar ou prejudicar estes exercerem o papel de moradores e protagonistas de suas vidas.

A segunda debate o trabalho do terapeuta ocupacional dentro da casa, na comunidade e no cotidiano do morador para o favorecimento da autonomia e do poder contratual.

3.1 Postura diante da negação de direitos: o manejo dos direitos pelos profissionais

Esta categoria debate a forma como o terapeuta ocupacional junto a equipe do SRT, composta de profissionais técnicos e cuidadores, se coloca diante da negação de direitos dos moradores em relação ao uso dos espaços, os desejos e escolhas por realizar as atividades cotidianas de maneira singular, e a forma como desta postura dos profissionais decorrem modos tutelares e disciplinares de cuidado dentro das residências ou ações que viabilizem o exercício da cidadania.

A reabilitação é um conjunto de estratégias orientadas para aumentar as oportunidades de trocas, recursos e afetos, que desencadeia em uma

abertura de espaço para negociações. Com esse suporte da rede de negociação, a participação e a contratualidade do sujeito é colocada em condições para partir ao exercício de seu direito ativo (SARACENO, 1999).

Uma nova forma de institucionalização se instaura nas casas a partir do momento em que os profissionais que trabalham nos SRTs determinam que a dinâmica seja relacionada à força, à submissão e à privação da liberdade, prosseguindo a rotina de alienação e enclausuramento (NICÁCIO e CAMPOS, 2007).

De acordo com Mângia e Rosa (2002), ofertar ao sujeito uma casa significa mais do que um espaço para moradia, é oferecer ao usuário um lugar para habitar, onde ele possa ser protagonista da sua própria história.

Transformar as relações da sociedade com a loucura pressupõe que a reflexão sobre os manicômios questione também o papel dos técnicos. Em relação à moradia, este papel não se refere a construir uma comunidade protegida e artificial, mas a conquista da liberdade e dos direitos projetando uma trajetória de novas possibilidades (NICÁCIO e CAMPOS, 2007).

Lima e Ghirardi (2008) trazem que o trabalho em saúde mental tem como desafio o cuidar das pessoas em viés não manipulador:

Trabalhar em saúde mental implica compor equipes que, no cotidiano dos serviços, compreendam a complexidade intrínseca ao empenho de cuidar de pessoas cujas histórias de isolamento social e de sofrimento psíquico são tão diversas quanto intensas. Equipes que percebem a necessidade de evitar a lógica disciplinar que sustenta a violência do confinamento com práticas conservadoras de controle social (p. 154).

Kinker (2012) afirma que as diversas formas de opressões vividas por esses usuários se dão através das contradições encontradas entre saberes, práticas e valores. Para o enfrentamento dessa barreira, deve-se superar o manicômio e desconstruir o poder a que os sujeitos estão assujeitados, desvinculando o cuidado da lógica do lucro, da produtividade e da mercadoria.

Os autores Lima e Ghirardi (2008) chamam atenção de que, para compor a equipe dos SRTs, é necessário que os profissionais compreendam a complexidade do cuidado aos moradores, afastando a lógica disciplinar ligada ao isolamento, à supressão de sintomas, ao controle dos corpos e dos

discursos e à tutela dos direitos, das possibilidades de ação no mundo e de responsabilização e cuidado com a própria vida.

De acordo com Rosa, Mângia e Oliveira (2005) as práticas e possibilidades da desinstitucionalização estão empobrecidas quando são formadas de acordo com a dinâmica do trabalho dos técnicos e não com a demanda dos moradores. Desta maneira, os SRTs reproduzem as lógicas institucionais e o trabalho carece de sensibilidade.

O profissional nesse serviço caminha junto com o morador realizando uma importante função. É fundamental que a cada ação empreendida, o profissional reveja seu papel diante do poder que lhe é atribuído, pois muitas vezes a função passa a ser de controlar a autonomia não abrindo espaços de negociação e aumentando o risco de que o relacionamento não seja um suporte de assistência. A relação entre o profissional e o usuário é fundamental para redução de obstáculos, potencializando a troca tanto na casa quanto na sociedade (MARQUES e MÂNGIA, 2012).

Mângia e Ricci (2011) apontam que, apesar de alguns moradores apresentarem suas necessidades com clareza, na maioria dos casos eles possuem dificuldades em objetivar seus desejos e organizar seu cotidiano. Muitas dessas dificuldades se relacionavam com o próprio manejo dos profissionais na gestão da moradia, que impõem regras e não negociam junto aos moradores, sem um processo de construção conjunta da vida cotidiana.

O cuidado com a conduta dos profissionais desse dispositivo deve ser alertado, para que as críticas feitas aos hospitais como lugar desumano, sem troca de afetos e flexibilidades, não se reproduzam nesse cenário (RIBEIRO, 2013).

Mesmo entendendo a importância das escolhas feitas pelos moradores e sabendo que essa tomada de decisão entre optar pelo desejo e pela preferência valoriza a construção de sentidos e ganho gradativo da autonomia, os profissionais responsáveis ainda caem no papel de facilitadores de rotina (MARQUES e MÂNGIA, 2012).

Nicácio e Campos (2005) falam sobre o exercício de lidar constantemente com novas situações do cotidiano como um desafio para o manejo dos profissionais nessas moradias, já que por vezes ocorrem

imprevistos que colocam em risco as possibilidades de interação, e são nesses momentos que resultam possibilidades de interação, de cuidado e escuta. Refletir sobre a prática, as necessidades, a demanda, o cuidar se faz importante para as relações que se constroem na convivência e no cotidiano.

Mais do que cuidar da rotina do sujeito, lidar com o cotidiano oferece a possibilidade de autonomia para o sujeito reescrever sua própria história, se recriando em grupo e coletivos (CASTILHO, 2012; GALHEIGO, 2003). A mediação dessas ações de autonomia no cotidiano pelos profissionais dos SRTs oferece ao morador a possibilidade de se reconhecer como protagonista da sua própria história (BENETTON, 1993/96 apud CASTILHO, 2012).

Para Castilho (2012), a importância dos papéis que os sujeitos desenvolvem na sociedade, a singularidade, os interesses e vontades resgatam o papel do sujeito como agente do processo de transformação de seu cotidiano e de sua vida.

Mângia e Marques (2004) consideram indispensável ao terapeuta ocupacional que atua nesse contexto a construção de um olhar atento para todos os acontecimentos desde os mais simples, mas que fazem parte do dia-a-dia das pessoas. Não se deve ver pela percepção pessoal do profissional, pois o que parece ser uma ação banal pode ter um significado importante para o sujeito, produzindo sentido para o cotidiano do mesmo. Investir nessas ações de forma contínua, estando junto, fazendo com o sujeito, resgatando trajetórias e sentidos, despertando desejos e a resignificação da rotina entrelaçam a cotidianidade.

Ribeiro (2013) reconhece como necessidade em saúde mental a criação de dispositivos que invistam no resgate da cidadania do sujeito, reformulando suas relações com a vida e mudando o foco da doença. Nos espaços de troca, as diferenças de cada sujeito potencializam o exercício da cidadania.

Sujeitos institucionalizados por longos períodos constroem hábitos no seu dia-a-dia que estão fortemente atrelados às relações verticais e ao assujeitamentos às regras impostas nas instituições totais. Inicialmente, muitos moradores ao adentrar os SRTs, continuando seguindo a rotina das

instituições de onde vieram em que as regras, os horários e a submissão de suas escolhas a estas relações verticais tomam também conta da rotina da casa. A rotina pode ser transformada de acordo com o investimento dos técnicos e cuidadores perante aos moradores, onde é possível intervenção nas ações diárias, na apropriação dos espaços, possibilitando habitarem a casa com liberdade e singularidade (MARQUES e MÂNGIA, 2012).

Busca-se a transformação de dentro e fora dos muros, para que a população viva com a diversidade. E, assim, os técnicos têm a fundamental função de mediar essa relação do sujeito com a vida concreta e cotidiana, problematizando e exercendo as relações dos moradores com seus desejos, necessidades, capacidades e limitações para realizar as atividades cotidianas e na convivência com os outros (MÂNGIA e MARQUES, 2004).

A gestão da moradia muitas vezes é um empecilho no caminho em direção à autonomia, visto que ainda existem regras impostas na rotina das casas que incidem diretamente no exercício do direito ao uso dos espaços e no estabelecimento de uma temporalidade singular no cotidiano e que reproduzem o controle das pequenas ações dos moradores tal qual ocorria nos hospitais. Como, por exemplo, a limitação do horário e do número de vezes que se pode utilizar o telefone, a fixação do horário de refeição e do que se vai comer; e a tutela na rotina de auto-cuidado (MÂNGIA e RICCI, 2011).

As considerações levantadas por Mângia e Ricci (2011) trazem a importância das atividades de rotina doméstica como limpeza, preparo de refeições, a própria relação entre os moradores que estruturam o cotidiano da casa. Essas dinâmicas básicas, se desenvolvidas com a horizontalidade das relações, o diálogo e interação do grupo, tornam-se facilitadoras da autonomia, possibilitando o habitar. O investimento contínuo no cotidiano reconstrói e traz de volta o significado das ações diárias e de maneira mais delicada, reorganizando o universo concreto e simbólico dos moradores (MARQUES e MÂNGIA, 2012).

Nesse sentido, a problematização da postura dos profissionais diante da negação de direitos deve se efetivar a cada pequena ação cotidiana para que a equipe de cuidado nesses serviços possa garantir novas possibilidades

de vida, atravessando as relações institucionais e dinamizando o trabalho no movimento de centralizar a demanda em um processo coletivo e singular ao mesmo tempo (NICÁCIO E CAMPOS, 2005).

Marques e Mângia (2012) apontam que, para facilitar a rotina, alguns profissionais impõem as próprias características e regras ao cotidiano das casas, não abrindo espaços para a negociação, controlando o ir e vir ou a própria maneira como os moradores se relacionam entre si. Esse risco é comum e se faz necessária a reflexão dos profissionais que atuam nesses serviços sobre o papel que exercem para que, ao invés de facilitadores de rotinas, sejam apoio para a reconstrução e ressignificação de cotidianos.

Segundo Mângia e Ricci (2011), falta nos profissionais dos SRTs uma formação técnica direcionada a uma lógica da cidadania, orientada de forma crítica e atualizada para o acesso aos direitos, e combativa à lógica manicomial.

Os profissionais que trabalham nesse dispositivo sustentam a responsabilidade e complexidade que é encarar diariamente possibilidades de crescimento em direção a liberdade e aos conflitos. É apontado que as equipes técnicas precisam planejar e criar suportes para a diversidade de necessidade dos usuários, utilizando a criatividade, flexibilidade e disponibilidade (MÂNGIA E MARQUES, 2004; NICÁCIO e CAMPOS, 2007).

3.2 De serviço a moradia: o trabalho do teapeuta ocupacional habitando a casa e a comunidade

Após muitos anos morando em um lugar, onde não se era permitido ter autonomia, em que as ações do dia a dia eram conduzidas ou tuteladas pelos profissionais da saúde, essas pessoas são inseridas em Serviços Residências Terapêuticos. A passagem para uma residência em que se prevê uma transformação no modo de morar, e antes de tudo o exercício do direito de morar, exige um cuidado delicado com as ações cotidianas e com os pequenos fazeres, de maneira que a subjetividade de cada morador seja respeitada e valorizada e sua autonomia construída diariamente. Friso a

relevância de diferenciar o exercício da equipe de “fazer com” os moradores ações que tragam para eles autonomia nas atividades que exerceram e não “fazer por” eles para que as práticas do cuidado não sejam assistencialistas

Para Saraceno (1999), a reabilitação psicossocial deve se ocupar, dentre outras esferas da vida dos sujeitos, da casa e do habitar. Para que os moradores compreendam que fazem parte da comunidade em que sua casa está inserida, é necessário intervir para que eles se apropriem daquele lugar, fazendo sentir que fazem parte daquele ambiente.

Faz parte do trabalho do terapeuta promover a compreensão de que a casa é um direito, e de que essa aquisição faz parte do processo de construção da cidadania do sujeito; e também a qualificação do habitar; a apropriação do local onde se vive e o protagonismo vinculado ao aumento do poder contratual.

Esta categoria debate como o trabalho do terapeuta ocupacional pode contribuir para que o SRT se diferencie de um serviço dedicado ao tratamento e adquira as características de uma moradia de fato, ou seja, um lugar que os sujeitos possam habitar. Bem como de que maneira pode contribuir para que os moradores construam redes de trocas, suporte e solidariedade no território em que a casa habita.

Para que os moradores possam efetivamente habitar as moradias, estabelecer trocas na comunidade em que moram e exercer seu poder contratual, uma capacidade importante deve ser trabalhada cotidianamente: a autonomia. Para Kinoshita (2001 apud MÂNGIA e RICCI, 2011), esta se refere à capacidade de o sujeito criar regras próprias para gerir seu cotidiano e identifica-se com as atividades que este realiza no dia-a-dia e com a liberdade de circular e estabelecer trocas nos espaços sociais. Implica na tomada de decisão sobre quando e como estas atividades são realizadas e de que maneira o sujeito faz a gestão de sua vida pessoal e doméstica, podendo decidir sobre a necessidade ou não de ajuda de técnicos e cuidadores neste processo.

Almeida e Trevisan (2011) indicam o movimento de romper com um modelo de atenção centrado na doença para focar na promoção de saúde, cidadania e participação social. A singularidade de cada indivíduo, sua

história, sua cultura, seu cotidiano passa a ser o foco no processo que facilita o exercício da autonomia e funções na comunidade. A ampliação da capacidade de negociar e de elaborar trocas que contribuam para as condições de vida aumenta a contratualidade e a autonomia (MÂNGIA e RICCI, 2011).

Foi sinalizada a necessidade de discernir que o morador não deve ser reconhecido como um portador de doença que deve ser controlado, mas como um sujeito que, como todos, possui dificuldades e diferenças e, contudo, necessita de cuidado para garantir sua cidadania e qualidade de vida devido à mudança de seu cotidiano (RIBEIRO, 2013).

No artigo de Nicácio e Campos (2007) é apontado que a prática do terapeuta ocupacional presente no dia a dia dos moradores exige a complexidade de acompanhar o cotidiano, criar condições ao exercício de liberdade e a mediação das interações dos usuários com a finalidade de enfrentar as experiências oposta a lógica da tutela. Os autores destacam que a liberdade e a autonomia devem ser problematizadas e construídas por meio do reconhecimento e do protagonismo:

A prática cotidiana revelava que propiciar que os usuários se apropriem da própria liberdade requer a transformação dos papéis cristalizados e das respostas pré formadas, buscar problematizar e contextualizar os significados de liberdade, autonomia, responsabilidades, risco, e produzir estratégias, vínculos, e projetos que possibilitem co-participação, reconhecimento dos saberes e recursos dos usuários e familiares, fortalecimento de contratualidade, leitura conjunta das situações, ampliação da compreensão das possibilidades de escolha, e potencialização do protagonismo e do poder de decisão (p. 148).

A terapia ocupacional problematiza e trabalha o exercício da liberdade e do protagonismo quando favorece a organização da rotina da casa a partir da demanda dos moradores, fazendo as intervenções necessárias nas áreas de desempenho ocupacional de cada sujeito, em suas atividades instrumentais de vida diária, lazer, atividades produtivas e circulação social nos espaços de convivência e de habitar (CASTILHO, 2012).

Porém, não basta trabalhar as capacidades dos sujeitos para a realização das atividades e sim antes de tudo reconhecer seus saberes e capacidades, bem como construir reais possibilidades para que possam

exercê-las na tessitura do cotidiano e nos novos territórios que buscam habitar.

Pois, como bem pontua Kinker (2012, p.182):

Não é só por terem esquecido de como lidar com a própria liberdade, mas porque o deserto de relações e de sentidos de vida com que se deparam quando em contato com os territórios de existência não os deixa vislumbrar possibilidades promissoras de existência.

A vivência de uma casa possui a representatividade de um lugar que dá poder e prazer para o sujeito, onde o simbólico e o material que foram perdidos ao longo da internação ganham um lugar privilegiado na elaboração das novas experiências. O trabalho do terapeuta ocupacional se dá no sentido de intermediar as relações, resgatando sentidos, ressignificando ações da cotidianidade (MÂNGIA e MARQUES, 2004).

Castilho (2012) reforça que as estratégias de reabilitação psicossocial redimensionam as práticas fundamentais para trabalhar as complexidades das ações humanas, fazendo com que se ganhe sentido na interação do sujeito com o seu cotidiano. Essa prática integra intervenções no domicílio, na sociedade, no lazer, na família e onde o sujeito tenha interesse. Todos esses lugares são possibilidades de intervenção para o terapeuta ocupacional, sendo oportunidade de se colocar junto do morador seja qual for a necessidade.

Para Costa e Brasil (2014), o lugar na comunidade produz relação de identidade e identificação com um espaço de cidadania, que é necessário para o encorajamento, visto que grande parte da sociedade é desigual e excludente e que essas questões impactam nas atitudes, comportamentos e interações do cotidiano de quem está em busca de seu novo lugar na sociedade.

No artigo de Marques e Mângia (2012) é sinalizada a necessidade do trabalho junto à comunidade, intervindo nas relações, esclarecimentos e conflitos. Frisa que a equipe técnica intervém estimulando e intermediando os moradores para o convívio social, envolvendo o contato com a comunidade.

As autoras chamam atenção que, na vizinhança, muitos sentem compaixão e presumem que só louco que não inquietar o outro tem direito à sua liberdade.

Sendo assim, Rosa, Mângia e Oliveira (2005) trazem a relevância da construção do trabalho em direção a uma cultura ordenada na sustentação das diferenças e na promoção de formas de convivência, que cada vez mais se distancie do binômio saúde-doença e se aproxime da construção de direitos e da participação social. A prática do cuidado não diz respeito somente ao acompanhamento diário dos moradores em sua rotina doméstica, mas deve estar orientada para as necessidades reais dos sujeitos. Sendo assim, o verdadeiro desafio é a restauração do poder contratual aos moradores.

Nicácio e Campos (2007) certificam como a prática cotidiana precisa ser problematizada e que contextualizar a autonomia, liberdade, responsabilidade é necessário para o fortalecimento da contratualidade tanto na relação entre os moradores quanto com a comunidade, potencializando o protagonismo e o poder de decisão.

Buscando compreender a rotina financeira, Castilho (2012) traz a importância do aprendizado financeiro, o manejo de como esse morador que não tinha a possibilidade e agora já pode administrar seu próprio dinheiro. Com a participação do terapeuta ocupacional, os moradores vão ao mercado, ao shopping, a passeios e viagens. Se organizam quanto ao uso do dinheiro para atividades de rotina, para compra de lanches, roupas e retomada de sonhos que foram abandonados.

Nesse caminho de gestão dos próprios recursos, os moradores vão ganhando mundos, expondo desejos, descobrindo novos gostos, novas relações e possibilidades de enriquecimento do cotidiano.

Ao terapeuta ocupacional, cabe o desafio de expor seu conhecimento diante do trabalho da equipe, pontuando como o saber sobre a atividade humana pode contribuir para o alcance da singularidade de cada indivíduo, da ressignificação das atividades, do exercício da autonomia e de sua função na comunidade (ALMEIDA e TREVISAN, 2011).

Nicácio e Campos (2007) trazem os desafios enfrentados pelos serviços substitutivos:

Diferente de simples concordância, exterior ao agir institucional, os serviços substitutivos têm o desafio de traduzir a afirmação da liberdade na prática terapêutica no cotidiano das relações, demonstrando a viabilidade de novas formas de cuidar e interagir com a experiência da loucura e do sofrimento humano. Práticas que necessariamente transcendem espaços institucionais na co-produção de “projetos de vida” nos territórios, propiciando oportunidades reais de enriquecimento para todos, cultivando redes relacionais, tecendo e transformando as possibilidades concretas de vida das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico (p. 149).

Aponta-se a necessidade de construir contextos de valorização diante de pessoas que estão em situação de desvalor, trazendo contribuições significativas para a criação de um novo espaço de vida e cuidado. O trabalho desempenhado pelo terapeuta ocupacional nos SRTs enfrenta a urgência de abandonarmos as verticalidades disciplinadoras e criarmos o cuidado horizontalizado, que nos potencializem e que nos permitam avançar na produção do cotidiano e que sustente e estimule as novas possibilidades para os moradores que tantos acreditavam ser impossível (LIMA e GHIRARDI, 2008).

Os artigos apontam que ainda há o predomínio das práticas disciplinares nos SRTs, onde os profissionais seguem uma rotina institucional, controlando as atividades cotidianas e seguindo as regras que eram impostas na internação. Isso indica a premência de intervenções nesses dispositivos que ainda estão seguindo uma lógica manicomial.

A importância na qualidade da assistência prestada aos usuários fortalece e mobiliza estes de ocupar espaço na sociedade. O terapeuta ocupacional deve construir seu trabalho de maneira a se contrapor aos processos de disciplinarização e normatização a partir de uma construção conjunta, dialógica, singularizada e coletiva do cotidiano de modo que cada fazer seja desdobrado em independência e autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O trabalho apresentado buscou refletir sobre o papel do terapeuta ocupacional nos Serviços Residências terapêuticos, visto que a forma de cuidado, o reconhecimento ou não do direito de morar e a maneira como o profissional favorece as atividades e media as relações com a comunidade podem facilitar ou dificultar a autonomia e o habitar dos sujeitos em suas novas casas.

Após a análise do material de pesquisa, observa-se que a atuação específica do terapeuta ocupacional nos SRTs ainda é pouco discutida e vivenciada resultando em um número pequeno de artigos.

Constatou-se que o papel do terapeuta ocupacional no SRT é de grande importância, visto que é o profissional que intervém sobre o cotidiano dos sujeitos, contribuindo para a reconstrução dos significados, das habilidades e devolvendo o desejo e o exercício de direitos que nunca deviam ter sido negados. Porém, a capacitação para esses profissionais é essencial visto que o conhecimento é muito importante em um serviço tão desafiador, para que não se repitam lógicas de cuidado tutelares e disciplinadoras.

Compreendeu-se o impacto na vida dos sujeitos que estão institucionalizados por anos e iniciam um novo momento em uma moradia encontrando diversos obstáculos em seu cotidiano. O terapeuta ocupacional contacta diversos interlocutores (sendo na comunidade, na família ou nos dispositivos de saúde) para construção do cotidiano e intervém junto com os moradores sobre os desdobramentos que surgem, tendo como norte o reconhecimento destes como protagonistas de suas vidas.

Concluo que há uma extensa possibilidade e necessidade de trabalho para os terapeutas ocupacionais nos SRTs e que existe uma grande necessidade de profissionais que desejam fazer o diferencial no âmbito da saúde mental, da desinstitucionalização e dos SRTs.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, D. T. de; TREVISAN,É. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil. **Interface comunicação saúde educação**, v. 15, n. 36, p. 229-307, jan./ mar. 2011.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMORIM, A. K. M. DIMENSTEIN, M. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARRÍGIO, C. B. **Saúde Mental na Atenção Básica: O papel dos agentes comunitários de saúde no município de Muriaé-MG**. Dissertação (mestrado)– Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2010.

BARROS, D. D. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? **Revista de Terapia Ocupacional**, 1990; 1(2): 101- 106.

BELINI, M. G.; HIRDES, A. **Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.4, pp.562-569.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 106 de Fevereiro de 2000**.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 10.216 de Abril de 2001**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.090 de Dezembro de 2011.** Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html >. Acesso em 28 de junho de 2016.

CASTILHO, J. C. N. A terapia ocupacional e o serviço residencial terapêutico no município de Belo Horizonte, MG. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 230-6, set./dez. 2012.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

COSTA, F. A.; BRASIL, F. D. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 22, n. 2, p. 435-442, 2014.

COSTA, C. M. L.; SILVA, A. P. L. L. S.; FLORES, A. B.; LIMA, A. A.; POLTRONIERI, B. C. O valor terapêutico da ação humana e suas concepções em Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** São Carlos, v. 21, n. 1, p. 195-203, 2013.

DIMENSTEIN, M. LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol1, no1, jan-abr. 2009.

ELIA, L. **O serviço residencial terapêutico: razões para dar suporte clínico a uma residência,** 2008
http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/o_servico_residencial_terapeutico.pdf

ERCOLE, F.F., MELO, L.S., ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem.** 18(1):9-12, Jan/Mar, 2014.

FIOCRUZ/FCG. Inovações e Desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. 2015. Disponível em: <www.nuppsam.org/page60.php>. Acesso em 2 de outubro de 2016.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C.E.L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 27, n. 2, p. 194-207, 2007

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

IP USP. INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP. Biblioteca Dante Moreira Leite. O que é revisão da literatura? Folder informativo. 2015. s/p.

KANTORSKI, L. P. - A REFORMA PSIQUIÁTRICA - um estudo parcial acerca da produção científica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001.

KINKER, F. S.O lugar do hospital psiquiátrico na atualidade: disciplina do abandono. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n.2, p. 172-185, maio/ago. 2012.

LIMA, E. M. F.A.; GUIRARDI, M. I. G. Transdisciplinariedade e práticas híbridas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 3, p. 153- 158, set./ dez. 2008.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O; JUNIOR, A. P. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v 14, n.3, p.448-456, maio-junho, 2006.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-80.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p.127-34, ago./dez., 2002.

MÂNGIA, E. F.; MARQUES, A. L. M. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 3, p. 129-35, set./dez., 2004.

MÂNGIA, E. F., RICCI, E. C. “Pensando o habitar” Trajetória de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 182-190, maio/ago. 2011.

MANGIA, E. F.; ROSA, C. A. de. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 71-7, maio/ago. 2002.

MARQUES, A. L.; MÂNGIA, E. F. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.23, n.3, p.245-252, set./dez. 2012.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. Afirmação e produção. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007.

NICÁCIO F.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas” novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde meental de base comunitária/territorial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p.40-46, jan./abr., 2005.

PADILHA, C. S.; MORAES, R. Franco Rotelli: contribuições para repensar o paradigma psiquiátrico. In: **Encontro Nacional dos Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta para Casa**. 2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 17- 19 abr. 2010. Posters... Porto Alegre: UFRGS, 2010. Disponível em: http://www.ufrgs.br/encresidenciais2010/programacao/arquivos_posters/FRANCO%20ROTELLI%20CONTRIBUICOES%20PARA%20REPENSAR%20O%20PARADIGMA%20PSIQUIATRICO.pdf . Acesso em: 28 maio 2015.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 174-182, set-dez. 2013.

ROSA, C.A. de; MÂNGIA, E. F.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Estudo de um serviço residencial: reflexões sobre os processos de desinstitucionalização. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n.3, p.105-113, set./dez. 2005.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi , jun. 2007.

SALLES, M. M; MATUKURA, T. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: TeCorá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVA, M. B. B. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n.2, Junho/2005.

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM, M.A.; COLVERO, L. A.Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde soc.** [online]., vol.16, n.3, p.102-110, 2007.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan.-abr. 2002.

