

A EXPERIÊNCIA DE INCLUSÃO DE UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA NA COMUNIDADE DE GARANHUNS–PE

Ellen Caline Castanha Bonfim Ferreira*
Henrique Figueiredo Carneiro**

RESUMO: O presente artigo aborda os processos desenvolvidos por equipes e rede de saúde para a inclusão de uma Residência Terapêutica – RT no contexto territorial em Garanhuns – PE e sua implicação como nova prática de saúde. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas, contando com a participação de 40 sujeitos, sendo 35 da comunidade onde a Residência Terapêutica está implantada e cinco profissionais de saúde. A análise construída a partir do material obtido nas entrevistas possibilitou o desenvolvimento de nove categorias que demonstraram os processos de inserção social dos moradores da RT na comunidade. Conclui-se que em Garanhuns, a RT conta com o apoio da rede de saúde no que concerne aos processos de saúde física, entretanto requer um planejamento e uma articulação entre esta rede e as redes sociais, para que assim haja uma aproximação entre os moradores da residência com a comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Residência terapêutica; Saúde mental; Rede de saúde.

INCLUSION EXPERIENCE OF A THERAPY RESIDENCE IN GARANHUNS, BRAZIL

ABSTRACT: The processes developed by health and network teams in the inclusion of a Therapy Residence in Garanhuns PE Brazil and its implication as a new health practice are discussed. Interviews with 40 individuals, comprising 35 members of the community where the Therapy Residence was established, and 5 health professionals, were undertaken. Analysis of the material retrieved from the interviews produced 9 categories which showed the processes of social insertion of the residents in the community. Results show that TR in Garanhuns is supported by public health network with regard to physical health even though planning and articulation between the network and other social networks are required so that an approach between the residents and the community may be obtained.

KEYWORDS: Therapy Residence; mental health; health network.

INTRODUÇÃO

A Residência Terapêutica como um serviço substitutivo ao hospital, “constitui-se de casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de portadores de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade” (BRASIL, 2011, p. 20). Este serviço permite o acolhimento destes indivíduos que não detêm condições de desfrutar de uma autonomia

social integral, nem contam com apoio/suporte familiar e vínculos de moradia.

Como uma possibilidade ao indivíduo de reinserção na sociedade, a RT evita que estes acabem por ser alocados em outras instituições de cunho asilar, que se configuram como um meio de exclusão e segregação. É um serviço que propaga os pressupostos da desinstitucionalização, visto como “progressiva «devolução à comunidade» da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos” (DELGADO, 2001, p. 184–185). Com seu caráter de

* Psicóloga pela Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Garanhuns (PE), Brasil; E-mail: ellencaline@hotmail.com

** Doutorado em Psicologia pela Universidad Pontificia Comillas Madrid; Docente Adjunto da Universidade de Pernambuco (UPE); Coordenador do Mestrado Saúde Mental Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Garanhuns (PE), Brasil.

cuidado e produção de saúde afastado dos modelos anteriormente vigentes, baseados apenas na retirada do sintoma, tem como objetivo o contato do indivíduo com uma realidade que há tempos não fazia parte de sua rotina, possibilitando sua reconstrução como ser social e o desenvolvimento de novas ideias de si.

Os moradores desta residência são inseridos em uma rede de serviços, organizações e relações sociais na realidade comunitária (BRASIL, 2004), onde demonstra a importância conferida à população neste processo de reintegração social. A participação da comunidade se configura como um dos pressupostos assegurados pela RT, estando presente na portaria nº 106/2000, cabendo a esta promover a reinserção destes moradores à comunidade, a fim de proporcionar trabalhos e projetos que possam colocar em contato morador e população, além da quebra de possíveis estigmas e imagens errôneas do indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico.

O município de Garanhuns, no Estado de Pernambuco, conta com uma residência terapêutica implantada acerca de três anos, sendo esta composta por um grupo de sete moradores que vieram de internações da capital (Recife) e pelos relatos dos profissionais, não possuem documentação ou contato com seus familiares. Seu quadro de funcionários é composto por seis cuidadores que trabalham em regime de plantão (12/48 h) e uma cozinheira que desenvolve suas atividades de segunda a sexta. Além destes profissionais que trabalham diretamente no cuidado e auxílio aos moradores da RT, tem-se a presença semanal de técnicos(as) em enfermagem, assistentes sociais e enfermeiras(os) para o cuidado e acompanhamento voltado para os processos medicalizados.

Como este serviço tem como atuação principal a retomada do indivíduo à sociedade, é necessária uma construção progressiva de atividades que proporcionem a este morador contato com o ambiente comunitário se incluindo na vida social. Entretanto, como um novo serviço de saúde mental encontra dificuldades para uma eficaz inclusão deste indivíduo egresso do modelo asilar na realidade comunitária—

social, seja pela falta de integração entre rede e instituições de saúde, pelo não atendimento ao que se é demandado nos novos paradigmas de saúde mental ou pela atuação ineficaz da atenção em território (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Diante disto, esta pesquisa teve como pergunta norteadora: como são desenvolvidos os processos de inclusão da RT na comunidade no município de Garanhuns/PE? Este questionamento aponta para as articulações entre o preconizado nas teorias sobre o SRT, em que sua forma de atuação em rede valoriza a relação do serviço com a sociedade, e a realidade prática que por vezes dissona do esperado em compêndios ministeriais. Neste caminho, o foco desta pesquisa, realizada na RT constituiu na abordagem dos processos desenvolvidos por equipes e rede de saúde para a inclusão de uma RT no contexto territorial em Garanhuns e sua implicação como nova prática de saúde.

Neste processo de cuidado e produção de saúde pode-se perceber a importância conferida aos novos paradigmas de saúde mental, em que se possibilita a quebra dos discursos instituídos e das visões atribuídas àquele que sofre psiquicamente, como de perigo, necessidade de enclausuramento e afastamento social. Diante deste contexto, a psicologia no viés da saúde possibilita uma relação entre diversos atores que proporciona uma produção de saúde em que a interação biopsicossocial é valorizada.

A psicologia voltada para a saúde se configura como um campo multidisciplinar formado pelas ciências sociais e de saúde, possibilitando atenção voltada para a recuperação, prevenção e promoção de saúde, além de influências na produção de políticas de saúde. É a partir disto, que se potencializa o bem-estar individual e da comunidade (PIRES; BRAGA, 2009). A psicologia aqui não é limitada ao viés da saúde mental, ela proporciona uma visão ampliada sobre os processos de saúde, em que se valoriza a atuação conjunta e voltada para uma “produção de saúde”, em que o trabalho é evidenciado no âmbito individual e coletivo, fortalecendo a disseminação e o desenvolvimento do cuidado em saúde.

Em relação à psicologia e o contexto aqui estudado esta vem direcionar para conceitos de saúde que não se limitam ao corpo biológico, demonstrando necessidade de reestruturação de uma realidade social adoecida por um arcabouço histórico que coloca os sujeitos considerados não saudáveis em processos de higienização e cuidados meramente medicalizados. Em relação a RT e diante de uma articulação desta psicologia com a saúde mental, poder-se-ia dar maior visibilidade às forças que operam na redução das experiências atribuídas à loucura como uma patologia ou doença mental, proporcionando a desinstitucionalização da cultura manicomial, modificando a partir de políticas sociais os discursos hegemônicos de sociabilidade e o convívio distanciado com o diferente na contemporaneidade (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

A RT como uma forma de cidadanizar o egresso de instituição asilar, conta com a necessidade de articulação clínica, em que o sujeito irá construir e delimitar seu lugar em detrimento do que está fora de si. A forma como este sujeito vai experimentar o espaço dependerá das visões construídas sobre um lugar que não se configurou ainda. Desta forma, a presença de um olhar clínico possibilita que o acompanhamento seja realizado em detrimento do sujeito, em que o morador do SRT irá construir o seu próprio lugar, seja na casa ou nos espaços da cidade, e até mesmo o lugar de tratamento (ESTRELLA, 2010).

O sujeito morador de uma RT no retorno à sociedade depende de uma construção de si que pode ser realizada pela clínica em conjunto com as políticas que lhes garante o sustento em uma casa. Este morador a partir de um trabalho clínico irá retornar os elementos da estrutura significativa, em que possibilitará um acompanhamento das questões de moradia, ou seja, como cada sujeito familiariza aquele espaço anteriormente não habitado. A RT inclui a convivência social do morador como um meio para construção de laços sociais, em que este irá se familiarizando com o morar e com o que está a sua volta (ESTRELLA, 2010).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que averiguou como se desenvolviam os processos de inclusão de uma RT no espaço territorial realizado por uma equipe/rede de saúde, a partir de uma abordagem qualitativa, que se amparou em apreciações mais aprofundadas dos fenômenos da pesquisa, compreendendo seus elementos, seus significados, e por consequência inferindo conhecimentos que perpassaram a mera quantificação. Diante da aproximação aos indivíduos, suas vicissitudes e seus contextos, valorizaram-se os sentidos atribuídos a RT e sua inclusão a nível social.

2.1 PARTICIPANTES

Os critérios utilizados para a inclusão dos sujeitos no estudo foi atuação direta ou indireta como profissional de saúde na RT, principalmente no desenvolvimento de práticas inclusivas à comunidade, e no ambiente em que a RT está implantada, alguns moradores de sua proximidade.

A pesquisa foi desenvolvida no bairro Cohab II no município de Garanhuns – PE por ser este a sede atual da RT. Além deste bairro para a obtenção de discursos de seus habitantes e de alguns profissionais de saúde, o estudo perpassou os serviços de saúde em que os profissionais exerciam suas funções.

Antes da realização da pesquisa, o projeto foi enviado para apreciação do Comitê de Ética, garantindo proteção aos pesquisados (parecer nº 1226886). O estudo também foi realizado diante da anuência da Secretaria Municipal de Saúde para realização das entrevistas com os profissionais e o contato com a RT. Todas as entrevistas propostas foram amparadas pela assinatura, por parte do voluntário, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que embasado na Resolução nº 466/2012, garantia as devidas explicações sobre o que se pretendia na pesquisa, além da total assistência ao participante.

2.2 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados seguiu os passos relatados abaixo:

1º passo: Aproximação com a realidade do município de Garanhuns

Foi realizado um contato com a V Gerência Regional de Saúde, a partir de fóruns de saúde mental que possibilitaram uma aproximação da realidade das redes de saúde na microrregião de Garanhuns e municípios circunvizinhos. Este momento da pesquisa objetivou um contato com conceitos propagados por profissionais de saúde, além da configuração da RT em Garanhuns, há quanto tempo esta foi implantada, seu quadro de profissionais, sua forma de atuação em rede.

2º passo: Realização do trabalho

Diante de um trabalho de identificação do espaço pretendido para o estudo, houve a organização de entrevistas semiestruturadas. Obedecendo as seguintes etapas:

- a) no ambiente comunitário, participaram 35 moradores, sendo estes escolhidos de forma aleatória e diante da disponibilidade em participar da pesquisa. Neste caso, para que houvesse uma amostra que contemplasse a realidade comunitária diante da RT implantada, delimitou-se um perímetro de 1 km das imediações do serviço;
- b) em relação aos profissionais, foram realizadas cinco entrevistas, perpassando estabelecimentos de saúde o qual estes estavam atuando;
- c) as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para que pudesse ser evitado qualquer tipo de manipulação e valoração pessoal;

- d) os discursos foram analisados a partir do conteúdo categorial de Bardin (2006), a fim de verificar presença de padrões nas falas dos entrevistados realizando, por conseguinte, uma produção de conhecimentos interpretativos;
- e) e para a garantia do sigilo e do anonimato da pesquisa, os entrevistados foram identificados pela letra P (profissional) seguida de uma numeração, no caso dos profissionais articulados com o SRT e em relação aos residentes da comunidade receptora do serviço, a identificação foi feita pela letra M (morador) seguido de seu respectivo número.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

As categorias construídas se dividiram em dois eixos, o relacionado aos profissionais e outro a comunidade. Em relação ao eixo dos profissionais foram construídas as seguintes categorias: Interação RT-comunidade; Dificuldades para a inserção social da RT; Proposições para a aproximação RT-comunidade e Articulação rede de saúde-RT.

Referente ao eixo da comunidade, as categorias apontaram para as seguintes construções: relação da comunidade com a implantação da RT; opiniões da população sobre a RT e RT e os serviços sociais. Estas três categorias foram desenvolvidas com a função de observar as relações existentes entre comunidade e RT e a implicação deste serviço no âmbito vivenciado.

3.1 EIXO PROFISSIONAL

3.1.1 Interação RT-comunidade

Esta categoria esteve fundamentada por um conjunto de discursos proferidos pelos profissionais, referentes aos processos de relação dos egressos de internações psiquiátricas de longa duração do município de Garanhuns (moradores da RT) com a

realidade comunitária. Diante disto, pôde-se observar que os moradores da RT não se relacionam com seus pares:

[...] eu não posso nem lhe responder, porque nós não temos contato com a comunidade entendeu? Aqui vem o pessoal da saúde, enfim (P. 1).

A RT proporciona a retomada dos indivíduos de grandes períodos de internação ao convívio social, ao morar e ao habitar, é concebida como um serviço substituto ao hospital e intermediário na transição para a comunidade (MÂNGIA; ROSA, 2002). O egresso da hospitalização psiquiátrica tem a partir destas moradias a possibilidade de encontro com um mundo anteriormente ceifado pelo isolamento vivenciado. Desta forma, a partir do observado nos discursos proferidos pelos profissionais, este contato com a sociedade, com a comunidade não é desenvolvido.

Para que este processo de inclusão ocorra é necessário que primeiramente a imagem excludente seja retirada da realidade atual em que se encontra esse morador, e que a sociedade esteja articulada com este serviço que não pode se aproximar de processos de invisibilidade e isolamento. O residente precisa ser readaptado a uma comunidade que pode não ser a sua de origem, mas que deverá aceitá-lo como cidadão e vizinho no momento em que este fizer parte de uma RT (RESGALLA; FREITAS, 2004). Se esta nova realidade não é desenvolvida pode-se acarretar a repetição de processos manicomialis.

Além da ausência de relação com a comunidade encontrada nos relatos profissionais, percebem-se alguns equívocos sobre a real intenção destes serviços que na verdade são moradias que possibilitam o inter-relacionamento com serviços, vizinhos e atividades comunitárias.

Agora assim, de verdade, interação com a comunidade tu não vai encontrar muita coisa com residência terapêutica não [...] se você tivesse botado aqui CAPS, você ia encontrar muita coisa, mas residência terapêutica num combina

muito com interação com a comunidade não [...] Porque o CAPS ele é aberto, ele é porta aberta, a residência é porta fechada (P. 3).

Pode-se observar nesta fala que o sentido de RT ainda está atrelado a um serviço fechado, fora do contexto interacional, colocando dispositivos como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como único meio para proporcionar inserção social do indivíduo em sofrimento psíquico. Entretanto, como bem evidenciado no presente trabalho, o SRT é um serviço que proporciona o voltar à sociedade, o voltar para casa e isto pode ser encontrado nos conceitos do Ministério da Saúde (2005) em que as RT's devem possibilitar o direito à moradia destes egressos de grandes internações, auxiliando-os no processo de reintegração na comunidade.

É inegável que todo processo de inserção social traz consigo uma gama de dificuldades, de discursos incrustrados e procedimentos repetitivos aos modelos que a Reforma Psiquiátrica luta em sustar da realidade contemporânea, entretanto, algumas confusões precisam ser cessadas para que estes indivíduos que tanto sofreram e sofrem, tenham a possibilidade de uma vivência diferente, de uma nova forma de habitar o social, de participar da vida pública. Quando os sentidos atribuídos a um serviço, que tem como pressuposto a sociedade, são perdidos, é onde se percebe que as práticas precisam ser repensadas e analisadas de acordo com aquilo que é pretendido.

Ainda na categoria aqui analisada, encontra-se um relato de um profissional, que evidencia um tipo de contato com a comunidade, entretanto faz-se necessário evidenciar que esta relação foi algo advinda de uma atitude externa e pontual, podendo presumir como uma forma de curiosidade sobre os novos vizinhos.

Tem, sempre vem vizinho, vem trazer presente pra eles ne? Pra M., um desses colar foi uma vizinha que trouxe, ela sempre conversa, conversa muito aqui na frente, ne? Com a vizinhança, ela conversa muito (P. 2).

O serviço precisa construir estratégias que venham a proporcionar um contato entre vizinhança e moradores da RT, pois esta tem como pressuposto relevante a ampliação dos espaços vivenciados por aqueles egressos de instituição asilar. Os processos de institucionalização devem ser afastados desta nova realidade possibilitando, assim, práticas socializadoras.

3.1.2 Dificuldades para a inserção social da RT

Como visto nos compêndios do Ministério da Saúde (2004), os processos de reabilitação psicossocial devem buscar a inserção do usuário de serviços, como a RT, na rede de saúde, organizações e relações sociais da comunidade, configurando-se como um longo processo que deve se direcionar à uma progressiva inclusão deste morador. Os padrões nos relatos dos profissionais explicitaram os empecilhos para uma inserção e consequente inclusão dos moradores da RT na sociedade, apontando desta forma para o título da categoria aqui analisada.

Estas problemáticas foram explicadas pela ausência de transporte, de profissionais e da própria dificuldade de locomoção de alguns moradores, como visto a seguir:

Não, nunca. Até por conta da dificuldade também, que se há pra eles andarem... tem aquele ali de camisa verde, é uma dificuldade terrível pra ele andar (P. 1).

[...]aqui é tudo distante, não tem como sair com eles não, fica ruim. Até porque num consegue, porque é um funcionário só ne? Ai fica mais difícil [...] se tivesse um transporte pra residência podia sair com todos, ir num parque, no pau pombo, eles não dão trabalho quando sai na rua entendes? (P. 5).

Pelo observado, mesmo depois de alguns anos de implantação da RT no município de Garanhuns, algumas problemáticas se fazem presentes, o que implica dizer que se faz indispensável que haja uma

reformulação das práticas inferidas nesta moradia. Para que isto ocorra exige-se uma relação e pacto entre gestão, comunidade, usuários da RT, profissionais de saúde, vizinhos a RT, rede social de apoio e um trabalho que atue diretamente no preparo e cuidado dos futuros moradores (BRASIL, 2004). E este trabalho deve se configurar em um processo contínuo, em que todos os atores desta relação se articulem e procurem melhor forma de desenvolver atividades com os moradores, as redes de saúde e sociais.

Não se exclui aqui as dificuldades que todo serviço de saúde se depara, entretanto, existe a necessidade de uma busca por mecanismos que possibilitem a estes moradores um contato com o exterior, com atividades sociais simples, para que assim possam desenvolver sua condição de cidadão, como observado na portaria nº 106/2000, em seu artigo 4ª, alínea c, os SRT's devem se basear no princípio de respeito aos direitos do usuário em sua condição de cidadão e como sujeito em possibilidade de desenvolver uma vida de qualidade e integrada à comunidade.

3.1.3 Proposições para a aproximação RT–comunidade

A organização do espaço de uma RT deve possibilitar uma relação entre os processos de saúde e o afastamento de práticas de institucionalização, trazendo as novas visões de atuação em saúde mental para o âmbito socializador. Neste momento, os profissionais relataram os planejamentos que poderiam ser realizados para proporcionar uma posterior inserção dos moradores da RT em sua comunidade–sede.

Atinente a isto, os profissionais relataram que as saídas poderiam ser atingidas se o transporte fosse disponibilizado para a RT, e emergiram sugestões de articulação com a comunidade por meio de fóruns como observado na seguinte fala:

Assim, agora se tivesse tipo um fórum pra saúde mental aqui no bairro, fosse um fórum pra pessoa

só especializada, tipo um evento, entendesse? Montasse um stand, ai levasse o pessoal da residência, apresentasse a comunidade, ai acho que seria uma coisa boa, porque ai precisava introduzir... porque o trabalho da residência num é introduzir eles na sociedade. Como é que vai introduzir se não tem o contato com a sociedade ne? (P. 5).

Diante da carência de procedimentos que possibilitem desenvolver de políticas de reintegração social, em que profissionais estejam dispostos a realizar práticas socializadoras, desmistificando o arcabouço da internação anterior, é necessário que haja uma superação da situação de degradação vivenciada pelos internos, retirando do cerne das práticas em saúde a internação como única forma de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e para isto ocorrer é imprescindível que haja uma expansão das redes e serviços que tem como prioridade substituir as práticas hegemônicas. Além do contato com a população, são necessários profissionais qualificados, equipamentos sociais e de saúde que proporcionem o acolhimento e acompanhamento dos egressos de longa internação e dos novos pacientes (FURTADO, 2006). Os fóruns podem ser vistos como ferramentas potencializadoras para a reintegração dos usuários à comunidade, entretanto, vale salientar, que o objetivo de reinserção trata-se de uma proposta complexa, que demanda atuação maior na direção de desenvolver mudança inicial nos sentidos que profissionais e rede de saúde possuem em relação a moradia.

Aqui também se encontrou a posição dos profissionais como multiplicadores de conhecimento, em que são capacitados para saber como a RT funciona e no caso da população solicitar algum tipo de conhecimento, demonstrar alguma dúvida, estes esclarecerem.

[...]toda reunião a gente fala, agora no próprio fórum falamos pra todas as entidades pra quem a população chegar perguntando disso[...] (P. 4).

Como visto acima, a explicação para que estes profissionais assumam uma postura de repassagem de conhecimentos se dá pelo grande quantitativo populacional, o que impediria um conhecimento ampliado. Entretanto, nem mesmo as comunidades que foram sede de sua implantação tiveram contato com a RT, ou quando este aconteceu, deu-se de forma mínima e superficial, o que demonstra que mesmo diante desta capacitação, a população continua desassistida e em situação de alienação perante um serviço que se direciona aos processos de relação. Ademais se faz mister que haja uma visão ampliada sobre esses processos, para que como observa Souza (2012), as RT's possam se constituir como instrumentos fundamentais para as políticas públicas de saúde mental possuindo como meta a superação aos hospitais psiquiátricos, as internações duradouras e o modelo hospitalocêntrico–manicomial como forma de cuidado.

3.1.4 Articulação rede de saúde–RT

Esta categoria se desenvolveu diante da relação de discursos que apontava para a configuração da rede de saúde junto ao SRT, demonstrando quais os serviços estavam relacionados e os processos de promoção de saúde desenvolvidos.

Antes de qualquer apreciação desta parte das entrevistas, é necessário explicar que estas RT's, mesmo sendo vistas como moradias e afastadas dos processos de institucionalização, são vinculadas a certos serviços que proporcionam acompanhamento das necessidades dos moradores. Segundo o Ministério da Saúde (2004), as RTs devem ser acompanhadas ou por um CAPS ou por ambulatórios que sejam especializados em saúde mental ou por uma equipe de saúde da família.

Entretanto, como espaço para morar, conviver, se relacionar com a cidade e com a comunidade, este serviço não pode perder seu sentido de inclusão e relações sociais, então as ações voltadas para a assistência em saúde devem ser prestadas pelos serviços do município em que a RT está instalada,

tornando-se referência a estes moradores, assim como a qualquer outro cidadão (MOREIRA; ANDRADE, 2007). O morador da RT pertence à comunidade, podendo utilizar-se de serviços de saúde, não apenas por sua condição de sofrimento psíquico, mas por sua condição de cidadão detentor de direitos.

A RT de Garanhuns é referenciada pelo CAPS–Flores, que inclusive, não deve ser considerado o único dispositivo responsável por este apoio à moradia, pois se entende que é preciso uma articulação da rede, que direcione a atenção em saúde mental para a lógica do território (BRASIL, 2005). Observa-se uma articulação de vários dispositivos de saúde a partir da fala que se segue:

É o PSF, o CAPS, sendo que eles passam também pela psiquiatria ne? Também... clínico geral, aqui também tem uma técnica de enfermagem, sempre vem, sempre tá aqui. **Alguma equipe do CAPS vem para cá?** Vem, enfermeiro, o coordenador ne? Sempre vem aqui, a assistente social toda quarta-feira, estão sempre sendo acompanhado sabe? (P 2).

Os SRT's são espaços de habitação acompanhados por uma rede extra-hospitalar composta por CAPS, ambulatórios, atenção básica (BRASIL, 2011), para que além da reconstrução ou construção de relações sociais, os moradores possam ser assistidos pela rede de saúde, evidenciando sua adaptação à nova realidade. Segundo Amorim e Dimenstein (2009), o trabalho realizado em uma RT exige construção eficaz de redes de cuidado relacionadas com serviços e diferentes equipamentos sociais, envolvendo a cidade diante de sua potência nas estratégias de cuidado. Sendo assim, a conexão dos dispositivos de saúde permite que haja o trabalho em território, ampliando a prática aos diversos âmbitos sociais, chegando a uma “invenção de saúde” (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009, p. 3). Com serviços de saúde como a RT é fundamental um novo processo de produção de saúde, em que morador, rede e comunidade estejam correlacionados.

Nota-se aqui que o cuidado, o auxílio à saúde física é desenvolvido, estando os moradores medicalizados e supervisionados por profissionais de saúde, entretanto percebe-se que a produção de saúde está sendo desenvolvida em função de parâmetros biológicos, e vale ressaltar que os sentidos atribuídos a estas moradias não podem ser limitados a isto, devendo também haver abordagens de cunho psicossocial.

O que se preconiza em um serviço que é voltado para a territorialização, para a atuação em um espaço comunitário é que os processos de saúde não se limitem a uma realidade individualizada, possibilitando uma integração com a esfera social. A psicologia demonstra que os conhecimentos e técnicas voltados para a saúde–doença precisam ser ampliados para que assim os cuidados em saúde se direcionem ao bem–estar de indivíduos, população e comunidade (PIRES; BRAGA, 2009).

Na realidade aqui disposta há necessidade de uma articulação entre diversos profissionais que venham a agir de forma que os processos de saúde e doença vivenciados pelos moradores da RT, tenham um olhar para seu contexto psíquico, social e biológico e a interação configurada por estes. Para uma promoção e prevenção de saúde eficaz proposta pela psicologia deve-se evidenciar a inclusão dos sujeitos nas especificidades da situação vivenciada. O morador da RT em articulação com os sujeitos da comunidade e sua rede pode desenvolver formas de lidar com sua condição, direcionando-se para um enfrentamento de doenças e limitações.

3.2 EIXO COMUNIDADE

3.2.1 Relação da comunidade com a implantação da RT

Para o surgimento desta categoria, observaram-se as informações trazidas pela comunidade diante de sua “relação” com a RT, em que os discursos apontavam para o conhecimento e desconhecimento sobre a implantação do serviço.

Diante do observado nesta categoria, em quase totalidade, os moradores não possuíam conhecimento sobre a presença deste serviço nas imediações de suas residências, o que demonstra uma divergência entre o pretendido e programado nas portarias do Ministério da Saúde e literaturas sobre a reintegração social.

Não. Não tenho nem ideia do que seja e nem ninguém falou nada sobre (M. 3).

Num sabia nem que morava gente, pensava que só tava alugada (M. 28).

Alguns moradores depois de explicado o que seria a RT, e diante de perguntas de onde esta se localizava, reconheceram o serviço, mas relataram que nenhum profissional lhes explicou algo, e que também não tiveram contato com serviços de saúde. O reconhecimento do SRT se deu pelas características relatadas e por estes moradores já terem visto algo quando passaram pela frente desta casa.

[...] eu já vi essa casa. Porque as vezes a gente passa em frente, aí tem umas senhoras... Lá é tipo um abrigo, que as vezes chega carro da prefeitura, traz alimentos, essas coisas. (M. 12).

Uma casa de apoio pra o pessoal que não tem família não é isso? Aqui num identifica não, num tem placa nem nada. (M. 21).

Nesta parte da pesquisa, verificou-se que o “conhecimento” sobre aquela casa foi limitado às conversas com os vizinhos e as próprias percepções delimitadas pelos moradores da comunidade. Alguns destes moradores tinham ciência que a casa estava alugada para o desenvolvimento de algum serviço por parte da prefeitura, mas não sabiam sua real utilidade. Ainda, nesta categoria foram verificados alguns sentidos de loucura:

Não, dizem que tem uns alienados mentais ali [...] o que eu sei, é desajustado, alienado mental ne?

Fica ali cantando, todo mundo que passa diz ‘lindo lindo’. Ainda hoje falei... seria bom que fizesse um grande pra cumular mais, porque se for fazendo assim desses pouquinhos fica muito caro[...]. (M. 33).

A partir desta fala entra-se em contato com dois pontos importantes a serem abordados, o conceito de alienação e a repetição dos modelos hospitalocêntricos como forma de cuidado. O conceito de alienação mental está associado à ideia de perigo, que contribui para uma produção de atitudes sociais de medo e discriminação com aqueles sujeitos identificados desta forma (SILVEIRA et al., 2011). Estes indivíduos são colocados fora da realidade, com atitudes e pensamentos desarmônicos, tendo como solução a hospitalização e o enquadramento social em um modelo não mais hegemônico de cuidado.

Como observado, inserir os indivíduos que sofrem psiquicamente na comunidade é um dos aparentes objetivos das RT's. E esta inserção não se configura em uma tarefa simples, pois um dos maiores obstáculos para a cidadanização destes que são denominados loucos são propriamente as visões proferidas sobre a loucura, que se reproduzem, por séculos, no cotidiano das sociedades.

Ainda se observam discursos em que o dito louco precisa ficar enclausurado para que assim a sociedade esteja a salvo, higienizada e desresponsabilizada sobre qualquer ato, entretanto, diante da hodierna realidade, estes indivíduos não são mais invisíveis, fazem parte da cidade, dos serviços, estão se inserindo paulatinamente nos contextos socioculturais, reivindicando seu espaço como ser social. Diante disto, o louco e a loucura não devem ficar guardados junto de processos de isolamento, é um fato que precisa ser discutido e visibilizado para que possa haver a possibilidade de uma relação, de um convívio mais empoderado acerca da loucura.

3.2.2 Opiniões da população sobre a RT

A nomeação desta categoria se desenvolveu diante de uma gama de discursos que demonstraram

as visões dos moradores da comunidade em relação à implantação da RT na vizinhança. Estes discursos ocorreram após as explicações sobre os objetivos da RT, sua finalidade e benesses para os egressos. Alguns moradores se mostraram receptivos ao serviço, explicitando que o apoio deve ser realizado para que aqueles indivíduos possam ser assistidos e cuidados.

Bom, se é pra o bem deles, se é pra melhorar, é uma boa, é melhor do que tá na rua, jogado. Pelo menos eles tem um lugar né? E tem um acompanhamento, né isso? Porque isso pode ocorrer com qualquer família né? (M. 18).

Ai, mas assim, se tem acompanhamento e tudo, a gente tem que confiar, mesmo porque ninguém né... e se eles querem ser ajudados dessa forma né? Acho que quem tem uma chance não desperdiça não. (M. 11).

As falas mencionadas acima demonstram acolhimento àquele que sofre, trazendo as novas possibilidades de cuidado. Os moradores, depois de conhecerem sobre o serviço, mostraram-se empáticos à situação vivenciada, alegando que este se configura em importância, pois proporciona um cuidado aos indivíduos que não têm para onde voltar. Segundo Macedo et al. (2011), os novos paradigmas de atenção em saúde, junto com os processos de reabilitação psicossocial, desmistificam a ideia de um louco perigoso que precisa de controle, surgindo a confiança, o acreditar nas possibilidades daquele que sofre. Aquele indivíduo em sofrimento psíquico não deve continuar sendo afastado da sociedade, enclausurado, não exercendo formas de pertencimento ao mundo externo, ele é um cidadão detentor de direitos como qualquer outro.

Há também uma concordância por parte de alguns moradores sobre a importância de inserção do egresso na vida social. Inserir os habitantes de uma RT na sociedade garante, junto com outros processos, a promoção de saúde e, como fala Venturini (2010), desenvolve conhecimentos e competências, apoiando

a reintegração social e incentivando o protagonismo dos usuários.

Acho bom, porque to sabendo por alto que a providência vai fechar. E essas pessoas não tem pra onde ir e precisam de apoio, ai acho uma excelente ideia né? E assim, também pra impor eles na sociedade, né? Que ele possa ir pra igreja, possa participar. (M. 27).

Foi identificado igualmente o desejo de protagonismo de alguns habitantes da comunidade. Depois de esclarecidos sobre o funcionamento houve perguntas sobre as visitas, se estas poderiam ser realizadas, se a população poderia ter algum contato com os egressos moradores da RT. Entretanto, juntamente com esta atitude, vieram alguns medos e preocupações, que podem ser facilmente explicados pelo arcabouço e tabu que a loucura ainda carrega, diante dos resquícios históricos que se evidenciam até os tempos atuais, colocando os indivíduos em sofrimento psíquico como agressivos que necessitam de controle e tratamento moral.

Mulher, achei ótimo pra eles, achei foi ótimo [...] Agora a gente é quem devia visitar, fazer ne... mas rapaz. Ai eu pensei assim, até fiquei até com medo, se a gente entrar lá e eles puder atacar a gente, a gente não fica né? As meninas dizendo assim que era 'uns doido' e eu dizendo 'oxente mas vieram botar aqui?' ainda pensei assim. (M. 24).

Em conformidade a Frichebruder e Souza (2011), a existência das residências vai além do dispositivo legal, cabendo a diversos atores um olhar atento aos posicionamentos atribuídos à 'loucura', principalmente nos espaços criados para 'substituir' o manicômio e desenvolver outra forma de relacionamento com estes diferentes que denominam de loucos.

Mesmo depois das explicações sobre a RT, os habitantes da comunidade ainda confundiam sua função alegando que poderiam ser desenvolvidas casas maiores para abrigar vários moradores, então houve a necessidade de uma breve explanação

sobre as práticas em saúde mental que não fazem mais parte do cotidiano como o enclausuramento e o afastamento da sociedade, ilustrando os preceitos da reforma psiquiátrica que proporciona a reformulação dos modelos de saúde mental perpassando a mera hospitalização e medicalização do indivíduo.

Não, eu achei nota 10 e eu tava até hoje comentando com um cidadão que deveria ter vários aqui na cidade, ou então um grande pra acolher o máximo de pessoas que necessitarem ne? (M. 22).
[...] tem uma creche ali pra cima, tá faltando o telhado, devia fazer pra essas pessoas nera? No lugar de uma casa assim, fazia cada um, um quarto grande, fazia cada um suas camas, direitinho nera? (M. 24).

Trabalhar junto com a população possibilita que a forma de tratamento aos moradores de uma RT seja flexibilizada, quebrando as barreiras impostas por um olhar estigmatizado e aprisionado sobre a loucura. As formas de tratamento não mais se configuram em galpões para alojar o máximo de pessoas, tirá-los da sociedade, desenvolver um cuidado voltado meramente para a medicina. Com a construção de novos espaços, estes sofredores psíquicos, agora inseridos na sociedade, podem contar com uma rede de apoio e cuidado voltado para suas necessidades em diversos aspectos.

3.2.3 RT e os serviços sociais

Nesta parte da pesquisa, diante dos ditos dos moradores da comunidade sobre a forma de relação do RT com uma realidade extra-casa, chegou-se a esta categoria.

A RT como possibilidade de contato morador-sociedade possibilita o início de processo contínuo de reabilitação, em que se busca progressivamente o desenvolvimento de inclusão social e emancipação pessoal deste morador, garantindo-lhe o viver na cidade (JUNIOR; SILVEIRA, 2009). Então, a última categoria averiguou que os moradores da RT pouco saem, tendo contato mínimo com ambientes aquém

da casa onde habitam.

Abro aqui a porta e só vejo lá fechado. Tem uma senhora que canta direto, todo dia. Quando o povo passa fala 'bom dia senhora', mas pelas brechas. (M. 20).

Sei que tem hora que a gente passa e pelo burquinho da fechadura ela fica olhando. Ai passa ai ela 'boa tarde, ai a gente 'boa tarde' ne? Ai a pessoa fica os bichinhos deve ficar [...] porque eu quase nem vejo ne? (M. 24).

Mesmo sendo um serviço novo, já deveria ser observado algum tipo de atividade voltada para a inclusão, para a produção de práticas que proporcionassem a quebra da institucionalização. Como descrito por Junior e Silveira (2009), as residências, sendo espaços de moradia localizadas na cidade, possuem sentidos de cuidado que são produzidos na casa ou a partir da casa, por meio do contato com a rua, o supermercado, o cinema, a escola, o território, pois o foco do SRT está atrelado ao resgate de vida daqueles que sofrem psiquicamente, tendo estes a chance de reconhecimento como sujeito, cidadão, tirando-lhes a imagem objetificada que a instituição asilar proporciona.

Mas terapêutica num é sinônimo de cura [...] Mas ali, ali não tem isso. Lá tem repouso, comida, alimentação, mas não tem passeios, não tem, falta muita coisa, contato com a sociedade, poder ir numa feira, numa missa [...] (M. 33).

Preparar uma rede para receber um serviço que demande contato com a sociedade requer um processo contínuo, em que se deve desconstruir os paradigmas de cura voltados para assepsia como forma de cuidado dos ex-confinados dos hospícios, pois estes agora fazem parte dos riscos da rua e dos conflitos da comunidade (FURTADO; BRAGA-CAMPOS, 2011). Então, na RT de Garanhuns, pode-se deduzir que as formas de cuidado são desenvolvidas principalmente a partir dos processos curativos e de bem-estar físico do ex-interno de hospital psiquiátrico, não sendo ainda desenvolvida uma partilha eficaz com

serviços sociais e população.

É necessário evidenciar que manter este serviço limitado aos processos biológicos pode proporcionar uma repetição dos modelos de internação, sendo sempre um processo que demanda uma aproximação aos conceitos e as práticas que o reconhecem como moradia. Segundo Fassheber e Vidal (2007), é imprescindível evitar que um serviço como este se transforme em uma espécie de mini-hospício, pois são locais que possibilitam a produção de novas experiências vivenciadas diante de uma apropriação de um novo espaço e uma relação de pertencimento. A RT é um local propriamente de moradia, de habitar, é o encontro do egresso com a realidade perdida, então se faz de suma relevância um trabalho que evidencie este sentido, não favorecendo o enclausuramento mascarado de contato com a cidade, ou os ditos manicômios invisíveis.

Falar-se-á que no momento em que os sistemas de aprisionamento ao indivíduo em sofrimento psíquico retornam à realidade, depois de anos da luta pela mudança dos paradigmas do tratamento em saúde mental, ferem não apenas a condição de liberdade daquele que sofre psicicamente, mas também seus direitos básicos inerentes, sua dignidade humana.

4 CONCLUSÃO

Na situação atual, os modelos em saúde mental se aproximam de tratamentos voltados para a relação com a comunidade, desconstruindo o cuidado alicerçado em uma assistência psiquiátrica e meramente medicalizada. O trabalho em território abre a possibilidade dos sujeitos em sofrimento psíquico se aproximarem à realidade há muito tempo retirada de sua condição de ator social e permite aos modelos de saúde uma aproximação e construção de processos inovadores de saúde.

Como evidenciado durante toda a construção do estudo, a proposta das RT's é a possibilidade de inserir e posteriormente incluir o sujeito egresso de hospital de tratamento à comunidade, garantindo-

lhes a construção de autonomia e a aproximação a sua condição de cidadão. Sabe-se que este processo requer suporte e uma relação entre Estado, município e população.

Em Garanhuns, pôde-se observar que o trabalho em território requer uma estruturação para que assim possa desenvolver uma articulação da RT com sua comunidade, evitando que processos de enclausuramento e exclusão social sejam repetidos nesta nova realidade que se dispõe ao convívio social. As equipes e rede de saúde que participam do cuidado neste serviço precisam desenvolver junto com a comunidade uma reintegração destes indivíduos em condição de sofrimento, para que seu trabalho não fique limitado à cessação ou atenuação de uma doença, de um sintoma.

A ausência de contato destes moradores com serviços sociais, com instituições localizadas no entorno de sua morada, evidenciam um problema estrutural na rede de atenção em saúde que calcam sua atuação nos processos de medicalização e isolamento. Desta forma, necessita-se de uma desmistificação de sentidos atribuídos ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico e uma atuação direta com a comunidade para que a RT não configure como um microssistema manicomial. Os muros dos manicômios não podem passar de estruturas físicas para pertencer à realidade de forma invisível, instituído nos profissionais e na própria sociedade.

Tanto gestores como profissionais de saúde precisam superar a tradicional e repetida forma de cuidado em que o outro é visto em detrimento de sua doença e não como um sujeito que necessita de contato com diversos contextos. Os processos de inclusão social de um egresso de hospital psiquiátrico a partir de uma RT necessitam de uma articulação contínua entre o previsto na teoria e o realizado na prática, para que assim possa se desenvolver o encontro do morador com a sociedade e sua produção de autonomia.

A psicologia como um processo que proporciona a saúde, adentra nesta realidade demonstrando a articulação que diversos contextos

possuem na produção e propagação de saúde. A situação vivenciada pela RT em Garanhuns demonstra uma limitação da saúde ao corpo físico, entretanto para realização de um trabalho ampliado, em que diferentes saberes estejam sendo produzidos para uma saúde relacional, necessita-se de um suporte inicial aos profissionais, para que atualizem suas práticas a fim de possibilitar um cuidado integral. A importância deste trabalho para a psicologia surge no momento em que uma rede não articulada impossibilita que o processo de saúde se desenvolva de uma forma que aquele que sofre possa fazer parte de uma realidade social.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100025&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70: Lisboa, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Série F. Brasília: **Comunicação e Educação em Saúde**, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério Público. **Ministério Público e tutela à saúde mental**: a proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas. 2. ed. Ministério Público do Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atualizacao/infancia/saude/manuais/cartilha_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Org.). **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. spe. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932012000500017>. Acesso em: 10 out. 2015.
- ESTRELLA, R. **O lugar do sujeito nos Serviços Residenciais Terapêuticos**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2010. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Hyc08kvDMsJ:www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes/2010/Dissert_Renata_Estr.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 4 jul. 2015.
- 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, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n2/v27n2a03.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2015.
- FRICHEMBRUDER, S. C.; SOUZA, N. G. de. A Utopia da Constituição do “Mapa” da Reforma Brasileira. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.) **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.
- FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde**

- Coletiva**, Campinas, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026>. Acesso em: 20 ago. 2015.
- FURTADO, J. P.; BRAGA-CAMPOS, F. C. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.) **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.
- MACEDO, J. Q. de et al. Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.) **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.
- MÂNGIA, E. F.; ROSA, C. A. de. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo v. 13, n. 2. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13899/15717>>. Acesso em: 16 abr. 2015.
- MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. de. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- PIRES, A. C. T.; BRAGA, T. M. S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2009000100013>. Acesso em: 9 out. 2015.
- REGALLA, R. M.; FREITAS, M. E. A. A residência terapêutica: o melhor lugar de se viver. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 8, n. 2, p. 283–289, 2004. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/738>>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- SANTOS JUNIOR, H. P. de O.; SILVEIRA, M. de F. de A. Práticas de cuidados produzidos no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos do retorno à sociedade. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 788–795, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a08v43n4.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2015.
- SILVEIRA, M. de F. de A. et al. A Casa é o habitat humano. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.) **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.
- SOUZA, B. “Residência Terapêutica: reflexões e a experiência no CAPS David Capistrano”. Universidade Campinas: Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganelnxtcc2012beatrizsouza.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- VENTURINI, E. “O caminho dos cantos”: morar e interseccionalidade na saúde mental. **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922010000900002&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 abr. 2015.

Recebido em: 29 de junho de 2016

Aceito em: 01 de novembro de 2016