



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

MARIA HELENA SANTANA DE OLIVEIRA

**SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: ATIVIDADES E ESPAÇOS
DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

FORTALEZA – CEARÁ

2009

MARIA HELENA SANTANA DE OLIVEIRA

**SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: ATIVIDADES E ESPAÇOS DE
CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto.

FORTALEZA – CEARÁ

2009

O48s

Oliveira, Maria Helena Santana de

Serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental / Maria Helena Santana de Oliveira. – Fortaleza, 2009.

88p.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Serviços residenciais. 2. Desinstitucionalização. 3. Atividades cotidianas. 4. Saúde pública. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 362.1

MARIA HELENA SANTANA DE OLIVEIRA

**SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: ATIVIDADES E ESPAÇOS DE
CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge (Membro)
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Norma Faustino Rocha Randemark (Membro)
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Ilvana Lima Verde Gomes (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará

A Deus, força maior de todos.

A meus pais Maria e José (in memoriam) e irmãos que sempre acreditaram no meu potencial e constantemente me encorajaram com palavras de apoio para o meu crescimento profissional.

Ao Mauro, meu esposo, pela paciência e apoio nesses tão longos anos.

Aos meus filhos, Marcos Luciano e Khaterine Beatriz, pelo exemplo de vida que são, pelo incentivo na conclusão deste mestrado, como superação de obstáculos para enriquecimento pessoal e profissional.

Á Dr^a Marluce Oliveira, pelo incentivo e pela disponibilidade em me liberar para o mestrado.

As minhas amigas Aglair, Edna e Elizângela, pelo colo oferecido nos momentos de dúvidas e inquietações.

A Nágela Correia e Edyr Marcelo Costa.

A minha “nora” Roberta pela companhia nas leituras.

A minha equipe de trabalho do SRT e Espaço Phoenix pelo apoio e compreensão as minhas saídas para a concretização desse trabalho.

A todas as outras pessoas que direta e indiretamente contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto, pelas orientações recebidas, na condução da pesquisa, pelo seu exemplo de dedicação e competência às questões de Saúde Pública;

À Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge, pelos ensinamentos e acolhimento na conclusão deste mestrado;

À direção do Instituto Dr. Vandick Ponte e Coordenação de Saúde Mental de Sobral, que me proporcionaram um espaço (SRT) acolhedor para o desenvolvimento da minha pesquisa;

Ao Germane Alves Pinto, pela colaboração na análise dos dados;

Aos residentes, familiares e profissionais que fizeram parte deste trabalho do município de Fortaleza e Sobral e que me proporcionaram confirmar que tudo é possível.

Tudo que sou e tenho é fruto, de uma longa caminhada com a ajuda de muitas pessoas. E o que mais desejo é que elas estejam sempre no meu caminho.

Maria Helena S. de Oliveira.

RESUMO

A pesquisa faz uma análise do Serviço Residencial Terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. A reorientação do modelo da atenção em saúde mental se consolida a partir da Lei 10.216/01, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e garante os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. Nos municípios onde a rede de serviços de saúde mental funciona, as estatísticas apontam redução da necessidade medicamentosa e da hospitalização em hospital psiquiátrico. O objetivo deste estudo é analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral-Ceará. O estudo é de natureza transversal, descritiva, realizado nos municípios de Fortaleza e Sobral, no período de agosto a outubro de 2008. A população foi composta por: 44 sujeitos, envolvendo residentes, familiares e profissionais. Participaram da amostra 37 sujeitos, sendo excluídos os sujeitos, os residentes que no momento, se encontravam desorientados quanto a si e ao espaço, familiares não responsáveis legais pelo residente e os profissionais que não estavam diretamente nos cuidados diários com os residentes. Utilizou-se a técnica de entrevistas semi-estruturadas e como instrumentos de pesquisa foram utilizados formulários e questionários. A análise dos dados quantitativos foi realizada de forma frequencial e descritiva. Para análise qualitativa utilizou-se a leitura flutuante, exaustiva e finalmente a elaboração das categorias temática de acordo com Bardin (1977), os resultados foram discutidos a luz da literatura pertinente. As categorias temáticas que emergiram da investigação foram: Serviço Residencial Terapêutico: (re) significando espaços para a produção do cuidado em saúde mental; Atividades cotidianas desenvolvidas pelos residentes, familiares e profissionais; e, Rede social: a construção da autonomia. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria dos residentes tem família, são do sexo feminino, têm mais de 50 anos, baixo nível de escolaridade, alto nível de dependência, não sofreram nenhuma internação em HP após admissão na RT, todos os residentes familiares e profissionais afirmaram estarem satisfeitos com o serviço. Neste contexto, as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que se encontra internado há anos em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado da família e da comunidade. Verificou-se que a RT podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia contribuindo assim com a desospitalização e desinstitucionalização; e ainda que a atuação dos SRT, relativos aos cuidados oferecidos junto a essa demanda assistida fora dos muros dos HP é de fundamental importância para o aprimoramento das práticas que norteiam as Políticas Públicas de Saúde, dentro da área da saúde mental, justificado por ser um dos indicadores que refletem a qualidade do serviço. Conclui-se que há necessidade de implantação de RT, no Município de Fortaleza, para atender a demanda dos moradores dos seis hospitais psiquiátricos. Sobral já existe uma rede de serviços adequados a sua demanda.

Palavras-chave: Serviços residenciais terapêuticos; desinstitucionalização; atividades cotidianas; saúde pública.

ABSTRACT

The research is an analysis of the Therapeutic Residential Services: activities and construction of spaces of care in mental health. The reorientation of the model of care in mental health is consolidated from the Law 10216/01, the Ministry of Health (BRAZIL, 2000) that redirects the mental health care model and guarantees the rights and protection of persons involved in mental disorder. In municipalities where the network of mental health services work, the statistics suggest reducing the need for medication and hospitalization in a psychiatric hospital. This study examined the activities of residents, family and professional Services Residential Treatment (SRT) in the process of dehospitalization/institutionalization of the bearer of mental disorder, in Sobral, Fortaleza and Ceará. The study is a cross-sectional descriptive, conducted in the cities of Sobral and Fortaleza in the period august to october of 2008. The population was composed of: 44 subjects, involving residents, families and professionals. 37 subjects participated in the sample, being excluded the subject, people who at the time, were confused about each other and to space. Using the technique of semi-structured interviews and research instruments, forms and questionnaires were used. The analysis of quantitative data was performed in frequency and descriptive. For qualitative analysis was used to read off, and finally complete the development of thematic categories according to Bardin (1977), the results were discussed in light of relevant literature. The thematic categories that emerged from the investigation were Therapeutic Residential Services: (re) signifying spaces for the production of care in mental health, daily activities undertaken by residents, family and work, and social network: the construction of autonomy. The survey results showed that most residents have family, are female, have more than 50 years, low education level, high level of dependence, have not been in any hospital admission after HP in RT, all residents and family professionals said they are satisfied with the service. In this context, the homes are to be therapeutic alternatives for housing for a large contingent of people who are hospitalized in psychiatric hospitals for years, for do not have adequate support from family and community. It was found that the RT can be used to support other users of mental health services, which do not count on family and social support sufficient to ensure adequate space to house helping with dehospitalization and institutionalization, and even the performance of SRT, for care provided with this demand assisted outside the walls of the HP is of fundamental importance for the improvement of practices that guide the Health Public Policy, within the area of mental health, be justified by one of the indicators that reflect the quality of service . We conclude that there is a need for deployment of RT, in the city of Fortaleza, to meet the demands of the residents of the six psychiatric hospitals. Sobral already exists a network of services appropriate to their needs.

Key words: Therapeutic Residential Services; Desinstitutionalization; Daily activities.

LISTA DE SIGLAS

AVDS	- Atividades de Vida Diária
AVPS	- Atividades de Vida Prática
AD	- Adicto
CNES	- Cadastro Nacional de Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Adicto
CSSG	- Casa de Saúde São Gerardo
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COSAM	- Coordenação de Saúde Mental
CFSM	- Centros de Referências em Saúde Mental
HP	- Hospital Psiquiátrico
HD	- Hospital Dia
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILSS	- Scales Independent Living Skills Survey
MS	- Ministério da Saúde
INAMPS	- Instituto Nacional de Previdência Nacional
NAPS	- Núcleos de Atenção Psicossocial
ONGS	- Organizações Não-Governamentais
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OSCIP	- Organização Social Civil de Interesse Público
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	- Programa Saúde da Família
PVC	- Programa de Volta Para Casa
PISSAN	- Programa de Integração Social em Saúde Mental
PTM	- Portadores de Transtorno Mentais
CRSM	- Centros de Referência em Saúde Mental
SUS	- Sistema Único de Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
UPHG	- Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
UECE	- Universidade Estadual do Ceará

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Matrizes teóricas de assistência psiquiátrica e de saúde mental.....	23
QUADRO 2 -	Síntese da Legislação em Saúde Mental Brasileira.....	28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISITANDO A LITERATURA.....	20
2.1	Reforma Psiquiátrica e reorientação do modelo assistencial em saúde mental	20
2.2	Serviços de Residência Terapêutica (SRT): uma nova forma de cuidados em saúde mental	27
3	PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1	Natureza e Tipo de estudo	30
3.2	Local e Período da Pesquisa	30
3.3	População/amostragem estatística e teórica	33
3.4	Técnicas e Instrumentos de coleta de dados	33
3.5	Plano de Análise dos Dados	34
3.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	35
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
4.1	Descrições dos Participantes da Pesquisa	38
4.2	Categorias elaboradas	43
4.2.1	Serviço Residencial Terapêutico: (Re) significando espaços para a produção do cuidado em saúde mental	43
4.2.2	Atividades cotidianas desenvolvidas pelos residentes, familiares e profissionais	46
4.2.3	Rede Social: a construção da autonomia	49
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICES	60
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Residentes)	61
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiares)	63
	Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)	65
	Apêndice D - Carta de solicitação para entrada de campo em residência terapêutica de Sobral – Ceará	67
	Apêndice E - Carta de solicitação para entrada de campo em residência terapêutica de Fortaleza – Ceará	69
	Apêndice F - Formulário aplicado aos residentes	71
	Apêndice G - Questionário aplicado aos familiares	74
	Apêndice H - Questionário aplicado aos profissionais	76
	Apêndice I - Roteiro de Entrevista Semi – Estruturada. (Residentes)	78
	Apêndice J - Roteiro de Entrevista Semi – Estruturada. (Familiar)	79
	Apêndice K - Roteiro de Entrevista Semi – Estruturada. (Profissional)	80

INTRODUÇÃO

O interesse da autora em estudar as atividades desenvolvidas no serviço de residência terapêutica nos municípios de Fortaleza e Sobral Ceará emergiu durante sua trajetória, como psicóloga de uma instituição hospitalar psiquiátrica e como coordenadora dos serviços no Hospital Dia e na residência terapêutica desde sua implantação.

O trabalho do psicólogo no hospital consiste em compreender o ser humano em suas dimensões psicossociais, buscando desenvolver uma intervenção focal em relação a estes sofrimentos e sentimentos. Ressalta-se que o adoecer vem acompanhado pela perda momentânea de alguns papéis, pois o cliente se depara com uma nova realidade, no qual vivencia sua dor psíquica e sua perda de autonomia e independência.

Nesse contexto, surgiu uma série de inquietações que poderiam ser traduzidas em uma única: o Brasil vai conseguir mudar o paradigma da sua assistência à saúde mental? Não é o objetivo nessa pesquisa responder a essa indagação, contudo o questionamento continua a existir: como o SRT é compreendido pelos residentes, profissionais de saúde mental e familiar? E como os profissionais, a partir desta compreensão, desenvolvem os seus projetos terapêuticos e estabelecem relações com os residentes, familiares dos residentes e com a comunidade?

Este estudo tem como cenário dois serviços de residência terapêutica, um privado (Fortaleza) e um público (Sobral) que integra a rede de estabelecimento de saúde do Sistema Único de Saúde daquele município, no Estado do Ceará.

O movimento da reforma psiquiátrica difunde-se pelo mundo através de programas governamentais amparados por lei e preconiza melhores condições de atendimento e novas modalidades de serviços na atenção ao portador de transtorno mental.

A literatura médica internacional está repleta de descrições do processo de reforma psiquiátrica em vários países, destacando-se a Itália, Espanha, Rússia, Alemanha, Grécia e Brasil. Em cada um destes países, o processo de reforma encontra-se em diferentes etapas, e cada país enfrenta empecilhos diferentes para a sua implementação (ROTELLI, 1990).

Acrescenta Rotelli (1990) que o processo de desinstitucionalização na Itália faz um paralelo com a experiência norte-americana, apontando o fato de que, o insucesso da desinstitucionalização nos Estados Unidos deveu-se à redução do processo a simples desospitalização. Uma política apressada de esvaziamento de hospitais não ocorreu de forma concomitante ao reforço e implementação de outros serviços substitutivos a internação, isto gerou uma enorme demanda desassistida e o fim de um grande problema tornou-se o início de um problema maior: a geração de uma massa marginalizada e privada de assistência.

Para tanto, é necessária a desmontagem da cultura e da estrutura psiquiátrica, pois:

se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio; esta é a base da instituição inventada e nunca dada. (ROTELLI, 1990, p.90-91).

Neste sentido se tem como modelos mais significativos no processo de mudança e construção de nova política da saúde mental, da desinstitucionalização psiquiátrica dos portadores de transtorno mentais os seguintes países: Inglaterra, França e Estados Unidos (BANDEIRA, GONÇALVES ET AL, 2001; LIMA, 1999).

Para Nicácio (2001), a desinstitucionalização representa o processo crítico-prático que reorienta instituições, saberes estável em direção à extinção do sofrimento psíquico.

O aumento da prevalência dos portadores de transtornos mentais entre os moradores de ruas nos EUA foi atribuído ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, nos anos 50 (ARNHOF, 1975; BANDEIRA, 1991; BASSUK E GERSON, 1978; DRAKE et al, 1989; HAFNER e HEIDEN 1989; LAMB & LAMB, 1990; LIMA, 1999).

Os objetivos e as metas da reforma psiquiátrica nos países europeus, em que o processo de reforma ganhou dimensão mais significativa foram: o desenvolvimento de uma nova organização sobre cuidado em saúde mental, de caráter descentralizado e de base territorial; integração dos pacientes psiquiátricos nos cuidados de saúde primária; a criação de uma extensa comunidade de centros

de saúde e desenvolvimento de atitudes mais positivas acerca do adoecer mental. Além destes, são citados: proibição de admissão de pacientes em hospitais mentais estatais, estipulação de serviços de comunidade, hospitalização apenas em unidades pequenas em hospital geral e criação de serviços comunitários e residenciais (ROTELLI, 1990).

As estratégias terapêuticas empregadas por novos serviços em saúde mental incluem: promover a permanência dos pacientes perto de suas esferas familiar e social; atenção integral às necessidades individuais, respeito às diferenças individuais, práticas reabilitativas e re-inserção social (ROTELLI, 1990).

Os pacientes atendidos na área da saúde mental, em algum momento de sua vida, são afetados na realização das atividades da vida diária e prática, diminuindo radicalmente o seu poder contratual junto à família e à sociedade, seja pela doença ou tratamento recebido.

Dispositivos alternativos, como o Hospital Dia que foi criado com o objetivo de tratar o paciente em serviços locais, deram grande avanço no processo da desinstitucionalização (AMARANTE, 1994; GONDIM, 2001; DESVIAT 2002).

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica iniciada na década de 1970 trouxe para o eixo central do seu debate as distorções produzidas pela assistência dispensada nas instituições existentes. Tais distorções foram caracterizadas pelo descaso, abandono e violência as quais, muitas vezes, os internos eram submetidos.

As preocupações com as distorções, abuso e violência na assistência, cederam lugar a uma discussão sobre a natureza dos saberes, das práticas e dos procedimentos psiquiátricos. A reforma caminhou para discussões relacionadas com a inserção dos loucos no mundo. Tomou como tarefa a construção de sua cidadania, entendida não mais como atributo forma de características universais, mas como projeto aberto às singularidades e especificidades das diversas formas de expressão da condição humana (CAMPOS, 2000, p.102).

Como em outros países, o Brasil sofreu influência dos modelos já existentes no que se refere à reforma psiquiátrica e também ao modelo proposto de residências terapêuticas para egressos de HP, como as da Itália, Inglaterra e Espanha (SARACENO, 1999; LEFF 1997 e DESVIAT, 2002). Porém, as estruturas e

processos nacionais foram importantes para a iniciativa na reorientação do modelo assistencial em saúde mental (FURTADO, 2006).

Com o surgimento de novos serviços em saúde mental, como: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); Centros de Referências em Saúde Mental (CRSM); Hospital Dia (HD); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviço de Residência Terapêutica (SRT), Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG) e de outras Unidades caracterizadas como CAPS destinados especificamente ao atendimento dos dependentes químicos e CAPS para atenção ao público infantil e adolescente. Desse modo, o modelo de atenção comunitária toma novos rumos, compondo uma rede extra-hospitalar em saúde mental (FORTALEZA, 2006).

A reorientação do modelo da atenção em saúde mental consolida-se a partir da Lei 10.216/01, do Ministério da Saúde (MS), que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e garante os direitos e a proteção das pessoas.

Em Fortaleza - Ceará, o modelo da atenção em saúde mental tem sido baseado nas internações integral em hospital psiquiátrico, restringindo o tratamento do portador de transtorno mental apenas aos psicofármacos, comprovado pelo número de leitos psiquiátricos existentes em hospital psiquiátrico especializado, sem integração com os serviços extra-hospitalares, referência e contra-referência (FURTADO, 1998).

Modelo esse que dar início a nova forma de tratar com abertura de novos CAPS, na cidade de Fortaleza, no ano de 2007, perfazendo um total de 14, sendo CAPS geral, adicto (Ad) e infantil.

Com a mudança no tratamento da loucura, ou seja, com a abertura de novos serviços em saúde mental, exige-se do profissional de saúde mental uma nova postura, não apenas técnica, mas, sobretudo ético, deixando de serem meramente técnicos e dando ênfase à individualidade e subjetividade do sujeito adoecido, tentando resgatar as questões sociais e os demais fatores determinantes da vida desse sujeito. A formação universitária parece ter formado profissionais de saúde que, independentemente da área, apresentam as mesmas características técnicas.

Contudo, os profissionais de saúde mental, envolvido com o novo modelo de atenção à saúde mental, têm procurado acompanhar e responder as influências e aos desafios propostos pelo contexto, partindo de uma crítica ao modelo tradicional excludente concentrado na institucionalização total dos portadores de transtorno.

Nesse sentido, propõe-se a substituição desse modelo para outro que contemple o cuidado/tratamento com bases na Constituição Federal de 1988; que garante às pessoas o direito ao consumo de cuidados em saúde, como partícipes de um estado responsável pela manutenção de serviços de saúde, adequados a ofertar ações programáticas que consolidem a promoção de saúde e a prevenção de doenças mentais (FOUCAULT, 2005).

A avaliação e o controle de qualidade nos serviços de saúde estão se tornando questões cada vez mais importantes, à medida que aqueles que patrocinam os serviços, os que fornecem e os que utilizam, querem saber se os serviços fornecidos são eficazes e são realizados da melhor maneira possível (UCHIMURA, 2002).

Para a Organização Mundial Saúde (OMS), avaliar serviços de saúde e importante dentro do planejamento estratégico das Políticas Públicas, na medida em que permite a formulação de juízos sempre ancorados em análise de situações específicas, tendo como objetivo de chegar a conclusões bem fundamentadas que subsidiem ações futuras (OMS, 1992).

Especificamente na perspectiva da avaliação normativa, o que há é uma apreciação de intervenções considerem a estrutura (organização e recursos empregados), o processo (os serviços ou bens produzidos) e os resultados obtidos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Este tipo de abordagem aproxima-se do modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto inicialmente por Donabedian, em 1966, que concebe as análises da estrutura, do processo e do resultado; e concebe a avaliação como uma atividade de natureza normativa e, para seu devido enquadramento no campo científico (UCHIMURA; BOSI, 2002).

É importante considerar que a idéia de qualidade varia com o interesse de grupos diferentes – planejadores de saúde (gestores), prestadores de serviço (profissionais) e consumidores (usuários e familiares) – que podem ter diferentes visões referentes aos aspectos da qualidade. De um lado planejadores de saúde se interessam pela eficiência, prestadores de serviço e consumidores compartilham o interesse pela efetividade (VUORI, 1991).

No âmbito da saúde mental, a avaliação da qualidade em serviços pode e deve ir além do modelo proposto, por exemplo, por Donabedian (estrutura-processo-resultado). Sobretudo, quando se pensa sobre o quanto o serviço de saúde mental,

em suas estratégias de ação, são marcados por peculiaridades, como por exemplo: intersubjetividade das relações entre usuários, profissionais e familiares (PITTA, 1999).

Existem duas escalas de avaliação da satisfação dos usuários e dos profissionais envolvidos quanto ao impacto das ações na comunidade, Escalas Independent Living Skills Survey (ILSS) e a Social Behaviour Scale (SBS), a qual já se tem versões brasileiras (LIMA E GONÇALVES, 1999).

A proposta de analisar as atividades desenvolvidas pelos residentes, profissionais e familiares nos serviços de residência terapêutica foi escolhida no presente estudo por que; representa o momento histórico dentro dos princípios da luta antimanicomial e das Políticas Públicas de Saúde, da assistência em novos serviços, da reorientação do modelo assistencial em saúde mental dentro deste novo conceito de cuidar, ou seja, de tratar fora dos muros dos hospitais psiquiátricos os portadores de transtorno mental. Também pela experiência profissional de longos anos acompanhando a trajetória de alguns “moradores” dos HP para o SRT. Acredita-se serem necessárias as avaliações periódicas, com o objetivo de obter indicadores que contribuam para que esses serviços não se transformem em “cronificadores” com suas contribuições.

Far-se-á necessário ressaltar aqui o caráter participativo da autora enquanto responsável pela coordenação no período pré e pós-implantação de um dos quatros serviços existentes no Estado do Ceará, dos quais dois foram cenários desta pesquisa. Neste sentido, percebe-se a complexidade da pesquisa, ser maior devido à familiaridade quanto ao afeto, ao espaço aos agentes de transformação social e ao próprio cotidiano do serviço, que, em alguns momentos tem-se uma posição externa e em outra interna.

A implementação de novas modalidades assistenciais no processo da reforma psiquiátrica aponta a necessidade de avaliação desses serviços e dos resultados alcançados, principalmente em relação às mudanças desses pacientes na desospitalização. É necessário também que se avaliem as atividades dos profissionais e/ou cuidadores (considera-se cuidadores o profissional que cuida diretamente dos residentes) no processo de desinstitucionalização do residente o que representa, portanto, um grande desafio para as Políticas Públicas de saúde mental.

No Brasil, ainda são escassas as pesquisas neste campo, embora, encontram-se muitos relatos de experiência de abertura desses serviços, justificando-se, portanto, o presente estudo para possibilitar evidências das transformações ocorridas ou não nos residentes. Esta pesquisa tem como relevância fornecer informações aos residentes baseadas em evidências além de contribuir em futuras mudanças nos Serviços de Residências Terapêuticas (SRTS) e nas decisões das Políticas Públicas de Saúde na área da saúde mental para implantação de novos SRTs, e como também divulgar no meio acadêmico os resultados visando estimular novas pesquisas.

Convém salientar que a reforma psiquiátrica trata de repensar o modelo da atenção em saúde mental, o fazer dos trabalhadores de saúde mental, as instituições jurídicas, a relação da sociedade como um todo com o indivíduo em sofrimento psíquico e suas demandas. É neste sentido que se percebe a importância também desta pesquisa e espera-se que o estudo possa contribuir para a presente discussão, pois se identificou a ausência de pesquisa nestes serviços de residência terapêutica, localizados em Fortaleza e Sobral.

Diante do exposto, considera-se que atividades desenvolvidas nos Serviços de Residência Terapêutica possibilitam contribuir para a desospitalização, dos portadores de transtornos mentais; diante da impossibilidade de desospitalizar sem oferecer suporte necessário a essas pessoas que passaram anos em tratamento nos HP, sendo tolhidos, domesticados a uma vida sem escolhas, em que sua opinião não modifica em nada o seu cotidiano cheio de normas que beneficiam os hospitais.

Desse modo, tem-se como **objetivo geral**: analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral-Ceará; e **específicos**: identificar o perfil dos residentes, familiares e profissionais, e descrever as atividades desenvolvidas por estes.

2 REVISITANDO A LITERATURA.

2.1 Reforma Psiquiátrica e Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental.

Assinala-se que o modelo clínico, na realidade brasileira, expandiu-se e contou com importante impulso durante o processo de industrialização, nos anos 70, quando ocorreu uma grande expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Braga (1978) evidencia que, de 1961 a 1971, a indústria de equipamentos médicos apresentou um percentual de crescimento de 599,9% na importação de produtos. Chama-se atenção para o fato de que, enquanto o mundo voltava-se para a desospitalização, o Brasil, sob o cenário do golpe militar, investia na extensão dos cuidados psiquiátricos, através do aumento de leitos e da multiplicação da rede privada contratada.

Cesarino (1989), ao tratar o fenômeno que ocorreu na década de 1960-70, de privilegiamento do setor privado, com predominância da lógica do mercado para o desenvolvimento, salienta que, no Brasil, em 1965, eram 110 os hospitais psiquiátricos; em 1970, eram 178, e em 1978, havia 351 hospitais psiquiátricos conveniados, sendo que cerca de 90% dos recursos do INAMPS eram gastos na compra de leitos privados.

No campo dos fenômenos mentais, em diversas culturas e épocas, os portadores de transtorno mental, vítimas de condenação, muitas vezes ligadas ao misticismo. Todas as pessoas que pensavam diferentes dos valores morais da época foram consideradas possuídas pelo “demônio” e com isso sofreram as mais variadas formas de violência. (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993).

Com o aguçamento da questão social na Europa, foram criadas, por medidas legislativas, as casas de correção, grandes instituições chamadas de hospitais gerais, mas que não tinham nenhuma função médico-curativo, pois o seu papel era exercido apenas como forma de reclusão dos desempregados, mendigos, doentes entre outros (CASTEL, 2001).

A pesquisa realizada por Foucault (2005), Nicácio (2001), Oliveira (2002) e outros apontam os prejuízos causados pela incapacidade dos manicômios quanto

à assistência psiquiátrica e, que a resposta estaria nas experiências alternativas. Desta forma, deu-se início à ampliação dos hospitais gerais, tendo como data de referência de sua criação o ano 1656, quando é decretada a fundação do Hospital Geral de Paris. Vale ressaltar que as razões para a criação dos hospitais gerais têm causas bem diferentes do que a preocupação com a cura dos adoecidos (FOUCAULT, 2005).

O hospital geral daquela época era caracterizado, não como um estabelecimento médico, mas como uma instituição semi-jurídica que tem como ordem a repressão. Com tantas contradições econômicas e sociais na Europa, nada mais fácil do que esconder as conseqüências da desigualdade social dentro de instituições de caráter segregado. Por muito tempo os hospitais gerais serviam como alojamento para os desempregados e para os excluídos socialmente,

se, como sujeito de direito o homem é liberado de suas responsabilidades por ser considerado louco, por ser considerado culpado como ser social. Sua culpa se avizinha da de seus companheiros desses primeiros tempos de reclusão – os libertinos, os mágicos, os blasfemos: na sensibilidade moral da Idade Clássica (FOUCAULT, 1999).

No século XVII, a loucura foi silenciada pela prática das internações hospitalares, juntamente com uma parcela heterogênea da população, que se encontrava à margem da sociedade. Esses hospitais eram localizados longe das cidades, contando com higiene precária, fome, doentes trancados em celas sendo vítimas de maus tratos, preconceito, estigma e exclusão social. A instituição era situada como o seu local natural de permanência. Em todo o mundo, foi dado nome aos hospitais e o louco teve definitivamente, o próprio lugar: o manicômio. Nesse momento, foi criada a grande instituição especializada, os hospícios para “loucos”. Logo, o portador de transtorno mental foi segregado em instituições, assegurado como incapaz, tendo que ser vigiado dia e noite, tudo isso legitimado pelo saber médico (FOUCAULT, 2005).

Além de Pinel, na França (1940), foram também percussores desse movimento: Tuke, na Inglaterra; Chiaruggi, na Itália; Todd, nos Estados Unidos, entre outros. Foi dado o tratamento moral à loucura, cujo portador de transtorno mental passou a receber cuidados psiquiátricos sistematizados, porém ainda dentro

da “grande internação”, longe do convívio familiar e dos demais segmentos da sociedade (SAMPAIO, 1994).

A partir do século XX, foi iniciado um processo de reflexão crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica. Em vários países, surgiram movimentos questionadores, que não estavam dispostos a dar continuidade à assistência à saúde mental da maneira como vinha sendo realizada desde o final do século XVIII.

Amarante (1994) refere que a desinstitucionalização contempla a desospitalização, mas não contempla em absoluto a idéia da desassistência: O processo de desinstitucionalização é a estratégia terapêutica na comunidade, continua na comunidade..., não se trata de culpar a família, mas de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criava dentro do manicômio. (AMARANTE, 1994, p.144).

Percebe-se que não é tão somente desospitalizar, ou seja, receber alta do hospital psiquiátrico para deixar de ser institucionalizado, requer um tratamento extra-hospitalar com práticas junto aos chamados “moradores” dos HP que desenvolvam ou estimulem a possibilidade de cada um realizar suas escolhas na sua vida cotidiana, gerando assim sua independência nas AVDs e AVPs e consequentemente sua autonomia.

Bachrach (1996), refere-se que a desinstitucionalização pode ser definida como a contração dos setores institucionais tradicionais, como os hospitais psiquiátricos com a concorrente expansão dos serviços comunitários de tratamento, os hospitais dia e as comunidades terapêuticas. Esses serviços dão início ao processo de desospitalização.

O conceito de autonomia é definido por Santos (2000) como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. É nesse enfrentamento do cotidiano, uso do tempo, espaço, objetos e inter-relações que se deve processar o cuidar na ajuda e encorajamento do sujeito, que precisa readquirir ou adquirir a habilidade para efetivar suas trocas e suas escolhas.

Para Pitta (1999), o conceito de autonomia, questão central no campo assistencial em saúde mental, deve embasar o conjunto de práticas e Atividades da Vida Diária (AVDS) que dizem respeito ao autocuidado e à manutenção direta da

vida, como: alimentar-se, cuidar da própria higiene (banho, cuidados pessoais, roupas e pertences pessoais de higiene), cuidados com o espaço que habita.

Por outro lado, as Atividades de Vida Prática (AVPS) que dizem respeito à execução das atividades relacionadas ao trabalho ou ocupação (remunerada ou não), devem assumir compromissos sociais e cuidar de sua vida financeira.

Segundo Sampaio (2008), com o final da Segunda Guerra Mundial, esses movimentos desospitalização e desinstitucionalização criaram forma e foram sistematizados da seguinte forma: Psiquiatria de Setor (França, 1940) – seus fundamentos eram de caráter econômico e terapêutico. Econômico, à medida que se referia à regionalização e à hierarquização da assistência, como também à racionalização dos recursos. Terapêutico, de forma que possibilitasse uma vinculação entre usuários e equipe de assistência e a construção de uma forma de tratamento extra-hospitalar, através da assistência domiciliar e internações parciais.

Dentro da construção sócio-histórica das abordagens e modelos terapêuticos na psiquiatria e saúde mental, conformaram-se várias matrizes teóricas (Quadro 1).

Quadro 1 - Matrizes teóricas da assistência psiquiátrica e saúde mental

Análise-Institucional (França)	A psicanálise - o espaço institucional deveria ser organizado pelas relações significantes.
Comunidades Terapêuticas (Inglaterra)	A dinâmica de grupo - o conceito de psicossocial.
A antipsiquiatria (Inglaterra)	O existencialismo e a fenomenologia - promover a liberdade e dissolver a reclusão e repressão.
Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos)	Epidemiologia Funcionalista - a saúde pública é o seu modelo de aplicação, tendo a necessidade de esclarecer as causas da doença mental através de determinantes sociais – doença mental/patologia social.
Psiquiatria Democrática (Itália)	Marxismo - o que era visto como doença passou a ser visto como o modo como à doença era tratada.

Nesse sentido, a experiência de Basaglia, na Itália, influenciou parte do mundo ocidental, com a experiência de desinstitucionalizar o portador de transtorno mental, tendo como marco inicial a desconstrução do hospital psiquiátrico de Gorizia, em 1961, do qual Basaglia era diretor (ROTELLI, 1990).

Em 1978, após uma grande mobilização da sociedade civil, foi aprovada pelo parlamento Italiano a Lei nº 180 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que proibiu a recuperação de velhos manicômios e a construção de novos ao tratamento psiquiátrico qualificado em serviços extra-hospitalares, redirecionando os recursos para uma rede de atenção psiquiátrica (ROTELLI; AMARANTE, 2008).

Essa nova Lei implementou a extinção de condutas violentas, o que demandou uma nova forma de entender e tratar a doença mental, possibilitando, com isso negar a instituição psiquiátrica que isola os sujeitos e anula toda e qualquer forma de interação social.

A moderna luta brasileira em prol da cidadania da pessoa portadora de transtorno mental, da organização extra-hospitalar do sistema assistencial, da prática interdisciplinar e da coordenação de uma política de saúde mental, realiza um salto de qualidade frente a uma história repleta de tentativas abortadas, no qual o ideal asilar sempre foi dominante (AMARANTE 2008).

A assistência psiquiátrica no Brasil carregou por muito tempo a fama de oferecer serviços de má qualidade, de reduzir o complexo fenômeno da doença mental apenas a sua vertente biológica e de violar constantemente os direitos humanos e de cidadania (SAMPAIO, 1994).

A partir do final da década de 1970, dentro de um contexto político que envolve o fim da Ditadura Militar e do Centralismo Federativo, quando as palavras de ordem passam a ser a Democracia, Ética e Municipalismo, surge o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento da Luta Antimanicomial (SAMPAIO, 1994).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem metas como a desinstitucionalização, à (re) inserção social dos portadores de transtorno mental, a criação de leitos de internação em hospital geral, a criação de serviços extra-hospitalares, redução dos leitos de internação integral, dentre outras, assegurado por Leis e Portarias. Existia uma frágil justificativa técnica para o estigma da doença mental, ela começa, no entanto, a ruir frente aos avanços terapêuticos e,

especialmente, às conquistas de cidadania. A nova ordem, centrada na humanização do doente, exige não apenas uma revisão de valores sociais, mas a quebra de tabus que persistem há mais de 200 anos (BRASIL, 2005).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, ressaltou a importância estratégica da implantação dos chamados “lares abrigados” para a reestruturação da assistência em saúde mental no país. Nos anos 90, experiências de sucesso nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) demonstraram a efetividade da iniciativa na re-inserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração da Portaria N°106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRTS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2005).

Lancetti (1990) indaga se não estamos nesses serviços fabricando doentes, através da transformação das pessoas em mercadorias, sob a forma de dependência farmacológica e do descompromisso para com os nossos usuários que vão, serviço em serviço, em busca de atendimento. E se, mesmo com as sofisticadas técnicas ou teorias, não estamos estabelecendo normatizações.

Segundo os dados do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2006, o Brasil tem: 228 hospitais psiquiátricos (HP); 49.567 números de leitos em HP; 1.011 CAPS; 475 SRT; 16.657 equipes PSF; Um Programa de Volta pra Casa; 24 Hospitais Dia; 862 Ambulatório (FORTALEZA, 2006).

Ainda, aguardam aproximadamente as RT, 13500 pessoas sem vínculos familiares nos HP, dependendo de decisões políticas para serem transferidas e poderem usufruir de uma oportunidade de um tratamento mais humanizado, segundo dados do MS.

O Estado do Ceará tem 8.350.000 habitantes, distribuídos em seus 184 municípios, dos quais 38 com mais de 40.000 habitantes (IBGE, 2006). Conta com: 67 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 1120 N° leitos Psiquiátrico (HP); 1.052 equipes Programa Saúde da Família (PSF); três Serviços Residência Terapêutica (SRT - SUS); um Serviço Residência Terapêutica (SRT - PRIVADA); quatro Hospital Dia – (HD); seis Hospitais psiquiátricos (HP); uma Unidade Saúde Mental, em Hospital Clínico com 25 leitos; 16 leitos psiquiátrico, em Hospital Geral (HG); duas Ocas Comunitária (OC) (FORTALEZA, 2006).

Para Sampaio e Barroso (2001), a história do processo de substituição do modelo assistencial asilar no Ceará, já apresenta três fases consideradas importantes para as mudanças das práticas assistenciais: a primeira fase efetivada pela denuncia do asilo e experiências precursoras com o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM – 1991); a segunda fase de 1991 a 1998, com a realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental, aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica e criação de projetos alternativos, de Centros de Atenção Psicossocial – (CAPS); a terceira fase caracterizada pela adoção do modelo de CAPS pelo governo municipal de Fortaleza, de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional da cidade (SAMPAIO e BARROSO 2008).

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade são umas tarefas a que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente, com os programas de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e o Programa de Volta para Casa vêm concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

A cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, com seus 2.431.415 habitantes, distribuídos nos seus 116 bairros, possui uma taxa de crescimento anual de 2.7% (IBGE, 2006).

O setor saúde dispõe de 2.269 estabelecimentos de saúde inscrito, no Cadastro Nacional de Saúde-CNES, destes 3,9% são unidades básicas, caracterizadas como Centro de Saúde, e 65,9% são consultórios. 566 são ambulatorios especializados, o que equivale a 24,9% 86 hospitais, 3,79% sendo 149 são públicos 7% e 2.120 privados 93% (BRASIL, 2007).

Na área da saúde mental, registram-se seis Hospitais Psiquiátricos (HP); 718 leitos em HP; 14 CAPS; uma SRT (SUS); uma SRT (PRIVADA) 94 Equipe PSF; um Programa de Volta para Casa; quatro Hospitais Dia; um Ambulatório; 16 números de leitos Psiquiátrico em hospital geral; uma Unidade Saúde Mental, em Hospital Clínico com 25 leitos; Duas Ocas comunitárias (FORTALEZA, 2006).

Segundo esse mesmo relatório, Fortaleza comporta seis RT, uma em cada Secretaria Executiva Regional da cidade.

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado da família e da comunidade.

Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2005).

2.2 Serviços de Residência Terapêutica (SRT): Uma Nova Forma de Cuidados em Saúde Mental

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, que tem como objetivo responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, e tem como suporte de caráter interdisciplinar os serviços extra-hospitalares do município (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), atualmente, existem 475 SRTS no Brasil, morando mais de duas mil pessoas, um avanço na reorientação do modelo assistencial, possibilitando assim a cidadania dos portadores de transtorno mental. Estimativas recentes da Coordenação-Geral de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, apontam a existência de aproximadamente 12.000 pacientes internados, que poderiam ser beneficiários dos SRTS. Tais dados justificam a necessidade de expansão do número de residências, de modo a reduzir a segregação e aumentar à re-inserção social dos pacientes (BRASIL, 2004).

A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidados e delicado trabalho clínico com os futuros moradores (BRASIL, 2000).

São critérios para admissão nos SRTS serem: portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua re-inserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais

psiquiátricos, freqüentemente, se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais, acompanhados nos CAPS.

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental está assegurada em leis e portarias do MS (vide Quadro 2).

Quadro 2 – Síntese da Legislação em Saúde Mental Brasileira

Lei Federal N°10.216/2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (especialmente artigo 5º).
Lei N° 10.708/2003	Programa de Volta para Casa
GM N°52 e 53/2004	Redução progressiva de leitos psiquiátricos no país.
Portaria N° 106/2000	Serviços Residenciais Terapêuticos
Portaria N° 1.220/2000	Regulamenta a portaria 106/2000 para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS.
Portaria N°246 de 2005	Incentiva a implantação de SRT.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Há um avanço significativo da retirada progressiva dos portadores de transtorno mentais (PTMS) dos hospitais psiquiátricos, com a aprovação das leis que os protege, como no Município de Campinas - São Paulo, porém não suficiente para atender a demanda que se encontra a mercê das ações das Políticas Públicas de cada Estado e Município.

Segundo a portaria do Ministério da Saúde, os serviços de residências terapêuticas estão classificados em dois tipos SRT I e SRT II para melhor atender as demandas: O SRT I. Focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores

e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF), quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradia definitiva na comunidade. Este é o tipo mais comum de residência, em que é necessária apenas a ajuda de um “cuidador,” pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho, do cuidado específico, ou até de SRTS que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada, com recursos do Programa de Volta Para Casa (PVC); SRT II: é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e equipe auxiliar permanente na residência. Este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores oito (08) e ao financiamento que deve ser compatível com os recursos humano presentes 24h/dia.

Os SRTS devem ser acompanhados pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). A equipe técnica deve ser compatível com a necessidade dos moradores e segundo se aproximem mais de um dos dois tipos descritos no tópico anterior (BRASIL, 2000).

Os SRTS são de natureza pública, mas podem se estabelecer convênios com entidades filantrópicas, associações e ONGs para a implementação e acompanhamento destes. As atribuições e os papéis dos serviços SUS e entidades parceiras devem ser estabelecidos explicitamente no convênio (BRASIL, 2000).

À medida que o usuário ganha autonomia, em vez de dispensar o suporte, passa a requerer modos mais refinados e complexos de acompanhamento. A atenção clínica geral pode ser feita por meio do Programa Saúde da Família, assim como outros serviços e suportes na comunidade podem e devem ser utilizados pelos moradores.

O cuidado requer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Natureza e Tipo de Estudo.

O presente delineamento refere-se a um estudo de natureza transversal, descritiva, com enfoque de análise qualitativa.

Reichert (2008), o estudo transversal é o único tipo de estudo que permite ao pesquisador estimar prevalência, porém é o menos adequado para estudar a relação entre variáveis e a ocorrência de desfechos, por ter a menor capacidade analítica. Além disso, tem como objetivo primeiro, o de estimar a prevalência de fatores de risco/e ou de desfechos.

Acrescentando Leopardi (2003, p.120), que a pesquisa descritiva constitui-se de estudos que tem o objetivo de se explorar uma situação não conhecida, na qual se tem necessidade de se obter mais informações. Visa, portanto, descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.

Atenta-se, portanto, para o contexto social, no qual o evento ocorre e para a relação de intersubjetividade.

3.2 Local e Período da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois municípios do Estado do Ceará: Fortaleza e Sobral, no período de agosto a outubro de 2008. A escolha destes municípios deveu-se ao fato da referência apresentada por eles, na reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com período de existência suficiente para se identificar as suas contribuições no processo de desconstrução das internações integrais em hospitais especializados, no serviço de saúde mental, no Estado do Ceará.

O Estado do Ceará, localizado na região Nordeste, possui mais de seis milhões de habitantes, com mais de dois terços da população (65,3%) concentrada na zona urbana. Isto se verifica também em Fortaleza (SILVA et al., 2003).

No que se refere aos serviços de saúde, o processo de descentralização progrediu bastante nos últimos anos no Estado do Ceará, em que o gerenciamento do setor está atualmente sob responsabilidade dos governos municipais, em quase a totalidade dos municípios (SILVA et al., 2003).

Em Fortaleza, os serviços específicos nas áreas de saúde mental são: 14 CAPS, 988 leitos distribuídos em seis HP, quatro serviços de hospital dia. Além destes serviços, existem duas residências terapêuticas: uma privada, inaugurada em 2000 e outra pública, em 2007.

O Serviço de Residência Terapêutica do município de Fortaleza atende a uma demanda referenciada da Casa de Saúde São Gerardo (CSSG). Esta instituição foi fundada em 1936, pelos psiquiátricos Vandick Ponte e Jurandir Picanço.

A CSSG foi inaugurada com 20 leitos particulares e posteriormente, firmaram-se convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e outros, tendo como filosofia de ser referência para o Norte/Nordeste, o que foi realmente, durante muitos anos. Foi fechada em julho de 2007 por iniciativa própria dos seus diretores e ajuda da equipe para atender a reorientação do modelo em saúde mental, e transformou-se no Instituto Dr. Vandick Ponte: Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP).

O Instituto Dr. Vandick Ponte compõem-se de uma rede de serviços de saúde mental, denominados: 1- Unidade Saúde Mental Ana Carneiro, funcionando no Hospital Clínico (Batista Memorial); 2- Portal Ônix; 3-Hospital-Dia; 4-Programa de Integração Social em Saúde Mental – PISSAM e 5- Residência Terapêutica (RT).

A RT, denominada “Solar dos Girassóis”, um dos cenários deste estudo situa-se, em um bairro independente, numa das ruas principais da zona urbana da cidade de Fortaleza. É composta por jardim, sala ampla com sofá, TV, DVD, piano quadros e jardim de inverno, corredor com um bebedouro elétrico, seis quartos acomodando os residentes em quartos individuais, duplos e triplos com guarda-roupas, cortinas e fotografia destes no criado mudo, sala-escritório, telefone, sete banheiros, copa-cozinha grande e arejada com três mesas grandes comportando. Também, possui um sofá e um aparelho de televisão, um som portátil na copa, uma lavanderia (com máquina), e uma área de circulação externa.

A casa tem uma aparência bonita, aconchegante e arejada, nada lembra hospital, clínica ou coisa parecida, os residentes estão sempre na sala assistindo

TV, circulando, ou na copa-cozinha vendo a funcionária preparar os lanches, alguns deitados, outros realizando atividades fora da casa.

Os residentes sempre vem ao encontro dos visitantes e/ou funcionários, que chegam à casa, para conversar, perguntar alguma coisa e depois eles saem.

Atualmente, residem 13 residentes na faixa etária de 35 a 75 anos, funcionando 24 horas/dia, sobre os cuidados de uma equipe, composta por supervisora institucional, supervisora técnica, coordenadora técnica, operadores sociais e secretaria do lar, seguindo o modelo SRT II, proposto pela portaria do MS (com algumas ressalvas: ser privada e os sujeitos assistidos terem família e/ou responsável).

O município de Sobral, de acordo com o censo IBGE/2006 dispõe de uma população de 155.120 habitantes, sendo 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino.

A Rede de Atenção Integral à Saúde Mental é composta por uma política humanizada, após a intervenção e descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes. De 30 Equipes do Programa Saúde da Família (PSF), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Internação Psiquiátrica, no Hospital Geral (UIPHG, com 15 leitos), Centro de Atenção ao Dependente Químico, Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM) e o Serviço de Residência Terapêutica. (PEREIRA, 2000, SAMPAIO, 2001).

A Residência Terapêutica da cidade de Sobral foi inaugurada em julho de 2000, atendendo a uma demanda referenciada da internação integral, em hospital psiquiátrico, após o fechamento do hospital psiquiátrico da cidade.

A RT, denominada de “Lar Renascer”, encontra-se localizada no centro da cidade de Sobral, numa das ruas principais, composta por jardim, sala ampla com sofá, TV, quatro quartos acomodando os residentes em quartos triplos, com guarda-roupa, sala-escritório, telefone, dois banheiros, copa-cozinha grande e arejada com uma mesa grande e área de circulação externa.

A RT funciona 24 horas/dia, sobre os cuidados de uma equipe composta por um coordenador, cinco cuidadores e uma secretária do lar, conforme o modelo o SRT II, proposto pela portaria do MS.

A casa tem uma aparência muito bonita, bem cuidada, aconchegante e arejada, nada lembra hospital, clínica ou algo parecido, os residentes estão sempre

na sala assistindo TV, circulando, ou na copa-cozinha vendo a funcionária preparar os lanches, alguns deitados, outros em atividade fora da casa.

Também, o residente tem o mesmo comportamento de vir ao encontro dos visitantes e/ou funcionários para conversar, perguntar alguma coisa. Após essa recepção, os residentes se retiram.

Atualmente, residem sete residentes, na faixa etária de 35 a 70 anos funcionando 24 horas/dia, sobre os cuidados da equipe, seguindo o modelo SRT II proposto pela portaria do MS.

3.3 População/amostragem estatística por conveniência e amostragem teórico-conceitual

Foram escolhidos inicialmente para a pesquisa 44 participantes: 20 residentes, 13 familiares e 11 profissionais, do SRT do município de Fortaleza, e Sobral.

Foram incluídos na pesquisa todos os participantes: residentes, familiares e profissionais dos SRT dos dois municípios de Fortaleza e Sobral-CE. Também foram excluídos da pesquisa, os participantes residentes de cada serviço que se encontravam desorientados, quanto a si e ao espaço; familiar não responsável legal pelo residente e os profissionais que não estavam diretamente em contato com os residentes.

Após a exclusão, participaram da análise dos dados 37 participantes: 13 residentes, 13 familiares e 11 profissionais, do SRT dos municípios de Fortaleza e Sobral. Em Fortaleza, foram computados para a análise nove residentes 13 familiares e seis profissionais, enquanto em Sobral participaram da pesquisa quatro residentes e cinco profissionais, não houve participação de familiares.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados.

Utilizou-se a técnica da entrevista semi-estruturada, seguindo roteiro temático para um representante de cada categoria (residente família e profissional). Como instrumento de coleta de dado utilizou-se o formulário para os residentes

(Apêndice F) e o questionário, para os familiares e profissionais (Apêndices G e H). O formulário para os residentes foi escolhido porque ele fornece respostas mais ampla com mais número de informações, podendo ser aplicado a qualquer tipo de informante, independente do grau de escolaridade e ainda ser preenchido pelo pesquisador.

Segundo Marconi (2002, p. 133), “o formulário apresenta mais flexibilidade, pois o pesquisador pode reformular perguntas, adaptando-as a cada situação, modificando itens ou tornando a linguagem mais clara”.

A entrevista semi-estruturada possibilita aproximar sujeitos distintos, com visões de mundo, experiências, linguagem e saberes diferentes, em torno de um tema.

Minayo (2008, p.121) referindo-se a entrevista semi-estruturada considera que “suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível, as questões onde o pesquisador que aborda no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos advindos, observação da definição do objeto de investigação”.

O uso do questionário foi indicado aos profissionais e familiares dos dois serviços, por ser um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas para serem respondidas por escrito pelos sujeitos da pesquisa, sem a presença do entrevistador (MARCONI, 2002).

3.5 Plano de Análise dos Dados

I - Na primeira etapa os dados quantitativos foram realizados de forma descritiva, utilizando-se as freqüências (absoluta e percentual), na segunda etapa utilizou-se a leitura flutuante, exaustiva e elaboração de Categorias Temáticas, de acordo com Bardin (1977) e Triviños (1992), os resultados foram discutidos a luz da literatura pertinente, a apresentação dos dados de forma descritiva.

II - Leitura flutuante e exaustiva

Em um primeiro momento realizou-se a leitura flutuante das entrevistas, ou seja, uma leitura livre antes de iniciarmos leituras mais detalhadas e concisas. Essa etapa nos possibilitou reconhecer os primeiros passos acerca das Categorias descobertas.

III - Composição das unidades de análise

A princípio realizaram-se pequenos recortes no texto de acordo com a menor unidade de registro. Estas unidades foram caracterizadas como sendo as frases.

Depois de se estabelecer as unidades de registro, passaram-se as unidades maiores de significação, denominadas unidades de contato, equivalendo aos parágrafos. Assim, a partir dos sentidos apresentados foram surgindo às Categorias Temáticas, as quais foram destacadas a seguir: Serviço residencial terapêutico: (RE) significando espaços para a produção do cuidado em saúde mental, Atividades cotidianas desenvolvidas pelos residentes, familiares e profissionais e Rede social: construção da autonomia.

Após a elaboração das categorias empíricas, foram selecionadas, em cada entrevista e observação, as falas e os registros no diário de campo que se identificaram com as categorias, “recortando-as” e “colando-as” na categoria correspondente. Em seguida, foi realizada a interpretação de todos os trechos recortados em cada categoria, e montados dois quadros de análise para os participantes entrevistados e instituições observadas.

Em cada entrevista, foram recortadas as falas correspondentes às Unidades Categorias, e em seguida realizadas uma síntese. Finalmente, foram interpretados os resultados de acordo com a literatura pertinente.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Inicialmente, manteve-se contato com as instituições através de ofício solicitando autorização para a realização da pesquisa e em seguida com os residentes, familiares e/ou responsáveis legais destes e profissionais, solicitando permissão por escrito para participarem da pesquisa, e divulgação dos dados coletados junto à comunidade científica.

A coleta de dados foi desenvolvida resguardando a identidade dos sujeitos da pesquisa, como também assegurada à utilização das informações apenas no âmbito desse estudo.

Em respeito à resolução 196/96 –III. 3.a e, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos

(BRASIL, 1996) e mediante a aprovação do local em que a pesquisa foi realizada, após a anuência do Comitê de Ética, a pesquisadora se responsabilizou em retornar com os resultados da investigação aos sujeitos pesquisados através de apresentação destes para os participantes e da argumentação de que todo o material produzido e informações coletadas seriam utilizados somente em favor da ciência.

Todos os selecionados aceitaram livremente participar da pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndices A, B e C). Após a conclusão da aplicação dos formulários e questionários, foi realizado o trabalho de transcrição, respeitando-se o conteúdo na íntegra, conforme permissão dos sujeitos mediante assinatura do TCLE preconizado pela Resolução nº196/1996, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Durante todo o percurso da investigação, a pesquisadora se manteve responsável se necessário fosse, por suspender a pesquisa imediatamente se percebesse algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

Na submissão e conseqüente aprovação do Comitê de Ética, foi realizada uma reunião com os responsáveis legais das RTS dos dois municípios, no qual o projeto de pesquisa foi explicitado em relação ao corpo teórico e metodológico do estudo.

Em etapa subseqüente, depois de concebida a autorização para realização da pesquisa na RT, foi comunicada a decisão junto à coordenação e aos trabalhadores do referido serviço.

A inserção do estudo no campo de pesquisa foi inicialmente autorizada por meio de ofício destinado às duas Instituições, em que foi solicitada e realizada uma apresentação do projeto de pesquisa para a equipe. O período de obtenção dos dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2008. A coleta foi iniciada com a realização das entrevistas.

Em relação à aceitação e à privacidade (presentes no Termo de Consentimento) no momento da realização das entrevistas, quando da utilização do instrumento do formulário aos participantes residentes, foi realizada adequadamente ao se reservar um espaço mais privativo, e também confortável para obter mais facilidade em disponibilizar as informações por parte dos participantes, ressalte-se que a aplicação foi realizada pela pesquisadora. Para manter o anonimato foram

utilizados codinomes referentes a cada um dos entrevistados. Optou-se por nome de flores da botânica brasileira, como por exemplo: “Rosa”, “Margarida”, dentre outras.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos, demonstrados a partir da descrição do perfil dos residentes, familiares e profissionais envolvidos no SRT, e nas categorias que foram consolidadas pela análise do conteúdo da realidade investigada.

As categorias emergidas do processo de análise foram: Serviço Residencial Terapêutico: ressignificando espaços para a produção do cuidado em saúde mental; Atividades cotidianas desenvolvidas pelos residentes, familiares e profissionais; e Rede Social: a construção da autonomia.

São apresentadas informações no que se refere às atividades desenvolvidas dos participantes da pesquisa como possíveis fatores que contribuiriam no processo de desospitalização e desinstitucionalização, bem como recomendações para a implantação de novos dispositivos residenciais no município de Fortaleza-CE.

Espera-se que estas informações possam dar subsídios para a continuidade à reorientação do modelo assistencial na área da saúde mental dentro do programa das Políticas Públicas de Saúde, nos municípios de Fortaleza e Sobral - Ceará.

4.1 Descrição dos Participantes da Pesquisa.

Foram escolhidos inicialmente para a pesquisa 44 participantes: 20 residentes, 13 familiares e 11 profissionais, do SRT do município de Fortaleza e Sobral. Em Fortaleza, participaram da pesquisa 13 (65%) residente; 13 (100%) familiares e seis (54,5%) profissionais, enquanto que em Sobral foram sete (35%) residentes e cinco (45,5%) profissionais, não houve participação da família.

Após exclusão, participaram da pesquisa 37 participantes sendo: 13 residentes, 13 familiares e 11 profissionais, do SRT dos municípios de Fortaleza e Sobral.

Em Fortaleza, foram computados para a análise nove (69,3%) residentes, 13 (100%) familiares, seis (54,6%) profissionais, enquanto em Sobral participaram

da pesquisa quatro (30,7%) residentes e cinco (45,4%) profissionais, não havendo a participação de familiares.

Em relação aos residentes, a amostra foi composta por 13 participantes, sendo a maioria do município de Fortaleza, nove (69,3%); do sexo feminino 10 (76,9%), na faixa etária de 51 a 60 anos de idade, sete (53,8%), estado civil solteiro 12(92,3%), grau de escolaridade: 1ª grau incompleto (atual Ensino Fundamental I), sete (53,8%), com algum tipo de profissão, oito (61,5%), tempo de permanência na RT de cinco a sete anos, oito (61,5%), referenciado da internação integral em hospital psiquiátrico 12 (92,3%), não souberam responder quanto ao diagnóstico, 10 (76,9%), moradores dos hospitais psiquiátricos nove (69,3%).

Verificou-se, ainda, que a maioria tinha família 11 (84,6%), sendo que somente nove (69,2%) recebem visitas de parentes e seis (46,2%), passeiam na casa dos parentes; não têm amigos 12 (92,3%) e somente dois (15,4%) possuem atividades fora de casa (um estuda e outro vende bombons).

No processo da desospitalização, verificou-se que, após a admissão na RT, os residentes não sofreram nenhuma internação em HP, 13 (100%), porém três (23,1%) apresentaram crise e por isso necessitaram de atendimento.

Quanto ao processo da desinstitucionalização, os dados indicam que a maioria necessita de ajuda para as atividades de higiene pessoal 11 (84,6%), para prepararem suas refeições 13 (100%), lavarem suas roupas 10 (76,9%), cuidar de seus pertences; 10 (76,9%) fazer suas compras, lidarem com o dinheiro, 13 (100%) e uso da medicação prescrita, 13 (100%). Ainda, executam algumas atividades, tais como: dar recados, 10 (76,9%); abrir porta para as visitas nove, (69,2%); limpar a mesa, sete (53,8%); passar pano nos móveis, seis (46,2%); varrer, cinco (38,5%); fazer compras, atender telefone, lavar as louças e banheiro, quatro (30,8%); cuidar do jardim, dois (15,4%); cozinhar, um (7,7%). Encontram maior dificuldade em lidar com dinheiro oito (61,5%), o que demonstra ainda uma baixa autonomia desses sujeitos.

Os 13 residentes (100%), responderam que foram informados sobre a RT, sentem-se respeitados pela equipe, confiam no trabalho dela, participam das reuniões de equipe e das decisões sobre o funcionamento da casa. Também, responderam que estão satisfeito e gostam da casa e da equipe.

Em relação ao tratamento externo, verificou-se que todos 13 (100%) fazem este procedimento e estão satisfeitos com seu tratamento 13 (100%), sendo a

maioria realizada em HD nove (69,3%), com uma consulta mensal 11 (84,6%). A equipe foi responsável pela escolha de seu médico sete (53,8%).

Sobre a pergunta: o que você gostaria de fazer no momento? Foram encontrados os seguintes resultados: dos 13 sujeitos entrevistados, quatro (30,8%) responderam que “nada”, seis (46,2%), sair, passear; dois (15,4), ter minha vida liberta; um (7,7%) receber dinheiro.

A amostra de família é de 13 participantes, sendo que todos são do município de Fortaleza 13 (100%). Na RT de Sobral, o participante residente não tem família. A maioria é do sexo feminino 12 (92,3%), faixa etária de 61 a 70 anos de idade sete (53,8%), escolaridade Ensino Superior incompleto seis (46,2%), sem profissão, nove (69,3%), grau de parentesco irmão (ã) oito (61,5%), tempo que cuida de seu familiar mais de dez anos (76,9%), RT de cinco a sete anos oito (61,5%).

Todas as famílias responderam que estimulam os residentes às Atividades da Vida Diária (AVDS) 13 (100%), porém não os estimulam às atividades de preparação da alimentação. A maioria delas afirmou que não estimulam a lavar roupa 12 (92,3%); cuidar de seus pertences nove (69,2%); a lidar com dinheiro 11 (84,6%); cuidar de sua higiene pessoal oito (61,5%), e acompanhá-los nas saídas nove (69,3%).

Os entrevistados 13 (100%), responderam que se sentem respeitados pela equipe que confiam no trabalho da coordenação, participam das reuniões de equipe e das decisões sobre o funcionamento da casa. Percebe-se que o residente tem liberdade opinar sobre o funcionamento da casa. A maioria já participou de algum tipo de atividade grupal em prol da saúde mental oito (61,5%), como caminhadas, teatro, palestras, fórum.

A amostra dos profissionais foi de 11 participantes, sendo a maioria do município de Fortaleza seis (54,5%), do sexo feminino nove (81,8%), faixa etária de 30 a 40 anos de idade sete (63,6%), escolaridade Ensino Médio completo quatro (36,4%), com profissão nove (81,8%), tempo de serviço na RT de três a cinco anos três (27,3%).

Os dados mostram uma equipe jovem, sendo a maioria feminina, com tempo de experiência na RT mais de dois anos, nível de escolaridade ensino médio.

Todos responderam que os estimulam nas Atividades da Vida Diária (AVDS) 11 (100%), como: cuidar de seus pertences, da higiene pessoal 11 (100%),

lavar as roupas e lidar com dinheiro oito (72%), fazer compras e acompanhá-los nas saídas nove (81,8%).

Todos 11 (100%) dos entrevistados, responderam que se sentem respeitados pela equipe, que confiam no trabalho da coordenação, participam das reuniões de equipe e das decisões sobre o funcionamento da casa. A maioria já participou de algum tipo de atividade grupal em prol da saúde mental 10 (90,9%), como caminhadas, teatro, jornadas, seminários, palestras, fórum e congresso, e consideram como uma dificuldade a ausência da família.

Os dados coletados a partir das entrevistas realizadas possibilitam discutir alguns aspectos que são considerados importantes dentro da proposta da portaria 106 do MS do ano 2000 (BRASIL, 2000).

Percebe-se que é uma população de pessoas com idade adulta, faixa etária de 51 a 60 anos de idade sete (53,8%), moradoras de HP 12(92,3%), sexo feminino e com vínculos familiares, porém não tiveram a oportunidade de fazerem seus tratamentos em casa, perdendo assim seus vínculos sociais, e a oportunidade de exercerem atividades produtivas,

De acordo com a portaria 106 do MS, a RT são casas inseridas na comunidade para portadores de TM, que passaram anos internados em HP, sem suporte familiar ou social suficiente para se manterem na comunidade, necessitando, portanto, de cuidados. Nesse sentido, podem-se inferir que as RTS contemplam a questão da desospitalização, não havendo portando internações em HP dos residentes após a admissão na RT, mesmo os residentes tendo reagudizado (BRASIL, 2000).

Para Amarante (2008), a desinstitucionalização não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

De modo geral, pode-se verificar que os residentes apresentam um nível de dependência ainda grande para a realização das atividades, seja de AVDs seja AVPs. Para Pitta (1999), a autonomia, deve embasar o conjunto de práticas, Atividades da Vida Diária (AVDS), por um lado que dizem respeito ao autocuidado e

à manutenção direta da vida, como: alimentar-se, cuidar da própria higiene (banho, cuidados pessoais, roupas e pertences pessoais de higiene), cuidados com o espaço que habita. Por outro lado, as Atividades de Vida Prática (AVPS) que dizem respeito à execução das atividades relacionadas ao trabalho ou ocupação (remunerada ou não), assumir compromisso social e cuidar da vida financeira.

Ainda, se verifica a existência de sonhos, de desejos a serem realizados como possibilidades de inclusão social, nas falas dos residentes.

Na RT, do município de Fortaleza, todos os participantes pesquisados, nove (69,2%), tem como seu responsável legal um familiar, sendo a maioria, oito (61,5%), representada por irmão (a), justificada pela própria idade dos sujeitos (residentes), na faixa etária de 61 a 70 anos.

Percebe-se nas respostas contradições dos familiares ao responderam que estimulam os residentes às Atividades da Vida Diária (AVDS) 13(100%), e não às atividades do cotidiano, como cuidar de si e lidar com dinheiro.

Para Amarante (1994), a desinstitucionalização contempla a desospitalização, mas não contempla em absoluto a idéia da desassistência,

O processo de desinstitucionalização é a estratégia terapêutica na comunidade (...) continua na comunidade (...) não se trata de culpar a família, mas de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criava dentro do manicômio. (...).(AMARANTE 1994, p.144),

Os dados indicam uma participação ativa dos profissionais no desenvolvimento e/ou estimulação da autonomia e ainda uma equipe confiante. Foucault (2005), Nicácio (2001), Oliveira (2002) e outros apontam os prejuízos causados pela incapacidade dos manicômios quanto à assistência psiquiátrica e que a resposta estaria nas experiências alternativas, a RT talvez seja um caminho mais próximo e mais parecido como um lar para os moradores dos HPS.

Quanto ao número de residentes por casa, ao abrigar 13 residentes, a RT do município de Fortaleza demonstra que suas características não estão de acordo com o que preconiza a portaria 106 do MS (BRASIL, 2000), que normatiza para oito residentes para cada serviço. Contudo, pode-se perceber que os mesmos estão bem acomodados em uma casa bastante espaçosa em quartos individuais, duplos e triplos, com área suficiente para a circulação, no que se refere aos recursos

humanos, observou-se uma equipe suficiente para atender a demanda, realizando cuidados que desenvolvem e/ou estimulem a autonomia dos residentes.

4.2 Categorias Elaboradas

4.2.1 Serviço Residencial Terapêutico: ressignificando espaços para a produção do cuidado em saúde mental.

Diferente do ambiente prisional do hospital psiquiátrico no que se refere às relações afetivas, sociais e culturais, a Residência Terapêutica (RT) busca aproximar os seus residentes de seus antigos padrões de comportamentos baseados numa cultura milenar em que viver em uma casa, ter uma moradia, fazer parte de uma família e ser um sujeito produtivo na produção de sonhos para a realização das ações é o que se espera de cada um.

Mantêm ao longo dos anos o desejo da construção da família, biológica ou substituta da casa própria, do bom emprego, das realizações afetivas e do status social etc. Cada indivíduo, durante o percurso de sua vida busca construir alguma coisa para garantir sua sobrevivência para ser feliz. A motivação é intrínseca ao indivíduo, os motivos encontram-se externos a vontade de cada um.

A assistência ao portador de transtorno mental ao longo dos anos foi centrada nos hospitais psiquiátricos, cujo saber médico predominava, tendo como práticas corriqueiras, a medicalização.

A estruturação da rede de cuidados em saúde, na própria diversificação dos dispositivos, tais como a RT, ainda possui uma visão distorcida na sociedade que resulta também em um preconceito. Ainda em serviços substitutivos, permanece o estigma da doença mental como um fator a mais de sofrimento na vida dos usuários e interferindo nas possibilidades de reinserção social (JORGE et al, 2008).

Existe ainda um vasto caminho para desospitalização e desinstitucionalização na terapêutica dos moradores dos HP, até mesmo porque não há serviços na comunidade de modo suficiente para dar conta de toda demanda oriunda da internação manicomial.

A RT vem de encontro ao suprimento da necessidade de organização do fluxo de atendimento e à qualidade da assistência, enquanto dispositivo de cuidado ao portador de transtorno mental. A RT tem como premissa o espaço de moradia, de desenvolvimento e/ou estímulo a autonomia dos residentes. A residência, moradia ou simplesmente a casa, propriamente dita, antecede as práticas da assistência, tornando-se antes de tudo um lugar de proteção coletiva, no qual o “eu” individual torna-se “nós” (coletivo).

A RT, é uma casa onde a gente mora, a gente come, dorme, toma remédio, conversa com as pessoas, sai pra passear eu estudo, vou sozinha pra escola, vou de ônibus. (Margarida)
Eu percebo a RT (...) ajudar as pessoas a melhorar o modo de viver, a psiquiatria ta evoluindo muito. (Rosa).

Percebe-se nas falas que estar hoje na residência terapêutica significa uma melhoria na qualidade de vida, como também, a possibilidade de se construir uma autonomia com relação ao crescimento social.

O serviço de residência terapêutica irá proporcionar ao sujeito que muitas vezes esteve aprisionado em internações integrais por um longo período e estigmatizado pelo rótulo de doente mental, uma nova identidade social, pela re significação do eu, do tu e do compartilhar espaços que permitem uma relação de poder, de ter e de ser.

A autonomia está relacionada às escolhas que o indivíduo pode fazer ao grau de dependência que possui. Quanto mais dependente se é, menos autonomia se tem, porém ser independente não quer dizer ter autonomia.

Nesse sentido, o cuidado dos profissionais com os residentes torna-se elemento transformador dos modos de viver e sentir o sofrimento, estimulando a auto-ajuda e a autonomia dos residentes.

Para Pitta (1999), a autonomia deve embasar o conjunto de práticas de Atividades da Vida Diária (AVDS), por um lado que dizem respeito ao auto-cuidado e à manutenção direta da vida, como: alimentar-se, cuidar da própria higiene (banho, cuidados pessoais, roupas e pertences pessoais de higiene), e os cuidados com o espaço que habita. Por outro lado, as Atividades de Vida Prática (AVPS) que dizem respeito à execução das atividades relacionadas ao trabalho ou ocupação (remunerada ou não), assunção de compromissos sociais e cuidado de sua vida financeira.

Eu percebo a RT como um lar, **acolhedor** em que as pessoas é... dão toda assistência, além da assistência respeitam o paciente não tem critica não tem e como e que eu quero dizer ...não tem critica não tem preconceito com uns nem com outros todo mundo todos são iguais, o preto, o branco, o que tem mais dinheiro o que tem menos isso ai eu **acho muito bonito nesta casa**, acho importante, tem TV, outra coisa conversam tem conforto na sala para sentar tem poltronas boas, camas boas isso tudo é importante para contribuir para não evolui a doença, para a doença reduzir não evoluir eu percebo que eles gostam da casa, gostam das pessoas, gostam ate do visitante. (Angélica).

Hoje ela não é mais ela hoje é uma pessoa mais social muito limpa e asseada pelo pessoal da casa... e a minha mãe sofreu muito com ela, ela gritava, era a mais nova gritava muito fugia de casa pulava as janelas altas agente pensava que ela quebrava as pernas, ela só fugia para igreja e pro colégio das freias que ela estudava, ela não aceitava voltar quando fugia quando a família ia buscar tinha que ser a empregada lá de casa. (Angélica).

Percebe-se nas fala que a RT se encontra como um espaço acolhedor, de não exclusão, não discriminação e de produção de autonomia. Pode-se dizer que o acolhimento é uma das ferramentas que gera mudanças da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde entre profissionais e o serviço para beneficiar a quem dele necessite no momento.

Para Merhy (1997), o acolhimento objetiva o acesso universal a qualidade na assistência e o favorecimento na relação cliente/profissional, ampliando a intervenção na autonomia do cliente em decidir sobre sua saúde.

Neste sentido a família desempenha também papel fundamental na viabilização da inserção social do portador de doença mental. Vale a pena ressaltar que o desempenho das atividades requisita um apoio psicoemocional e institucional para lidar com o membro familiar portador do sofrimento psíquico de modo a favorecer a adesão ao tratamento e a readaptação do sistema familiar na realidade imposta pela própria doença (JORGE; RANDEMARK; QUEIROZ; RUIZ, 2006).

Donde se percebe que o acolhimento diminui os espaços entre cliente e profissionais, na RT esse acolhimento deve estar presente em todos os momentos da relação residente/profissional. Permitindo assim uma co-responsabilidade junto ao residente por sua saúde/tratamento interferindo diretamente na sua autonomia e cidadania.

é uma moradia para pacientes com TM, que moravam em HP, eram agressivos alguns perderam suas famílias e outros são cuidados pela suas próprias famílias. (Dália).

a RT aqui é a casa deles, a gente ajuda eles a se cuidarem, no começo eles davam mais trabalho agora não eles até ajudam, (Cravo).

As falas de Dália e Cravo a RT representa um espaço de resgate dos laços sociais e da autonomia.

Portanto, na condução terapêutica concebida como dispositivo para a produção do cuidado em saúde, toma-se o acolhimento na relação trabalhador/usuário, e também os contextos social, político, econômico e histórico configurados nas interfaces (SANTOS et al, 2007).

A responsabilidade dos profissionais nos cuidados de auto-ajuda junto aos Portadores de Transtorno Mental (PTM) vai além da assistência clínica biomédica diretiva, incluindo o vínculo e as responsabilizações na obtenção de uma determinada resolutividade como resultado positivo no resgate da autonomia.

4.2.2 Atividades Cotidianas Desenvolvidas Pelos Residentes, Familiares e Profissionais.

O desenvolvimento das atividades cotidianas dos residentes necessita de suporte por parte dos profissionais e familiares. Tal assistência se justifica pela falta de estímulos cognitivos, motores e psicossociais durante anos em consequência do transtorno mental e de intervenções terapêuticas mais isoladas.

As habilidades adquiridas, muitas já esquecidas, necessitam serem resgatadas e necessitam de espaços acolhedores para emergirem e de pessoas que se dediquem a ajudá-los nesse reaprendizado. Assim, ressalta-se a importância por parte dos cuidadores, seja profissional ou familiar, uma atitude de escuta, de análise e de cuidados humanizados.

As atividades cotidianas representam assim o início de uma relação com o meio em que se vive na formação de valores de visão de mundo e aquisição de conhecimento.

Certau (1998, p.320), “o cotidiano é aquilo que é dado a cada dia. São as atividades e questões rotineiras que compõem os acontecimentos diários da vida

dos indivíduos”. Nesse contexto, o cotidiano e a soma das atividades diárias repetidas tornam-se rotinas, independente de serem prazerosas ou não.

Eu faço às vezes, eu varro o refeitório não todo dia, quando a funcionária tá muito ocupada eu limpo a mesa principalmente à noite quando tá muito suja. Também eu nunca varri a casa. Eu lavo minhas roupas, dobro as roupas arrumo o meu guarda-roupa e passo o papel na madeira, abro a porta e o portão...(ri). (Rosa).

Eu cuido das minhas coisas, ajudo, eu estudo eu pego o ônibus e vou pra escola. (Margarida).

Observa-se nas falas a importância da realização de atividades cotidianas na RT como forma de pertencer, de ocupar espaços e desenvolver as habilidades do cuidado com o outro, como sentimento de ajuda.

Nesse contexto, as atividades passam a ser elementos importantes no movimento de desconstrução de uma lógica excludente, elas possibilitam ao sujeito a condição humana.

No momento eu desenvolvo atividades de visitas, trazer os lanches dela, conversar com ela, levo para consulta quando ta necessitando e converso com os médicos clínicos sobre a doença dela, compro o que necessita pra para o que ta de acordo com o que ela ta passando naquele momento com a doença, remédios, remédios dela também são comprado, que no passado eu sofria muito com ela porque ela não tinha essa condição financeira que meu pai deixou pra ela, ela era pelo SUS. (Angélica).

Nesta fala é perceptível a angústia da família no passado em lidar com as crises da residente, relata falta de recursos financeiros e um atendimento sem qualidade oferecido pelo SUS. Pode-se inferir que a permanência da residente no HP se deu em detrimento daquele atendimento recebido ou por falta de outros serviços de saúde mental que objetivassem um cuidado mais adequado a residente e à família.

A família como primeira referência do ser humano no mundo, pode ser definida como grupos de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência, qualquer que seja o seu laço é no ambiente familiar que se faz a interligação com o social. E nela que o indivíduo se espelhará para que elabore seus conceitos sociais saudáveis ou não.

Dentro deste contexto, a RT aproxima a família do residente, dando a eles a oportunidade de resgate dos laços afetivos e de sua identidade dependendo do

grau de comprometimento da doença e dos prejuízos causados pelo tempo de internação. É importante a parceria com a família para o resgate de sua história de vida.

Segundo Castro (2001, p.45) “a vida se mostra como um leque de ações rotineiras, o que faz com que associemos ao conceito de bem-estar um vasto campo de atividades humanas no qual às necessidades parecem estar imbricadas numa rede multifacetada de extrema complexidade e dependente de uma série de vivências culturais e sociais”. A construção das relações sociais parte das rotinas que o indivíduo faz no dia-a-dia.

Para o portador de transtorno mental (PTM), quanto mais tempo se mantiver longe dessas ações rotineiras, mais difícil será seu retorno à vida social, seja pelo preconceito, pela periculosidade social a que se atribui ao PTM ou pelo próprio nível de interesse no retorno ao convívio social do mesmo.

Quando eu chego ao meu plantão, eu tenho uma visão olhando cada paciente. Já começo com a medicação, café da manhã, eu procuro estar junto dele para não ter engasgo durante o almoço, também procuro estar sempre presente, ajudo no banho, na higienização deles, procurando também caminhar com eles, passear, levar para avaliação médica e durante o dia o que a gente pode fazer para poder estimular a autonomia deles. Alguns que a gente acompanha nos banhos que não conseguem fazer higiene sozinho, a gente fica sempre em acompanhamento com eles. Eles ajudam, às vezes são cooperativos, abrem as portas, enchem as garrafas de água, sempre a gente ta fazendo alguma coisa para eles possam estar em atividades que eles gostem na casa.(Dália).
Eu saio com eles, acompanho nas consultas ajudo no que eles precisam, procuro ensinar o que eles não sabem e precisam aprender para serem mais independentes. (Cravo).

Está presente na fala de Dália e Cravo o compromisso junto aos residentes no desenvolvimento da autonomia como forma de melhorar sua condição de sujeito social.

É importante dentro do processo da desinstitucionalização dos residentes essa percepção dos profissionais quanto às limitações dos mesmos para poderem ajudá-los a reconhecer suas necessidades, a vontade de fazer suas escolhas e reconstrução do indivíduo.

Segundo Mangia (2000), o novo perfil relacional entre terapeutas-clientes, serviço-usuário devem envolver características de parceria e co-participação, permitindo que os clientes se apropriem do projeto terapêutico, assim se direciona a um real processo de desinstitucionalização.

4.2.3 Rede Social: a construção da autonomia.

É dever do Estado o desenvolvimento de políticas de saúde mental, de assistências e de promoção de ações de saúde que beneficiem àqueles que dela necessitem.

Durante décadas, o HP transformou parte de seus internos em moradores, dando a eles as condições mínimas de sobrevivência: um abrigo e uma alimentação de péssima qualidade.

Ainda é perceptível essa forma de exclusão, cerceando a capacidade criativa, a desconstrução das práticas cotidianas das mais simples às mais complexas dos seus moradores, como abrir uma porta, lidar com dinheiro, como também a construção de novas formas de aprendizagem, em que o sujeito recebe tudo pronto sem o poder de questionar. E, é dentro desse enfoque que a institucionalização surge na repetição de comportamentos e de normas, nas quais as relações de poder não são compartilhadas.

A rede social para os PTM torna-se cada vez mais difícil dependendo, do tempo de isolamento sofrido pela falta de estímulos e dos cuidados recebidos na assistência à saúde.

Rede social Dr. Vandick Ponte, não sei. (Rosa).
Eu acho que..ah! não sei não.(Margarida).

Destaca-se aqui a fala de Rosa e Margarida, como o melhor entendimento e conceito para Rede Social, “não sei”, que poderiam ser traduzidos em “nunca vi”. Para pessoas que como Rosa e Margarida a vida lhes tiraram as relações sociais, ainda jovens, enquanto estarão construindo suas percepções e visão sobre o mundo, e hoje, como resultado, indagam-se: o que pensar sobre Rede Social?

A vida cotidiana constitui-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles, na medida em que forma um mundo coerente. Assim, é impossível imaginar coerência quando se está diante de situações em que não podemos controlar, opinar, negar, desistir ou escolher. Ao responderem “não sei”, remete-nos ao espaço segregador, de tantos maus-tratos em relação à desconstrução do sujeito social que é o hospital psiquiátrico.

O ato de realizar atividade cotidiana promove mudanças significativas dos pensamentos, sentimentos, valores e das atitudes de maneira gradativa que também pode restabelecer o equilíbrio emocional.

Para Merhy (1997), o cotidiano permite o vínculo na relação entre os profissionais e clientes na questão da responsabilidade e do compromisso das práticas do cuidado.

Acho que é um conjunto de conjunto de coisas que fazem com que o ser humano cresça, se socializa e ter uma vida boa uma vida saudável, pra mim é isso aí. (Angélica).

Para as famílias, essa rede social ainda parece ser algo difícil de ser alcançado, cujos obstáculos estão aquém de suas possibilidades quando coloca... é ter uma vida saudável... é, estar interligada a socialização.

Rede social é uma rede de assistência social que visa orientar, incluir e sociabilizar a quem dela necessita, através de parcerias diversificadas conforme demanda. (Cravo).

Integração na comunidade, na escola, a gente procura uma atividade fora, mas eles não conseguem se integrar na sociedade. (Dália)

Percebe-se nas falas dos profissionais a responsabilidade quanto à desinstitucionalização, uma visão de rede de assistência, neste sentido os profissionais buscam parcerias com a comunidade para possibilitar a inclusão social dos residentes, discute-se hoje que o homem não é para se adaptar ao meio, mas o meio proporcionar espaços em que o homem possa circular.

Pelo exposto, demonstra-se que o trabalho em saúde, inclusive nos serviços de saúde mental, passa a consolidar um desafio pela complexa dimensão apresentada no cotidiano, em relação às diversas interfaces que vão desde a

reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho e pela aquisição de novos saberes, metodologias e tecnologias de trabalho (JORGE et al, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar-se o objetivo do estudo de analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral-Ceará deve-se sublinhar a relevância da RT em prol da cidadania dessas pessoas que passaram anos de suas vidas dentro dos hospitais psiquiátricos onde perderam sua capacidade criativa por falta de estímulos e alguns suas próprias identidades.

O novo modelo de tratamento aos portadores de transtorno mental passou a reorganizar os serviços de atenção a estes sujeitos, reintroduzindo-os na sociedade, contando então com a participação da família, do vizinho e dos profissionais, para que pudessem recuperar sua história de vida e cidadania, esse modelo é o que mais se aproxima do que consideramos um lar.

Diante do exposto, reconhece-se a importância das redes sociais, na reconstrução do cotidiano perdido durante os longos anos de confinamento no hospital psiquiátrico.

Apesar de toda a reorientação ao modelo excludente que é o tratamento em HP como local de confinamento e de exclusão, ainda predomina em Fortaleza-Ceará a lógica dos HP, mesmo tendo como modelo uma rede de serviços, como: CAPS, HD, Ambulatórios, Unidade de internação em hospital clínico, Oca comunitária, Programa Saúde da Família.

Apesar de todo o esforço da equipe nos cuidados oferecidos ao longo desses nove anos aos residentes, pode-se perceber a dependência destes sujeitos nas atividades de AVDS e AVPS, pode-se afirmar que a hospitalização prolongada descaracteriza o indivíduo da sua identidade. É, também, uma grande dependência à equipe nos cuidados 24 horas, porém é visível a qualidade de vida dessas pessoas com ganhos aparentemente pequenos, contudo de significados grandiosos de poderem conviver numa casa, realizar alguma atividade, de acordo com seus limites e desejos após longos anos sendo tolhidos, proibidos de exercer sua cidadania dentro do hospital.

Os dados encontrados durante a análise da pesquisa demonstram que os Serviços de Residência Terapêutica estão contribuindo para a desospitalização, dos

portadores de transtornos mentais, pela não existência de admissões em HP após o ingresso dos moradores na RT.

Percebe-se nas falas dos entrevistados que o período em que antecede a sua admissão na RT, não era estimulado nas atividades da vida diária e/ou da vida prática.

Ressalta-se a importância dos cuidados oferecidos pelos profissionais no processo da desinstitucionalização, contribuindo para o desenvolvimento de sua independência, autonomia e inclusão social e, conseqüentemente, permitindo uma melhor qualidade de vida aos residentes.

Não se pode apenas teorizar as questões do sofrimento psíquico criticar a má assistência dos HP, é necessário que as ações sejam mais rápidas na implantação de novos dispositivos para atender a demanda. Segundo o Relatório de Gestão do Município de Fortaleza do ano 2006, Fortaleza comporta seis RT para atender a demanda dos HP, no entanto continua apenas com uma RT custeada pelo poder público o que não corresponde às necessidades da clientela, ora chamada de “moradores dos HP.”

Mas, o que dificulta a abertura de mais RT, quando se tem leis e portarias aprovadas que protege os direitos dos portadores de transtornos mentais (PTM)? O município de Fortaleza necessita implantar mais residências terapêuticas para dar oportunidade aos moradores dos hospitais psiquiátricos de conviverem em família, de fazerem parte de uma comunidade, de se tornarem sujeitos sociais conforme a reorientação do modelo assistencial em saúde mental.

É obrigação do Estado, do Município e dos donos dos HP, também, devolver a sociedade aquele que um dia foi retirado de seu convívio familiar e tratado de forma excludente, cabe a família, comunidade e sociedade recebê-los sem preconceito, contribuindo para o resgate dessas perdas, ora irrecuperáveis.

A pesquisa desenvolvida é apenas uma contribuição para se ampliar a visão desses novos dispositivos alternativos para os moradores dos hospitais psiquiátricos, espera-se que assim seja possível trilhar novos caminhos na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos seus dispositivos de cuidado integral.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: editora. Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. **Saúde Mental Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- . **Science**, 188:1277-1281, 1975.
- BACHRACH, L. L. Lessons from America: Semantics and services for mentally ill homeless individuals. In: Dinesh Bhugra. **Homelessness and mental health**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.40, n. 7, p.335-360, 1991.
- BASSUK, E. L. & GERSON, S. Desinstitutionalization and mental health services. **Scientific American**, n. 233, p.46-53, 1978.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, p.. 31, 1977.
- BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993. 116 p.
- BRAGA, J.C.S. **A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1978.
- BRASIL. **Lei Federal Nº 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial na área da saúde mental. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e regulamentação das pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS/CNS, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Saúde Mental**. Brasília: Editora MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Legislação em saúde mental. **Legislação em Saúde**, Brasília, n. 4, p. 84087, dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção à Saúde, DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado a Conferência Regional da Reforma dos serviços de saúde mental. 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde** – CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 19/06/2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 maio 2009.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C.P.; BURALLI, K.O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **Rev. O Mundo da Saúde**, v. 24, p. 72-88, 2000.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

CASTRO E. D. ET al. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: De Carlo, M.M. P; Bartalotti; C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.p.45.

CERTAU, M. **A invenção do cotidiano: Terapia ocupacional no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1998, 330p.

CESARINO, A.C. Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo. In: **Saúde loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1989, p.3-32.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE. **Anais: Cidade e Saúde**. Curitiba, 1995.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – SÃO PAULO. **Políticas públicas: a hora e a vez de voltar para casa**. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/crp/midia/jornal_crp/137/frames/fr_politicas_publicas.aspx. Acesso em: 30 mar. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In. HARTZ, Z. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise de implantação dos programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DELGADO, P. G. G.; VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M. (Orgs.). **O Campo da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Te Corá editora, RJ, 1997.

DESVIAT M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

DRAKE, R. E.; OSHER, F. C.; WALLACH, M. A. Homelessness and dual diagnosis. **American Psychologist**, n. 11, p.1149-1158, 1991.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FURTADO JP. Pacheco RA. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em campinas – análise de uma experiência. **J Bras de psiquiat.** n.47, v.4, p. 179-84, 1998.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232006000300026.

GONÇALVES, S. et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátrico de longa permanência. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 105-113, 2001.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

HAFNER, H. & HAIDEN, W. The evaluation of mental health care system. **British Journal Psychiatry**, 155:12-17, 1989.

HELLER A. **La revolución de La vida cotidiana?** Barcelona: Península; 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO (IBGE). **Censo 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

JORGE, Maria Salete Bessa et al . Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 maio 2009. doi: 10.1590/S0104-07072007000300006.

JORGE, Maria Salete Bessa et a. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.

JORGE, Maria Salete Bessa; RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; RUIZ, Erasmo Miessa. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, v.59, n.6, p. 734-739, 2006.

LAMB, H. R.; LAMB, D. M. Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill. **Hospital and Community Psychiatry**. n. 41, v.3, p. 301-305, 1990.

LANCETTI, A. Loucura metódica. **Saúde Loucura n. 2**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

LEFF, J. **Editor, care in the community, Illusion or reality?** Londres. Wiley; 1997.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis, 2003.

LIMA, L. A; GONÇALVES, S; LOVISI, G. M. Validação e estudo de confiabilidade da Social behaviour Scale (SBS) para uma população de pacientes de longa permanência. **Anais**. XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Higiene Mental, Fortaleza, Ceará, 1999.

MÂNGIA, E. F. A trajetória da Terapia Ocupacional: da psiquiatria às novas instituições de promoção da saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, 2000.

MINAYO, M.C.S. (Org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MARCONI, M de A.: LAKATOS, E.M. **Fundamento de metodologia científica**. 3º. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

OLIVEIRA, F.B. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: UFPB - Universitária, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica**. Washington, D.C., 1992. 160 p.

PEREIRA. A.A; ANDRADE; O.M. Rede Integral Atenção à Saúde Mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A **Saúde e Loucura: Saúde mental e saúde da família**, 2 ed. n 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

PITTA, A.M.F. Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. **Rev.Psiq.Clin**. n. 26, v. 2, Edição especial, 1999.

REICHERT, F. F. **Tipos de estudos epidemiológicos**. Disponível em: www.ufpel.edu.br/odonto/pged/material_didatico/estudos_epidemiologicos.pdf. Acesso em Maio de 2008

ROTELLI, F. A Instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria no hospício**: contribuição para o estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (orgs). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura Nº 7**: Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-188.

SAMPAIO, J.J.C. Plataforma para reorientação da atenção à saúde mental no Ceará. **Sustentação**, 2000.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil**: a Sobrevivência do Asilo e Outros Destinos Possíveis. 1ª. ed. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 1994. v. 3. 212 p.

SANTOS, Adriano Maia dos et al . Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan. 2007 .

SANTOS, Núbia Schaper, ALMEIDA, Patty Fidelis de, VENANCIO, Ana Teresa et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicol. cienc. prof.** [online]. dez. 2000, vol.20, no.4 [citado 02 Julho 2008], p.46-53. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

SARACENO B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro. Te Corá; 1999.

SCHRAIBER, L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea**: novos desafios, outros dilemas. 1997. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

SILVA, M.G.C. et al. **Avaliação da qualidade do Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará**. Fortaleza, 2003. 12 p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas 1992.

TURATO, R. E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UCHIMURA, K.L.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p.1561-1569, nov - dez, 2002.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Saúde em Debate**, p. 17-25, 1991.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RESIDENTES)**

Sou psicóloga, estudante do curso de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE, e estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. Com o objetivo de analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT) no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará, no período de 2008 a 2009. Desse modo, solicito sua colaboração com a pesquisadora para realizar uma entrevista gravada. Os dados serão apresentados a Universidade Estadual do Ceará – UECE e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades, garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato, não será divulgado o seu nome. O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante seu depoimento, já que faz parte das pessoas que estão envolvidas neste processo. Esse trabalho pode proporcionar uma reflexão por parte da comunidade acadêmica e dos profissionais que integram a Residência Terapêutica. A pesquisa oferece riscos mínimos justificados pelas perguntas não serem constrangedoras sobre o cotidiano e tendo como benefício a possibilidade de sugestões para melhorar o serviço. Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Reforço que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico, responder essas perguntas não lhe trará riscos para sua saúde nem mesmo riscos de receber advertências por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo. Para possíveis esclarecimentos, estou disponível através do telefone (85) 8707 9188 ou ainda poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no Centro de Ciências da Saúde (CSS) da Universidade Vale do Acaraú (UVA) na Av. Geraldo Rangel, S/N- Bairro do Derby- CEP 62041-040, telefone (88) 3677-4255.

Atenciosamente,

Psi. Maria Helena Santana de Oliveira

Consentimento Pós-informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT) no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará, no período de 2008 a 2009, intitulado: Serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental, realizado pela pesquisadora Maria Helena Santana de Oliveira, compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa, não me oponho a responder a entrevista e nem a agravação dela, podendo, em qualquer momento, retirar meu consentimento desta.

Local, _____, ____ de _____ de 200

Ciente: _____.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Ciente: _____.

Assinatura do responsável legal

Assinatura da pesquisadora

Maria Helena Santana de Oliveira

(1ª via para o sujeito da pesquisa e 2ª via para o arquivo da pesquisadora)

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(FAMILIARES)**

Sou psicóloga, estudante do curso de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE, e estou desenvolvendo uma pesquisa científica intitulada Serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental, com o objetivo de analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará, no período de 2008 a 2009. Neste sentido, solicito sua colaboração com a pesquisadora para realizar uma entrevista gravada. Os dados serão apresentados a Universidade Estadual do Ceará – UECE e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades, garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato, não será divulgado o seu nome. O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante seu depoimento, uma vez que faz parte das pessoas que estão envolvidas neste processo. Esse trabalho pode proporcionar uma reflexão por parte comunidade acadêmica e dos profissionais que integram a Residência Terapêutica. A pesquisa oferece riscos mínimos justificados pelas perguntas não serem constrangedoras sobre o cotidiano e tendo como benefício a possibilidade de sugestões para melhorar o serviço. Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Reforço que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico, responder essas perguntas não lhe trará riscos para sua saúde, nem mesmo riscos de advertências por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo. Para possíveis esclarecimentos, estou disponível através do telefone (85) 8707 9188 ou ainda poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no Centro de Ciências da Saúde (CSS) da Universidade Vale do Acaraú (UVA) na Av. Geraldo Rangel, S/N- Bairro do Derby- CEP 62041-040- Telefone (88) 3677-4255.

Atenciosamente,

_____.

Psi. Maria Helena Santana de Oliveira

Consentimento Pós-informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará, no período de 2008 a 2009, intitulado Serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. Realizado pela pesquisadora Maria Helena Santana de Oliveira. Compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa, não me oponho a responder a entrevista e nem a gravação dela, podendo, em qualquer momento, retirar meu consentimento desta.

Local, _____, ____ de _____ de 200

Ciente: _____.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura do pesquisador

Maria Helena Santana de Oliveira

(1ª via para o sujeito da pesquisa e 2ª via para o arquivo da pesquisadora)

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.
(PROFISSIONAIS)**

Sou psicóloga, estudante do curso de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE, e estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental com o objetivo de analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará no período de 2008 a 2009. Neste sentido, solicito sua colaboração com a pesquisadora para realizar uma entrevista gravada. Os dados serão apresentados a Universidade Estadual do Ceará – UECE e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato, não será divulgado o seu nome. O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante seu depoimento, uma vez que faz parte das pessoas que estão envolvidas neste processo. Esse trabalho pode proporcionar uma reflexão por parte comunidade acadêmica e dos profissionais que integram a Residência Terapêutica. A pesquisa oferece riscos mínimos justificados pelas perguntas não serem constrangedoras sobre o cotidiano e tendo como benefício a possibilidade de sugestões para melhorar o serviço. Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Reforço que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico, responder a essas perguntas não lhe trará riscos para sua saúde, nem mesmo riscos de advertências por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo. Para possíveis esclarecimentos, estou disponível através do telefone (85) 8707 9188 ou ainda poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no Centro de Ciências da Saúde (CSS) da Universidade Vale do Acaraú (UVA) na Av. Geraldo Rangel, S/N- Bairro do Derby- CEP 62041-040- Telefone (88) 3677-4255.

Atenciosamente,

Psi. Maria Helena Santana de Oliveira

Consentimento Pós-informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará, no período de 2008 a 2009, intitulado Serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. Realizado pela pesquisadora Maria Helena Santana de Oliveira. Compreendi os propósitos da pesquisa e concordo em participar dela, não me oponho a responder a entrevista e nem a gravação desta, podendo, em qualquer momento, retirar meu consentimento.

Local, _____, ____ de _____ de 200

Ciente: _____.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura do pesquisador

Maria Helena Santana de Oliveira

(1ª via para o sujeito da pesquisa e 2ª via para o arquivo da pesquisadora)

**APÊNDICE D – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA DE CAMPO EM
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DE SOBRAL – CEARÁ**

Carta de solicitação para entrada no Campo

De: Mestranda Maria Helena Santana de Oliveira

Para: Coordenador (a) de Saúde Mental de Sobral

Assunto: Solicitação de pesquisa

Sr.(a) Diretor(a):

Sou Psicóloga e atuante da área de Saúde Mental, encontro-me cursando o Mestrado Acadêmico em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE e desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado Serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. O objetivo desta pesquisa é analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT) no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará. Utilizar-se-á um estudo transversal com abordagem qualitativa e descrita. E como instrumentos de coleta dos dados, a entrevista semi-estruturada gravada para um representante de cada categoria, formulários para os residentes e questionários para todos os sujeitos profissionais que cuidam diretamente dos mesmos e familiar e/ou responsável por o residente. A análise dos dados quantitativos será realizada de forma frequencial e descritiva Para análise qualitativa utilizar-se-á a leitura flutuante e exaustiva com a elaboração das categorias temática de acordo com Bardin (1977), os resultados serão discutidos a luz da literatura pertinente. A pesquisa oferece riscos mínimos justificados pelas perguntas não serem constrangedoras aos participantes sobre o seu cotidiano e tendo como benefício a possibilidade de sugestões para melhorar o serviço. Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, bem como liberdade para desistir a qualquer momento da pesquisa, como também serão respeitados quanto ao sigilo e à confiabilidade das informações e identificações. Em nenhum momento, serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado e responsável legal dos sujeitos residentes e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Neste sentido, gostaria de solicitar sua autorização para a realização da pesquisa com os sujeitos

residentes, profissionais e familiares do Serviço de Residência Terapêutica deste município.

Em caso de dúvida, entrar em contato com Maria Helena Santana de Oliveira através do telefones (85) 3249-4049 - (85) 8707-9188 ou pelo e-mail: m_helenna@terra.com.br.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensada.

Maria Helena Santana de Oliveira

Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE E - CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA DE CAMPO EM RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DE FORTALEZA – CEARÁ

Carta de solicitação para entrada no Campo

De: Mestranda Maria Helena Santana de Oliveira.

Para: Diretor (a) Instituto Dr. Vandick Ponte.

Assunto: Solicitação de pesquisa

Sr. (a) Diretor(a):

Sou Psicóloga e atuante da área de Saúde Mental, encontro-me cursando o Mestrado Acadêmico em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE e desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado Serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. O objetivo desta pesquisa é analisar as atividades dos residentes, familiares e profissionais dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT) no processo de desospitalização/desinstitucionalização do portador de transtorno mental, em Fortaleza e Sobral, Ceará. Utilizar-se-á um estudo transversal com abordagem qualitativa e descrita. E como instrumentos de coleta dos dados, a entrevista semi-estruturada gravada para um representante de cada categoria, formulários para os residentes e questionários para todos os sujeitos profissionais que cuidam diretamente dos mesmos e familiar e/ou responsável por o residente. A análise dos dados quantitativos será realizada de forma frequencial e descritiva. Para análise qualitativa utilizar-se-á a leitura flutuante e exaustiva com a elaboração das categorias temática de acordo com Bardin (1977), os resultados serão discutidos a luz da literatura pertinente. A pesquisa oferece riscos mínimos justificados pelas perguntas não serem constrangedoras aos participantes sobre o cotidiano dos participantes e tendo como benefício a possibilidade de sugestões para melhorar o serviço. Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, bem como liberdade para desistir a qualquer momento da pesquisa, como também serão respeitados quanto ao sigilo e à confiabilidade das informações e identificações. Em nenhum momento, serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado e responsável legal dos sujeitos

residentes e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Neste sentido, gostaria de solicitar sua autorização para a realização da pesquisa com os sujeitos residentes, profissionais e familiares do Serviço de Residência Terapêutica deste município.

Em caso de dúvida, entrar em contato com Maria Helena Santana de Oliveira através do telefones (85) 3249-4049 - (85) 8707-9188 ou pelo e-mail: m_helenna@terra.com.br.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensada.

Maria Helena Santana de Oliveira

Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE F - FORMULÁRIO APLICADO AOS RESIDENTES

Este formulário forma parte do processo de investigação da pesquisa sobre serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. Solicita-se que se responda a todas as questões com atenção, reproduzindo suas opiniões com a máxima fidelidade. Os resultados serão mantidos sob sigilo e sua identidade não será divulgada. Coordenado por Prof. Dr. Maia Pinto.

I – IDENTIFICAÇÃO	Cód.
01.SEXO	
1()Feminino 2()Masculino	
02.Faixa etária	
1()30 a 40, 2()41 a 50, 3()51 a 60, 4()61 a 70 5() mais de 70 anos	
03. Estado civil 1() solteiro 2()casado () 3() outro	
04.ESCOLARIDADE	
1()Sem escolaridade , 2()1º grau incompl 3()1º grau compl	
4()2º grau incompl. 5()2º grau compl. 6()3º grau incompl.7()3º grau compl.	
05.PROFISSÃO	
1()Com profissão, 2()sem profissão	
06.TEMPO NO SRT	
1()Menos de 06 meses, 2()06 meses a 01 ano, 3() 01 ano a 03 anos	
4()03 anos a 05 anos, 5()05 anos a 07 anos	
07.TIPO DE PROCURA	
1()Espontânea, 2()Referenciada	
3() Se referenciada de onde?	
II CRONICIDADE	
08.Diagnóstico	
1 ()Esquizofrenia, 2()Bipolar, 3()outro.	
09.Número de internações em HPE anteriores ao SRT	
1()0 , 2()1 a 03, 3()04 a 07, 4 ()"morador" HPE , 5()outro	
10.Sofreu alguma internação em HPE nos últimos três meses?	
1()Sim, 2 ()não, 3()Se sim, quantas?	
11. Sofreu alguma internação em HPE no último ano?	
1 ()Sim, 2 ()Não, 3()Se sim, quantas?	
12. Apresentou alguma crise nos últimos 03 meses? O que o fez? Necessitar de alguma modalidade de atendimento?	
1()Sim, 2()não	
III- TRATAMENTO RECEBIDO DE AUXÍLIO NA SUA VIDA DIÁRIA	
13. Em sua vida diária, alguém tem de ajudá-la a:	
Cuidar de sua higiene pessoal 1()Sim, 2 ()não	
Preparar sua alimentação 1()Sim, 2 ()não	
Lavar sua roupa, passar consertar 1()Sim, 2 ()não	

Cuidar de seus pertences 1()Sim, 2 () não	
Fazer Compras 1()Sim, 2 () não	
Lidar com dinheiro 1()Sim, 2 () não	
Dar sua medicação 1()Sim, 2 () não	
14.- Ajuda nos afazeres da casa? 1()Sim 2 () Não	
Varrer 1()Sim, 2 () não	
Passar pano nos móveis 1()Sim, 2 () não	
Cuidar do jardim 1()Sim, 2 () não	
Limpar a mesa 1()Sim, 2 () não	
Lavar as louças 1()Sim, 2 () não	
Lavar banheiro 1()Sim, 2 () não	
Cozinhar 1()Sim, 2 () não	
Fazer compras 1()Sim, 2 () não	
Atender telefone 1()Sim, 2 () não	
Dar recados 1()Sim, 2 () não	
Abrir porta para visitas 1()Sim, 2 () não	
15 - Quer fazer ou não o que considera difícil fazer?	
Cuidar de sua higiene pessoal 1() Sim 2() Não	
Lavar sua roupa, passar consertar 1() Sim 2() Não	
Cuidar de seus pertences 1() Sim 2() Não	
Atender telefone 1()Sim, 2 () não	
Lidar com dinheiro 1() Sim 2() Não	
Varrer 1() Sim 2() Não	
Passar pano nos móveis 1()Sim, 2 () não	
Cuidar do jardim 1() Sim 2() Não	
Limpar a mesa 1()Sim, 2 () não	
Lavar as louças 1()Sim, 2 () não	
Dar recados 1()Sim, 2 () não	
Cozinhar 1()Sim, 2 () não	
Fazer compras 1()Sim, 2 () não	
Atender telefone 1()Sim, 2 () não	
Abrir porta para visitas 1()Sim, 2 () não	
IV. REDE SOCIAL	
16.Tem família? 1()Sim, 2 () não	
17.Recebe visitas? 1()Sim, 2 () não	
18.Passeia na casa de parentes? 1()Sim, 2 () não	
19.Tem amigos? 1()Sim, 2 () não	
20.Tem trabalho/atividade externa RT? 1()Sim, 2 () não	
Se SIM. Qual?	
21.Freqüenta a igreja/escola/associações etc.?	
Se SIM. Qual?	
V. ATENDIMENTO RECEBIDO PELA EQUIPE	
22.Foi informada como funciona o serviço? 1()Sim, 2 () não	
23.Estar satisfeito com o serviço? 1()Sim, 2 () não	
24.Se sente respeitado pela equipe?1()Sim, 2 () não	

25. Confia no trabalho da equipe? 1()Sim, 2 () não	
26. Participa de reunião de equipe? 1()Sim, 2 () não	
27. Participa das decisões do funcionamento da casa? 1()Sim 2 () não	
28. Já participou de algum tipo de atividade grupal em prol da saúde mental? 1()Sim, 2() não	
Se sim qual?	
29. Faz tratamento externo? 1()Sim, 2 () não 3 () Se sim. Onde?	
HDS 1()Sim, 2 () não, CAPS 1()Sim 2 () não, 3() Não se aplica 1()Sim 2 () não	
30. Quantas consultas ao mês?	
0 a 1, 1() Sim 2() Não, 2 a 4 1()Sim, 2 () não	
31. Quem escolheu o médico para você?	
Família 1()Sim, 2() não, Equipe 1()Sim, 2() não, outros 1()Sim, 2() não	
32- Estar satisfeito com seu tratamento? 1()Sim, 2() não	
33. Quais atividades participa (no tratamento)?	
atendimento individual 1()Sim, 2() não	
atendimento grupal 1()Sim, 2() não	
34. Acha a limpeza da casa boa? 1()Sim, 2() não	
35. Gosta da alimentação que lhe é servida? 1()Sim, 2() não	
36. O que você mais gosta daqui? 1()Sim, 2() não	
alimentação 1()Sim, 2() não	
Casa 1()Sim, 2() não	
Pessoas 1()Sim, 2() não	
Equipe 1()Sim, 2() não	
37. O que você menos gosta daqui?	
alimentação 1()Sim, 2() não	
Casa 1()Sim, 2() não	
Pessoas 1()Sim, 2() não	
Equipe 1()Sim, 2() não	
38. Quantas pessoas dormem no quarto com você?	
0- 1()Sim 2() Não;	
1 – 1()Sim 2() Não;	
2- 1()Sim 2() Não;	
3-1()Sim 2() Não.	
39. O que você gostaria de fazer no momento?	
Obrigada pela atenção.	

APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FAMILIARES

Este questionário forma parte do processo de investigação da pesquisa sobre serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. Solicita-se que se responda a todas as questões com atenção, reproduzindo suas opiniões com a máxima fidelidade. Os resultados serão mantidos sob sigilo e sua identidade não será divulgada. Coordenado por Prof. Dr. Maia Pinto.

I – IDENTIFICAÇÃO	Cód.
01 .SEXO	
1()Feminino 2()Masculino	
02.Faixa etária	
1()30 a 40, 2()41 a 50, 3()51 a 60, 4()61 a 70 5() mais de 70 anos	
03.ESCOLARIDADE	
1()Sem escolaridade ,2()1º grau incompl. 3()1º grau compl	
4()2º grau incompl. 5()2º grau compl. 6()3º grau incompl.7()3º grau compl.	
04-PROFISSÃO	
1()Com profissão, 2()sem profissão	
05. Grau de Parentesco. Mãe 1()Sim 2()Não, Pai 1()Sim 2()Não	
Irmão 1()Sim 2()Não, Outro 1()Sim 2()Não,	
06.Tempo que cuida de seu familiar?	
01 a 05 anos, 1()Sim 2()Não; 06 a 10 anos 1()Sim 2() Não, outro 1 () Sim 2 ()Não	
07.Você o estimula nas atividades da vida diária? 1()Sim 2()Não,	
08. Em que tarefas você o ajuda?	
Preparar sua Alimentação 1()Sim, 2 ()não	
Lavar sua roupa 1()Sim, 2 ()não	
Cuidar de seus pertences 1()Sim, 2 ()não	
Fazer Compras 1()Sim, 2 ()não	
Lidar com dinheiro 1()Sim, 2 ()não	
Cuidar de sua higiene pessoal 1()Sim, 2 ()não	
Acompanhar nas saídas, passeios 1()Sim, 2 ()não	
09.Em que tarefas você o ajuda e acha difícil?	
Preparar sua Alimentação 1()Sim, 2 ()não	
Lavar sua roupa, passar consertar 1()Sim, 2 ()não	
Fazer Compras 1()Sim, 2 ()não	
Lidar com dinheiro 1()Sim, 2 ()não	
Cuidar de sua higiene pessoal 1()Sim, 2 ()não	
Acompanhar nas saídas, passeios 1()Sim, 2 ()não	
10.O que melhorou com os cuidados recebidos no SRT que antes ele não fazia e/ou tinha dificuldades?	

Preparar sua Alimentação 1() Sim, 2() não	
Lavar sua roupa 1() Sim, 2 () não	
Cuidar de seus pertences 1() Sim, 2 () não	
Fazer Compras 1() Sim, 2 () não	
Lidar com dinheiro 1() Sim, 2 () não	
Cuidar de sua higiene pessoal 1() Sim, 2 () não	
Atender telefone 1() Sim, 2 () não	
Dar recados 1() Sim, 2 () não	
Abrir porta para visitas 1() Sim, 2 () não	
Cozinhar 1() Sim, 2 () não	
Lavar as louças 1() Sim, 2 () não	
11. Você tem confiança e segurança na coordenação do SRT? 1() Sim, 2 () não	
12. Você participa das reuniões de família? 1() Sim, 2 () não	
13. Suas sugestões são acatadas? 1() Sim, 2 () não	
14. Você participa de eventos referentes à sede mental? 1() Sim, 2 () não	
Se sim, qual?	
15. Você percebe que os residentes tem liberdade de opinar sobre o funcionamento do serviço? 1() Sim, 2 () não 3() as vezes	
16. Em sua opinião, o que necessita melhorar no SRT?	
A alimentação 1() Sim, 2() não	
A limpeza da casa 1() Sim, 2() não	
Equipe 1() Sim, 2() não	
Outro 1() Sim, 2() não	
17. Em sua opinião, o que dificulta levá-lo para casa?	
A alimentação 1() Sim, 2() não	
Tratamento 1() Sim, 2() não	
Outro 1() Sim, 2() não	
Obrigado pela atenção.	

APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS

Este questionário forma parte do processo de investigação da pesquisa sobre serviço residencial terapêutico: atividades e espaços de construção do cuidado em saúde mental. Solicita-se que se responda a todas as questões com atenção, reproduzindo suas opiniões com a máxima fidelidade. Os resultados serão mantidos sob sigilo e sua identidade não será divulgada. Coordenado por Prof. Dr. Maia Pinto.

I – IDENTIFICAÇÃO	Cód.
01 .SEXO	
1()Feminino 2()Masculino	
02.Faixa etária	
1()30 a 40, 2()41 a 50, 3()51 a 60, 4()61 a 70	
03.ESCOLARIDADE	
1()Sem escolaridade ,2()1º grau incompl. 3()1º grau compl	
4()2º grau incompl. 5()2º grau compl. 6()3º grau incompl.7()3º grau compl.	
8 pós- graduação ()	
04-PROFISSÃO: 1()Com profissão, 2()sem profissão	
06.Tempo de serviço SRT	
01 a 02 anos, 1()Sim 2()Não; 03 a 05 anos 1()Sim 2()Não, outro 1 ()Sim 2 ()Não	
07.Você o estimula nas atividades da vida diária?	
1 ()Sim 2 ()Não,	
08. Em que tarefas você o ajuda?	
8.1Preparar sua Alimentação 1()Sim, 2 ()não	
8.2Lavar sua roupa 1()Sim, 2 () não	
8.3Cuidar de seus pertences 1()Sim, 2 () não	
8.4Fazer Compras 1()Sim, 2 () não	
8.5Lidar com dinheiro 1()Sim, 2 () não	
8.6Cuidar de sua higiene pessoal 1()Sim, 2 () não	
8.7Acompanhar nas saídas, passeios 1()Sim, 2 () não	
8.8Dar medicação 1()Sim, 2 () não	
09.Em que tarefas você o ajuda e acha difícil?	
9.1Preparar sua Alimentação 1()Sim, 2 () não	
9.2Lavar sua roupa 1()Sim, 2 () não	
9.3Cuidar de seus pertences 1()Sim, 2 () não	
9.4Fazer compras 1()Sim, 2 () não	
9.5Lidar com dinheiro 1()Sim, 2 () não	
9.6Cuidar de sua higiene pessoal 1()Sim, 2 () não	
9.7Acompanhar nas saídas, passeios 1()Sim, 2 () não	
9.8Dar medicação 1()Sim, 2 () não	

10.O que você acha que melhorou com os cuidados recebidos no SRT que antes ele não fazia e/ou tinha dificuldades?	
10.1.Preparar sua alimentação 1()Sim, 2 () não	
10.2.Lavar sua roupa 1()Sim, 2 () não	
10.3.Cuidar de seus pertences 1()Sim, 2 () Não	
10.4.Fazer Compras 1()Sim, 2 () Não	
10.5.Lidar com dinheiro 1()Sim, 2 () não	
10.6.Cuidar de sua higiene pessoal 1()Sim, 2 () não	
10.7.Acompanhar nas saídas, passeios 1()Sim, 2 () não	
10.8.Dar medicação 1()Sim, 2 () não	
10.9.Atender ao telefone 1()Sim, 2 () não	
10.10.Dar recados 1()Sim, 2 () não	
10.11.Abrir porta para visitas 1()Sim, 2 () não	
10.12.Cuidar do jardim 1()Sim, 2() não	
11. Você tem confiança e segurança na coordenação do SRT? 1() Sim, 2() não	
12. Você participa das reuniões de equipe? 1() Sim, 2 () não	
13.Suas sugestões são acatadas? 1() Sim, 2 () não	
14. Você participa de eventos referentes à saúde mental? 1() Sim, 2 () não	
Se sim, qual?	
15.Você percebe que os residentes tem liberdade de dar opinião sobre o funcionamento do serviço?	
1() Sim, 2 () não 3() as vezes	
16. Em sua opinião, o que necessita melhorar no SRT?	
16.1.A alimentação 1() Sim, 2() não	
16.2.A limpeza da casa 1() Sim, 2() não	
16.3.Equipe 1() Sim, 2() não	
16.4.Outro 1() Sim, 2() não	
17. Em sua opinião, o que dificulta o seu trabalho?	
17.1.Poucos funcionários 1() Sim, 2() não	
17.2.Horas de trabalho reduzida 1() Sim, 2() não	
17.3.Número grande de residentes 1() Sim, 2() não	
17.4.Ausência da família 1() Sim, 2() não	
17.5.Falta de qualificação da equipe 1() Sim, 2() não	
17.6.Comunicação na equipe 1() Sim, 2() não	
17.7.Excesso de tarefas 1() Sim, 2() não	
17.8.Outro 1() Sim, 2() não	
18. Quais as tarefas que você mais gosta de realizar junto aos residentes ?	
18.1.Levá-los para passear 1() Sim, 2() não	
18.2.Acompanhar nas consultas 1() Sim, 2 () não	
18.3.Outro 1() Sim, 2() não	
Obrigado pela atenção.	

**APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA
(RESIDENTES)**

- 1- Como você percebe a Residência Terapêutica?
- 2- Quais as atividades que você realiza no seu dia -a- dia junto ao residente?
- 3- O que é Rede Social?

**APÊNDICE J - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA
(FAMILIARES)**

- 1- Como você percebe a Residência Terapêutica?
- 2- Quais as atividades que você realiza no seu dia -a- dia junto ao residente?
- 3- O que é Rede Social?

**APÊNDICE K - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA
(PROFISSIONAIS)**

- 1- Como você percebe a Residência Terapêutica?
- 2- Quais as atividades que você realiza no seu dia -a- dia junto ao residente?
- 3- O que é Rede Social?