

## REINSERÇÃO SOCIAL DOS MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

### SOCIAL REINSERTATION OF THERAPEUTIC RESIDENCE RESIDENTS

Érica De Fátima Soares<sup>1</sup>; Michaela Katia Santos Gomes<sup>2</sup>; Priscilla Liliam Knopp Riani<sup>3</sup>.

**RESUMO:** As residências terapêuticas destinam-se a prover moradia e facilitar o processo de reinserção social de pessoas com transtorno mental. No entanto, ainda que a implantação dessas casas seja uma realidade do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, observam-se obstáculos em relação à eficácia da ressocialização de seus moradores. **Objetivo:** Analisar o processo de reinserção de pessoas com patologias mentais, identificando seus limites. **Método:** Os métodos empregados foram a observação participante da rotina de três residências terapêuticas da cidade de Barbacena, Minas Gerais e entrevista com roteiro semi estruturado com seus respectivos residentes, profissionais responsáveis e vizinhos do local. A análise dos dados é qualitativa, executada por meio da Hermenêutica-Dialética. **Resultados:** A reinserção é limitada à passeios e missas conforme demanda individual, com apenas um caso de integração em ensino superior. Identifica-se que o preconceito sobre os residentes é uma barreira importante para sua inserção social, demonstrando uma associação entre doença mental e periculosidade e entre 'status' de residente e comportamento agressivo. A representação de saúde mental que retira o 'sujeito transgressor da normalidade' do âmbito comunitário é presente, verificada pelas falas de desconhecimento ou aversão à proposta antimanicomial. O despreparo profissional está presente nestas residências, ainda que em menor intensidade se comparado ao fator preconceito comunitário, mediante relato de desconhecimento técnico para criar e fortalecer meios de participação social entre os residentes. **Considerações finais:** A sociedade segrega o residente da convivência social, pressupondo que ele não está apto a construir interações produtivas com outros membros da comunidade.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental; Desinstitucionalização; Hospitais Psiquiátricos; Socialização; Serviços de Saúde Mental

**ABSTRACT:** Therapeutic residences are intended to provide housing and facilitate the process of social reintegration of people with mental disorders. However, even though the implementation of these houses is a reality of the Brazilian Psychiatric Reform process, obstacles are observed in relation to the effectiveness of the re-socialization of its residents. **Objective:** Analyze the reintegration process of people with mental pathologies, identifying its limits. **Methods:** The methods used were participant observation of the routine of three therapeutic residences in the city of Barbacena, Minas Gerais and interviews with a semi-structured script with their respective residents, responsible professionals and local neighbors. Data analysis is qualitative, performed by means of hermeneutics-dialectics. **Results:** Reintegration is limited to tours and masses according to individual demand, with only one case of integration in higher education. It is identified that prejudice against residents is an important barrier to their social inclusion, demonstrating an association between mental illness and dangerousness and between resident status and aggressive behavior. The representation of mental health that removes the 'subject transgressor of normality' from the community sphere is present, verified by the speeches of ignorance or aversion to the anti-asylum proposal. Professional unpreparedness is present in these homes, although to a lesser extent compared to the community prejudice factor, through a report of technical lack of knowledge to create and strengthen means of social participation among residents. **Finals**

conclusions: Society segregates the resident from social life, assuming that he is not able to build productive interactions with other members of the community.

**keywords:** Mental Health; Deinstitutionalization; Hospitals Psychiatric; Socialization; Mental Health Services

## INTRODUÇÃO

Na década de 1980, houve o fortalecimento dos movimentos antimanicomiais, resultando no enfraquecimento do paradigma relacionado ao isolamento do paciente psiquiátrico. Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei N° 10.216 defendendo o fim dos manicômios no Brasil, normativa decretada e sancionada em 06 de abril de 2001, período em que se instala uma proposta de gestão e assistência na Saúde Mental que inclui a promoção, prevenção, recuperação e ressocialização dos pacientes com transtornos psiquiátricos<sup>2,3</sup>. Os recursos anteriormente utilizados para a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos são agora destinados para a manutenção das residências terapêuticas e cada morador recebe um auxílio para sua ressocialização de acordo com a lei 10708<sup>4</sup>.

A portaria n° 106, criada em 2000, estabelece o serviço de Residências Terapêuticas (RT) como parte da estratégia de reinserção social dos pacientes psiquiátricos em articulação com o SUS - Sistema Único de Saúde<sup>4</sup>. As residências abrigam portadores de doenças psíquicas advindos de hospitalizações de longa permanência que, por diferentes razões, não puderam voltar para suas famílias e não possuem outra estrutura social que possibilite sua reinserção na sociedade. O número de moradores por RT pode ser de até oito pessoas, amparados por uma equipe de, ao menos, um profissional de nível superior especializado na área da saúde mental e dois profissionais de nível médio com capacitação específica em reabilitação psicossocial<sup>5</sup>. A função do profissional de nível superior é ser o referencial técnico da residência, gerenciando o processo de recuperação dos moradores, enquanto os profissionais de nível médio executam as funções de cuidar e auxiliar na reinserção do residente<sup>6</sup>. Os pacientes possuem momentos de lazer dentro e fora da casa, como participação em oficinas terapêuticas, hidroterapia e ginástica, alguns frequentam escolas e igrejas<sup>3,7,8</sup>. As RT não oferecem serviços de saúde, mas um espaço para viver em comunidade em cada município.

A trajetória de desospitalização da cidade é peculiar, já que é historicamente associado ao modelo hospitalar e popularmente nomeada como a “cidade dos loucos” pelas reconhecidas condições desumanas a que os sujeitos eram submetidos. Em 1903, Barbacena recebeu o primeiro hospital psiquiátrico de Minas Gerais, conhecido como “Hospital Colônia” que,

ainda em sua inauguração, já enfrentava problemas de superlotação<sup>10</sup>. Trens com vagões lotados, os “trens de louco”, levavam pacientes para serem despejados no hospital; a maioria homens, mulheres e crianças que deviam ser ignorados pela sociedade<sup>11,12</sup>. Estima-se que 60 mil pessoas morreram no local<sup>13</sup>, o que lhe conferiu comparação a um campo de concentração, pelo psiquiatra Franco Basaglia.

A primeira Residência Terapêutica do município foi inaugurada em novembro de 2000 e eram ocupadas por cinco pacientes mulheres, sem prévia preparação para o então novo modelo desospitalizante, já nas demais residências observa-se um melhor padrão de organização e planejamento. As residências de Barbacena tiveram o apoio do município e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena<sup>8</sup>.

A implantação das residências terapêuticas é um tema amplamente debatido nos âmbitos político-administrativo e nas redes de atenção psicossocial em Barbacena e no Brasil. Estudos como os de Passos<sup>14</sup>, Azevedo<sup>9</sup> e Lourenço<sup>15</sup> indicam importantes limitações destas instituições para as práticas que viabilizem esse processo de reintegração à comunidade. Após a promulgação da lei 10.216, outras diversas portarias e leis estaduais distintas foram criadas para a normatização do atendimento psiquiátrico. Entretanto, a promulgação das portarias e leis não assegurou a efetivação de suas propostas, nem todos os serviços previstos foram implantados na prática, os recursos financeiros "parecem ser ineficientes", faltam profissionais qualificados e a família e comunidade não foram adequadamente preparados para receber os pacientes que foram desinstitucionalizados<sup>2,16</sup>.

Além dessas limitações, alguns aspectos da forte ligação com o isolamento da loucura em Barbacena parecem permear a representação que os moradores do município têm a respeito dos residentes. As dificuldades apontadas pelos profissionais e pelos próprios sujeitos em reinserir-se nas atividades da comunidade estimulam questionamentos acerca da real viabilidade da inserção social, bem como as configurações em que ela se apresenta. Portanto, ao considerar esta lacuna, este estudo indaga-se há reinserção dos pacientes psiquiátricos, agora moradores de residências terapêuticas, na sociedade barbacenense. Esta pesquisa norteia-se pelas perguntas: Seria possível presumir que a comunidade e os residentes estabeleceram, de fato, uma forma de convívio? Qual seria? Esta modalidade contribui para o processo terapêutico do sujeito?

Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar a inserção social dos moradores de residências terapêuticas em Barbacena, identificando as estratégias ou modos de participação social do residente fora destes locais; os dispositivos institucionais que interferem no processo de

inserção social, assim como discutir as percepções da comunidade acerca do paciente psiquiátrico.

## **MÉTODOS**

Esta pesquisa é qualitativa, analítica e transversal. Participaram do estudo três residências terapêuticas do município de Barbacena, selecionadas a partir de sorteio. A utilização de três residências terapêuticas se justifica pela necessidade de abarcar realidades socioeconômicas distintas, fator que influi na percepção acerca da inserção social.

Nas RT dos bairros sorteados foram realizadas duas modalidades de coletas de dados, de forma a atender os objetivos específicos desta pesquisa: (1) a observação participante, que se baseia na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, fazendo parte e interagindo com os sujeitos por longos períodos de tempo, através da participação do seu cotidiano. O pesquisador verifica a realidade social que circunda o entrevistado, tentando compreender os "conflitos e tensões" existentes, atentando para os aspectos éticos, tradições, costumes, sentimentos e relações sociais, verbalizados por eles próprios e a (2) entrevista com roteiro semi estruturado. Foram observadas as atividades das residências voltadas para a produção de autonomia e inserção social do paciente, enquanto as entrevistas executadas com os informantes: a) residentes b) funcionários e c) moradores dos arredores da residência terapêutica.

O número de observações e de entrevistas foi delimitado pelo método da saturação, no qual o pesquisador cessa o trabalho de campo mediante repetição de dados previamente coletados. Foram incluídas: (1) as residências que autorizaram a pesquisa (todas as três sorteadas), funcionários, residentes e (2) moradores de até cinco domicílios à direita, esquerda ou à frente da residência, que concordaram com a participação. Excluíram-se residentes que vivem a menos de dois anos no local, visto que se leva um período para que o processo de ressocialização seja consolidado. Também foram excluídos os residentes que não vieram de internações de longa permanência, como frequentadores do CAPS que por perda do vínculo familiar vão para as residências, presumindo que residentes provenientes de longas internações possuem maior dificuldade de inserção. Os residentes impossibilitados de executar um diálogo coerente devido suas características fisiopatológicas, moradores dos arredores com menos de um ano de convivência, funcionários que possuem vínculo empregatício menor que dois anos, também não participaram da pesquisa.

A análise dos dados foi realizada pelo método da Hermenêutica-Dialética, proposto por Minayo<sup>17</sup>, o qual inclui os procedimentos de: (1) Caracterização socioeconômica e cultural dos participantes; (2) Organização sistemática do material: Entrevistas e Observações (3) Leitura horizontal do material organizado e formulação das categorias teóricas empíricas (ou operacionais), segundo objetivos do estudo; (4) Leitura transversal do material a partir das categorias empíricas formadas e (5) Análise final: discussão entre as categorias teóricas empíricas e as categorias teóricas analíticas oriundas do referencial teórico do estudo.

Este estudo respeitou o participante em sua autonomia e dignidade, considerando sua vulnerabilidade e vontade de persistir ou não na participação da pesquisa. Respeitaram-se os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes. Importa ressaltar que o estudo foi aprovado por Comitê de Ética em pesquisa. Durante o campo foi informada a gravação do áudio da entrevista e a situação de observação, assim como confirmada a ciência dos riscos e benefícios da pesquisa, conforme disposto nos aspectos éticos de pesquisas com seres humanos, estipulados pela Resolução 466/2012.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A inserção social estabelecida pelo contato dos pacientes com os vizinhos das residências emergiu como um aspecto positivo do processo de desinstitucionalização entre os pesquisados. Como descrito por Neto<sup>19</sup>, a circulação dos residentes pelos bairros contribui para a formação de vínculos com a comunidade, o que constitui uma estratégia relevante para a reinserção social. Durante o campo desta pesquisa, notou-se que os vizinhos reconhecem a reforma como algo positivo, conforme retrata o excerto:

*Então eu vejo isso hoje como uma boa iniciativa de trazer o doente mental para o convívio social e com mais participação né e eu acho interessante sim as casas terapêuticas. Embora talvez eles não tenham a presença da família eu acho que na época dos hospícios a família participava mais, hoje parece que eles entregam para as casas terapêuticas. Mas é sim, é benéfico, pena que isso não é o suficiente ainda, mas é legal sim. C1*

Alguns moradores das proximidades relatam que a convivência com os pacientes é pacífica e que a mesma integra a rotina de suas famílias, como mostra a fala do entrevistado: “a convivência é a melhor possível, eles vêm aqui, tomam café, sentam na mesa com a gente. O meu menino vem de ‘BH’ e fala com eles ‘pra’ entrar, sem preconceito, sem nada”.

Contudo, ainda que a participação dos pacientes na rotina social seja um aspecto benéfico, outra parcela dos entrevistados apresenta ressalvas em relação ao doente mental, como exemplifica o excerto da entrevista com o vizinho:

*Com relação a vizinhança eu até acho que sim, porque confinados dentro de um pavilhão eles não vão ter contato com ninguém, a não ser com eles mesmos lá, mas assim a nível de bairro, cidade eu acredito que não, a maioria dos doentes mentais não podem ser assim soltos né, mas é um ambiente melhor com certeza que o pavilhão. C2*

Neste fragmento observa-se a coexistência contraditória entre o reconhecimento da legitimidade do movimento antimanicomial (“melhor que o pavilhão”) e a representação de doente mental como sujeito sem recursos de autogestão ou perturbador da ordem social estabelecida pelos moradores locais.

Conforme Passos<sup>14</sup>, Nascimento<sup>20</sup> e Azevedo<sup>9</sup>, um dos maiores obstáculos à efetiva reinserção dos portadores de transtornos mentais na sociedade é o preconceito, elemento que estabeleceu uma associação entre loucura e periculosidade. Esses autores se apóiam na tese defendida por Foucault<sup>21</sup> de que a doença mental se fundamenta como entidade ameaçadora na sociedade moderna, perpetuando práticas discriminatórias. A falta de conhecimento sobre a proposta das residências terapêuticas é um dos aspectos que sustentam a atitude preconceituosa perante os residentes, a fala da funcionária retrata como o conhecimento sobre a natureza das residências auxilia na contenção da discriminação:

*Tem muita gente que já está entendendo que eles também são seres humanos que nem a gente e que eles têm que ter uma vida normal como a gente. Aqui na rua todo mundo gosta deles, acredito que ninguém tenha nada a queixar deles não, mas tem pessoas ainda que discriminam, às vezes por não saber que eles são de residência terapêutica, e por não conhecerem o trabalho. B1*

Cabe especificar que o desconhecimento envolve a própria equipe de saúde, que nem sempre apresenta preparo adequado para atuação na Saúde Mental, fator que dificulta a Reforma Psiquiátrica<sup>6,16</sup>. A falta de qualificação dos profissionais interfere neste processo de ressocialização uma vez que o trabalho com a pessoa com transtorno mental necessita de capacitação específica para o trabalho, como exemplifica a fala do vizinho:

*Olha, a experiência que eu tive, eu trabalhei muito tempo, seis anos em psiquiatria, no hospital colônia antigo, não sei se vocês conhecem a história do hospital colônia na minha época, foi em 1969 que eu sai do exército e entrei lá pra trabalhar, só no meu pavilhão tinha 580 pacientes e no primeiro dia de trabalho meu morreram 28 pacientes, morria gente igual formiga. Então eu vejo isso (residências terapêuticas) hoje como uma boa iniciativa de trazer o*

*doente mental para o convívio social, acho que os funcionários deveriam passar por uma capacitação para estarem ali. C3*

Para Azevedo<sup>9</sup>, a representação negativa do doente mental perpassa as limitações da formação profissional da saúde mental que acaba perpetrando este ideário excludente, como retrata o fragmento da pesquisa da autora: “preparar a comunidade para isso, para onde essa casa ia [...] Depois a gente avalia que também não era bom. Porque aí você começa a sinalizar que ali vai ficar um grupo de pessoas diferentes. Isso é manicomial.”

No trecho da fala do participante C1 “a maioria dos doentes mentais não podem ser assim soltos, né” possibilita a interpretação de que o fato de ser portador de transtorno mental é, por si, motivo de desvalor. A doença mental é configurada como estigma se a sociedade supõe que ela representa algum tipo de risco<sup>8</sup>, identificando no 'louco' um ser perigoso, imprevisível e incapaz de construir laços sociais e de viver em comunidade<sup>22</sup>. Segundo Goffman<sup>23</sup>, o estigma é definido como algo que determina o sujeito como menos valorizado ou incapaz, está relacionado com os preconceitos e o medo do desconhecido. O desfecho principal desse tipo de relação é a negação de direitos e oportunidades ao grupo estigmatizado<sup>23</sup>.

O estigma é potencialmente elevado quando a noção de periculosidade se associa à irracionalidade da população<sup>20</sup>. A fala da C1 é ilustrativa: “Tem a questão do preconceito, de você imaginar assim, nossa! A violência vai aumentar”. É percebido pelo residente que lida - a seu modo - com as implicações deste aspecto para seu processo de reinserção social. O caso do A1 deste estudo é particularmente relevante para análise das ferramentas individuais para superação do isolamento social. Este realiza graduação em uma instituição de ensino superior privada do município, está institucionalizado há 15 anos (5 deles na RT) por esquizofrenia paranoide. O participante relata:

*Eu vou falar em nome de todos, é isso que a nova psiquiatria tenta mostrar, porque quando a pessoa vê um doente mental, por exemplo: quando eu voltei do Rio um conhecido me chamou para trabalhar e eu falei - vou, mas quando eu disse que ‘tava’ com problema mental ele entrou na Kombi e foi embora sem falar nada. Mas nós tomando a medicação, somos ‘igual’ (SIC) a todos, é isso que a síntese quer mostrar, que o doente mental não é perigoso se ele tomar medicação tudo direitinho como o psiquiatra dá a ele. É a mesma pessoa que outra qualquer entendeu? [...] depois que eu vim pra essa casa eu sinto feliz. A1*

Assim, percebe-se que os residentes, como no exemplo citado, apresentam formas particulares de “estarem no mundo” - nas palavras do C6: “Pertencem à sociedade do jeito delas [residentes mulheres], mas é claro que não vai ser como eu e você [...] eu acho que eles não

vivem igual a gente não, né, coitados, porque eles tomam remédios”.Esses modos não convergem, necessariamente, com os anseios da comunidade em geral, o que implica na noção de impossibilidade de reinserção, “elas não tem convívio com ninguém não, uai, é tudo doida” C5, ou em uma idéia de participação limitada, no sentido de não se integrarem, de fato, de não serem relevantes na trama social.

Os estudos de Resgalla<sup>24</sup> e Neto<sup>19</sup> defendem que os residentes se fixam no mundo de forma particularizada, mas que a inserção não é real, no sentido de vivenciar com outros membros da comunidade atividades comuns. Segundo a autora, há um despreparo para facilitar o processo de recolocação dos sujeitos em contexto social amplo, fora da institucionalização, uma vez que durante vários anos o empenho dos profissionais se concentrou em mudar o comportamento dos pacientes e pouco esforço foi feito contra os preconceitos que a sociedade tem a respeito do portador de transtorno mental<sup>24</sup>. A comunidade separa, em diferentes configurações, o residente da convivência social, presumindo que é impossível que estabeleça redes de sociabilidade com outros interlocutores<sup>35</sup>, como evidencia o entrevistado “igual a gente eu acredito que não, mas eu acho que elas fazem parte de uma maneira muito superficial”. C6

A reinserção também varia conforme a apresentação do transtorno mental de base, no sentido da sua interferência direta na capacidade e possibilidade de interação social. Dramaticidade especial ocorre casos nos quais o transtorno é acompanhado por comportamento agressivo, no qual a segurança do residente e de terceiros é afetada<sup>22, 25</sup>. Situações como esta ratificam o estigma dos pacientes – como exemplifica a fala do C4 “Olha, muita gente não aceita, né, morre de medo delas”.

Além da convivência com a comunidade ao redor das residências terapêuticas, a reinserção dos moradores ocorre através de passeios, compras, viagens, missas, festas, aulas, além de outras atividades. O relato da funcionária ilustra:

*Eles viajam todo ano, eles gostam muito de litoral, mas eles vão em sítio, quase todos os domingos a gente vai com eles almoçar fora, eles tem uma vida bem participante lá fora, vai no cinema, , assim, eles viajam, compram o que querem. Vão às compras, eles que escolhem as coisas deles, é tudo do gosto deles, roupas, comida, sapato, o que for, é do gosto deles, se vão fazer uma festa ou churrasco é eles que escolhem o bolo é assim, o balão é de tal cor, eu quero enfeite de tal jeito. B1*

Questiona-se, da mesma forma, se ocorre uma equivalência entre interagir com as pessoas e inserir-se na comunidade. Como mostra o trecho da entrevista do participante B5, o que é



descrito como atividade de reinserção social promove, na verdade, somente interação: “eles saem muito, e só de tá saindo, conversar, interagir com o pessoal é uma forma de reinserir. Igual aqui tem uns que saem sozinhos vão para o centro conversam com todo mundo”.

O estudo de Fiorati<sup>29</sup> descreve que as atividades terapêuticas realizadas nas residências pelos antigos pacientes psiquiátricos são vistas como suporte terapêutico, uma forma de ocupar o espaço e produzir entretenimento. Contudo, as autoras ponderam que essas atividades não tem por objetivo ocupar e entreter o residente, o que seria um reducionismo da ação desempenhada nestas instituições, uma reprodução dos mecanismos de docilização e normatização do modelo manicomial.

A religião também representa uma alternativa de reinserção, sendo relacionada a melhores resultados na recuperação do portador de doença mental<sup>30</sup>. Nas instituições religiosas, o sujeito em sofrimento pode se manifestar sem ser discriminado pelo seu transtorno, nesse local ele é visto como alguém que busca estabelecer novos vínculos, e assim viver a normalidade imposta pela sociedade<sup>31</sup>. Para Reinaldo<sup>30</sup>, o fato de não serem vistos como pessoas doentes ajuda no enfrentamento dos sintomas da doença, sendo um instrumento de reinserção, um espaço de trocas afetivas e de apoio social. A fala do residente exemplifica:

*Gosto muito da residência terapêutica, porque eles me dão muita liberdade, ontem mesmo ‘eles deixou’ [SIC] eu ir em Mariana, em uma excursão da igreja, porque eu participo da renovação carismática católica. Aonde tem uma reunião da renovação carismática católica, eu falo com a L. que é nossa referência e ela deixa eu ir [...]depois que eu entrei para a renovação carismática católica eu já estou pregando a palavra de Deus, eu vou no manicômio todo sábado, e costumo falar com eles que eu sou o único morador de residência terapêutica que faço isso. A3*

O incentivo à independência ao autocuidado e gerenciamento do dinheiro favorece algumas possibilidades de atuação na comunidade. Enquanto ‘cliente’, o residente se inscreve na dinâmica social em status diferenciado, fato que é apreciado pelos participantes desta pesquisa, como evidencia os trechos das entrevistas do participante A1 “a gente recebe um pouquinho de dinheiro pra gastar com qualquer coisa”, e do participante A4 “tenho nosso dinheirinho, aqui é muito bom para nós, aqui eu sou muito feliz”, como enfatizado pela funcionária B7 “a gente tenta levar elas pra arrumar o cabelo, vai no centro com elas, então, assim, elas se sentem gloriosas, eu acho uma coisa muito bacana”. Assim, ratifica-se o proposto pelos estudos de Azevedo<sup>9</sup>, Andrade<sup>32</sup>, Vicentin<sup>27</sup>, autores que defendem que o auxílio financeiro destinado aos residentes pelo Programa de Volta para Casa é um importante

aspecto na retomada das atividades sociais, já que os moradores utilizam o dinheiro como meio de interação.

De forma geral, a substituição dos hospitais por residências terapêuticas é enaltecida pelos residentes e funcionários, como retrata o fragmento da entrevista do residente:

*É um inferno o hospital psiquiátrico, inferno não, porque o inferno deve ser muito pior, mas assim, é um lugar horrível mesmo, pra quem gosta de liberdade, né. Aqui nessa residência, eu não paro quase em casa, saio durante a noite, durante o dia, eu amo a liberdade, no hospital psiquiátrico você não tem liberdade, tudo que você faz é totalmente vigiado. Fora 'as injeção' [SIC] de Haldool que te deixa dopado, te amarra na cama, você acorda todo urinado, impregnado de remédio, foi a fase pior que eu vivi, pior do que quando fui andarilho. A3*

A facilidade em ir e vir proporcionada pelas moradias implica na abertura de novas possibilidades de exercer a participação social<sup>33,34</sup>. Um exemplo peculiar pode ser notado na entrevista do residente, que realiza curso superior:

*A casa terapêutica... e eu vou te falar um negócio, é uma santa casa, uma casa maravilhosa, "você já viu doido na faculdade (risos)". Se eu falasse lá "o doutor eu quero ir para faculdade" aí ele falava da injeção nele que tá mais doido, mas aqui todo mundo me apóia, eu vou falar a verdade, aqui é mais que uma casa para mim, para todo mundo aqui, até os recém-chegados, a gente sai para passear, almoça fora, que casa tem isso? Tenho nosso dinheirinho, aqui é muito bom para nós aqui eu sou muito feliz eu posso fazer o que eu quiser é a minha (ênfase na palavra) casa aqui, eu posso sair para trabalhar, a L. deixa, desde que não seja pesado nem nada porque eu já tô velho. A3*

Portanto, estes participantes convergem com o proposto por Azevedo<sup>9</sup> acerca do impacto de morar em uma casa (e não em um manicômio) para efetivar a reinserção social. A autora pondera que "ou você tem uma casa, ou você tem uma internação. Por que quando o paciente sai do hospital, ele recebeu alta, deixou de ser paciente", passa a ser sujeito<sup>9</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Barbacena ainda é conhecida como a cidade dos loucos, o que nos fez questionar o quanto a história da loucura enraíza-se no imaginário das pessoas e sua interferência na reinserção dos moradores de residências terapêuticas. Assim, a escolha deste município é um elemento que singulariza esta pesquisa.

Nota-se que o desconhecimento da sociedade acerca das residências terapêuticas é um dos principais pontos para a existência do preconceito, elemento ainda muito presente em

pesquisas com temas correlatos a esta investigação. Contudo, observamos que a proposta das RT não é completamente desconhecida pela população que mora ao redor dessas moradias em Barbacena, o que pode favorecer a reinserção de seus moradores. Portanto, o campo de pesquisa deste estudo exemplifica o que é defendido por Cabral<sup>7</sup> e Barros<sup>35</sup>, autores que classificam como indispensável à construção de uma nova cultura que não apenas tolere a loucura, mas que a acolha como gesto da aceitação de uma condição humana, sem desqualificar esses sujeitos.

Os aspectos da rotatividade dos profissionais na assistência aos residentes, assim como a grande recusa em participar da pesquisa por parte dos vizinhos foi um impasse na condução da fase de campo. Reitera-se ainda as limitações no preparo dos profissionais para lidar com essa clientela, elemento que prejudica reinserção, como nas palavras de Santos<sup>38</sup> “não é possível responder às necessidades de uma pessoa se não se tem o conhecimento para fazê-lo”. Desta forma, conclui-se que, apesar dos residentes deste estudo terem encontrado artifícios particulares de reinserção social, este processo poderia ser melhor conduzido se a equipe profissional amparasse melhor este processo, incluindo estratégias de redução do preconceito. Neste sentido, sugere-se que a formação dos futuros profissionais da saúde mental contribua para o entendimento de que a liberdade é terapêutica, mas, conforme expõe Vilela<sup>6</sup> e Silva<sup>16</sup>, também compreendam que se trata de um fato coletivo. Ademais, urge a necessidade da criação de medidas de gerenciamento mais efetivas pelo município, as quais viabilizem ações que favoreçam a qualificação dos trabalhadores da rede de atenção psicossocial para a desconstrução da representação de loucura enquanto perigo. Da mesma forma, estratégias de gestão em saúde que sensibilize a comunidade que convive com essas pessoas a participar da efetiva reinserção delas na sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília, DF; 2001. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).
2. Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev da SPAGESP [Internet]. 2011

- [acesso em 2020 nov 9]; 12(1): 66-78. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008).
3. Júnior JAR. Residência terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania [tese de doutorado] [Internet]. São Paulo: USP; 2016. [acesso em 2020 nov 9] Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-07102016-174827/pt-br.php>.
  4. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº10708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações [Internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm).
  5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 17 de junho de 2000. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais [Internet]. Diário oficial [da] Republica Federativa do Brasil. 2000 jun 17 [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/documentos.Decretolei106/>.
  6. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev. bras. Enferm [Internet]. 2004 [acesso em 2020 nov 9]; 57(6): 738-741. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tcfHZnwQJjwGWd9x5x5RMYj/?lang=pt>
  7. Cabral SAAO, Nóbrega JYA, Oliveira SAO, Santos DP, Neto IPA, Alencar MCB, et al. A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura.Intensa [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 1]; 9(1): 85-90. Disponível em:<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3302?articlesBySameAuthorPage=4>.
  8. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J bra Psiquiatr [Internet]. 2008 [acesso em 2018 ago 1]; 57 (1): 70:79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100013>.
  9. Azevedo KRN. E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação do serviço de residências terapêuticas em Barbacena/MG [dissertação] [Internet]. São João del-Rei :Universidade Federal de São João del-Rei; 2014. [acesso em 2018 ago 1].

Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Disertacoes/KENNYA%20RODRIGUES%20NEZIO%20AZEVEDO.pdf>.

10. Guimarães AN, Borba LO, Larocca LM, Maftum MA. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2020 set 28]; 22(2): 361-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>.
11. Godoy AB. Arquivos de Barbacena, a Cidade dos Loucos: o manicômio como lugar de aprisionamento e apagamento de sujeitos e suas memórias. *Rev Investigações* [internet]. 2014 [acesso em 2020 set 28]; 27(2): 1-38. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/INV/article/view/1217>.
12. Goulart MSB, Durães F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicol Soc* [Internet]. 2010 [acesso em 2020 set 28]; 22(1): 112-120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6wyYr8yTn8HCCcs3dL9dwdd/abstract/?lang=pt>
13. Arbex D. *Holocausto Brasileiro*. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
14. Passos FP, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis* [ Internet].2013 [ acesso em 2020 set 28]; 23(1): 13-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WYNmBpHjZ3q9KXQmv57ZVmq/abstract/?lang=pt>
15. Lourenço RG. A reinserção social no Habitat das Residências Terapêuticas. *Sec Est Saúde SP* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 mai 10]; si: 1-13. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999313>.
16. Silva AST, Ribeiro GB, Santos LLX, Buriola AA Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: fragilidades e potencialidades na prática assistencial. *J nurs health* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 mai 10]; 9(1): 1-14, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1029212/4.pdf>.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6 ed. São Paulo: hucitec; 1999.
18. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário oficial [da] Republica Federativa do Brasil*. 2012 dez 12 [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

19. Neto PMR, Avellar LZ. Concepções sobre a interação com moradores de residências terapêuticas. *Psicol soc* [Internet]. 2016 [acesso em 2020 nov 9]; 28(1): 162-170. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/DBcyJ6Wr59vkDwFvFYVxb3J/abstract/?lang=pt>
20. Nascimento FZFO, Fernandes MA, Leite JMC. O convívio social dos moradores das residências terapêuticas do município de Teresina – Piauí: realidades e desafios. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI* [Internet]. 2010 [acesso em 2020 out 9]; 3(3): 17-20. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p2\\_v3n3.pdf](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p2_v3n3.pdf).
21. Foucault M. *História da loucura*. 11 ed. São Paulo: Perspectiva, 1978
22. Bezerra F. Residência terapêutica: um espaço de inclusão social. *Saúde em debate* [Internet]. 2010 [acesso em 2020 out 9]; 34(86): 566-575. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769020.pdf>
23. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. *LTC* [Internet]. 2004 [acesso em 2020 out 9]; SI:1-124. Disponível em: [https://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/goffman,erving.estigma\\_notassobreamanipulacaodaidentidadedeteriorada.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/goffman,erving.estigma_notassobreamanipulacaodaidentidadedeteriorada.pdf).
24. Resgalla RM. *A travessia do hospício para a residência terapêutica: a conquista de um porto seguro?* [dissertação]. Belo horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
25. Lima AKS. *A reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no Caps do município de São Sebastião/SP* [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de Guarulhos; 2015. [acesso em 2020 out 9]. Disponível em: <http://tede.ung.br/handle/123456789/651>.
26. Medeiros DAA, Abelha L, Fonseca DL, Giovanni KS, Lovisi M. Avaliação das limitações do comportamento social dos moradores dos serviços residências terapêuticas de um pequeno município do estado do Rio de Janeiro. *Cad saúde colet* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 nov 9]; 26(3): 278-284. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KjLjJb9HvY8hW3Bh5D3jJQh/?lang=pt>.
27. Silva DAB, Vicentin MCG. Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade. *Rev Distúrbio da comunicação* [Internet]. 2017 [acesso 2021 mai 10];

- 29(2): 196-207. Disponível em:  
<https://revistas.pucp.br/index.php/dic/article/view/29600>.
28. Oliveira RW. Os caminhos da reforma psiquiatria: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. *Psicol e soc* [Internet]. 2013 [acesso 2021 mai 10]; 25(2): 90-940. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/psoc/a/VdjzPBfJMkTWMLhfSQJXyMP/abstract/?lang=pt>.
29. Fiorati RC, Saeki T. As atividades terapêuticas em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais. *Cad Ter Ocup* [Internet]. 2012 [acesso 2020 out 9]; 20(2): 207-215. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.022>.
30. Reinaldo MAS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde debate* [Internet]. 2016 [acesso em 2020 set 28]; 40(110): 162-171. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/psQ8XpyKdh4zmjNV4CF8BYw/abstract/?lang=pt>.
31. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2020 set 28]; 65(2):361-367. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/tXdvKWGpyYDfKwCWMDHW3ZG/?lang=pt>.
32. Andrade VCC. A reforma psiquiátrica de Barbacena [monografia]. Barbacena: Universidade Presidente Antonio Carlos; 2014.
33. Maluf RG, Bandeira MB, Oliveira DCR. Satisfação dos pacientes psiquiátricos nos serviços de residência terapêutica: Uma experiência positiva de desinstitucionalização psiquiátrica. *Pepsic* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 mai 10]; 22(3): 274-284. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-294X2017000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-294X2017000300004&lng=pt&nrm=iso).
34. Capucho MC, Constantinidis TC. O lar e o habitar para moradores de Serviço Residencial Terapêutico. *Pepsic* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 mai 10]; 13(2): 107-127. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198).
35. Barros LM. Projeto de intervenção em saúde mental da UBSF de Tapuira [monografia] [Internet]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2014. [acesso em 2021 mai 10]. Disponível em:

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Projeto\\_de\\_intervencao\\_em\\_saude\\_mental\\_da\\_UBSF\\_de\\_Tapuirama/462](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Projeto_de_intervencao_em_saude_mental_da_UBSF_de_Tapuirama/462)

36. Santos MLS. Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG: contribuições da enfermagem [ dissertação] [Internet].Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013. [acesso em 2021 mai 10]. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/817751.pdf>



## ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo “(RE)INSERÇÃO SOCIAL DOS MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICA EM BARBACENA”. O objetivo dessa pesquisa é compreender a participação dos trabalhadores, vizinhos e residentes envolvidos no processo deressocialização das residências terapêuticas do município. Caso você aceite, sua participação se dará através de uma entrevista que será gravada pelas pesquisadoras. Este estudo apresentará riscos mínimos a sua integridade, os mesmos de atividades como deslocar-se nos ambientes e conversar com as pessoas no seu dia-a-dia. Tem o benefício de contribuir para o melhor entendimento da realidade de pessoas que vivem nas residentes terapêuticas, por isso a sua participação é importante. Você terá todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa serão de responsabilidade das pesquisadoras. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um nome falso.

Barbacena ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Documento de identidade ou CPF

\_\_\_\_\_

Assinatura das pesquisadoras responsáveis

### CONTATOS:

**Contato das pesquisadoras:** Érica de Fátima Soares, MichaelaKatia Santos Gomes

Tel: (32)984189060, (32)988618558

E-mail: [ericadefatima6@gmail.com](mailto:ericadefatima6@gmail.com), [michaelaksg@hotmail.com](mailto:michaelaksg@hotmail.com).

**Contato da Orientadora:** (32) 988679789 ou [contato.priiriani@gmail.com](mailto:contato.priiriani@gmail.com)

**Contato com a Unipac:** CentroUniversitário Presidente Antônio Carlos Barbacena

Tel: (32) 33394900

Endereço: Rodovia MG 338, Km 12, Colônia Rodrigo Silva - Barbacena - MG / CEP: 36.202-143

## TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, li o Termo de esclarecimento e declaro estar ciente da pesquisa. O sujeito \_\_\_\_\_ sob minha responsabilidade, está sendo convidado a participar do estudo “(RE)INSERÇÃO SOCIAL DOS MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICA EM BARBACENA”. O objetivo dessa pesquisa é compreender a participação dos trabalhadores, vizinhos e residentes envolvidos no processo de ressocialização das residências terapêuticas do município. Caso aceite, a participação se dará através de uma entrevista que será gravada pelas pesquisadoras. Este estudo apresentará riscos mínimos a integridade, os mesmos de atividades como deslocar-se nos ambientes e conversar com as pessoas no dia-a-dia. Tem o benefício de contribuir para o melhor entendimento da realidade de pessoas que vivem nas residências terapêuticas, por isso a participação é importante. Você terá todas as informações que quiser e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela participação, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa serão de responsabilidade das pesquisadoras. O nome do participante não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificado com um nome falso.

Barbacena ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade ou CPF

\_\_\_\_\_  
Assinatura das pesquisadoras responsáveis

### CONTATOS:

**Contato das pesquisadoras:** Érica de Fátima Soares, MichaelaKatia Santos Gomes

Tel: (32)984189060, (32)988618558

E-mail: [ericadefatima6@gmail.com](mailto:ericadefatima6@gmail.com), [michaelaksg@hotmail.com](mailto:michaelaksg@hotmail.com).

**Contato da Orientadora (responsável pela pesquisa):** (32) 988679789 ou contato.pririani@gmail.com

**Contato com a Unipac:** CentroUniversitário Presidente Antônio Carlos Barbacena

Tel: (32) 33394900 .Endereço: Rodovia MG 338, Km 12, Colônia Rodrigo Silva - Barbacena - MG / CEP: 36.202-143.

### **Roteiro de entrevista (Trabalhadores das Residências)**

1. Dados do participante:

Nome fictício:

Idade: \_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_

A quanto tempo trabalha nessa residência: \_\_\_\_ anos

- 1- Você poderia me contar sobre como é o seu trabalho nesta residência?
- 2- A comunidade e os residentes estabelecem alguma forma de convívio?
- 3- (Se sim) O convívio contribui para o processo terapêutico dos pacientes?
- 4- O que é feito para a reinserção deles na sociedade ocorrer?

### **Roteiro de entrevista (Moradores das Residências)**

Dados do participante:

Nome fictício:

Idade: \_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_

Morador da residência a \_\_\_\_ anos

Portador de: (espontâneo informe) \_\_\_\_\_

- 1- Você poderia me contar sobre a sua história aqui na residência?
- 2- Como você se sente morando aqui?
- 3- Como é a sua relação com as pessoas fora da residência?

### **Roteiro de entrevista (Vizinhos das Residências)**

Dados do participante:

Nome fictício:

Idade: \_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_

Vizinho da residência a \_\_\_\_ anos.

- 1- Qual é a sua percepção sobre a residência terapêutica?
- 2- Você convive com os moradores da residência terapêutica?
- 3- O que você acha da reinserção dos residentes na sociedade?