



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA**

ALINE PARANHOS DA SILVA

**O PAPEL DO AUXILIAR DE SAÚDE (CUIDADOR) NA PRODUÇÃO
DE NOVOS SENTIDOS DE VIDA NAS RESIDÊNCIAS
TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Salvador
2018

ALINE PARANHOS DA SILVA

**O PAPEL DO AUXILIAR DE SAÚDE (CUIDADOR) NA
PRODUÇÃO DE NOVOS SENTIDOS DE VIDA NAS RESIDÊNCIAS
TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso de
graduação em Fonoaudiologia, da
Universidade Federal da Bahia, como
requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Fonoaudiologia

Orientador: Prof. Vladimir Andrei
Rodrigues Arce

Salvador
2018

AGRADECIMENTOS

As palavras são poucas para externar minha completa gratidão a todos que me acompanharam até aqui, mas modestamente tentarei expressar-me:

Primeiramente a Jeová Deus, por ter me sustentado com seu espírito santo dando-me poder além do normal nessa jornada.

Aos meus pais e familiares, que sempre acreditaram no meu potencial e pelas palavras de incentivo, ditas com muito amor e carinho.

Ao meu orientador Prof. Vladimir Arce, que pacientemente me conduziu durante toda a elaboração deste trabalho e me acolheu apesar de minhas incertezas e inseguranças na trajetória desta graduação.

Aos meus amigos, que sempre me apoiam nos momentos de ansiedade e inquietação e me fazem me concentrar nas alegrias da vida.

Aos colegas do curso e do trabalho que me apoiaram e me incentivaram a não desistir.

Aos professores, que me inspiraram pela sua sabedoria em passar o seu vasto conhecimento e me encantaram com um tesouro que havia em minhas mãos: profissional da saúde mental, me auxiliando a alinhar trabalho e prazer. E me ajudaram a encarar minha condição de trabalhadora e estudante de uma Universidade pública, não como um desafio e sim um diferencial. Dentre estes em especial, meu orientador Prof. Vladimir Arce.

RESUMO

Este estudo aborda as relações de trabalho e cuidado numa Residência Terapêutica, partindo de um relato de experiência sobre a prática do auxiliar de saúde (cuidador) no campo da saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Foi dada ênfase na análise do protagonismo dos moradores, no cotidiano da Residência Terapêutica e nas relações de poder existentes. Existe uma linha tênue entre a produção da autonomia e a tutela, articulação intersetorial e centralização do poder, necessitando duma constante autoanálise da gestão do cuidado e a promoção da qualidade de vida dos moradores e trabalhadores. Observa-se que a aplicação dos princípios da Reforma Psiquiátrica é essencial para a produção de novos sentidos de vida e cuidado. Existem alguns desafios, como cobertura insuficiente da rede, necessidade de maior investimento na capacitação profissional e recursos limitados. Entretanto as Residências Terapêuticas são dispositivos transformadores de vida, que resgatam a cidadania e o direito de pessoas egressas de internações psiquiátricas de habitar na cidade. O campo da saúde mental pode parecer complexo e desafiador, mas quando bem articulado com outros setores e motivados estão os profissionais tem se um sistema resolutivo e potencializador de ações humanizadas.

Palavras chaves: Residências Terapêuticas. Reforma Psiquiátrica. Cuidador. Saúde Mental.

ABSTRACT

This study deals with work and care relationships in a Therapeutic Residency, starting from an experience report about the practice of the health worker (caregiver) in the field of mental health, from the perspective of the Psychiatric Reform. Emphasis was placed on the analysis of the protagonism of the residents, in the daily life of the Therapeutic Residence and in the existing relations of power. There is a fine line between the production of autonomy and guardianship, intersectoral articulation and centralization of power, requiring a constant self-analysis of care management and the promotion of the quality of life of the residents and workers. It is observed that the application of the principles of Psychiatric Reform are essential for the production of new senses of life and care. There are some challenges, such as inadequate network coverage, the need for greater investment in professional training and limited resources. However the Therapeutic Residences are transforming devices of life that rescue the citizenship and the right of people from psychiatric hospitalizations to live in the city. The field of mental health may seem complex and challenging, but when well articulated with other sectors and motivated, professionals have a self-resolving and empowering system of humanized actions.

keywords: Therapeutic Residences. Psychiatric Reform. Caregiver. Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta

APRESENTAÇÃO

“Primeiras impressões: relato de experiência de vida e profissional.”

O meu primeiro contato com pessoas com transtornos mentais deu-se no âmbito familiar. Durante a infância pude acompanhar a peregrinação de um ente querido nos hospitais psiquiátricos, naquela época década de 90, a instituição asilar ainda era considerada o melhor tratamento.

Na prática não conseguíamos observar isso, ele adquiriu o hábito de fumar, sempre voltava mais magro e com semblante abatido depois dos períodos de internação. Víamos o sofrimento estampado nos seus olhos, sofríamos junto com ele, no entanto por falta de conhecimento achávamos que aquilo era para seu bem, especialmente nos episódios de crises.

Depois de alguns anos, no início da minha adolescência por volta do ano 2001, mudanças significativas no cuidado das pessoas com transtornos mentais passaram a ocorrer. Com o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos pacientes egressos de longas internações voltam para a casa, lembro-me do nosso sentimento de insegurança nesse período por acharmos que não haveria mais nenhum tipo de tratamento, mas isso não ocorreu.

Próximo de casa, no nosso bairro, agora havia um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ali seria oferecido acompanhamento semanal por uma equipe multiprofissional, oficinas terapêuticas e entrega de medicamentos. Ainda hoje sentimos o alívio em saber que não era mais preciso o distanciamento da família e haveria os cuidados adequados.

Sua melhora foi significativa, estar próximo da família e da comunidade mudou não só o seu semblante como também sua qualidade de vida, fortaleceu os laços familiares e resgatou sua cidadania.

A Reforma Psiquiátrica mudou vidas, das pessoas com transtornos mentais, das suas famílias e das comunidades. Parecia ser um sonho impossível, a desconstrução dos manicômios e a liberdade como intervenção terapêutica. Mas se

realizou e promoveu uma transformação no campo da saúde mental, uma mudança de paradigma.

Na minha fase adulta não imaginava trabalhar na área da saúde mental, embora seja estudante da graduação na área de saúde, cursando Fonoaudiologia na Universidade Federal da Bahia.

Entretanto, após aprovação num concurso no ano de 2011, para exercer a função de auxiliar de saúde (cuidador), cargo de escolaridade de nível médio completo, voltei a sentir os efeitos da cronificação e violência sofrida pelas pessoas com transtorno mental egressas de longas internações psiquiátricas. Contudo, ao mesmo tempo, senti a alegria de poder participar do resgate de suas cidadanias.

Até o momento não tinha muito conhecimento sobre as Residências Terapêuticas. Fui aprendendo na prática sobre o seu propósito, me encantei com a saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e consegui contextualizar o que eu havia vivido no âmbito familiar. Passei a me aprofundar teoricamente, quando escolhi falar sobre esse tema para o meu Trabalho de Conclusão de Curso a partir do relato de minha experiência profissional.

Para mim é um prazer, do mesmo modo um desafio falar de um tema que perpassa pela minha experiência de vida e profissional, evoca memórias e relata minhas impressões sobre esse universo que é a saúde mental. O aprofundamento do tema a partir de um embasamento teórico agregou valores ao exercício da minha função, enquanto auxiliar de saúde e traz um diferencial para minha prática como futura fonoaudióloga.

Pretende-se por meio desse relato de experiência, trazer uma reflexão sobre os diferentes papéis que exercemos tanto no âmbito coletivo quanto individual na promoção da qualidade de vida e a na conquista por uma sociedade de direitos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 “Da concepção da loucura a mudança de paradigma: percorrendo os caminhos até a Reforma Psiquiátrica”	12
2. METODOLOGIA	16
3. RESULTADOS	17
3.1 “Os donos da casa: resgatando o direito da autonomia”	17
3.2 “O dia-a-dia na RT: o cotidiano no novo lar”	20
3.3 “As relações de cuidado e trabalho na RT”	21
4. DISCUSSÃO	24
5. CONCLUSÃO	28
6. REFERÊNCIAS	29

INTRODUÇÃO

Por muitos anos, pessoas com transtornos mentais tiveram seus direitos a cidadania perdidos. Por estarem confinadas num hospital psiquiátrico eram, segundo o modelo médico hegemônico tratadas numa visão reducionista, centradas na “doença”.

Eram vistas como improdutivas, perigosas, incapazes de possuir uma identidade e expressar seus desejos. Nos manicômios havia supressão da subjetividade, do sujeito enquanto um ser capaz de existir e produzir na sociedade (SANTOS Jr; SILVEIRA, 2009).

A Reforma Psiquiátrica iniciada no século XX, foi um processo de lutas pela humanização das pessoas com transtornos mentais. Uma mudança de paradigma no que tange ao modo de cuidar em saúde mental, a garantia de direitos rompendo com a exclusão e segregação social.

Nessa perspectiva foram criados dispositivos extra hospitalares de bases comunitárias para promover a inclusão social, o resgate de laços afetivos e familiares desses indivíduos, desconstruindo os muros da segregação (BASTOS; AGUIAR, 2011).

Um desses dispositivos que compõe o novo modelo em saúde mental são as Residências Terapêuticas (RTs), criadas pela Portaria nº 106/GM/MS/2000, atualizada pela Portaria nº 3.090/2011 que destina recursos financeiros para incentivo e custeio das RTs. E embasada por outros decretos, como a Portaria de nº 1220/GM/MS/2000 que inclui a tabela de atividade profissional do Cuidador em Saúde. As Leis nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental e a nº 10.708/2003 que institui o auxílio reabilitação psicossocial.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), mais conhecidos com Residências Terapêuticas (RTs), são moradias destinadas a cuidar das pessoas egressas de longas internações psiquiátricas que perderam seus laços familiares e suporte social com o objetivo de promover sua reinserção na vida comunitária.

As nomenclaturas Serviços ou Residências estão associadas as suas duas funções: a primeira denominação, SRT, deve-se ao fato de se tratar de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde; ser um dos modelos substitutivos aos manicômios; possuir uma equipe multiprofissional e estar vinculada a um serviço de referência da rede de saúde mental no mesmo território, geralmente um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). E Nomeiam-se, RT, por ser a casa das pessoas com transtornos mentais onde eles constroem laços afetivos e sociais (SILVA; VICENTIN, 2017).

Neste trabalho a sigla utilizada será RT, visto que o principal objetivo é destacar o papel dessas moradias enquanto importante dispositivo de retorno à sociedade.

De acordo com a Portaria nº 106/2000, a RT deve conter profissionais de nível médio em regime de escala, na função de auxiliar de saúde (cuidador) e profissional de nível técnico diário, na função de auxiliar de enfermagem. Ambos supervisionados por profissionais de nível superior da unidade de referência em saúde mental, na qual a residência está vinculada (SILVA; VICENTIN, 2017).

A Portaria nº 3.090/2011 também define os tipos residências de acordo com suas necessidades específicas. Sendo a RT tipo I, destinada a pessoas em processo de desinstitucionalização com maior grau de independência e a RT tipo II, composta por pessoas com acentuado grau de dependência, especialmente físicas e que necessitam de cuidados permanentes.

Os moradores são selecionados por meio da ação de diferentes atores, dentre eles o Ministério da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde e Serviços de Referência da rede de saúde mental, como CAPS. Geralmente usam-se critérios de seleção como: gênero, comportamento, faixa etária, diagnóstico, grau de dependência, dentre outros (SANTOS Jr; SILVEIRA, 2009).

Segundo dados da página eletrônica da Secretaria Municipal de Saúde, na cidade de Salvador (BA), atualmente existem 07 (sete) Residências Terapêuticas onde moram homens e mulheres com transtornos mentais, egressos de longas internações psiquiátricas sem suporte social ou familiar.

O município foi o primeiro em que uma dessas moradias está voltada para pessoas que cumpriram medidas de segurança no Hospital De Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

O papel mais importante de uma Residência Terapêutica não se constitui apenas, em ser um dos componentes da nova rede em saúde mental que presta assistência aos seus usuários. Mas um lugar de existência, valorização da subjetividade, do habitar e da produção de autonomia.

Concebe-se um desafio significar o morar para pessoas vítimas de longas internações. E fomentar junto à comunidade relações interpessoais, solidárias, livres do preconceito, da segregação construídos cultural e historicamente.

São raciocínios fortemente entrincheirados compartilhados por profissionais, sociedade e família que precisam ser demolidos por se produzir um espaço que privilegie não só as dimensões físicas, mas também simbólicas do habitar.

Neste contexto, esse Trabalho de Conclusão de Curso estrutura-se a partir de um relato de experiência da autora como auxiliar em saúde mental (cuidadora) estatutária, em um RT tipo I, na cidade de Salvador-BA.

O presente estudo busca descrever o exercício da função, bem como discutir as relações de trabalho e cuidado que se estabelecem numa Residência Terapêutica, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

“Da concepção da loucura a mudança de paradigma: percorrendo os caminhos até a Reforma Psiquiátrica.”

Na Grécia antiga, filósofos como Sócrates e Platão associaram a loucura ao misticismo. Essa condição era um privilégio dado pelos deuses que permitia as pessoas, no seu estado de desrazão, se comunicar com o mundo espiritual. Muitas vezes esses indivíduos eram consultados sobre as verdades divinas pelos que temiam as deidades (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Segundo Foucault, no final da Idade Média os excluídos socialmente, ditos como loucos, eram colocados numa nau para territórios distantes abandonados a própria sorte e destino. O objetivo era garantir a segurança da cidade, sua ordem, purificação e decência (VIEIRA, 2007).

No século XVII, dá-se início a uma nova forma de contenção à loucura através do internamento controlado por instituições, assim como se fazia com os leprosos no início da Idade Média.

Neste período o objetivo do confinamento era uma condenação a ociosidade, abrangendo um leque de pessoas consideradas economicamente improdutivas. Os miseráveis, desempregados, libertinos, insanos e outros à margem da sociedade protegendo a cidade, principalmente em tempos de crises econômicas, das revoltas sociais. Sob o véu de se manter a ordem e a boa moral (VIEIRA, 2007).

O pensamento médico passa a ser dominante no tratamento da loucura no século XVIII. Adicionaram a esse discurso a busca pela cura das doenças nervosas, bem como diferentes classificações das enfermidades (físicas psicológicas e morais). Essa diferenciação tem seu clímax, com o pioneiro da psiquiatria moderna, o francês Philippe Pinel, simpatizante dos ideais iluministas e da Revolução Francesa. Se propôs oferecer aos loucos um acompanhamento médico diferente dos demais (VIEIRA, 2007; ARAGÃO, 2008; BARROSO; SILVA, 2011).

Pinel também libertou os confinados da condição física de acorrentados, porém o internamento ainda era considerado necessário. Mas seu ato revolucionário de extinção da contenção física por meio do uso de correntes, é considerado um marco inspirador à Reforma Psiquiátrica que ocorreu séculos mais tarde.

No século XIX, as teorias organicistas passam a influenciar a psiquiatria, dá-se ênfase na determinação das causas orgânicas; no local da lesão; em descrever sua sintomatologia e classificá-la em diferentes tipos de doenças. As intervenções eram mais preventivas, diagnósticas, sendo o internamento um paliativo aos alienados que sofriam de danos cerebrais. Nesta época as rotulações diagnósticas aumentaram o estigma em torno da loucura (ARAGÃO, 2008).

Freud tornou-se uma figura de destaque no final século XIX e início do século XX, suas teorias psicanalistas fomentaram uma mudança no pensamento psiquiátrico, até então influenciado pelo organicismo. Ele passa a dar valor ao simbolismo no tratamento dos transtornos mentais. Rompem-se na visão freudiana com a divisão estanque entre o normal e o patológico, valorizando-se a subjetividade humana, as singularidades do “eu”, repensando a maneira de tratar os loucos (ARAGÃO, 2008).

Os processos de desinstitucionalização no campo da saúde mental ganham mais forças após a Segunda Guerra Mundial. Alguns países são pioneiros em dar início a Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, Inglaterra França e Estados Unidos. A Itália ganha destaque nesse novo cenário nos anos 60 e 70, surgem notáveis desbravadores como, Franco Basaglia que propôs um modelo assistencial comunitário, substitutivo às práticas hospitalocêntricas no tratamento da loucura (FASSHEBER; VIDAL, 2007).

Pautado em princípios como a dignidade, humanização e reinserção social agora vislumbra-se um modelo desafiador, porém enobecedor da raça humana. Predominavam-se práticas abusivas, violentas, arbitrárias e excludentes. Porém movimentos sociais; mudanças políticas; econômicas; históricas; bem como culturais abriram espaços para se pensar em uma sociedade mais justa e igualitária, promovendo a quebra do paradigma na saúde mental.

O processo de desinstitucionalização brasileiro deu-se duas décadas após as reformas ocidentais, no final da década de 1970, por meio de uma longa jornada de manifestações políticas, científicas e sociais.

Trabalhadores em saúde mental integram um movimento que expunha a decadência do modelo hospitalocêntrico, com denúncias de maus tratos aos internos, condições precárias do ambiente de trabalho, a cronificação dos transtornos mentais, alto custo dos procedimentos assistenciais e maciça privatização das instituições psiquiátricas (COGA; VIZZOTTO, 2003 apud BARROSO; SILVA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica é contemporânea ao processo de democratização no Brasil. Almejava-se uma completa mudança na assistência à saúde da população e garantia de direitos aos cidadãos. Desse modo os movimentos sociais ganham mais força, surge o projeto da Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional em Saúde (Brasília, 1986) que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgada pela Lei 8080/90 (TRABUCO; SANTOS, 2015).

Segundo Barroso e Silva (2011), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que surgiu por volta de 1978, inspirados pela Reforma Psiquiátrica italiana. Propuseram a mudança de um modelo biomédico, hegemônico e hospitalocêntrico, por serviços comunitários abertos que promovessem a reinserção social e cultural das pessoas com transtornos mentais.

A criação de movimentos organizados, empoderou os trabalhadores em saúde mental em diferentes partes do país a denunciar maciçamente os abusos cometidos aos internos. Chamou-se a atenção da imprensa que revelou as atrocidades veladas pelos muros dos hospitais psiquiátricos. Os mesmos foram comparados aos campos de concentração nazistas, a exemplo do Hospital Colônia de Barbacena, na década de 1980, em Minas Gerais (BARROSO; SILVA, 2011).

Em 1989, é criado o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que visava garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais, a extinção dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por serviços comunitários alternativos.

Nesse ínterim a Declaração de Caracas (1990) consolida as reformas na saúde mental na América Latina, salvaguardando o direito a dignidade pessoal, direitos humanos e civis no campo da saúde mental (FILHO et al., 2015).

Após um longo período de tramitação no Congresso, no ano de 2001 é sancionada a Lei 10.216, conhecida como Lei de Paulo Delgado. Dá-se então a implantação da rede em saúde mental por meio de seus diferentes dispositivos substitutivos.

METODOLOGIA

Este trabalho se caracteriza como um relato de experiência a partir de uma análise descritiva e interpretativa das práticas relacionadas ao trabalho do auxiliar de saúde (cuidador). Tendo como suporte teórico textos relacionados à Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial, obtidos a partir de uma revisão não sistemática da literatura nas bases de dados SCIELO e BVS.

Além disso, de modo a se organizar o material empírico relativo às vivências. Foram sintetizadas as principais características do trabalho desenvolvidas pela pesquisadora como cuidadora em uma RT do município de Salvador, a partir de três categorias apriorísticas, a saber: o perfil dos usuários do serviço; as relações cotidianas estabelecidas pelos usuários no espaço; e as relações de trabalho/cuidado desenvolvidas.

A descrição da RT fundamentou-se também na consulta de documentos oficiais do município e da federação. Bem como a descrição a partir da vivência profissional salvaguardando a identidade dos moradores e a identificação dos dispositivos de referência mantendo-os em sigilo.

RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir descrevem quem são os moradores e os vínculos construídos desde que chegaram ao seu novo lar; a moradia e a dinâmica da casa; bem como as relações de trabalho e cuidados prestados na RT.

“Os donos da casa: resgatando o direito da autonomia”

Os moradores da Residência Terapêutica são egressos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Também conhecido como manicômio judiciário, do município de Salvador (BA) que permaneceram na instituição por cerca de 10 (dez) anos e perderam seus laços familiares.

No ano de 2010 foram transferidos para o seu novo lar. A perspectiva era para alguns deles, com maior grau de independência, que a casa fosse uma estadia transitória que promoveria sua autonomia. Permitindo aos mesmos depois de certo tempo, ter a sua própria moradia. Mas os que possuem essa autossuficiência expressaram o desejo de continuarem morando na RT, por considerá-la sua casa e pela criação de vínculos no ambiente.

Inicialmente chegaram 10 (dez) moradores, a maioria permanece na residência, com exceção de dois que vieram a óbito por causas naturais e outro que expressou seu desejo de sair após um período de anos habitando no local.

Com menos três moradores, chegaram mais dois novos habitantes, no período de 2005 oriundos da mesma instituição, totalizando atualmente nove moradores na RT. Todos são do sexo masculino, possuem uma faixa etária de 30 a 70 anos e são independentes fisicamente.

Existe entre eles uma boa relação de convivência e a formação de diferentes graus de amizade, todavia como toda relação humana também existe conflitos. Entretanto, na maioria das vezes as tensões são resolvidas através do diálogo entre eles mesmos, ou com a mediação de um cuidador ou outro profissional presente no momento (como técnicos de enfermagem e enfermeira).

Alguns gozam de mais liberdade, em virtude de maior autonomia no espaço urbano. Saem para ir à padaria; na venda; nas lojas do bairro ou a outro local mais distante que desejem ir. Sendo acordado entre a equipe que presta os cuidados e os moradores que informem a sua saída, bem com o período do seu retorno, gerando um senso de corresponsabilização.

Os que têm certas dificuldades de circulação nas vias urbanas, devido a episódios de perda de memória, quedas e outras situações que colocam em risco sua integridade física, saem acompanhados com outros moradores mais independentes ou os profissionais da RT.

Logo de início, houve certa resistência da própria comunidade aos novos vizinhos chegando ao ponto de tentarem fazer um abaixo assinado para a retirada dos mesmos da vizinhança. Visto que vinham os moradores como ameaça a sua segurança por serem pessoas com transtornos mentais e egressas do HCTP.

Contudo a barreira do medo e estigma foi vencida a partir das intervenções de ressocialização. Tais como a matrícula de alguns moradores numa escola pública do bairro, a livre circulação pela comunidade estabelecendo relações comerciais e fazendo amizade, tornando assim a convivência cada vez mais natural.

Os mais ativos na comunidade geralmente são convidados para confraternizações ou para jogar futebol. No entanto, alguns convites que os moradores recebem às vezes os expõem a algumas situações de risco para embriaguez e uso de substâncias ilícitas, fazendo com que a equipe esteja sempre atenta para orientá-los sobre os perigos para a saúde em adotar comportamentos de risco.

De um modo geral eles acatam os conselhos e recusam certos convites. Contudo, quando os mesmos decidem fazer o uso total de sua liberdade de escolha e extrapolam as regras de convivência da casa eles são chamados para uma conversa com seus profissionais de referência do CAPS, no qual são acompanhados, para direcioná-los a uma conduta que não ponha em risco a sua qualidade de vida.

Embora a maioria dos moradores realizem atividades funcionais do dia-a-dia, como passear, fazer compras, limpar a casa, lavar as roupas, entre outras de um modo geral eles são sedentários. E possuem um estilo de vida que agrava a sua situação, por serem tabagistas (exceto um morador); estarem com sobrepeso;

possuírem outras comorbidades, como doenças cardiovasculares, alterações metabólicas e hormonais.

Para tratamento desses problemas de saúde os mesmos são acompanhados pela equipe de saúde da família do território e ambulatórios de referências do SUS. Porém, existe uma carência de ações voltadas à promoção de atividades físicas pelas unidades de saúde de referências as quais a RT está vinculada, o que contribuiria para uma melhora significativa da qualidade de vida dos moradores.

Alguns comportamentos peculiares dos moradores não passam despercebidos. Dá-se ao fato de alguns deles manterem certos costumes adquiridos no manicômio, como sentar-se no chão, até mesmo ao fazer as refeições; ficar com uma chave pendurada no pescoço que abre uma gaveta ou baú com fechadura; e esconder nos seus quartos alguns objetos que lhes sirvam de defesa pessoal.

Esse é um aspecto muito trabalhado e discutido entre as equipes da RT e do CAPS. Os efeitos da cronificação e violência sofrida por eles durante as internações psiquiátricas dificulta a apropriação do espaço em que habitam, assim como a dissociação com o modelo asilar. E de que forma a residência enquanto modelo substitutivo, pode ajudá-los a superar esses desafios e empoderá-los do lugar em que vivem enquanto um lar seguro e pacífico.

A casa é alugada, localiza-se no primeiro andar de um imóvel, no andar térreo há outra casa e galpões para aluguel. A residência dos moradores possui dois andares e um total de 13 cômodos amplos. Desses, cinco são quartos sendo três deles divididos entre os moradores e um pertence a um único morador, visto que o mesmo não se adaptou em compartilhar o dormitório com outra pessoa por ser o único não fumante da casa.

No segundo andar da residência encontra-se a área de serviço, um dos três banheiros da casa e um quarto que é usado como local de descanso pelos profissionais de plantão.

A casa necessita de reformas estruturais, porém em certos períodos são feitos alguns pequenos reparos mediante acordos entre o CAPS e a proprietária do imóvel. Por estar localizada no primeiro andar, o acesso é por meio de uma escadaria o que dificulta a locomoção mais autônoma de dois moradores.

A RT encontra-se distante geograficamente do seu serviço de referência, o CAPS. Dificultando, por exemplo, aos moradores irem a pé para as oficinas terapêuticas necessitando que a condução da unidade venha buscá-los. Às vezes não sendo possível pela mesma estar sendo usada para outros fins na ocasião e por eles ainda não terem desenvolvido autonomia em usar o transporte público.

O bairro em que se encontra a casa é considerado de alta periculosidade devido a existência de disputas de facções criminosas por pontos de drogas, o que impossibilita, por exemplo, a chegada de alguns serviços essenciais como o SAMU.

Entretanto, tem-se feito uma busca ativa em bairros vizinhos do mesmo distrito sanitário de um imóvel mais apropriado. Em uma área de menor periculosidade e mais próximo da unidade de referência. Porém encontram-se alguns desafios em conseguir imóveis legalizados na região e todo o processo burocrático de locação para um imóvel sob responsabilidade da prefeitura.

“O dia-a-dia na RT: o cotidiano no novo lar”

A rotina da casa segue aos hábitos comuns de um lar, onde eles habitam e existem. Procuramos levar em conta suas opiniões e desejos nas decisões tomadas sobre as rotinas, bem como criar um senso de corresponsabilização com a casa e o autocuidado.

Para cada dia na RT existe uma equipe mínima formada por dois auxiliares de saúde (cuidador), um técnico de enfermagem e um higienizador (com formação mínima exigida de ensino fundamental completo).

Os auxiliares de saúde ficam responsáveis pelo preparo das refeições, estimular os moradores no autocuidado e nas atividades diárias. O técnico de enfermagem administra os medicamentos, leva os moradores a consultas médicas e acompanha-os ao CAPS de referência. Quanto ao higienizador está sobre sua responsabilidade a limpeza do ambiente.

O higienizador trabalha em regime administrativo (40 horas semanais), os auxiliares de saúde e técnico de enfermagem trabalham em regime de plantão (escalas de 24 horas).

Durante todas as tarefas do dia os cuidadores contam com a ajuda dos moradores nas atividades diárias da casa. Eles se prontificam a jogar o lixo, a comprar temperos nas vendas do bairro, a ir à padaria, estender as suas roupas no varal e participar da limpeza da casa. É comum também encontrá-los assistindo televisão, jogando dominó e nos arredores do bairro.

A participação ativa desses moradores é um processo que vem sendo trabalhado desde a chegada dos mesmos à RT. Hoje eles já gozam de uma maior autonomia, diferente do modo de vida que levavam no hospital psiquiátrico, onde não tinham voz ou direito de escolha, seguiam regras prescritas, engessadas e não podiam alterar a sua própria rotina. Não tinham direitos sobre o próprio corpo, era sempre a hora certa de comer, tomar banho, dormir e acordar.

Depois dos muros do manicômio, havia um mundo alheio que não lhes pertenciam e os outros não sabiam da sua existência. Agora eles existem, são donos do seu próprio corpo, são conhecidos na comunidade, constroem laços dentro e fora da RT.

“As relações de cuidado e trabalho na RT”

A RT é o lar dos “meninos”, como são comumente chamados os moradores. Porém para nós que lhes auxiliamos no cuidado é o nosso local de trabalho, no entanto por se tratar de uma moradia e pela criação de vínculo, o ambiente torna-se mais familiar e achegado.

Sentimentos como empatia, solidariedade, gentileza e cordialidade permeiam nossas relações de cuidado com os moradores. Ao passar do tempo, com o exercício da função tomamos conhecimento sobre a história de cada um dos “meninos”. Não há como ficar indiferente aos seus sofrimentos que ficaram como marcas em suas memórias às vezes relatados com lágrimas, serenidade ou graça.

Entre os profissionais existe o comportamento ético, todavia há também conflitos relacionados ao saber e experiência que cada um possui. Alguns já trabalham há muitas décadas na saúde mental enquanto para outros a RT tem sido a primeira experiência na área.

A comunicação com o dispositivo de referência, o CAPS, às vezes é conflituosa pela distância geográfica, visto que RT e CAPS localizam-se em bairros diferentes, dificultando o conhecimento dos profissionais da unidade de referência sobre a dinâmica da casa.

Ocorrem também disputas de poder: até onde o CAPS pode interferir na rotina da RT? Qual é o limite de autonomia de uma RT? Todos os profissionais tanto do CAPS como da RT entendem o que significa trabalhar na perspectiva da Reforma Psiquiátrica? Que cuidados devem ser tomados para não reproduzirmos inconscientemente práticas manicomiais na casa?

Os contratos trabalhistas precários também interferem nas relações de trabalho desmotivando alguns profissionais e gerando algumas tensões. Os auxiliares de saúde mais antigos que estavam presentes antes da chegada dos moradores na casa, fazendo parte do processo de implementação da RT, possuem salários menores e não tem acesso a alguns direitos trabalhistas. O contrato de trabalho deles se dá por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC).

No ano de 2011, foi realizado um concurso pela prefeitura do município para a área de saúde contemplando a função de auxiliar de saúde (cuidador). Promovendo a entrada de novos cuidadores, dessa forma existem profissionais terceirizados e estatutários. A RT possui atualmente nove auxiliares de saúde (cuidador), três técnicos de enfermagem e um higienizador.

A Portaria n^o 3.090/2011 orienta que para cada grupo de dez moradores tenham-se cinco cuidadores trabalhando em regime de escala. Dessa forma a Secretaria Municipal de Saúde, conforme expressado em alguns encontros com os cuidadores, argumenta que apenas um cuidador por plantão seria o suficiente para auxiliar os moradores em processo de desinstitucionalização. Totalizando uma equipe de no máximo cinco cuidadores contratados.

No entanto, na prática uma equipe de apenas cinco auxiliares de saúde, sendo dividido um por escala, não é suficiente para prestar um cuidado humanizado. Visto que, além da atenção dada aos moradores também ficamos responsáveis pelo cuidado da casa, especialmente no preparo das refeições e com a limpeza do imóvel nos finais de semana.

Mesmo com o quadro atual de nove auxiliares de saúde, trabalhando dois por plantão, sentimos reais dificuldades em prestar um cuidado a cada morador de acordo com o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Entende-se que a Portaria n.º 3.090/2011 não é rígida ao sugerir uma equipe de cinco cuidadores em regime de escala. Essa condição pode variar com a necessidade de cada casa e de seus moradores conforme expresso no decreto, garantindo assim um quadro mínimo de cinco auxiliares de saúde em cada plantão.

Assim era o quadro mínimo de funcionários quando a RT foi inaugurada, nesse período obteve-se maiores ganhos na reabilitação psicossocial destes sujeitos. Entretanto ao longo do tempo perderam-se alguns destes profissionais e eles não foram substituídos na mesma proporção gerando um déficit de três cuidadores em cada plantão.

Os auxiliares de saúde são os principais responsáveis pelas conquistas na reinserção dos moradores na comunidade, nas atividades da vida diária e resgate da sua cidadania. No entanto desde que chegamos a RT, não recebemos uma capacitação voltada ao cuidado de pessoas com transtornos mentais em processo de desinstitucionalização numa moradia, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica.

De forma não sistemática são promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde alguns encontros de cuidadores do município ou de Residências Terapêuticas do estado. O foco das reuniões baseia-se no modelo biomédico, centrado nos transtornos mentais ou sobre o gerenciamento das residências pelos CAPS, além de encontros recreativos.

A própria Legislação atual em saúde mental, como a Portaria n.º 1220/2000, não especifica as atribuições dos Cuidadores em Saúde no campo da saúde mental. Muito da nossa prática se faz mais pela troca de experiência profissional do que pela capacitação promovida pelas instituições de saúde responsáveis.

Na prática esse desconhecimento é geral, compartilhado por cuidadores mais antigos e mais novos, pelo profissional das unidades de referência e gestores. Acabamos nos perdendo no exercício da nossa função, muitas vezes sobrecarregados com funções domésticas. Cuidamos mais do lar do que dos seus moradores em processo de desinstitucionalização.

DISCUSSÃO

As Residências Terapêuticas são espaços de convivência que fomentam relações comunitárias, solidárias e a construção de subjetividades. Criar um local que privilegie esses tipos de relações constitui-se um desafio, visto que seus moradores são egressos de um modelo asilar. Desta forma faz-se necessário a criação de novos sentidos de vida.

A apropriação do espaço em que vivem lhes permite ter novas experiências, um sonho de liberdade, não existe mais o confinamento, rotinas impostas e regras de condutas institucionais. O processo de reabilitação envolve o reaprendizado do uso do espaço, dos objetos, administração do tempo a partir da concepção do sujeito (BASTOS; AGUIAR, 2011).

Ter um lar, serem “donos da casa” lhes traz um novo sentido de pertencimento, de ser e habitar. Isso fica evidente quando eles expressam o desejo de não irem embora. O habitar lhes era negado nos manicômios, na RT é resgatado a noção de casa no seu sentido físico e simbólico. Se lhes devolve a capacidade de tomada de decisões sobre o lugar onde vivem e sobre o próprio corpo (SILVA; VICENTIN, 2017).

Alguns desafios podem ser encontrados nesse percurso, devido as experiências de vida de cada morador e seu histórico de internação hospitalar. Uns podem apresentar mais ou menos dificuldades em morar numa casa.

Por exemplo, alguns moradores mantêm determinados comportamentos característicos do período em que estavam institucionalizados. Como, ficarem agachados por muito tempo, preferir alimentar-se sentado no chão e guardar seus pertences em locais fechados (BASTOS; AGUIAR, 2011).

O PTS de cada morador nos permite trabalhar de acordo com as necessidades individuais do sujeito. Potencializando suas capacidades e superando suas dificuldades em apropriar-se do ambiente, ou de administrar seu tempo, por exemplo. Essa é uma construção que deve ser feita em conjunto entre as equipes da RT e do CAPS levando em consideração as particularidades de cada indivíduo contribuindo assim, para o seu processo de desinstitucionalização (SILVA; VICENTIN, 2017).

Os moradores são incentivados a cooperar com as atividades diárias da casa, fazem uso de medicamentos prescritos e participam de atividades no CAPS. Dessa forma, existe uma linha tênue entre as rotinas da casa e o estabelecimento de novas regras rígidas; a reabilitação terapêutica e a imposição de uma tutela que inibam os

seus direitos de liberdade. É de suma importância ser pauta da discussão entre as equipes de cuidado, o papel da RT na produção da autonomia do morador.

Venturini (2010) menciona as três principais necessidades de saúde existentes numa comunidade. Necessidades de tratamento (médica), assistência (social) e existenciais (individual). Sendo que delega-se às organizações sociais as duas primeiras provisões, o que é feito muitas vezes sem uma articulação intersetorial.

As necessidades existenciais geralmente não são trabalhadas, embora sejam de suma importância. O cuidar em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica requer ações completas em todas as dimensões supracitadas para que se possa desenvolver a autonomia dos usuários e desconstruir o estigma em torno da loucura.

Fomentar a saúde mental na comunidade não envolve delegar aos profissionais toda a responsabilidade de trazer soluções. A efetividade das ações promotoras se dá através da troca entre os diferentes grupos sociais e o fortalecimento das relações entre eles. Não se deve haver a separação de grupos, mas a junção deles valorizando suas diferenças, esse é o verdadeiro sentido em trabalhar numa perspectiva comunitária: “a abertura de portas, conexão e integração” (VENTURINI, 2010 p. 474).

Nessa perspectiva faz-se necessário uma constante avaliação das relações de trabalho e cuidado e suas influências na qualidade de vida dos moradores e dos profissionais. Portanto precisamos relacionar a ideologia do morar com a sua execução, desde a escolha do imóvel, do território e da comunidade.

As relações estabelecidas com o espaço, a comunidade e contratuais serão capazes de produzir bem-estar ou sofrimento. O local precisa ser originalmente pensado como promotor da independência, especialmente física dos moradores. Quanto a comunidade os laços de convivência, suas necessidades de saúde, recursos sociais e sanitário podem influenciar na qualidade das relações sociais que ali são estabelecidas (VENTURINI, 2010).

Morar numa Residência Terapêutica não deve se assemelhar ao estar num hospital psiquiátrico. As disputas de poder que podem existir nas relações contratuais refratam no cuidado aos moradores, invertendo os valores de se construir o sentido simbólico do morar em regulação do comportamento social naquele espaço.

Reduzir as práticas em assistenciais e médicas fragmenta os habitantes, visto que os aspectos subjetivos do cuidado devem se sobrepor a técnica terapêutica de cada profissional.

A Residência Terapêutica é uma casa, tem suas regras de convivência, contudo as práticas exercidas pelos profissionais não devem reproduzir as práticas manicomiais. Através da constante supervisão, controle rígido da rotina e tomada de decisões sem envolver os principais interessados, os moradores (NÓBREGA; VEIGA, 2017).

O profissional exerce um papel importante na sua função. Todavia são primeiramente profissionais de saúde mental, responsáveis por estimular a coesão social entre moradores e comunidade; tornar o sujeito protagonista de suas ações; motivar uns aos outros; mediar a resolução de conflitos e apoiar a democratização do poder, fortalecendo a autonomia dos habitantes na apropriação simbólica e material dos espaços (VENTURINI, 2010).

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento protagonizado também por trabalhadores da saúde mental que expuseram os maus tratos sofridos pelas pessoas com transtornos mentais e precarização das condições de trabalho.

No entanto o que se percebe atualmente é um enfraquecimento dos movimentos trabalhistas e precarização dos contratos de trabalhos que tem desmotivado muitos profissionais em avançar nas conquistas da “protagonização dos usuários” e menor “engajamento nos movimentos sociais” (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013, p. 97).

A capacitação profissional melhora as relações de cuidado, permitindo que se reconheça o morador enquanto um ser complexo, protagonista de suas decisões. Sendo o cuidador, por exemplo, um facilitador desse processo e não um tutor, descentralizando o poder da mão do profissional e promovendo o compartilhamento das responsabilidades do cotidiano.

As relações interpessoais numa sociedade fomentam a criação de laços de solidariedade, amizade e subjetividade substituindo a concepção de medo e periculosidade sobre a loucura. A comunidade deve ser encarada com um espaço privilegiado para o exercício dessa nova ressignificação e a RT como disparadora desses encontros sociais (SANTO Jr; SILVEIRA, 2009).

As oportunidades de exercerem sua independência e a convivência com outros moradores favorecem a criação de vínculos entre si que se extrapolam também para a comunidade. Encontros sociais podem ser ampliados ao se promover as atividades físicas que naturalmente criam novas oportunidades de conhecer pessoas e estreitar os vínculos, o que é muito bom para a saúde mental.

No entanto as pessoas com transtornos mentais exercitam-se menos que a população geral. Observa-se na prática a falta de incentivo, de articulação intersetorial e de elaboração de políticas públicas que promovam as atividades físicas, melhorando a qualidade de vida em especial dessa população e retardando o avanço das doenças crônicas, como cardiovasculares, metabólicas e hormonais (KLEIN et al.,2016).

A utilização dos mesmos espaços com a comunidade pode gerar resistência, às vezes expressa por meio de manifestos, como abaixo assinados. Porém, geralmente é rompida a partir das relações cotidianas que vão sendo estabelecidas entre os novos moradores e os vizinhos ao se estabelecerem práticas comerciais na comunidade, compartilhamento dos espaços institucionais, convivência e lazer. Como escola, postos de saúde, centros comunitários, igrejas, quadra de esportes, campo de futebol, dentre outros dispositivos (ROZA, 2016).

A articulação intersetorial promove novas práticas, a interação com diferentes setores é capaz de privilegiar espaços formais e informais que envolvem usuários, profissionais e comunidade na construção de novos sentidos de vida. (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013).

As Residências Terapêuticas são dispositivos transformadores, se bem definidas são capazes de acarretar mudanças permanentes na vida de seus habitantes e na desconstrução do estigma da loucura na sociedade. A rede em saúde mental por estar articulada com o território é capaz de não só desconstruir como já tem feito, mas também de transformar os manicômios em “ruínas inabitáveis”.

CONCLUSÃO

A reinserção dos moradores das RTs, enquanto sujeitos existentes e participativos na sociedade envolve respeitar seus desejos e auxiliá-los em suas conquistas. Por exemplo, de terem um emprego, de estudar, de constituir família ou de ser um eleitor.

No entanto encontramos alguns desafios para tornar a sua integração social bem-sucedida. São esses: investimentos limitados, alcance insuficiente da rede, pouca articulação intersetorial, falta de uma melhor definição legal da função do cuidador e capacitação profissional inadequada.

Durante a pesquisa pode-se observar que existem poucas publicações científicas que destaquem a importância do auxiliar de saúde (cuidador), é de suma importância aprofundar-se nesse tema. Principalmente no que tange a atuação de um cuidador no campo da saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Este profissional desempenha um papel importante na resignificação do habitar e viver na cidade para pessoas egressas de internações psiquiátricas sem suporte familiar e social. E quando motivados, por exemplo, através de melhores condições de trabalho e contratuais, tornam-se mais engajados pela conquista da qualidade de vida dos moradores nas Residências Terapêuticas.

Uma nova concepção do sentido de habitar; a apropriação do espaço em que moram; o protagonismo sobre seu corpo; controle do próprio tempo; criação de vínculos; boas relações com a comunidade; o exercício de sua cidadania; a valorização da sua forma de ser e estar no mundo. Foram e são possíveis mediante o trabalho conjunto e a troca de saberes, cada um exerce um papel importante seja morador de uma residência terapêutica, profissional ou comunidade.

O campo da saúde mental pode parecer complexo e cheio de conflitos, pois trata-se do processo em se produzir novos sentidos de vida. O papel do cuidador pode parecer a princípio desafiador, no entanto não podemos deixar que nossas mãos se abaiquem. Visto que vale apenas trilhar esse longo caminho em busca de uma sociedade de direitos calcada em princípios, como igualdade, liberdade e existência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, Tatiana Nardoni. **Reforma psiquiátrica: a construção de um novo paradigma em saúde mental**. Brasília, Dez. 2008. Monografia de Conclusão de Curso (Psicologia). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Centro Universitário de Brasília. 2008.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011.

BASTOS, Liana Cajado; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. Vivências de moradores de residências terapêuticas de feira de santana, bahia: do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.2, p.432-445, Abr./Jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **DOU 24/02/2000**, nº 39-E, seção 1, pág. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. **Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html > Acessado em: 11 Jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1220, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2000. Inclui na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 - Cuidador em saúde e cria nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, o serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental. **DOU de 08/11/2000**, nº 215, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, 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. **DOU 9/4/2001**, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **DOU 1/8/2003**, nº 3, seção 1.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, Dec. 2017.

FASSHEBER, Vanessa Barreto; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 194-207, Jun. 2007.

FILHO, Antonio José de Almeida et al. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 4, p. 117-125, Fev. 2015.

KLEIN, Simone Karine et al. Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1521-1530, Mai. 2018.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro Souza; VEIGA Thiago Fernandez de Melo. O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Residência terapêutica do município recebe pacientes do hospital de custódia e tratamento**. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/2010/09/23/residencia-terapeutica-do-municipio-recebe-pacientes-do-hospital-de-custodia-e-tratamento/>> Acessado em: 11 Jul. 2018.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 788-795, Dec. 2009.

SILVA, Dayse Andrade Bispo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade. **Distúrbios da Comunicação**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 196-207, jun. 2017.

TRABUCO, Karem Emannelly de Oliveira; SANTOS, Diajane da Silva. **Da reforma sanitária a reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos**. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatrica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>> Acessado em :11 Jul. 2018.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; MENDONCA FILHO, Manoel. Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. spe2, p. 95-107, 2013.

VENTURINI, Ernesto. O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 471-480, Dec. 2010.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**, v. 1, n. 3, p. 1-21, Mar. 2007.