LOUCURA EM CASA: UMA REFLEXÃO SOBRE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS[1]

Wellington Júnio Pugirá Teixeira[2]

RESUMO: Este estudo faz um apanhado histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como se deram as principais transformações no âmbito da atenção ao louco e quais os dispositivos criados para a efetivação dos princípios da Reforma brasileira. Em seguida trata de um equipamento em específico: os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT's. O trabalho teve como objetivo explorar a proposta dos SRT's e saber como estes se articulam para a efetivação dos ideais reformistas, as bases para que a configuração atual se formasse e alguns dos desafios que este dispositivo enfrenta na atualidade. O estudo foi realizado segundo método de pesquisa bibliográfica, a partir da qual realizou-se uma revisão da literatura de autores que versam sobre a temática, visando estabelecer como se deu a evolução desse dispositivo e como ele se tornou uma política pública de âmbito nacional. Também empreendeu a reflexão sobre determinados desafios que se impõem na atualidade desse serviço, a partir da contribuição de alguns autores. Seja em relação à qualidade dos encontros com a comunidade que a inserção em um SRT proporciona aos seus moradores, à importância de se afirmar constantemente os princípios ético-políticos a todos os atores envolvidos no processo de atenção aos mesmos, até questões relativas à diversidade de modalidades de moradias oferecidas. Com base no estudo realizado, chegou-se ao entendimento de que, embora diversos avanços tenham sido alcançados tanto a nível normativo quanto na promoção de novos encontros com a comunidade, ainda há desafios a serem superados, seja no nível macropolítico, no que tange questões relativas às modalidades de residências oferecidas, quanto no plano micropolítico, no âmbito das relações presentes dentro dos próprios serviços, rumo a uma sociedade livre de manicômios, sejam eles visíveis nas estruturas físicas ou camuflados nas práticas cotidianas dos serviços substitutivos.
PALAVRAS-CHAVE: Residências terapêuticas; Serviços de saúde mental; Reforma Psiquiátrica; Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT: This study takes a historical look at the Psychiatric Reform in Brazil, as the main transformations in the field of attention to the insane and the devices created for the implementation of the principles of the Brazilian Reformation. Next it deals with a specific equipment: the Residential Therapeutic Services - SRT's. The objective of this work was to explore the SRT's proposal and to know how these are articulated for the realization of the reformist ideals, the bases for the current configuration and some of the challenges that this device faces today. The study was carried out according to a method of bibliographical research, from which a review of the literature of authors on the subject was carried out, aiming to establish how the evolution of this device and how it became a public policy of national scope. It also undertook the reflection on certain challenges that are imposed in the present time of this service, based on the contribution of some authors. It is with regard to the quality of community meetings that the inclusion in an SRT provides its residents with the importance of constantly affirming ethico-political principles to all the actors involved in the process of attention to them, to issues related to the diversity of housing modalities offered. Based on the study, it was understood that, although several advances have been achieved both at the normative level and in the promotion of new meetings with the community, there are still challenges to be overcome, whether at the macropolitical level, on issues in the context of the relations existing within the services themselves, towards a society free of asylums, whether visible in physical structures or camouflaged in the daily practices of substitutive services.
KEYWORDS: Therapeutic residences; Mental health services; Psychiatric Reform; Reform of health services.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história loucura e sociedade se relacionam de formas diferentes e peculiares. Foucault (2010) nos conta um pouco desta história ao traçar o panorama que permitiu a

[1] Adaptação do trabalho de conclusão de curso apresentado à faculdade de Psicologia da PUC Minas em 2015.
[2] Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
wellingtonpugira@yahoo.com.br

Submetido em: 10/08/2016
Aceito em: 20/01/2018

passagem da loucura como parte integrante do convívio social europeu na época renascentista, sua captura pelos asilos e, posteriormente, sua submissão ao saber/poder psiquiátrico.

Em meados do século XX o tratamento dado aos ditos doentes mentais passou a ser questionado, e esse questionamento tomou tons mais reivindicativos a partir dos anos 1960, quando alguns movimentos de resistência ao modelo manicomial surgiram em vários países da Europa. No Brasil, os questionamentos acerca da estrutura asilar, que já eram feitos por alguns profissionais ligados à própria Psiquiatria só ganharam força de combate com as denúncias realizadas nas mídias de grande circulação à época, que passaram a denunciar a forma como os internos eram tratados. No fim dos anos 1970 a luta pelo fim dos manicômios e o tratamento ao louco em liberdade passou a ser a principal bandeira do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e ganhou apoio popular, deflagrando a Luta Antimanicomial, e desde então têm sido várias as frentes de atuação que visam à inserção do louco na sociedade brasileira.

O presente estudo adotou dois eixos de apreciação: o primeiro consistiu em abordar as Residências Terapêuticas (RT's), sua importância no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira enquanto serviço substitutivo, suas peculiaridades, histórico, avanços e desafios na luta por uma sociedade sem manicômios e, num segundo momento, levantou-se a discussão sobre a importância da dimensão ética pautada nos princípios da Reforma a todos aqueles que atuam diretamente com o público atendido. Com tal finalidade recorreu-se ao método de pesquisa bibliográfica, na qual foi realizada uma revisão da literatura de autores que versam sobre a temática, visando estabelecer como se deu a evolução desse dispositivo, como ele se tornou uma política pública nacional, como tem se dado sua efetivação e alguns desafios que esses serviços têm enfrentado na atualidade.

2 UMA BREVE HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Foucault, em *A História da Loucura na Idade Clássica* (2010), traça uma perspectiva histórica acerca da relação entre a loucura e a sociedade europeia desde o fim da Idade Média e início do Renascimento, onde os loucos viviam em liberdade, jogados à própria sorte, errantes, muitas vezes tendo seu destino traçado pelos mares até a Modernidade, na qual são tecidas as condições históricas em que se dá a produção social do doente mental por meio do surgimento da Psiquiatria, com seu discurso científico que responde por esse doente, além do estabelecimento do asilo como local para o tratamento do alienado a partir do fim do século XIX.

O saber/poder da Psiquiatria sobre o doente mental ratificava a funcionalidade dos hospícios no tratamento destes, pois segundo a visão predominante à época, era esta a instituição detentora dos meios adequados para lidar com estas pessoas, regulá-las, tratá-las, de modo a não permitir que a existência destes pusesse em risco a hegemonia da razão ocidental cartesiana.

No Brasil, de acordo com Britto (2004), o louco passou a ser recolhido ao controle asilar a partir da chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808, sendo desta época a criação dos primeiros asilos,

> que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade, com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX. (CAVALCANTI; MESQUITA; NOVELLINO, 2010, p. 3).

Nesta época os alienados eram recolhidos às prisões ou à Santa Casa de Misericórdia, na qual não havia qualquer iniciativa terapêutica, mas funcionava como local de assistencialismo, de caridade. Essas instituições funcionavam também como dispositivo de controle social, pois isolavam do convívio social aqueles que não eram considerados aptos a ele. Nesse momento o acolhimento ao louco não tinha um caráter terapêutico, mas era baseado na exclusão social deste.

Dessa forma, segundo Britto (2004), o marco institucional que inaugurou a psiquiatria no Brasil foi a inauguração do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852. A partir de então o modelo médico e asilar passou a vigorar de maneira hegemônica por mais de um século. Após o fim da Segunda Grande Guerra o Estado brasileiro passa a lançar mão dos manicômios privados, gerando o que Amarante (1995) chama de “indústria para enfrentamento da loucura” (AMARANTE, 1995, p.3). É também a partir do fim da Segunda Guerra e da Declaração Universal dos Direitos Humanos que os questionamentos acerca das condições de tratamento as quais eram submetidos os pacientes psiquiátricos se tornaram cada vez mais ácidos ao modelo vigente, regido pela *práxis* manicomial. Diversos movimentos surgiram na Europa a fim de contrapor a lógica iatrogênica inerente à existência dos manicômios e oferecer formas mais humanas de atenção aos loucos.

As críticas direcionadas ao hospital psiquiátrico, surgidas em grande parte dentro da própria psiquiatria, desembocaram numa série de movimentos que visaram desde o tratamento mais humanizado dentro dos próprios manicômios até as experiências que subverteram toda a lógica de funcionamento destes espaços de confinamento. Este movimento teve início com as

Comunidades Terapêuticas inglesas e norte-americanas e a Psiquiatria Institucional francesa, a partir de um espaço efetivamente terapêutico, que visava não somente a doença, mas a promoção de saúde mental. De acordo com Amarante (1995), a Psiquiatria de Setor na França e as Psiquiatria Comunitária e Psiquiatria Preventiva americanas marcam uma diferença ao estenderem a psiquiatria ao espaço público. Este autor diz que esses dois momentos têm em comum a iniciativa de não se aterem somente às questões relacionadas às enfermidades, como era a prática psiquiátrica tradicional, mas abre-se espaço para

> um projeto muito mais amplo e ambicioso, que é o de promover a saúde mental, não apenas em um ou outro indivíduo, mas na comunidade em geral. Visto de outra forma, a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva. (AMARANTE, 1995, p. 22).

Enquanto estas propostas ainda tinham como *lócus* o hospital psiquiátrico como referência de tratamento, outras vertentes de pensamento e atuação entendiam o modelo asilar como perverso desde sua essência, como é o caso da Antipsiquiatria britânica e da Psiquiatria Democrática italiana, que não viam qualquer possibilidade de humanização deste sistema (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica brasileira buscou suas bases em todas essas experiências, principalmente na referência italiana e, por isso é importante apontar, em linhas gerais, como se deu o processo de desinstitucionalização da loucura na Itália. Franco Baságlia[3], idealizador e realizador deste movimento, após a 2ª Grande Guerra foi direcionado para trabalhar num hospital psiquiátrico na cidade de Gorizia, assumindo a direção do mesmo em 1961. Inicialmente realizou mudanças a fim de transformar o hospital numa comunidade terapêutica, melhorando as condições de hospedagem, retirando as barreiras internas e implementando sistemas *open door*[4]. Após esta experiência, foram criados em Trieste centros territoriais de atenção em saúde mental, fazendo com que o hospital psiquiátrico da cidade fosse substituído por esses centros na década de 1970.

Carismático e bom articulador social, Basaglia fez com que o movimento antimanicomial tivesse grande alcance de mobilização da sociedade. Acabou com as medidas de repressão institucional, criou reuniões em que participavam pacientes e médicos, promovendo um

[3] A referência feita à história de Basaglia enquanto idealizador e ator das experiências reformistas em Gorizia e Trieste foi retirada do "Seminário 35 anos de Basaglia no Brasil: a marca de uma prática revolucionária", realizado nos dias 03, 04 e 05 de dezembro de 2014, em Belo Horizonte.

[4] No regime do open-door os internos podiam transitar livremente no interior do asilo e, em certos casos, fora dele; nesse regime são banidos os asilos fechados, para que a pessoa não se sinta irritada, o que prejudica o tratamento.

espaço de igualdade e dignidade. Goulart diz que "o grande impacto dessa experiência foi a de que o encontro com o doente mental só seria possível se ele e todos os membros da comunidade, incluindo médicos, enfermeiros, entre outros, se encontrassem em um plano de liberdade e responsabilidade" (GOULART, 2007, p.63). Basaglia também participou da formulação da Lei nº180 (ITÁLIA, 1978) que legitimou os princípios de sua prática antimanicomial, o que fez com que esta luta ganhasse força internacional. Sua visita ao território brasileiro no ano de 1978 foi o que deu vocalização e impulso ao processo de luta contra o paradigma manicomial e instauração das bases da luta antimanicomial em nosso país, pois deu visibilidade à temática nas grandes mídias.

Para Cavalcanti, Mesquita e Novellino (2010), o movimento de luta pelo cuidado digno e cidadania dos loucos brasileiros deve ser entendido em duas fases distintas: uma compreendida entre 1978 e 1991, em que a tônica era a crítica ao modelo "hospitalocêntrico", e a segunda de 1992 aos dias atuais, onde se destaca a implantação e implementação de serviços extra hospitalares substitutivos ao modelo anterior.

Na década de 1970 irrompe uma série de denúncias contra a política de privatização adotada na assistência ao doente mental. É nesse contexto que surge o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, em 1978, quando da vinda de Baságlia ao país.

Cavalcanti, Mesquita e Novellino (2010) dizem que neste momento:

> Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no país. (CAVALCANTI; MESQUITA; NOVELLINO, 2010, p.4).

Nesse interim, nos anos 1980 ocorreram diversos encontros preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi realizada em 1987, e teve como proposta a criação de serviços extra hospitalares e multiprofissionais substitutivos ao manicômio. No mesmo ano acontece em Bauru/SP, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, onde o Movimento da Luta Antimanicomial se concretiza e passa a adotar o tema "*Por uma sociedade sem manicômios*" (CAVALCANTI; MESQUITA; NOVELLINO, 2010, p. 5).

De acordo com Cavalcanti, Mesquita e Novellino (2010), em 1988 o Sistema Único de Saúde - SUS é criado prevendo amplo atendimento à população brasileira de forma bastante ampla se levada em conta a política de assistência em saúde que havia até então. Em 1989 começa a tramitar no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado

(PT/MG) que propunha a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços territoriais comunitários e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, aprovada somente em 2001, a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001). Outros acontecimentos foram importantes no que diz respeito à busca por experiências pautadas nos parâmetros da reforma. Ferreira (2006) enumera alguns fatos importantes ocorridos na história da Reforma Psiquiátrica:

> Santos é um dos primeiros municípios a aderir ao SUS e em 1989 propõe a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em função de denúncias de maus tratos. Uma comissão de reorientação da assistência foi criada, construindo uma rede alternativa de atenção até que se pôde fechar o hospital. Em 1990, a Organização Panamericana de Saúde promove a Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, da qual resultou a Declaração de Caracas (onde têm destaque itens que apontam para uma superação da hegemonia hospitalar e atenção de forma digna e comunitária aos loucos) [...]. (FERREIRA, 2006, p. 136).

Apesar de seu caráter reivindicativo no campo da saúde, só a partir de 1992 é que a Reforma Psiquiátrica assume posturas mais claras do ponto de vista sócio-político. Ferreira (2006) afirma que isso fica evidente na II Conferência Nacional de Saúde Mental, onde há grande representação dos familiares e usuários dos serviços de saúde mental colocando em cheque o saber psiquiátrico, reivindicando o fim dos manicômios e a sua substituição por equipamentos e recursos não manicomiais, como os centros de atenção diária, residências terapêuticas e cooperativas de trabalho na rede pública (FERREIRA, 2006). Após a II Conferência processos importantes se desdobram no curso da Reforma brasileira. A autora citada aponta três destes momentos, a saber:

> 1º - A fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas. [...]; 2º - [...] surgem unidades de serviços extra-hospitalares, com investimento em ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades. Desse modo, é implantada uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa; 3º - A preocupação com a questão de moradia leva à criação de residências terapêuticas. (FERREIRA, 2006, p. 138).

No primeiro momento é possível perceber que apesar da modificação nas técnicas e a proposta pela humanização não há uma efetiva ruptura com a lógica manicomial. Já o segundo momento rompe mais drasticamente em todos os aspectos, tanto no que diz respeito a uma nova postura diante da loucura, quanto aos novos dispositivos de atenção, estes pautados numa lógica territorial e comunitária, tendo em vista a integração dos pacientes psiquiátricos no convívio social da cidade. Há assim uma preocupação tanto técnica e metodológica quanto ética e política. Nesse sentido são construídos os CAPS, localizados nas proximidades de circulação

das pessoas atendidas, e também surgem as cooperativas sociais com o fim de oferecer oportunidades de trabalho a esta população.

Com a fragmentação dos hospitais psiquiátricos e a criação dos CAPS ficou evidente que uma das principais questões para a desocupação desses hospitais era a da moradia. Assim, o terceiro ponto levantado teve como foco a criação de moradias que atendessem a esta população. O Estado regulamenta as Residências Terapêuticas a partir da Portaria nº106, de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000).

Os dispositivos assistenciais incorporados à política nacional de saúde mental, a partir da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), foram os mais diversos e visavam um atendimento abrangente em todas as áreas da vida das pessoas atendidas, não só no que diz respeito à saúde psíquica, mas à sua integração junto à sociedade. Os serviços instituídos foram: CAPS I, II e III, CAPS álcool e outras drogas, CAPS infanto-juvenil, Centros de Convivência, integração junto à Atenção Básica, os Serviços Residenciais Terapêuticos e a abertura de leitos em hospitais gerais aos pacientes psiquiátricos.

3 O PERCURSO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

3.1 Primeiros momentos

A trajetória de desinstitucionalização brasileira foi voltada para a criação de serviços integrados a um serviço aberto e por isso mesmo as moradias assistidas fazem parte da rede de saúde presente no território. Porém, antes da implantação das atuais RT's, sob responsabilidade do Estado, houve uma série de experiências que serviram de base para a estruturação deste equipamento tal qual o conhecemos hoje. Estas experiências serviram de parâmetro para a incorporação do serviço como política do SUS, a partir da publicação da Portaria nº 106/2000, que instituiu os SRT's (FRICHEMBRUDER, SOUZA, 2011).

É pertinente apontar algumas das iniciativas que visavam a reapropriação, por parte dos ex-internos dos manicômios, da vivência em comunidade, da experiência de um lar e de um lugar de habitação. O primeiro relato data de 1986/87 e registra a experiência dos Lares Abrigados no Hospital de Juqueri, em 1984, na cidade de Franco da Rocha, no estado de São Paulo. (COLVERO, ROLIM, SUIYAMA, 2007). O trabalho teve início com um grupo de 48 pacientes psiquiátricos hospitalizados há anos, e promoveu grande transformação estrutural e funcional de clínicas e colônias do hospital. A proposta era que o próprio grupo definisse seu

direcionamento, buscando a superação das "posições heterônomas formadas em anos de internação, com crescente autonomia cooperativa" (PALLADINI, 1986-87, p. 64).

Apenas em 1998 Furtado e Pacheco (1998) publicam um artigo sobre o processo ocorrido no Hospital Cândido Ferreira, em Campinas - SP, onde houve a implantação do Lar Abrigado, a partir de 1991, e da Pensão Protegida, a partir de 1995. Este momento inicial foi conturbado, sendo necessário o regresso de diversos moradores ao hospital em que viviam anteriormente. Estes autores apontam como as principais dificuldades:

> o tipo de acompanhamento requerido dos profissionais no cotidiano da moradia; o risco da reprodução da lógica institucional do hospital, [...] assim como o vínculo de dependência dos moradores com a instituição de origem; a necessidade de atenção especializada para dar suporte às pessoas com diagnóstico de deficiência mental; a pequena inserção dos moradores na comunidade; episódios de crise vivenciados pelos usuários, que foram relacionados pelos autores à dificuldade em adaptação dos moradores fora do contexto asilar; o descompasso entre as expectativas dos profissionais e as possibilidades imediatas dos moradores. (COLVERO; ROLIM; SUIYAMA, 2007, p. 106).

Os autores supracitados relatam a existência de outras experiências também na cidade de Campinas, porém, ressaltam a falta de informações sobre os processos ocorridos no território. Ainda assim é importante que a experiência de implantação desta modalidade de habitação seja mencionada uma vez que encarnou, de forma pioneira, a orientação para a inclusão dos usuários dos serviços de saúde mental neste tipo de equipamento.

Outra experiência descrita trata da constituição de uma República no Instituto "A casa", na cidade de São Paulo, que tinha indicação para usuários sem orientação para internação e sem familiares, bem como para aqueles com indicação para saírem da casa de seus pais ou para morarem sozinhos. (COLVERO; ROLIM; SUIYAMA, 2007).

> A 'REPÚBLICA' incide primordialmente na construção do cotidiano de cada morador. Apresentar a experiência da 'REPÚBLICA' é convidar para que se entenda a força terapêutica da instauração do cotidiano de um 'cotidiano vital', com suas rotinas e normas particulares e as discussões do grupo de moradores e acompanhantes terapêuticos sobre o lugar e função de cada um nesse coletivo. (ROLIM apud COLVERO; ROLIM; SUIYAMA, 2007, p. 106).

Também é citado o projeto das Pensões Protegidas, no Hospital Santa Tereza em Ribeirão Preto – SP, mantido pelo governo do Estado. Este projeto começou a ser formatado em 1983, tendo o Núcleo de Convívio como seu ponto de partida. Entretanto, somente em 1992 o formato final das Pensões Protegidas tomou seus contornos finais. O núcleo ficava dentro do hospital e era formado por quatro casas com cinco moradores cada. Em cada casa havia um

membro da equipe responsável pelo cuidado dos moradores (COLVERO; ROLIM; SUIYAMA, 2007).

Há ainda a menção a outras experiências ocorridas no decorrer do processo da Reforma Psiquiátrica anteriores à institucionalização das Residências Terapêuticas pela Portaria nº 106 de 2000, como o caso da Moradia Assistida do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, no estado de São Paulo, criado em 1998, que tinha como objetivo ser um local de passagem, em que eram firmados contratos de tempo determinado para alguns pacientes que faziam tratamento continuado e tinham dificuldade de acesso à moradia. E também a proposta do Lar de Acolhimento Franco da Rocha, no município de Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, que não chegou a ser efetivada (COLVERO; ROLIM; SUIYAMA, 2007).

É importante que essas experiências sejam localizadas ao longo da trajetória de desinstitucionalização para que seja retomada a pluralidade de iniciativas que objetivaram à reinserção das pessoas com transtornos mentais à comunidade, fornecendo-lhes espaços de morada, para que os laços interrompidos com a sociedade fossem reatados.

Afora as peculiaridades das diversas formas de acesso à moradia, ressalta-se o caráter de retomada de um lugar próprio que um lar propicia e a relevância dada tanto à questão terapêutica quanto à autonomia daqueles que foram excluídos desta possibilidade durante tanto tempo.

3.2 A institucionalização das Residências Terapêuticas

As experiências bem-sucedidas de acesso à moradia foram propulsoras para que os Serviços Residenciais Terapêuticos fossem regulamentados e instituídos no âmbito do SUS, através da Portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000), já citada anteriormente. Esta portaria descreve os SRT's como

> moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000, p. 1).

Os artigos que compõem este documento dispõem desde as condições mínimas necessárias ao ambiente físico onde as casas serão instaladas, a localidade onde estas podem ser inseridas, qual o suporte técnico deve ser fornecido aos moradores, até questões como os projetos terapêuticos individuais que devem ser elaborados pela equipe de referência dos habitan-

tes, além da ênfase dada à reinserção destes indivíduos em atividades comunitárias de diferentes ordens, que vão desde a participação em eventos culturais até a conquista de um posto de trabalho (BRASIL, 2000).

Além da referida portaria, o quadro legal que dá suporte aos SRT's é composto pela já mencionada Lei nº 10.216/ 2001(BRASIL, 2001), aprovada em 6 de abril, que versa sobre a proteção dos direitos às pessoas em sofrimento mental; a Lei nº 10.708 / 2003 (BRASIL, 2003), de 31 de julho, que institui o auxilio-reabilitação aos egressos dos hospitais psiquiátricos, e também as Portarias nº 52 e nº 53/2004 (BRASIL, 2004), que dispõem sobre o programa de redução programática dos leitos dos hospitais (FURTADO, 2006).

Todos estes marcos regulatórios tornam sólidas as conquistas alcançadas por meio de muitas lutas em defesa dos brasileiros em sofrimento mental no que tange a garantia de acesso à moradia a estas pessoas, a reinserção destas na comunidade, a promoção de uma existência autônoma e cidadã, tendo como orientador ético e político os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que prezam pelo tratamento digno, em liberdade, com respeito à igualdade no que diz respeito ao acesso aos direitos e ao tratamento diferenciado onde a diferença se faz presente.

A institucionalização por meio de leis e portarias é considerada um grande avanço na direção de uma sociedade sem manicômios, baseada no acesso aos direitos humanos fundamentais, através de diretrizes e normas que promovam a aplicação prática destes direitos, principalmente por expandir a um número muito maior de pessoas que anteriormente não eram assistidas, uma vez que as iniciativas citadas ocorreram em apenas algumas localidades, e com a regulamentação isso passa a valer para todo o território nacional.

Contudo, apesar dos avanços, há que se colocar sob questionamento constante a forma como esses serviços têm efetivado os princípios éticos preconizados quando da criação destes equipamentos. Neste sentido é importante avaliar o quão eficazes têm sido os Serviços Residenciais Terapêuticos na promoção desses princípios. Para isso foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos que apontam nesta direção, seja abordando os avanços ou apontando caminhos para a superação dos atuais desafios.

4 ALGUNS APONTAMENTOS TEÓRICOS SOBRE OS SRT's

Nesta etapa serão analisados alguns estudos que enfatizam os avanços alcançados e também aqueles que, apesar de reconhecerem tais avanços, levantam questões a serem problematizadas no atual cenário, em que as Residências Terapêuticas já estão consolidadas.

Moreira e Silva (2011) analisam em que medida a inserção dessas moradias na comunidade promovem novos encontros e diferentes formas de afetação através da circulação dos residentes em outros espaços de sociabilidade, dando destaque àqueles extramuros e que se estendem à comunidade. Neste estudo observou-se a relação dos moradores de cinco Residências Terapêuticas com a casa onde vivem, a vizinhança e a comunidade em que estão inseridos e como estas novas relações possibilitam novas formas de composição da vida.

Os autores usam como referencial para pensar tal relação o pensamento espinosista, que entende que os sujeitos são produzidos nos afetamentos causados nos encontros entre os corpos, que podem tanto promover o aumento da potência de agir quanto a diminuição desta potência, dependendo da qualidade desses encontros. Sobre os afetos no corpo e sua potência para a ação, Deleuze (2002) diz que

> [...] quando encontramos um corpo exterior que não convém ao nosso (isto é, cuja relação não se compõe com a nossa), tudo ocorre como se a potência desse corpo se opusesse à nossa potência, operando uma subtração, uma fixação: dizemos nesse caso que a nossa potência de agir é diminuída ou impedida, e que as paixões correspondentes são de tristeza. Mas, ao contrário, quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação se compõe com a nossa, diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria, nossa potência de agir é ampliada ou favorecida. (DELEUZE, 2002, p.33-34).

Dito isto, os autores chamam a atenção, inicialmente, para o fato de que as subjetividades são produzidas ao longo da vida, não sendo algo dado *a priori* (MOREIRA, SILVA, 2011). Fluxos culturais, humanos, animais, animados, inanimados, linguísticos e outros incontáveis fazem parte constituinte de nosso próprio ser. Portanto, a forma como experimentamos a vida decorre das afetações decorrentes dos diversos encontros que temos com outros corpos ao longo de nossa existência e que a compõem. Assim,

> na medida em que o processo de desinstitucionalização requer, fundalmentalmente, uma mudança da relação social com o fenômeno da loucura, a comunidade pode ser compreendida também como um espaço privilegiado para a produção de novos sentidos para a vida. (MOREIRA; SILVA, 2011, p.547).

Para prosseguirem em sua análise os autores afirmam ser necessária a clara definição sobre o que entendem por comunidade para, posteriormente, avaliarem como qual o grau de importância dada ao encontro entre moradores das RT's e esta comunidade da qual agora eles participam de forma efetiva. Os autores, em consonância com a concepção de Bauman (2004), definem a comunidade como:

> [...] um entendimento compartilhado por todos os seus membros. E esse entendimento supõe um acordo tácito: "O tipo de entendimento em que a comunidade se baseia precede todos os acordos e desacordos. Tal entendimento não é uma linha de chegada, mas o ponto de partida de toda união. É um sentimento recíproco e vinculante." (BAUMAN apud MOREIRA; SILVA, 2011, p.547).

Ressaltam que a comunidade não pode ser entendida de maneira abstrata, mas deve-se buscar seu sentido de forma contextualizada e localizada historicamente. No caso da sociedade capitalista alguns sentidos de comunidade podem ser compreendidos se acompanharmos o desenrolar deste processo histórico, pois ver-se-á aí que novas formas de sociabilidade foram forjadas segundo a necessidade decorrente da criação das fábricas nos centros urbanos, fazendo com que o ritmo antes guiado por uma ordem natural passasse a ser guiado pelo ritmo das máquinas. Neste sentido, é importante refletir sobre a forma como esta comunidade marcada pelo capitalismo avançado lida com a loucura e qual a medida da tolerância desta comunidade em conviver com a desrazão (MOREIRA, SILVA, 2011).

Tomando tal proposição sobre comunidade é possível então pensar como tem se dado essas novas formas para os loucos que, por longo tempo, ficaram à parte do convívio social e que agora têm novos encontros com o cenário social.

No intuito de refletir acerca da importância atribuída aos SRT"s como promotores destes novos encontros, também é necessário fazer referência aos aspectos conceituais utilizados do pensamento de Espinosa, mais especificamente o conceito de "bom encontro" e de "amizade". Como já mencionado, para este filósofo o homem é constituído por meio das inúmeras afetações que ele sofre ao longo da vida nos encontros onde sua potência para agir é aumentada ou diminuída.

Segundo Moreira e Silva (2011), a amizade desenvolvida nos espaços de convivência pode ocasionar bons encontros que potencializam a força de agir do sujeito. A realização destes bons encontros é desencadeada pelos vínculos afetivos que tomam forma através das amizades. Esta amizade "promove encontros que instigam mudanças e o amigo, nessa linha de pensamento, não é um espelho em que se busca uma reprodução da auto-imagem" (MOREIRA; SILVA, 2011, p. 548).

Portanto não se trata de uma amizade onde não há espaço para a diferenciação, numa espécie de relação simbiótica, mas uma relação em que há a possibilidade de dissenso, onde certa distância é necessária à saúde deste relacionamento. E deve-se pensar, nesse sentido, as relações dos serviços de saúde mental com os usuários, pois faz-se necessária certa distância para que os laços não beirem a posse e indiferenciação, mas promovam segurança, confiança e cumplicidade.

Na conclusão de sua investigação os autores enfatizam o caráter virtualmente potencializador de bons encontros que as Residências Terapêuticas podem desempenhar na produção de novas formas de relação entre comunidade e loucura, uma vez que historicamente esta se deu não muito tranquilamente. Finalizam dizendo que

> A mudança da relação com a loucura pode despontar um processo de autocriação contínua para os envolvidos nestes encontros, sejam eles, loucos ou não. [...] E assim, os bons encontros entre as pessoas e o exercício dialógico entre indivíduos livres, possibilitam o surgimento de uma relação intensa que pode se configurar como um bom encontro potente para a construção de uma relação de amizade estabelecida na comunidade. (MOREIRA; SILVA, 2011, p.552).

Contudo, é importante ressaltar que não há como afirmar de antemão o resultado do encontro dos moradores com o SRT e tudo o que está entre um e outro, pois mesmo nestes espaços os maus encontros são possíveis, sabendo que estes acontecem não com rara frequência.

Outro estudo feito no sentido de avaliar a importância das RT‟s enquanto dispositivos promotores de singularização e resistência diante de um cenário biopolítico é realizado por Amorim et al. (2009). Este trabalho se baseia em experiências em duas residências localizadas nas cidades de Natal, no Rio Grande do Norte e Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul.

Partindo do conceito de biopoder, criado por Foucault para designar os poderes que atuam no controle da vida, tanto no que tange à disciplina dos corpos individuais quanto na gestão da vida da população, as autoras supracitadas iniciam sua elaboração teórica para, posteriormente, tratarem dos dados observados ao longo dos trabalhos realizados nas Residências Terapêuticas. O biopoder neste caso é abordado em seu eixo biopolítico, uma vez que o caráter disciplinador dos corpos presentes nas instituições dá lugar àquilo que Deleuze (1992) denomina por “sociedade de controle”, onde as formas de dominação e regulação dos corpos acontecem de forma mais fluida e pulverizada, não estando mais restritas a certos equipamentos localizáveis de doutrinação, mas espalhadas por todos os cantos e exercidas por quaisquer agentes. A biopolítica, porém, mais do que apenas um mecanismo de controle,

> é também potência de vida, [...] e pode ser inventiva, força universal, principal fonte de valor. [...] Ou seja, o termo biopolítica passa a designar, assim, potência de vida, tanto para ser explorada, serializada, homogeneizada, quanto para atuar como resistência em estreita associação com a invenção. (AMORIM et al., 2009, p. 200).

Diante de um cenário onde os poderes de dominação circulam por todo o tecido social estão inseridos os dispositivos de desinstitucionalização, em que já não se pode pensar em formas de liberação do desejo circunscritas a espaços institucionais fechados, mas antes na

> tarefa da desinstitucionalização como incessante questionamento dos valores que atribuímos a nossas formações culturais, constante potencialização dos movimentos críticos às formas dadas que aparecem como naturais e incansável dispositivo a produzir o novo, resgatando o devir criador de cada um de nós. (AMORIM et al, 2009, p. 201).

Por conseguinte, o campo da saúde mental que se desenhou a partir da Reforma Psiquiátrica traz ainda inúmeros desafios, pois se utiliza de equipamentos diversos daqueles tradicionalmente utilizados desde os tempos em que o manicômio ditava o ritmo das ações. No caminho da desinstitucionalização as experimentações se fazem necessárias na construção de novas formas de cuidar. No entanto, apesar dos diversos avanços no campo legal, Amorim et al. (2009) chamam a atenção para o cuidado que se deve ter ao atuar nos atuais dispositivos, para que práticas manicomiais impregnadas nas subjetividades dos atores que lidam diretamente com os usuários sejam identificados e erradicados de uma vez por todas. E isso não é assegurado apenas por meio de leis.

A partir disso as autoras questionam quais "transformações, que novos movimentos, que novas acomodações e que demandas os SRT"s colocam para as redes de atenção em saúde mental e para cada um dos atores envolvidos no processo de cuidado e criação dos seus moradores?" (AMORIM et al, 2009, p.201). Esta questão baliza as experiências ocorridas nas duas cidades onde estas ocorreram.

É importante observar que o que está posto em questão é em que medida as Residências Terapêuticas podem assumir um caráter de resistência às formas de dominação da vida e massificação da existência. Contudo, também é necessário que se faça menção a alguns apontamentos levantados e que contribuem para a discussão sobre o papel das RT"s no processo de desinstitucionalização.

Em Natal, cidade em que foi desenvolvida a primeira experiência relatada no texto, são levantadas algumas questões que contribuem nesta discussão. Num primeiro momento aparecem questões referentes à necessidade de projetos terapêuticos específicos para cada morador, uma vez que as casas são espaços de moradia e não de tratamento, além das práticas de cuidado oferecidas pelos técnicos que trabalham diariamente nas residências. Outro aspecto apontado é a articulação necessária dos SRT"s com os demais equipamentos pertencentes à rede de Saúde Mental, principalmente com os CAPS. Tais questões são colocadas no intuito

de problematizar qual lugar tem ocupado os SRT‟s rumo a uma sociedade sem manicômios. Estes foram alguns pontos levantados e que convocam ao desafio de rompimento com a reprodução da lógica manicomial, muitas vezes presentes nestes serviços. O mapeamento destes pontos de captura dos fluxos inventivos é importante na medida em que conduz, também, ao rastro de focos de resistência biopolítica à reprodução e à serialização (AMORIM et al, 2009).

Outra questão apresentada no estudo diz respeito à necessidade de se ter uma formação consistente sobre os preceitos reformistas não só aos "especialistas psi", mas também aos cuidadores que lidam cotidianamente com os moradores das residências, afim de que práticas manicomiais não tenham lugar e que novas formas de cuidado sejam produzidas.

Diante das experiências realizadas as autoras propõem algumas aproximações que acreditam serem possíveis. A primeira diz respeito à questão do poder e da resistência no mundo contemporâneo. Se se pensar que, como sugeriram anteriormente, o eixo biopolítico exerce seu poder para além de sua faceta coercitiva, "é preciso explorar e fazer vibrar o eixo biopolítico de um poder que também é poder de invenção de novas formas de viver e, sobretudo, de atuar em nossas inserções profissionais" (AMORIM et al, 2009, p. 205).

No que tange à área da saúde mental, as autoras indicam que é necessário assumir posturas singulares e ativas de enfrentamento aos poderes que se exercem no eixo disciplinar, que ainda se fazem presentes através de instituições como o próprio manicômio; e no eixo biopolítico através de improvisações e inventividade que se contraponham às formas de gerenciamento da vida e seu cotidiano, características da sociedade mundial de controle (AMORIM et al, 2009, p. 205).

> Isto equivale a se pensar na desinstitucionalização como ativação da força-invenção da vida. Desinstitucionalizar, na lógica da sociedade mundial de controle, não pode mais ser uma compreensão restrita às formas de poder institucional conhecidas no âmbito das sociedades disciplinares. Desinstitucionalizar, agora, assume um significado mais fluido, que acompanha as novas formas de poder em rede e cria, por consequência, estratégias, também em rede, de resistir. (AMORIM et al, 2009, p. 205).

E ainda ressaltam que os desafios postos pelos SRT‟s assumem diferentes aspectos, macropolíticos e micropolíticos. A desinstitucionalização precisa continuamente ser instituída no plano macropolítico, através de políticas públicas que favoreçam a vida em comunidade, autonomia e cuidado em liberdade das pessoas com transtornos mentais, mas isto não é suficiente. Também se faz necessária a "construção de micropolíticas da diferença, com as quais os projetos de felicidade de todos e cada um sejam possíveis, como pequenas formas de resis-

tência ao projeto hegemônico de felicidade, que uns poucos [...] parecem acessar" (AMORIM et al, 2009, p. 205).

A relação entre o macropolítico e o micropolítico fundamenta a clínica em duas tarefas: na identificação do que se repete, do que se instala como microfacismo no território clínico; e na ativação da potência de inventar novas maneiras de viver e de pensar. Essa clínica, do ponto de vista das autoras,

> pressupõe uma articulação com a vida, refletindo acerca do espaço terapêutico como um dispositivo para a produção de processos de subjetivação singulares e inventivos, como uma tentativa de driblar a homogeneização, a reprodução de modos de existência tão presentes em nossa sociedade. Pensar a relação entre clínica e vida é, sobretudo, pensar também a política e os mecanismos cada vez mais sutis de dominação e de poder que gerenciam o cotidiano das subjetividades em todos os domínios [...]. (AMORIM et al, 2009, p. 206).

As Residências Terapêuticas assumiriam, assim, o papel de trabalhar a partir desta perspectiva de uma clinica da resistência, na medida em que busca produzir "a necessária inflexão ao lado das forças da vida que impede a captura absolutizante das formas reprodutoras" (AMORIM et al, 2009, p.204).

Existem ainda outros aspectos que devem ser levados em conta quando se assume a tarefa de falar sobre este dispositivo que contém em si uma multiplicidade de vetores que o atravessam nas mais diversas direções. Considera-se tanto o seu caráter desinstitucionalizador, emancipador e potencializador de novas formas de vida, quanto as dificuldades práticas de se efetivarem tais premissas, além do perigo sempre à espreita da reprodução da lógica que há muito se busca extirpar. Se faz também necessária a reflexão sobre como estes dispositivos que se encontram na fronteira entre a moradia privada, em que deve prevalecer os desejos individuais e coletivos daqueles que nela habitam, e o serviço de natureza pública que regula, controla e dita quais os parâmetros adequados ao funcionamento destes dispositivos.

Neste sentido Campos e Furtado (2011) apontam para o avanço alcançado a partir da regulamentação das residências para pessoas com transtornos mentais graves em nosso Sistema Único de Saúde, uma vez que se expandiu numericamente esta iniciativa antes restrita a poucos lugares no país, mas ressalta que nestes espaços não estão presentes apenas os ex-internos de longa permanência nos hospitais psiquiátricos, há também a

> coexistência entre a normatização, oriunda dos três níveis de gestão do SUS e dos conselhos profissionais, dentre outros, e um projeto de "casa", de espaço privativo, portanto, avesso a regramentos provenientes do Estado e outras instâncias. Coabitam ali diretrizes gerais, estabelecidas nacionalmente, e as nuanças regionais, somadas

> ao fomento da emergência da subjetividade e da diversidade. (CAMPOS; FURTADO, 2011, p. 53).

Estes fluxos heterogêneos e contraditórios não emperram o funcionamento destes serviços, mas também não são totalmente superáveis, pois esta contradição faz parte da constituição de sua própria essência. Colocar em pauta esta contradição, segundo os autores supracitados, permite ir adiante no que diz respeito à problemática aí colocada, fazendo ultrapassar certas formas de análise que buscam apenas a identificação ou não de elementos manicomiais presentes no modo de operação das Residências Terapêuticas. Segundo eles o acumulo de experiências decorrentes dos anos que se passam desde os primeiros momentos permitem que se avance na discussão e que novas problemáticas superem a díade manicômio-não manicômio, e os aspectos que compõem a potência e as fragilidades dos SRT‟s podem ser explorados em suas variadas dimensões, permitindo traçar novas e promissoras perspectivas (CAMPOS; FURTADO, 2011).

Sendo assim, a discussão que se propõe ao analisar este serviço substitutivo leva em conta as experiências acumuladas no âmbito nacional bem como a contribuição de trabalhos realizados a nível internacional, a fim de que se avance na direção do aperfeiçoamento da tarefa de se prover moradias aptas às diversas realidades das pessoas em sofrimento mental.

Inicialmente Campos e Furtado (2011) propõem que seja feita uma aproximação da experiência canadense para que se possa ter alguns elementos para se pensar acerca de nossa própria realidade. Neste país os primeiros movimentos em direção à superação do paradigma asilar têm inicio nos primórdios dos anos 1960, quando surge uma série de denúncias referentes à situação degradante vivida pelos internos e há as primeiras propostas de serviços substitutivos ao manicômio (CAMPOS; FURTADO, 2011).

No país norte americano já havia a preocupação desde o início com a questão das habitações que seriam destinadas aos egressos do sistema psiquiátrico, sendo que neste primeiro momento as principais estratégias de desinstitucionalização adotadas foram a alocação destas pessoas em pequenos pavilhões e a adoção destas por “famílias de acolhimento” que recebiam um auxílio do Estado para fornecer a atenção às necessidades dos ex-internos. Em muitos destes pavilhões e em muitas destas famílias o cuidado dispensado era similar ao momento anterior no que diz respeito ao trato com a higiene, alimentação e atividades, o que gerou inúmeros conflitos entre os novos moradores e estes serviços de acolhimento. Os autores, citando Marcier, dizem que “nesse período, a sociedade parece definir o papel desses alojamentos primordialmente como de proteção e não como de inserção” (MARCIER apud CAMPOS; FURTADO, 2011, p. 55).

Nos anos 1970 a discussão no país canadense se volta para a reinserção social dos usuários e novas opções de acolhimento e acompanhamento mais ou menos estruturados para a realização deste movimento são criadas, a saber: “pequenos pavilhões de acolhimento, casa de transição, apartamentos supervisionados, apartamentos satélites e, finalmente, alojamentos autônomos” (CAMPOS; FURTADO, 2011, p. 56).

Nos anos 1980 e 1990 o país inaugura a inserção de dispositivos comunitários provenientes de serviços não governamentais (ONGs), em grande parte dirigidos por usuários dos serviços. Este período foi marcado por uma oposição entre a gama de serviços oferecidos pelo Estado e os serviços alternativos, uma vez que estes últimos defendiam maior autonomia por parte dos usuários na escolha pelo mercado imobiliário formal ou subvencionado e uma menor interferência dos serviços, onde o suporte dado se daria de forma mais modulada e flexível que o sistema tradicional. E os anos 2000 foram marcados pelo movimento de acesso à moradia como direito fundamental de todo cidadão, sendo ele louco ou não (CAMPOS; FURTADO, 2011).

O que Campos e Furtado (2011) destacam neste percurso é a mudança do paradigma que visava eminentemente o plano terapêutico de reabilitação para outro que abarca toda uma concepção de plena cidadania, onde se ultrapassa a atenção voltada apenas ao campo clínico e volta-se para outras dimensões antes negligenciadas, como trabalho, renda, educação, moradia, etc., e que estão diretamente ligadas à promoção de saúde.

A partir da apresentação da experiência canadense os autores citados acima levantam duas questões que nos convidam a pensar sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos: a primeira diz respeito à necessidade de uma variedade cada vez maior de opções disponíveis que atendam à diversidade daquilo que constitui o morar, ou pelo menos se aproxime disso; a segunda questão está relacionada ao fato de que, na vivência do país norte-americano, o acesso à moradia está mais ligado ao desenvolvimento da cidadania e à garantia de direitos que ao aspecto terapêutico.

Em relação ao primeiro ponto os autores dizem que as características culturais, da administração local e o perfil dos habitantes das casas evocam um tom peculiar a cada modalidade residencial. Quanto à última questão eles apontam que a posse ou a garantia à moradia estão longe de se apresentarem enquanto questão aos moradores brasileiros e que há ainda grande dificuldade por parte destes em reconhecerem seu pertencimento às RT‟s enquanto espaço próprio, sendo que muitos deles as consideram como propriedade do hospital ou do governo (CAMPOS; FURTADO, 2011).

Foram enormes os avanços conquistados desde a portaria nº 106, sobretudo no que tange à abrangência em todo o território nacional, que balizou as práticas dos novos trabalhadores carentes de parâmetros que pautassem suas práticas. Contudo, se aqueles que passaram por todo o processo de luta e pelas conquistas legais decorrentes de tanto esforço conseguiam traduzir os princípios que pautaram tais mudanças, como se daria com aqueles que não participaram deste processo a ponto de absorver o espírito ético e militante proporcionado pelas vivências dos dias de luta? Há aí o perigo de que estes novos trabalhadores, sendo a maioria, acabem por se fixar em saberes produzidos anteriores à portaria, ou mesmo ficarem presos unicamente aos aspectos normativos destes novos serviços. Campos e Furtado (2011) dizem que "a existência de um único tipo de moradia e financiamento soma-se à tendência dos gestores e trabalhadores em seguir as diretrizes ao pé da letra ou até mesmo tornando-as mais restritas" (CAMPOS; FURTADO, 2011, p.59).

O problema não estaria propriamente na portaria, segundo os autores. Para eles o problema reside no fato

> de contarmos hoje em dia com apenas um referencial normativo técnico-assistencial que, por sua vez, é frequentemente tomado como matriz a ser reproduzida no provimento de morada para portadores de transtornos mentais graves, egressos de longas internações psiquiátricas. (CAMPOS; FURTADO, 2011, p. 59).

Para os referidos autores, há que se reconhecer que a Reforma Psiquiátrica brasileira enfrenta uma grave dificuldade, pois, 30% dos internados nos leitos dos hospícios são de residentes, em sua maioria idosos e/ou dependentes fisicamente. Questionam, também, a realização da proposta de criação de um SRT tipo II para atender aos internos de hospital psiquiátrico que necessitem de maior suporte para deixar o asilo, pois, segundo eles, "não existem, na cultura dos humanos, a não ser nas instituições asilares, casas onde residem num mesmo lugar pessoas da mesma faixa etária, com os mesmos problemas físicos ou mentais […]" (CAMPOS; FURTADO, 2011, p.59). E ainda afirmam que

> desconstruir o paradigma da cura, da assepsia como marca dos serviços de saúde é a parte mais difícil deste processo do cuidar de ex-confinados dos hospícios, agora à luz da vida, dos riscos da rua e dos conflitos da comunidade. E isto não se resolve através de portarias. (CAMPOS; FURTADO, 2011, p. 59).

Ao final os autores reiteram a importância de se discutir a portaria vigente e a abertura para se conhecer outras experiências constituídas por usuários, com ou sem apoio institucional, dentro ou fora dos parâmetros daquilo que hoje conhecemos como os SRT"s para que

surjam outras alternativas de moradia ao padrão vigente, o que "pode gerar importantes subsídios para o delineamento de novos horizontes possíveis para a garantia de moradas dessa natureza na comunidade" (CAMPOS, FURTADO, 2011, p.60).

Assim, seria preciso buscar as experiências daquelas pessoas que não se enquadraram nos parâmetros estabelecidos nas RT"s para identificar como estas constituíram suas moradas, e é justamente aí que novas alternativas poderão ser produzidas para que a diversidade de demandas seja contemplada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trajeto percorrido neste trabalho visou estabelecer a história daquelas pessoas que não se enquadram nos parâmetros estabelecidos pela cultura, a luta pela libertação e emancipação deste sujeito histórico que se viu durante tanto tempo excluído do contexto social em nome de uma pretensa superioridade da razão, até a elaboração e efetivação de serviços voltados para suas necessidades peculiares e particulares, além de sua inserção na sociedade como cidadão, portador de direitos, dentre os quais está o de acesso à moradia.

A partir do levantamento bibliográfico realizado, observou-se o quanto se alterou o cenário de atenção em saúde mental e que as Residências Terapêuticas têm como um de seus princípios a proposta de promover novos encontros de seus moradores com a comunidade e preza pelas singularidades individuais e coletivas, pela multiplicidade de arranjos existenciais que cada encontro proporciona.

Embora diversos avanços tenham sido alcançados, tanto a nível normativo quanto na promoção de novos modos de existência, ainda há desafios a serem superados. Seja no nível macropolítico, no que tange questões relativas às modalidades de residências oferecidas, quanto no plano micropolítico, no âmbito das relações presentes dentro dos próprios serviços e com a comunidade.

Diante de um cenário em que os SRT's se encontram estabelecidos como equipamento instituído e estruturado, em que já existe vasta experiência acumulada quanto ao processo de desinstitucionalização, é necessário que novos desafios sejam pautados e enfrentados, para além da problemática clássica manicômio-não manicômio. Nesse sentido, a proposta por novas modalidades residenciais deve ser melhor explorada em discussões posteriores.

Longe de pôr fim à discussão, por demais extensa para que seja encerrada neste ensaio, o que se pretende com este artigo é colaborar com a reflexão mais ampla sobre a Reforma Psiquiátrica e os serviços de saúde mental, em especial os Serviços Residenciais Terapêu-

ticos, rumo a uma sociedade livre de manicômios, sejam eles manifestos por meio das estruturas físicas ou dissimulados nas práticas diárias dos serviços substitutivos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil Rio de Janeiro: Fiocruz,1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, Ana Karenina de Melo A.; DIMENSTEIN, Magda; PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface –** Comunicação, Saúde, Educação. v.13, n.30, p.199-207 jul./set. 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **Comunidades.** São Paulo: Zahar, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Distrito Federal**, Brasília, 6 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Distrito Federal**, Brasília, 31 de julho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. **Distrito Federal**, Brasília, 20 de janeiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 53, de 20 de janeiro de 2004, que cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências. **Distrito Federal**, Brasília, 20 de janeiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, nº 39-E, Seção 1, p. 23, 2000.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01:** reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. 214 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

CAMPOS, Florianita C. Braga; FURTADO, Juarez Pereira. **Problemas de uma casa chamada serviço:** buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave. Campina Grande, 2011.

CAVALCANTI, Maria Tavares; MESQUITA, *José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira*. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil:** um novo olhar sobre o paradigma da Saúde

Mental. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG, de 20 a 24 de setembro de 2010.

COLVERO, Luciana de Almeida; ROLIM, Marli Alves; SUIYAMA, Renata Cristina Boaretto. Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.3, p.102-110, 2007.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa:** filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, Gilles, **Conversações:** Rio de Janeiro, 34, 1992. p. 219-226.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política. **Psicanálise & Barroco –** Revista de Psicanálise, [S.l.], v.4, n.1: 77-85, jun. 2006.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FRICHEMBRUDER, S.C.; SOUZA, N.G. **A Utopia da Constituição do "Mapa" da Reforma Brasileira.** Silveira, MFA, Santos Junior, HPO. (Org.) Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. 2011, p.65-94.

FURTADO, J. P.; PACHECO, R. A. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 179-184, abr. 1998.

GOULART, Maria Stella. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ITÁLIA. Ministério da Saúde. Lei nº 180, de 13 de maio de 1978, que institui os controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios, **Roma**, 13 mai. 1978.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Residências Terapêuticas e comunidade: A construção de novas práticas antimanicomiais. **Psicologia & Sociedade.** São Paulo, v.23, n.3, p.545-553, 2011.

PALLADINI, Paulo Cezar Naglio. Dois anos e meio de lar abrigado no Juqueri. **Arq. Saúde Ment.** Paulo*;* XLVI: 62-66, jan./dez. 1986-1987.