

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ALINE NAYMAYER CORSO**

**A CONSTRUÇÃO DO SERVIÇO DE RESIDENCIAL TERAPÊUTICO TIPO II EM  
PORTO ALEGRE SOB O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ALINE NAYMAYER CORSO**

**A CONSTRUÇÃO DO SERVIÇO DE RESIDENCIAL TERAPÊUTICO TIPO II EM  
PORTO ALEGRE SOB O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Atenção Psicossocial – Modalidade à Distância, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Adriana Remião Luzardo**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **A CONSTRUÇÃO DO SERVIÇO DE RESIDENCIAL TERAPÊUTICO TIPO II EM PORTO ALEGRE SOB O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA** de autoria do aluno Aline Naymayer Corso foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Adriana Remião Luzardo**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Aos moradores dos Residenciais Terapêuticos Payssandu e Marting Bromberg,  
fonte de inspiração e estímulo na construção deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

**Aos colegas e equipe dos Residenciais Terapêuticos pela colaboração e efetiva participação na construção deste trabalho.**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
4.1 História de Maria.....	15
4.2 Uma Experiência de Cuidado.....	16
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## LISTA DE SIGLAS

BPC	-	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
CAPS	-	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NAPS	-	NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PTI	-	PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL
RT	-	RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS
SRT	-	SERVIÇO DE RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS
UBS	-	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

## RESUMO

No contexto da Reforma Psiquiátrica e no intuito de cumprir com as Leis vigentes em nosso país, surge a necessidade de abrir novas ferramentas de trabalho para a desinstitucionalização. A abertura dos Serviços de Residenciais Terapêuticos no Rio Grande do Sul vem contribuir para o firmamento desta pactuação, uma vez que ainda há muitos cidadãos institucionalizados nos hospitais psiquiátricos. No entanto, os profissionais estão preparados para esta nova modalidade de serviço? Como se dá este processo? Com o objetivo de contribuir para a desconstrução de antigos paradigmas do cuidar em saúde mental e esclarecer um pouco sobre este tipo de serviço terapêutico, o presente trabalho visa relatar a vivência de uma enfermeira durante a implementação de um Serviço de Residencial Terapêutico Tipo II na cidade de Porto Alegre. Para isso, valeu-se da Tecnologia de Cuidado para relatar a experiência como enfermeira dessa modalidade de cuidado a pessoas com problemas mentais e que viveram a desinstitucionalização, de onde se depreende que, embora haja muitos problemas e desafios para serem vencidos, é possível uma nova forma de fazer saúde onde a liberdade e o direito à dignidade possam ser preservados.

## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a história da loucura é uma história repleta de violência, preconceito e descaso. Em nome de um suposto saneamento social, muitas pessoas foram consideradas “loucas” e abandonadas nos chamados manicômios: epiléticos, mendigos, prostitutas, mães solteiras, “bêbados”. A ideia dos especialistas era que o isolamento proporcionaria uma reabilitação mental, tornando esta uma prática terapêutica comum. Assim, pessoas eram penalizadas com o confinamento, o exílio e o isolamento social, o que, em muitos casos, contribuía para um modo de vida à margem da sociedade, potencializando as situações de adoecimento e até mesmo a morte.

Somente na segunda metade do século XX estudiosos como Franco Basaglia começaram a denunciar os maus tratos e as condições insalubres de moradia desses hospitais psiquiátricos, propondo uma Reforma Psiquiátrica e iniciando um movimento que ficaria conhecido como desinstitucionalização.<sup>1</sup>

No Brasil, o processo de desinstitucionalização intensificou-se após o Projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Esta Lei foi sancionada apenas em 2001, mas a partir de movimentos sociais, já em 1992 vários estados brasileiros aprovaram leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Conforme exposto no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental pelo Ministério da Saúde em 2005:

“ A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual, municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p. 6).

---

<sup>1</sup> Basaglia chegou a comparar o Hospital Colônia, da cidade de Barbacena, aos campos de concentração nazistas de Adolf Hitler (ARBEX, D. 2013).

No Rio Grande do Sul, a Lei Nº. 9716 foi sancionada em 07 de agosto de 1992. Nela, a Reforma Psiquiátrica se dá pela progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede integrada e de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social. A lei também dispõe que aos pacientes asilares, para sua manutenção, o Estado providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade, por meio de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência. Com isso, os serviços de saúde tiveram que se adequar às novas perspectivas.

Em Porto Alegre o Hospital Psiquiátrico São Pedro foi fundado em 13 de maio de 1874. Considerado hospital de referência no Rio Grande do Sul, milhares de pessoas foram asiladas em seus muros, chegando o local a abrigar mais de 5 mil pessoas nos anos 60 (PICCININI, 2007). Atualmente, ainda residem em torno de 180 moradores, pessoas que foram abandonadas por seus familiares, muitas vezes esquecidas pelo descaso, outras pela falta de estrutura familiar. Pessoas que com o passar dos anos desaprenderam a usar roupas, sentar à mesa, escovar os dentes, tomar banho, calçar sapatos, andar na rua e até mesmo falar.

No ano de 2002, em cumprimento das Leis da Reforma Psiquiátrica regulamentadas no Brasil e no Rio Grande do Sul, foram inaugurados os primeiros Serviços de Residenciais Terapêuticos Tipo I<sup>2</sup> do Estado do Rio Grande do Sul, destinados aos moradores egressos de internação prolongada do Hospital Psiquiátrico São Pedro (BINKOWSKI et al, 2001).

Os Residenciais Terapêuticos (RT) são casas junto à comunidade, espalhadas pela cidade, que têm como finalidade proporcionar um ambiente familiar aos portadores de transtornos mentais que viveram por muitos anos institucionalizados, estimulando suas relações sociais e autonomia para as atividades do cotidiano e resgatando sua cidadania.

Só dez anos depois, em maio de 2013, é que foram inaugurados os primeiros Serviços de Residenciais Terapêuticos Tipo II, apropriados para os pacientes mais dependentes, e é sobre essa implantação que trata esta monografia. Na forma de um relato de experiência, procurou-se deixar um registro dos primeiros meses de funcionamento desses Residenciais, já que atuava como enfermeira e coordenadora da unidade de moradia do Hospital de onde saíram os moradores desses primeiros RT's e, desde o princípio atuei como coordenadora dos Residenciais Terapêuticos.

Considerando as dificuldades frente às rupturas sociais e da necessidade de reabilitação social e que os profissionais da área ainda têm dificuldades em compreendê-lo, acredita-se que

---

<sup>2</sup> Na Fundamentação Teórica será explicada a diferença entre Residências Tipo I e II.

relatar a experiência da implementação de um serviço como este se torna fundamental no processo de desinstitucionalização, bem como para registrar e publicizar fragmentos do contexto de vida dessas pessoas e a relação de cuidado de enfermagem baseado na complexidade e singularidade da transição dos asilados para um novo lar.

Assim, este trabalho monográfico teve como objetivo *relatar a vivência de uma enfermeira durante a implementação de um Serviço de Residencial Terapêutico Tipo II na cidade de Porto Alegre.*

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desde os movimentos sociais da década de 70 até a promulgação da Lei Paulo Delgado em 2001, várias foram as propostas para a ruptura com o modelo hospitalocêntrico de cuidado oferecidos aos portadores de transtornos mentais. Serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossociais) e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), além das primeiras normas de fiscalização e classificação para os hospitais psiquiátricos, já vinham sendo implantados com esse objetivo (BRASIL 2004). Porém, apenas com a publicação da Lei Federal 10.216 de 2001 é que foi imposto um novo ritmo para o processo de Reforma. Mecanismos para a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, além de recursos financeiros para os novos serviços substitutivos passaram a ser fundamentais para a sua consolidação.

No Rio Grande do Sul, a Lei Nº. 9716, de 07 de agosto de 1992, dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica, determinando a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental. Neste contexto, a Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000, veio fortalecer esta idéia. Nela, ficou instituída a criação dos Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT's) com o objetivo de garantir uma assistência integral em saúde mental, visando a reintegração social, qualificando a assistência e reduzindo o número de internações nos hospitais psiquiátricos.

A Portaria 106 definiu, ainda, que os Serviços de Residenciais Terapêuticos são moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. Tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de seu município. Neste espaço deve ser considerada a singularidade de cada morador, buscando no processo de reabilitação psicossocial a inserção na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade (BRASIL, 2004).

Estes dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização podem ser classificados em dois tipos: **SRT tipo I**, que pode acolher de 4 a 8 moradores, devendo estar vinculado a uma equipe de saúde mental que dará suporte técnico profissional necessário ao residencial. O Residencial deverá contar com um cuidador de referência, por meio de Projeto

Terapêutico Individual (PTI), auxiliará para a inserção na rede social existente e desenvolvimento de autonomia, conforme a singularidade de cada morador; já o **SRT tipo II** é destinado àquelas pessoas com maior grau dependência e que necessitam de cuidados intensivos específicos de forma permanente, podendo abrigar de 4 a 10 moradores. Para cada 10 moradores, este tipo de residencial deve contar com 5 cuidadores em regime de escala e 1 profissional técnico de enfermagem diário.

Em ambos os tipos, deve ser apresentado o PTI baseado nas necessidades do usuário, visando a reapropriação do espaço residencial como moradia e a construção das habilidades da vida diária, como desenvolvimento da autonomia para higiene, alimentação e aumento das condições para estabelecimentos de vínculos afetivos, com a consequente inserção à rede social existente. Tal inserção é o início de um longo processo de reabilitação e que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. O PTI necessita de atividades como reinserção no trabalho, alfabetização e autonomia para atividades domésticas devem ser contempladas, devendo ser elaborado por uma equipe multidisciplinar. É importante salientar que o mesmo não é estático, uma vez que o ser humano está em constante mudança (BRASIL, 2011).

Por ser uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, a construção dos SRT's implica na redução de leitos psiquiátricos. Para cada paciente egresso, reduz-se um leito no hospital de origem. Assim, os recursos financeiros devem ser realocados para o município responsável pela assistência do usuário. Com estes recursos deve-se prover a infra-estrutura em saúde mental necessária ao acompanhamento do usuário. O Ministério da Saúde repassa um valor de incentivo para cada SRT implementado, além de um custeio mensal. Estes valores destinam-se a equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios além da manutenção da casa (BRASIL, 2000).

Contribuindo para o desenvolvimento dos PTIs, os usuários contam ainda com o “*Programa de Volta pra Casa*”. Este programa foi criado pela Lei Federal Nº. 10.708/2003 com o objetivo de promover o processo de (re)inserção social das pessoas com longa história de internações psiquiátricas, com um pagamento mensal de um auxílio-reabilitação. Com este auxílio, o beneficiário pode exercer sua cidadania, potencializando sua autonomia e emancipação, uma vez que o mesmo fica com o cartão bancário para uso conforme suas demandas.

Apesar dos incentivos, ainda há resistência dos serviços em adaptarem-se a este novo momento. A rede de serviços oferecidos a pessoa com transtornos mentais deve ser articulada, de forma que o usuário não fique desassistido. Assim, uma rede adequada de saúde mental é aquela que oferece um serviço digno de saúde, onde a doença é vista como uma passagem normal da vida e o que não é normal é não haver convivência pacífica com ela (ARBEX, 2013).

### 3 METODOLOGIA

Este trabalho utilizou-se da Tecnologia de Cuidado para relatar a experiência vivenciada na implantação de um Serviço de Residencial Terapêutico Tipo II.

O cenário foi a cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, onde 16 moradores da área asilar do Hospital Psiquiátrico São Pedro foram desospitalizados e passaram a morar em dois Residenciais Terapêuticos Tipo II, localizados na mesma cidade, no bairro Partenon. Estes moradores estavam institucionalizados há mais de 20 anos, sendo que 12 eram mulheres e 4 homens, com idade entre 60 e 80 anos, todos com algum grau de dependência e a maioria sem vínculos familiares. Também estavam inseridos neste processo os trabalhadores da instituição.

Os instrumentos que serviram como apoio foram as Portarias Nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os serviços de residenciais terapêuticos, e a Nº. 3090, de 23 de dezembro de 2011, que estabeleceu que os SRT's fossem definidos em tipo I e II, destinando recurso financeiro para incentivo e custeio, além de outras providências. Também foi utilizada como base teórica e metodológica, com o intuito de seguir as diretrizes de cuidado e amparo às pessoas com transtornos mentais, a Cartilha do Ministério da Saúde sobre *“Residências Terapêuticas: para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade”*.

Dessa forma, o relato seguiu dois momentos, o *primeiro* de fragmentos de uma história de vida, “História de Maria”, e o *segundo* do relato da experiência de cuidado propriamente dito da prática profissional acerca da implantação das RT's.

Considerando que este trabalho é um relato de experiência, com apoio na legislação vigente, não foi submetido a Comitê de Ética e Pesquisa, mas igualmente preservou as identidades dos atores que fizeram parte desta vivência.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 História de Maria

Lembro bem quando era criança e ficava sentada no colo da minha avó, já bem velhinha, contando as histórias da sua vida. Ela embalava a cadeira de balanço e eu fechava os olhos contra o sol, imaginando as cenas e pensando que aquela história merecia um livro. A moça rica, filha de fazendeiros, casava com um alcoolista. Este perdia todo seu patrimônio em jogos. caxeiro viajante, só vinha em casa para “fazer filhos”. Assim, minha avó tornou-se mãe de nove filhos, uma delas chamada Maria. A quinta filha, certo dia, aos dois anos de idade, teve convulsões e desde então nunca mais foi a mesma. Creditavam a culpa a um capataz que assustou a coitadinha após ela ter mamado. A menina cresceu agitada, quebrava o pouco que tinha em casa, fugia, não sabia falar nem se alimentar sozinha. A família morava no interior, onde não havia recursos suficientes. Sendo assim, a solução foi levá-la para a capital, onde havia um hospital de referência. Quem sabe lá a menina se curava? Desta forma, toda a família foi morar em Porto Alegre e Maria foi internada em um dos maiores hospitais psiquiátricos do Rio Grande do Sul.

Chegando lá, a decepção foi grande. No local havia muita pobreza e sujeira. As pessoas ficavam em pavilhões úmidos e frios, os mais agitados eram amarrados nas camas, os mais tranquilos podiam ficar no pátio, mas muitos andavam nus, a maioria mendigando pelos muros e implorando aos seus visitantes por um cigarro. O cheiro de urina e fezes embrulhava o estômago. Havia muita fé e esperança na cura e a cada visita Maria recebia uma cesta com mantimentos e roupas limpas. Tudo era entregue para uma irmã que gentilmente prometia alimentar a menina. Mesmo assim, Maria foi definhando, com o olhar cada vez mais triste e perdido. Acabou sendo levada de alta requerida meses depois. Mas não deu tempo de salvá-la: Maria morreu de desnutrição aos 18 anos.

## 4.2 Uma Experiência de Cuidado

Anos se passaram e quis o destino que fosse trabalhar justamente no mesmo local onde a tia (Maria), a qual nunca conheci pessoalmente, passou seus últimos meses de vida. Nunca imaginei quantas Marias poderiam existir por este mundo afora, mas ali encontrei dezenas delas. Quando cheguei na unidade era para ser temporário, a mesma abrigava 40 moradores e era referência no hospital pelo seu cuidado e higiene. Sempre que havia visitantes e estudantes, era esta unidade que mostravam.

Seus moradores faziam passeios freqüentes, participavam de atividades terapêuticas fora do ambiente hospitalar, alguns saíam para fazer compras e o ambiente era todo climatizado. Porém aos poucos fui observando que para os bons olhos, as coisas não eram tão boas como pareciam: toalhas e lençóis eram artigos de luxo, nunca retornavam da lavanderia do hospital, necessitando forrar as camas com cobertores e secar as pessoas com camisetas velhas; aliás, havia uma grande dificuldade em vestir os moradores, pois geralmente os tamanhos das roupas não eram adequados aos usuários, os quais vestiam uniformes marcados com tinta para identificar de onde era o morador e para evitar furtos. Os pratos eram servidos de forma idêntica, não contavam com a hipótese de alguém não gostar de algum alimento ou estar sem muito apetite, muitas vezes causando o desperdício dos alimentos; os alojamentos, apesar do esforço para mantê-los da forma mais agradável e salubre e dos constantes reparos, eram cheios de infiltrações e umidade, além do cheiro forte de urina impregnado no chão gasto pelo tempo. Sem individualidade, compartilhando tudo o que tinham, até mesmo a caneca de água para deglutir a medicação, as pessoas já não tinham identidade. Banho, alimentação, medicações, hora de dormir, tudo sistematizado e robotizado, nada que fugisse à regra necessária para a boa ordem de um ambiente hospitalar.

Assim, já desesperançosa com o que via, fui convidada a participar de uma viagem para o Rio de Janeiro, mais precisamente à cidade Do Carmo, onde haviam implantado uma nova forma de assistência, os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT'S), em que os moradores de um hospital psiquiátrico foram desospitalizados, recebendo alta hospitalar e enviados para casas na comunidades, proporcionando uma nova oportunidade de reconstruir suas histórias. Nunca imaginei que ao embarcar naquele avião rumo a Do Carmo estava sendo dado o primeiro passo

para o fechamento da unidade “modelo” do hospital, e que eu poderia contribuir com este processo.

Minha equipe de trabalho, assim como todo o hospital, aguardava ansiosa pelas novidades da viagem. Como eram os tais residenciais? Quais eram as funções dos trabalhadores nestes locais? Quem providenciaria as compras da casa? Os moradores sairiam sozinhos? Em caso de agitação ou de problemas clínicos, o que seria feito? Enfim, dúvidas e inquietações foram surgindo, opiniões se formando e grupos se dividindo (aqueles que acreditavam na reforma e nas novas possibilidades e os que achavam tudo muito complicado, impossível de haver mudanças, sem contar os temerosos e os indecisos). Contudo, entre conversas informais e reuniões sistematizadas, uma parte da equipe foi envolvendo-se com o projeto e planejando como se daria a saída de seus moradores.

No segundo semestre de 2012, o projeto de levar os moradores da unidade para as residências terapêuticas foi tomando forma e se concretizando. O Estado do Rio Grande do Sul firmou o aluguel de casas em bairros de Porto Alegre, viabilizando o início dos trabalhos com os moradores da unidade. Por meio de assembléias, os moradores foram informados e questionados da possibilidade de morarem fora do hospital. Nestes encontros tentou-se sanar seus anseios e trabalhar a individualidade e o resgate da autonomia. Passeios foram realizados até os locais alugados e em suas proximidades para que os moradores e trabalhadores pudessem elaborar esta mudança e irem ambientando-se. Os usuários iam construindo laços com seus novos lares e escolhendo como, onde e com quem gostariam de morar.

Assim, no dia 20 de maio de 2013 dezesseis pessoas ultrapassaram as barreiras do esquecimento e receberam um novo lar para viver. A equipe mobilizou-se com a mudança dos poucos pertences que tinham e os moradores embarcaram em uma “van”, que já estavam acostumados a utilizar para seus passeios terapêuticos, rumo ao novo lar. Ao chegar nas suas residências, os mesmos foram se apropriando dos espaços e cômodos da casa, e as surpresas foram surgindo aos longo do tempo.

Já no primeiro momento, a mudança de comportamento foi visível; sem muito estímulo, apenas por ter saído do ambiente hospitalar, pessoas que cuspiam no chão passaram a usar lenços ou ir até o banheiro; outros passaram a ajudar com tarefas da casa, como lavar a louça, colocar a mesa, varrer o chão; também passaram a usar o banheiro para realizar suas necessidades e lavar as mãos

antes das refeições. Fato marcante foi descobrir que uma paciente que eu julgava ser autista e não se comunicava passou a balbuciar palavras, interagindo com a equipe e expressando suas vontades.

Para os trabalhadores as mudanças também tiveram grande impacto. A equipe teve que ir se adaptando ao novo jeito de trabalhar e se policiando para que as rotinas da casa não fossem iguais as do hospital. Desconstruir suas formas de trabalhar e aprender novos “fazeres” exigiu muita força de vontade, pois situações como horário rígido para banhos, refeições e medicamentos já não faziam mais sentido. Compreender que o modelo mecanicista e tarefairo não eram mais adequados e que, apesar de não parecer, acompanhar a realização das atividades do dia a dia, como buscar um pão no bar da esquina, ir ao cinema ou cortar o cabelo no barbeiro, são formas de um cuidado terapêutico que o enfermeiro pode realizar ao promover a humanização do ambiente de cuidado.

Aos poucos, o ambiente foi tomando forma de casa, cortinas e guardanapos enfeitando o local, porta retratos colocados nas salas, vasos de flor em cima da mesa. Cada pessoa recebeu um guarda roupa com suas próprias roupas, lençóis e toalhas individualizados. E assim os novos cidadãos passaram a expressar suas vontades e necessidades, o que contribuiu para a elaboração dos Planos Terapêuticos Individualizados.

Com a saída do hospital, os moradores dos SRT's puderam contar com o auxílio da reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, o Programa de Volta Para Casa. Pelo benefício do programa, os mesmos passaram a aprender a trabalhar com o dinheiro e a interagir com a comunidade, uma vez que podiam agora usufruir destes recursos sem a preocupação de comprovar seus gastos a ninguém, diferentemente do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que, por serem curatelados, necessitam ter notas fiscais de todos os seus gastos, o que os impede de comprar produtos em uma feira de artesanatos, por exemplo.

Um de nossos maiores desafios era a questão dos recursos humanos. Em virtude do residencial trabalhar com cuidados intensivos, ou seja, do tipo II, os moradores necessitam de acompanhamento 24 horas. Para poder trabalhar questões como a ressocialização e apropriação do bairro seria necessário ter no mínimo dois trabalhadores por turno, pois não se pode sair com um morador e deixar os demais sozinhos.

Atualmente a equipe de profissionais conta basicamente com técnicos de enfermagem, embora se tenha o apoio de uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e um educador físico, além da enfermeira, autora desta monografia, que também atua gerente das residências.

Os moradores realizam diversas atividades ocupacionais, dentre elas estão a equoterapia, a hidroterapia, os passeios terapêuticos, todas as opções conforme suas habilidades, necessidade e preferências.

As SRT's contam com o apoio da Rede de Atenção Básica de Saúde, onde os usuários frequentam o posto de saúde para consultas clínicas e recebem visitas domiciliares sistemáticas da médica da Unidade Básica de Saúde (UBS). Quando é necessário, os moradores são referenciados aos serviços de saúde especializados. Muitos dos moradores estavam há anos usando os mesmos medicamentos e sem fazer uma revisão clínica. Hoje, todos fazem seu *check up* anual.

Nossa cidade, entretanto, ainda necessita reforçar esta teia no que se refere aos serviços de saúde mental, pois não há CAPS e nem Centro de Convivência na região, dificultando a continuidade de nosso trabalho. Mesmo usando o matriciamento, a equipe da UBS encontra dificuldades, pois a demanda é alta para a agenda mensal e inserir os moradores nessa agenda tem evidenciado os entraves do acesso em saúde mental.

Quanto à adaptação dos usuários aos SRT's, observou-se que para quem esperou a vida inteira por um lar, o difícil não é a troca de ambiente, mas lidar com a frustração de não contar com seus familiares. No entanto, o carinho e afeto que é compartilhado tanto pelos moradores quanto pela equipe faz com que todas as dificuldades sejam superadas e a que alegria das pequenas conquistas do dia a dia capturem o prazer de ser feliz.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse relato de experiência foi possível constatar que muitos avanços ocorreram na implantação das RT's, principalmente considerando o histórico do referido hospital psiquiátrico e das pessoas que lá viveram. Por outro lado, ainda há muito o que fazer para o aprimoramento dos SRT's. Por se tratar de uma residência, nem sempre se está atento ao fato de que imprevistos do dia a dia podem mudar os rumos das atividades e por isso é importante estar preparado para o constante planejamento e replanejamento do trabalho.

Para lidar com o cotidiano das pessoas envolvidas deve-se estar sempre aberto a novas possibilidades, vencendo as barreiras do preconceito e acreditando que o ser humano está em constante transformação. Neste sentido, sempre é possível aprender a desenvolver novas habilidades. O trabalho inter e multidisciplinar facilita a compreensão destas transformações, uma vez que a equipe pode compartilhar suas dúvidas e receios e apoiar os demais, dividindo suas experiências. A troca de saberes, tanto com a equipe quanto com os moradores, abrem as portas para novas oportunidades, evita que as ações tornem-se engessadas pelo mecanicismo.

Outro fator importante é comprometer a comunidade nestas ações, para que a construção dos vínculos afetivos e da reinserção social sejam efetivas. Ao envolver a sociedade neste compromisso social, as políticas de governo também se tornam fortalecidas a medida que o portador de transtorno mental não está mais sozinho atrás dos muros do hospício, mas atuante na comunidade em que vive, fazendo com que o tempo e as trocas de governo não os deixem esquecidos novamente.

Mais difícil que lidar com os desafios internos, porém, é fazer a articulação com a rede, que ainda é insuficiente e apresenta dificuldade em receber estes usuários. Muitos profissionais sequer compreendem o porquê da retirada destes moradores das instituições onde tinham “toda” a assistência, acreditam estar sobrecarregando os seus serviços. Também a rede de saúde mental em Porto Alegre precisa fortalecer-se, pois mesmo depois de tantos anos de Reforma ainda é difícil encontrar recursos na comunidade como os Centros de Convivência, os CAPS, entre outros.

O SRT é um modelo assistencial promissor, considerando que não é mais possível fechar os olhos e ser indiferente a estes cidadãos. Promover sua reabilitação social e direito à cidadania é um dever de toda a sociedade.

É nesse cenário que a prática profissional também se faz, utilizando-se de tecnologias que valorizem a atenção integral e humanizada.

Relatar essa experiência de cuidado a pessoas com problemas mentais e que viveram a desinstitucionalização constituiu um marco profissional como enfermeira, de onde se depreende que, embora ainda haja muitos problemas e desafios para serem vencidos, é possível uma nova forma de fazer saúde onde a liberdade e o direito à dignidade possam ser preservados.

## REFERÊNCIAS

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1ª edição - São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSEDISA. **Guia de Serviços de Saúde Mental – RS**. Disponível em: <[www.sipergs.org.br/guia.pdf](http://www.sipergs.org.br/guia.pdf)> Acesso em: 10 janeiro de 2014.

BRASIL. **Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços de Residenciais Terapêuticos**. Brasília, DF: Diário Oficial, 11 de fevereiro de 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 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**. Brasília, DF: Diário Oficial, 06 de abril de 2001.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Brasília, DF: Diário Oficial, 31 de julho de 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental . **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3090/MS, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial, 23 de dezembro de 2011.

CHEUICHE, E. M.. **Fragmentos históricos da criação e inauguração do Hospital Psiquiátrico São Pedro**. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/acshospitais/fragmentos-histicos-da-criao-e-inaugurao-do-hpsp>> Acesso em: 10 janeiro de 2014.

BINKOWSKI, G. et al. **Vizinhanças: de correntes a redes. Entre fofocas, jardins, compras e outras formas de vizinhar...** . In: Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização/Maria de Fátima Araújo Silveira, Hudson Pires de O. Santos Junior (organizadores). Campina Grande: EDUEPB, 2011.

PICCININI, W.J.. **História da Psiquiatria: um pouco da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro**. Junho 2007 – vol. 12 – nº6. Psychiatry on line Brasil vol. 19 – Abril de 2014. Disponível em: <[www.polbr.med.br/ano07/wal0607.php](http://www.polbr.med.br/ano07/wal0607.php)> Acesso em 02 maio de 2014.

RIO GRANDE DO SUL, 1992. **LEI FEDERAL Nº 9.716, DE 07 DE AGOSTO DE 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.** Porto Alegre, RS: Diário Oficial, 07 de agosto de 1992.

RIO DE JANEIRO, 2011. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. **Ministério Público e Tutela à Saúde Mental – A proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas.** MPRJ: 2º Edição, agosto 2011.