

O POUSO DOS PÁSSAROS: O MORAR COMO POSSIBILIDADE PARA NOVOS VOOS

[\[ver artigo online\]](#)

Ana Caroline Coelho de Oliveira¹

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo promover uma análise acerca da temática do “morar” a partir da perspectiva de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA). Tendo em vista que estes são dispositivos estratégicos para o avanço dos processos de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica, acreditamos ser urgente e necessário debates e estudos acerca desta temática. Partimos da hipótese de que os entendimentos e sentidos em torno do “morar” afetam diretamente a condução clínica dos casos. Para tal análise, recorreremos principalmente a técnica do Grupo Focal, realizado com diferentes profissionais de um SRT e uma UAA do município do Rio de Janeiro. A partir desta pesquisa, espera-se que um dos resultados possíveis possa ser um melhor entendimento sobre o modo como os profissionais de um SRT e uma UAA compreendem esses dispositivos, bem como, um maior conhecimento sobre os impactos desses serviços na rede de atenção psicossocial e nos territórios em que estão localizados. De um modo mais amplo, espera-se ainda poder contribuir para o debate da função estratégica desses espaços de moradia na atenção psicossocial.

Palavras-chave: atenção psicossocial; moradia; território.

EL ATERRIZAJE DE LAS AVES: LA VIDA COMO POSIBILIDAD DE NUEVOS VUELOS

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo promover un análisis sobre el tema de "vivir" desde la perspectiva de un Servicio Residencial Terapéutico (SRT) y una Unidad de Recepción de Adultos (UAA). Considerando que se trata de dispositivos estratégicos para el avance de los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica, creemos que los debates y estudios sobre este tema son urgentes y necesarios. Partimos de la hipótesis de que los entendimientos y significados en torno a "vivir" afectan directamente a la conducta clínica de los casos. Para este análisis, se utilizó principalmente la técnica del Grupo Focal, realizada con diferentes profesionales de un SRT y un UAA del municipio de Río de Janeiro. A partir de esta investigación, se espera que uno de los posibles resultados pueda ser una mejor comprensión de cómo los profesionales de un SRT y un UAA entienden estos dispositivos, así como un mayor conocimiento sobre los impactos de estos servicios en la red de atención psicossocial y en los territorios en los que se encuentran. En términos más generales, también se espera que contribuya al debate sobre el papel estratégico de estos espacios de vida en la atención psicossocial.

Palabras clave: atención psicossocial; vivienda; territorio.

¹ Psicóloga, Pós graduada com residência Multiprofissional em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, annacco58@gmail.com.



INTRODUÇÃO

Dentre os diversos desafios enfrentados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica ainda nos dias de hoje, podemos citar a questão da moradia para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ser direito fundamental de todo cidadão, a criação e sustentação de espaços de habitação para a clientela de saúde mental configura-se como pedra angular dentro da rede de atenção psicossocial. Tal temática fora inicialmente, apartada das discussões dentro do campo da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Fakhoury *et al.* (2002 *apud* SILVA, 2014), muitas vezes os serviços de saúde mental se mantiveram afastados dessa questão, pois consideravam se tratar de um elemento apenas do campo da assistência social. Contudo, a partir do avanço dos processos de desinstitucionalização, o tema da moradia passou a ocupar patamar de destaque.

Conforme pontua Desviat (1999 *apud* SILVA, 2014),

Logo foi identificado que o fechamento de leitos psiquiátricos sem a implantação dos serviços assistenciais comunitários e o efetivo suporte social poderia ocasionar abandono e desassistência em virtude das dificuldades dos usuários se manterem de forma autônoma na sociedade. (p. 149)

Saraceno (2001) aponta que, a problemática do “morar” para os portadores de transtornos mentais atravessa toda a história da loucura e ainda nos dias de hoje, permanece como uma questão para todos aqueles que trabalham na reforma psiquiátrica e no campo da saúde mental.

Diante da crescente necessidade e demanda por espaços de acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas, passou a ser de extrema importância também pensar a criação de lugares de moradia, ainda que transitórios, para essa clientela. Tais locais vêm se mostrando como importante recurso na construção de projetos terapêuticos singulares e cuidado dessa população, uma vez que possibilitam por meio do “morar” a criação de novos projetos de vida, assegurando assim, condições de reinserção social e cidadania. Assim sendo, é possível observarmos que a criação de espaços de habitação configuram-se como imprescindíveis para desconstrução de dispositivos asilares e superação do modelo manicomial.

Diante desse cenário, o “morar” passa então a ser elemento fundamental dentro do escopo das ações e serviços do campo da saúde mental. Nesse sentido, no ano de 1992 a II

Conferência Nacional de Saúde Mental ressaltou a importância estratégica da implementação dos então denominados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no país. Também no início dos anos 90, experiências de sucesso em algumas cidades brasileiras demonstraram a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração no ano de 2000, da Portaria n.º 106, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no âmbito do SUS (BRASIL, 2004.). Dentro do campo da assistência as pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, temos no ano de 2012 a publicação da portaria n.º 121, que institui a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA). Esses dispositivos configuram-se desde a promulgação da Portaria n.º 3088/11 como pontos de atenção que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

De acordo com a Portaria n.º 106/2000,

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, 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. (p. 1)

Tais serviços devem ainda poder ofertar cuidado humanizado que possa considerar as necessidades e singularidades de cada morador, promovendo assim, suporte psicossocial e reinserção destes à vida na comunidade.

Já as Unidades de Acolhimento Adulto, configuram-se como espaços de moradia transitório que possuem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos de saúde para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2012). Em consonância com os paradigmas da atenção psicossocial, as UAAs devem também poder garantir o desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, por meio de um cuidado em liberdade, acolhimento humanizado, respeito aos direitos humanos com estímulo à autonomia e poder de contratualidade. Além disso, promover articulação com a rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, mostrando-se como elemento fundamental na busca pela reinserção social dessa população.

Observamos então que poder sustentar a existência e ampliação de tais dispositivos significa não apenas a garantia do direito à moradia, mas também, o avanço do processo de desinstitucionalização, o que representa, em última instância, a sustentação do próprio movimento da reforma psiquiátrica.

Tendo em vista a importância desses pontos de atenção (SRT e UAA) dentro da rede de saúde mental, mostra-se como fundamental um estudo aprofundado acerca desses espaços de moradia, entendendo que tais dispositivos devem poder considerar O “habitar” como um de seus eixos centrais. Ferreira e Fonseca (2000 *apud* VENTURINI, 2016) apontam que o “habitar” refere-se a um pertencimento. [...] “O espaço pertence aos hóspedes e oferece um poder contratual, seja para a organização material simbólica da moradia: é possível uma coloração afectiva dos espaços e o lugar é reconhecido como a “casa” (p. 475, 2000)”. Nessa perspectiva, os espaços precisam ser projetados para o acolhimento, hospitalidade e convivência, possibilitando aos habitantes uma rede ampliada, de trocas sociais e a possibilidade de construção de espaços de vida.

A partir do exposto, vislumbra-se por meio do presente trabalho promover uma análise acerca da temática do “morar”, analisando seus sentidos, entendimentos, dilemas e desafios. Para tal, nos apoiamos, sobretudo, no campo da atenção psicossocial e tomamos como objeto de estudo um SRT e uma UAA. Neste sentido, chamamos atenção para o fato de tais dispositivos poderem funcionar como espaços de produção de vida e cuidado, por meio (des) construção do morar. Nesta direção, pretendemos problematizar ainda as práticas de cuidado exercidas no cotidiano desses espaços de moradia, haja vista que, por muitas vezes, tais atos podem ser capturados por lógicas manicomiais. Desse modo, questionamos quais seriam as formas de cuidado possíveis nesse contexto residencial que possam ir na contramão de práticas tutelares. Nesse sentido, interrogamos o campo teórico e prático sobre os sentidos e entendimentos do “morar”, a partir da perspectiva de um SRT e uma UAA. Será que tais dispositivos vêm cumprindo a função para qual foram propostos, tendo em vista o caráter residencial necessário? Como tais entendimentos interferem na prática do trabalho? E mais, os impactos desses serviços na rede de atenção psicossocial e nos territórios em que estão localizados? Por fim, ressaltamos a relevância dessa pesquisa, haja vista o número ainda escasso de estudos que tomem como objeto de análise os SRT e as UAA. A importância também se

evidencia devido à contemporaneidade do tema diante de todos os desafios que o campo da reforma psiquiátrica e mais especificamente, que os lugares de moradia e acolhimento para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas vem enfrentando. Deste modo, o presente trabalho vislumbra também, poder contribuir para a melhoria das práticas de cuidado em saúde mental fornecidas nesses espaços de moradia. Acreditamos ainda ser necessário e urgente debates e estudos acerca desta temática por entendermos que tais dispositivos possuem posição estratégica para o avanço dos processos de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de caráter qualitativo. Em um primeiro momento, foi desenvolvida revisão não-sistemática, de tipo integrativa, da literatura disponível, isto é, livros, artigos, teses, dissertações, monografias entre outros referentes ao assunto. Posteriormente, a pesquisa de campo foi realizada em uma Unidade de Acolhimento Adulto e em um Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), localizados na cidade do Rio de Janeiro. O primeiro dispositivo é destinado ao acolhimento voluntário e cuidado contínuo para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Já o SRT, configura-se como um espaço de moradia destinado aos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares.

A partir desses dois campos de pesquisa, realizou-se a coleta dos dados mediante a técnica de Grupos Focais. Quanto ao desenvolvimento do grupo focal (GF), Leny Trad (2009) pontua que a técnica é de origem anglo-saxônica e data da década de 1940. Contudo, foi utilizada de modo mais consistente na área da saúde a partir dos anos 80. Para Gomes e Barbosa (1999), um grupo focal (GF) pode ser definido como um grupo de discussão formal e de tamanho reduzido, com o intuito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade, cuja principal característica é revelar percepções dos participantes sobre os temas discutidos. Realizou-se dois grupos focais, um com a participação de três trabalhadores de um Serviço

Residencial Terapêutico e um outro, com a participação de três profissionais de uma Unidade de Acolhimento Adulto. Os Grupos Focais foram realizados mediante uma conversa prévia para orientações e um roteiro, isto é, perguntas que puderam nortear a discussão. Antes mesmo que o grupo fosse iniciado, foi solicitada autorização aos participantes para gravação de suas falas utilizando um aplicativo de dispositivo móvel. Após consentimento de todos os participantes, a atividade pôde ser então iniciada. Após a coleta dos dados, foi realizada transcrição do material obtido por meio do grupo focal. Em seguida, foi realizada análise do material, utilizando a metodologia de análise de conteúdo, a fim de identificar principalmente, os sentidos, entendimentos atribuídos a tais dispositivos, bem como, analisar quais os possíveis dilemas, desafios e dificuldades enfrentados. Em Agosto de 2019, esse trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do IPUB-UFRJ. O parecer consubstanciado foi aprovado, sob nº 3.741.828. Posteriormente, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Foi solicitada a autorização prévia por parte da Unidade de Acolhimento Adulta e do Serviço Residencial Terapêutico pesquisados, através de Termo de Anuência Institucional.

Os dados do grupo focal, isto é, os relatos verbais obtidos por meio da transcrição, foram analisados de acordo com a metodologia de Análise do Conteúdo de BARDIN. Por meio deste método de análise, o texto é concebido como um meio de expressão do sujeito, com o qual o pesquisador procura categorizar os elementos do texto (palavras ou frases) que se repetem no discurso, inferindo uma expressão que as representem. Desse modo, é possível identificar categorias explícitas de análise textual para fins de pesquisa (BARDIN, 1977). Após a transcrição, leitura e análise do grupo focal, foram identificadas categorias de análise: a) O morar: potências e dilemas de um lugar chamado casa. b) Dificuldades e limitações do trabalho c) Cuidando de quem cuida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos por meio do Grupo Focal foram submetidos à Análise do Conteúdo. Por meio deste processo, foi possível destacarmos dos discursos dos sujeitos participantes dessa pesquisa três categorias, isto é, elementos do texto que se repetiram nas falas e que se tornaram

tão expressivos e relevantes que puderam então serem transformados em categorias de análise para esse trabalho.

Destacamos as seguintes categorias analíticas: a) O morar: potências e dilemas de um lugar chamado casa b) Dificuldades e limitações do trabalho c) Cuidando de quem cuida. Em cada uma das categorias trabalhadas, realizou-se um exame incluindo passagens das falas dos participantes. Os relatos serão identificados apenas pela letra inicial de cada participante.

a) O morar: potências e dilemas de um lugar chamado casa: *“Eu acho que a nossa forma de estar com eles é muito do cotidiano, do que a gente faz em casa.”* (A., profissional da UAA).

Conforme já assinalamos, a problemática do “morar” para os portadores de transtornos mentais e para os usuários de álcool e outras drogas atravessou toda a história da loucura e ainda nos dias de hoje, permanece como uma das questões fundamentais para todos aqueles que se debruçam sobre o campo da atenção psicossocial.

Diante da crescente necessidade e demanda por espaços de moradia/acolhimento, temos no início dos anos 90, o surgimento dos chamados “lares abrigados”, bem como, diversas experiências de sucesso em algumas cidades brasileiras, que ao longo dos anos, demonstraram a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências puderam gerar então, subsídios para a elaboração no ano de 2000, da Portaria n.º 106, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no âmbito do SUS. (BRASIL, 2004.). Dentro do campo da assistência as pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, temos no ano de 2012 a publicação da portaria n.º 121, que institui a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA). Esses dispositivos configuram-se desde a promulgação da Portaria n.º 3088/11 como pontos de atenção que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Diante desse cenário, o “morar” passa então a ser elemento fundamental dentro do escopo das ações e serviços do campo da saúde mental e dispositivos como SRTs e UAAs vêm se mostrando como importantes recursos na construção de projetos terapêuticos singulares e cuidado dessas clientelas, uma vez que possibilitam por meio do “morar” a criação de novos projetos de vida, assegurando assim, condições de reinserção social e cidadania.

O “morar” surge então como uma das categorias centrais em nossa pesquisa. Apesar do caráter híbrido que os serviços residenciais terapêuticos e as unidades de acolhimento possuem, o trabalho consiste exatamente em poder construir esses espaços como lugares em que impere o morar. Assim, tais dispositivos não são precisamente serviços de saúde, mas, devem ser compreendidos como lugares de morar/habitar. O morar, conforme apontado por Saraceno (2001) compreende duas dimensões: estar e habitar. O primeiro refere-se a uma escassa ou nula propriedade do espaço, ocorrendo uma anomia e anonimato do espaço. Não há poder de contratualidade, nem material e nem simbólico. Já o “habitar” tem a ver com poder se apropriar de um espaço, exercendo contratualidade em relação à organização material e simbólica.

Em relação a “casa”, Bachelard, (1993), aponta que é nosso lugar no mundo, nosso primeiro universo. Antes de ser atirado ao mundo, o homem é colocado nesse berço. Assim, a vida começa bem, fechada, protegida e agasalhada, pois se tem a casa. Desse modo, sem a casa, o homem seria um ser disperso. A casa é então, capaz de inscrever em nós, as diversas funções que tem o morar e habitá-la.

Assim sendo, poder analisar o modo como os profissionais que trabalham nesses dispositivos compreendem o “morar” e seus efeitos, parece ser aspecto fundamental. Ressaltamos que, como dito no início desse trabalho, nossa hipótese baseia-se no fato de que os entendimentos e sentidos atribuídos em torno do “morar” refletem o modo como os profissionais de um SRT e uma UAA compreendem tais dispositivos, o que acaba por afetar diretamente a prática do cuidado exercida nesses espaços.

Em nossa pesquisa de campo, foi possível observar que a categoria “morar” surgiu principalmente nas falas das profissionais da Unidade de Acolhimento. Tais trabalhadoras destacaram a função “casa” como um dos principais objetivos desse serviço. De acordo com as entrevistadas, tal função permite vivenciar um outro tempo nesse espaço, tempo de “acolher e colher”, de poder estar mais próximo dos usuários, vivenciando o cotidiano desse espaço de moradia, o que pode ser ilustrado nos relatos abaixo:

“Aqui é como uma casa, onde a gente tem mais tempo pra acolher e colher coisas muito importantes.” (E., profissional da UAA)

“Eu acho que quando está aqui, em acolhimento, a gente está com eles 24h por dia né. Dorme e acorda na nossa presença e a gente consegue ver como eles ficam em cada momento,

como eles ficam depois de um atendimento que foi um pouco mais difícil, coisas que às vezes as famílias vão relatando que aí não sabem mediar e a gente consegue ter uma mediação diferente.” (A., profissional da UAA)

“Eu acho que a nossa forma de estar com eles é muito do cotidiano, do que a gente faz em casa.” (A., profissional da UAA).

A palavra “cotidiano” foi assinalada por uma das profissionais como o modo de se estar com os acolhidos na unidade. Tal palavra, diferentemente de “rotina”, refere-se à “o espaço-tempo que possibilita a emergência do extraordinário ou do novo dentro do que seria o “ordinário do dia-a-dia”. (WORONOWSKI, 1992 *apud* SILVA & VICENTIN, 2017, p. 199)

Ao propormos uma análise da trivialidade cotidiana, estamos olhando para a atividade criadora e de produção. São nas práticas cotidianas – heterogêneas, múltiplas, naturalizadas ou em disputa – que fazemos um investimento íntimo do espaço e do tempo, inseparavelmente material e afetiva, que circunscrevem nosso campo familiar, marca nossas distâncias em relação ao outro e nos protege do caos. (WORONOWSKI, 1992 *apud* SILVA & VICENTIN 2017, p. 199).

Nos trechos a seguir, as participantes apontam para a dimensão do afeto presente no cotidiano do trabalho. Palavras como “atenção”, “família”, “abraço”, foram assinaladas como potências desse trabalho.

“Uma coisa assim que eu acho bacana, que eu já ouvi de muitos deles, é a atenção. A UAA tem uma pegada, e eu acho que é porque na UAA é menos pessoas, é um público mais reservado do que os que estão no CAPS, e o CAPS é muito cheio. É a atenção que eles têm quando chegam na UAA. É um aperto de mão, é um sorriso, é um bom dia...é um abraço e isso faz toda a diferença.” (E., profissional da UAA).

“Aqui é uma casa de saúde, mas é uma casa de caráter residencial. Então, os usuários de alguma forma associam até como se fosse uma família. E é exatamente isso que a A. falou. A gente interage muito com os usuários. O tempo todo e às vezes a gente pensa que a gente não faz, mas a gente acaba fazendo sim a gente atende, a gente auxilia eles nas atividades externas e nas atividades da casa. Então, isso também é um recurso muito bacana da gente poder estar trabalhando.” (H., profissional da UAA).

Outro ponto destacado pelas participantes, como estratégias utilizadas, diz respeito a própria estrutura física da casa, bem como, as atividades diárias desenvolvidas. Espaços como

a cozinha e a sala de tv foram apontados como recursos importantes para a construção do trabalho.

“[...] *A gente auxilia eles nas atividades externas e nas atividades da casa. Então, isso também é um recurso muito bacana da gente poder estar trabalhando.*” (H., profissional da UAA).

“[...] *E às vezes, a tv, poder assistir a tv com eles. Eles estarem no computador. Eu acho que tem uma coisa que a gente faz muito e às vezes a gente não se dá conta do quanto a gente atende eles né. E às vezes o quanto a gente está com eles...*” (A. profissional da UAA).

“*Então a cozinha é um lugar que é muito importante. Acho que não só a cozinha, a comida né. Eu acho que é um recurso importante. É um lugar que aparece questões de memória afetiva.*” (A., profissional da UAA).

As falas acima destacadas, vão de encontro com orientações e determinações presentes em documentos ministeriais. De acordo com a Portaria nº 121/2012, o espaço da UAA deve contar com a seguinte estrutura física: sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes; quartos coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (Com até 04 (quatro) camas cada quarto); refeitório; cozinha; banheiros com chuveiros, adaptados para pessoa com deficiência; lavanderia; sala de TV. Tal ambiência visa proporcionar espaços de convívio, nos quais atividades diárias do cotidiano de uma casa possam ser realizadas coletivamente, proporcionando assim, trocas materiais e simbólicas entre aqueles que habitam o espaço de moradia, sejam eles os moradores ou até mesmo os profissionais.

Contudo, em outros relatos, agora de profissionais de um SRT, o cenário de trabalho nos parece ser diferente. Os profissionais entrevistados apontaram para um distanciamento entre o disposto teoricamente sobre a função desse dispositivo e a prática nele exercida.

“*Vamos dizer, no papel é isso aí, você vir para uma casa, uma casa que, é uma casa normal. O paciente tem seu quarto, sua cozinha, seu banheiro, tudo normal, faz comida, lava, tudo normal. Como se fosse sua residência normal, só que tem aquelas falhas que nós já comentamos antes né, de se fazer um trabalho melhorado, uma coisa melhorada, isso não acontece.*” (J., profissional do SRT).

Ao serem questionados se esse dispositivo estaria cumprindo a função para a qual foi proposta, todos os profissionais foram categóricos em responderem negativamente. Como justificativa, puderam relatar:

“Haja vista que você vê que essa casa tem grade entendeu? Os moradores não tem chave da casa. Para sair, tem que pedir a chave para o cuidador entendeu?” (V., profissional do SRT).

“Não tem pessoas para estimularem a lavarem uma louça, lavar um banheiro, lavar uma roupa, aí não acontece.” (V., profissional do SRT).

“Dentro das limitações, eu vejo os cuidadores assim, incentivando né. Mas alguns moradores falam que não, que não vão fazer porque não sabe, porque não gosta, porque nunca fez e acha que não precisa sabe? Mas, eu acho que tudo parte do quantitativo de pessoas para trabalhar. Não é por falta de comprometimento de quem está aqui, mas sim, por falta de braços para poder fazer.” (V., profissional do SRT).

“Acho lamentável a coisa não funcionar.” (V., profissional do SRT).

“É um projeto bacana, mas na realidade não funciona bem conforme deveria funcionar. Mas, vai se levando né.” (J., profissional do SRT).

De acordo com o exposto, é possível percebermos que há certa ausência de um trabalho que aponte para a construção desse espaço, como um local de morar, habitar. Nesse sentido, estamos de acordo com Sztajnberg (2012), ao pontuar que apenas a existência oficial desses dispositivos não garantem seu funcionamento efetivo. Seguindo esta linha, Silva & Vicentin (2017), apontam que não é apenas nessa mudança, do hospital psiquiátrico para um serviço residencial terapêutico, que o processo de reabilitação com o habitar irá ocorrer. Será necessário um trabalho coletivo entre moradores e profissionais na construção de relações de troca de recursos e de afetos, abrindo assim, para um espaço de negociação, de contratualidade.

Contudo, conforme apontado pelos participantes, não se trata de uma falta de entendimento sobre a função de um SRT, principalmente no que se refere ao morar. Tais profissionais questionam e apresentam falas com reflexões críticas acerca do trabalho exercido, porém, apontam que a principal justificativa diz respeito a aspectos técnicos do trabalho, mais especificamente, ao quantitativo de profissionais. O número reduzido de equipe parece

impossibilitar a construção de um trabalho mais singular, que leve em conta as particularidades e potências de um espaço de moradia.

Cenário diferente pode ser observado no trabalho desenvolvido por profissionais da Unidade de Acolhimento, que apontam os “detalhes” como ferramenta para o trabalho.

“Eu acho que a UAA tem muita coisa desses detalhes assim né, às vezes tem usuário que não topa fazer as coisas durante o dia, mas topa fazer mais no final da tarde. E vai aprendendo também a respeitar isso porque não é fácil pra gente às vezes né, porque às vezes a gente vai caindo nessa rotina também de que tem que ser nesse horário. E eu acho que a gente vai às vezes recuando, respeitando a singularidade de cada um.” (A., profissional da UAA).

Em contrapartida, nos trechos a seguir, podemos observar que diante de uma dinâmica de funcionamento corrida, com pouco espaço para a “clínica dos detalhes”, do cotidiano e do tempo da experimentação e produção, os trabalhadores do SRT acabam por lançarem mão do chamado “jeitinho brasileiro”, como uma estratégia possível.

“É o jeitinho brasileiro que o G. falou entendeu? Porque tipo, o cuidador fica sozinho na casa, aí ele até quer fazer mais. Mas, não consegue porque ele não tem como, não dá conta.” (V., profissional do SRT)

Apesar das dificuldades apontadas, tanto os profissionais da RT como da UAA puderam relatar uma crença ainda presente em relação ao trabalho, destacando o afeto e a implicação dos profissionais como importantes ferramentas para a construção e manutenção do trabalho.

“A gente vai...da maneira possível a gente vai levando. Primeiro que tem o lado do carinho, do amor porque você pra trabalhar em uma RT, com paciente complicado, você tem que gostar, você tem que abraçar mesmo porque senão, não rola entendeu?” (G., profissional do SRT).

“Por que... se a gente tivesse mais tempo e condições para a gente estar fazendo esse trabalho, esse vínculo com eles pra sociedade, com certeza seria bem melhor...” (G., profissional do SRT).

“E os cuidadores são tão engajados no trabalho que eles chegam a levar os moradores para sua própria residência às vezes, no final de semana, em um feriado, sabe?! Porque o

material humano que se tem é bom sabe? As pessoas são empenhadas no trabalho só não tem recurso, não tem como trabalhar sabe?” (V., profissional do SRT)

“E eu acredito nesse trabalho, eu acredito na UAA, eu acredito no serviço AD.” (E., profissional da UAA)

“É um aperto de mão, é um sorriso, é um bom dia... é um abraço e isso faz toda a diferença.” (E., profissional da UAA)

“Eu acho também que a equipe da UAA é muito resiliente. Embora tudo que esteja acontecendo, momentos difíceis, mas a equipe sempre dando o melhor de si. Sempre tendo aquele cuidado para que as nossas emoções não reflitam nos usuários.” (H., profissional da UAA)

De acordo com o exposto, parece haver entendimento da parte dos profissionais de ambos serviços sobre a função desses dispositivos, principalmente no que se refere a função de moradia que tais locais devem poder exercer. Contudo, é possível notar que a prática de cuidado se dá de modo diferente entre os espaços. Em relação ao trabalho desenvolvido na unidade de acolhimento, as participantes puderam apontar mais explicitamente para um trabalho que leve em conta aspectos do morar, assinalando a importância de alguns espaços físicos da casa, bem como a construção do cotidiano. Além disso, apontaram a dimensão do detalhe existente nesse trabalho, o que corresponde a um trabalho mais singular, do caso a caso. Destacaram também o tempo como aspecto fundamental, sendo possível a criação de uma relação mais íntima e maior vinculação com a clientela atendida.

Já em relação ao SRT, os relatos parecem apontar para uma fragilidade no que se refere à construção do morar. Os profissionais desse dispositivo demonstraram certa clareza em relação ao trabalho que deveria ser exercido, questionando alguns aspectos do espaço e ambiência, como o uso de grades, a falta das chaves para os moradores, bem como, ausência de um trabalho mais singular que pudesse ser construído a partir de alguns recursos como a cozinha, a limpeza de roupas, entre outras atividades do cotidiano de uma casa. Tais dificuldades foram atribuídas principalmente ao quantitativo de profissionais. O número reduzido de equipe foi apontado como principal barreira para a realização do trabalho.

Para os profissionais da SRT e da UAA, os afetos gerados a partir da relação com os moradores e a implicação da equipe, parecem ser dimensões fundamentais para a realização do trabalho.

b) Dificuldades e limitações do trabalho: *“Eu acho que agora a gente está meio cansado, porque a gente levou umas porradas e está se levantando agora.”* (A., profissional da UAA).

Dificuldades e limitações do trabalho surgem aqui como uma segunda categoria por ter sido frequente nos relatos dos participantes falas referentes às adversidades e obstáculos enfrentados no dia a dia. Além disso, algumas dificuldades e limitações parecem afetar diretamente a função “morar” que os dispositivos SRT e UAA devem poder operar.

Neste tópico, algumas dificuldades encontradas para a realização do trabalho diz respeito às fragilidades e precarização do nosso Sistema Único de Saúde.

“Eu acho que a gente, todo o serviço, toda a rede, o Centro de Atenção Psicossocial, toda a rede ficou precária para todo mundo, todo mundo ficou com muita dificuldade, até de estar no trabalho mesmo. Eu acho que estamos vivendo em construção de um desafio que é erguer e construir um novo caminho.” (E., profissional da UAA).

“Algumas vezes a gente tem dificuldade de articular com o serviço. Não sei se é por causa de tudo que está acontecendo, pela questão política, do desmonte do SUS... o trabalho vai perdendo um pouco mais a potência.” (H., profissional da UAA).

“Aqui na nossa área que é a 3.1 a gente está vivendo um momento muito difícil, que boa parte das equipes estão sendo demitidas, sem perspectiva de contratação, a maioria. Então, isso atinge diretamente a gente porque a gente tem uma proposta que é de um trabalho territorial, então, como é que a gente vai fazer parceria com quem? Como?” (A., profissional da UAA).

“Algumas coisas estão mais paradas porque a gente viveu um momento que era de greve assim né, porque esses atrasos salariais, essa nossa mudança de contrato que demorou um tempo. E isso atinge a gente diretamente.” (A., profissional da UAA).

As tentativas de desmonte do SUS se fazem presentes desde a década de 90 e como consequência, viu-se uma retração das políticas sociais públicas, sobretudo na saúde, que passa a ser afetada pelo chamado trinômio neoliberal de privatização, focalização e descentralização

(SILVA *et. al*, 2017). Propõem-se então, parcerias e contratos com modalidades não estatais, isto é, uma terceirização dos recursos humanos, as quais flexibilizam o vínculo trabalhista.

O campo da Saúde no Brasil vem então sendo impactado pelas transformações societárias impostas pelo projeto neoliberal que ameaça o projeto da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde – SUS. (MENDES *et. al*, 2011). É nesse contexto que a racionalidade hegemônica acaba por priorizar uma política de saúde assistencialista, seletiva, focalizada, individualista e curativa, que atende interesses privatistas, fazendo-se perder o caráter público e universal. Diante da não efetivação dos princípios do SUS, o que se verifica são impactos gerados nas práticas dos profissionais de saúde que tende a ser tecnicizada e restrita. (SILVA *et. al*, 2017)

Nesse sentido, diante dessa lógica emergencial, os profissionais de saúde possuem nesse cenário uma atuação que demanda ações imediatas, respostas ágeis e objetivas, sendo cada vez mais impulsionados a atuarem dessa forma pelo aumento das demandas a que são postos. Esses fatores refletem no privilégio da ideologia neoliberal, pois esse tipo de intervenção propicia uma maior lucratividade ao capital. (SILVA *et. al*, 2017, p.6)

No campo da saúde mental o cenário segue os mesmos rumos, de desmontes e retrocessos. Nessa linha, segundo Delgado, a partir do ano de 2016 deu início um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica. Ainda de acordo com o autor, “é a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás.” (p. 1, 2019)

Diante desse cenário, além das consequências apontadas advindas dos retrocessos e precarização do SUS, os profissionais também puderam assinalar o modo de contratação dos profissionais, salários reduzidos e questões acerca do quantitativo de equipe, como obstáculos presentes em suas práticas.

Conforme apontado por Milhomem e Oliveira (2007), ao descreverem o modo como a precarização do trabalho interfere na atenção psicossocial, assinalam que o projeto neoliberal ao reivindicar um Estado mínimo, uma desobrigação cada vez mais acentuada das garantias trabalhistas e de bem estar social, traz como consequência uma acentuação da exploração, com a subproletarização do trabalho por meio de formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado e terceirizado. Tal cenário fica evidente também no setor saúde através de contratos temporários, vínculos frágeis e mau remuneração dos profissionais. Segundo os

autores, “é necessário considerar a precarização do trabalho em saúde como algo que terá influência central nos resultados do trabalho terapêutico nos dispositivos de atenção à saúde mental.” (p. 106).

Deste modo, os autores afirmam que para que o vínculo na equipe se instale e perdure é necessário a presença de condições mínimas de trabalho, como por exemplo, a estabilidade dos contratos de trabalho, assim como um salário condizente com cada categoria profissional, assegurando assim, a segurança do ponto de vista trabalhista. Uma equipe contratada de modo precário dificilmente se responsabilizará pela missão institucional, do mesmo modo que não se comprometerá com movimentos de mudança, como é requisitado na atenção psicossocial. (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2007).

Tal cenário pode ser observado nas falas a seguir:

“A gente vive mais na promessa, vou mais pro lado dos cuidadores. Até hoje a gente não tem uma carteira assinada, não somos registrados. Estamos com o salário defasado há anos entendeu? Há anos.” (G., profissional do SRT)

“Falta de recursos e pessoal. Para mim são duas coisas fundamentais. Falta de recurso e pessoal para fazer esse tipo de trabalho.” (J., profissional do SRT)

“É só você pensar dessa forma: são oito pacientes para cada RT e um cuidador só. O cuidador tem que cuidar, dar banho, medicação, dar comida, ajeitar a casa. Então, por aí você já vê que não tem condições de dar o cuidado adequado para cada paciente. Faz o que pode.” J., profissional do SRT)

Outro ponto de dificuldade levantado pelas profissionais da UAA, diz respeito a mudanças relacionadas à clientela atendida no dispositivo, que agora, acolhe não só usuários de álcool e outras drogas, mas também, pessoas com diagnóstico de transtornos mentais. De acordo com as participantes da pesquisa, atualmente o serviço passa por momento de transformação em relação a sua função inicial. Com isso, é possível observarmos o quanto tal movimento gera pouca clareza acerca do trabalho e dificuldades no manejo da nova clientela atendida.

“Eu não sei...eu acho que a gente precisa ainda repensar qual é o papel que a UAA tem tido na rede de saúde do município do Rio porque inicialmente, em portaria, era...como a gente vinha trabalhando também. Eram pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas,

que estavam em situação de vulnerabilidade e risco social. Enfim, territorial. E aí, tiveram mudanças e aí depois, a gente acaba recebendo muito por indicação de uma gestão maior, casos de usuários que não fazem uso, de qualquer tipo de substância, que estão em situação de extrema vulnerabilidade social ou então em situação de rua. Eu acho que, a gente está em momento de discutir isso.” (A., profissional da UAA).

“Eu acho também que fugiu um pouco do propósito da UAA, que é isso, era pra acessar essas pessoas né, em rua que não tem apoio de ninguém, família e um tempo foi assim e agora é isso, está nessa mudança e eu não sei te dizer o que a UAA tem ainda para oferecer até a gente discutir a mudança, o que vai ser, se vai ser meio a meio, vamos trabalhar com o que tem. E eu acho que é a nossa experiência e ir aprendendo.” (E., profissional da UAA).

“Hoje a gente está em uma formação em que, não só o público de álcool e outras drogas, mas também, como é o nome? dos pacientes de transtorno mental. E a gente está num desafio que é novo, é uma coisa nova, onde a gente está discutindo conforme o manejo, como tratar, como cuidar, porque é um público mais difícil.” (E., profissional da UAA).

Frente ao exposto, conclui-se que as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho como equipe reduzida, modo de contratação dos profissionais, baixos salários, além de mudanças na clientela atendida, interferem de modo decisivo na organização e prática do trabalho, sendo considerados inclusive, obstáculos para a realização da função “morar”.

c) Cuidando de quem cuida: *“A gente cuida e a gente precisa de cuidado.”* (E., profissional da UAA).

A terceira e última categoria de análise trata-se de uma fala que surgiu no início do grupo focal. A decisão por transformar esse relato em uma categoria levou em conta a importância que os profissionais possuem para a produção e manutenção do trabalho. Trabalho esse, como apontado, de grandes desafios, dificuldades, fragilidades, mas também, de grande potência e investimento. Ao longo das falas das trabalhadoras e trabalhadores, pudemos observar que o afeto e implicação por parte desses, seja talvez, a única via possível para execução de um trabalho eficaz e potente. Com isso, poder olhar para esses profissionais, em seu pedido de “cuidado”, significa poder olhar e cuidar da própria prática. Cuidar de quem cuida parece então, tarefa fundamental para que dispositivos como SRT e UAA possam cumprir a função para as

quais foram propostos, isto é, poderem ser espaços de morar, possibilitando a construção de novos sentidos, novos projetos de vida que possam abrir então caminhos para novos voos.

“Eu sinto falta... Como vou te explica? Dos trabalhadores serem cuidados. A gente cuida e a gente precisa de cuidado. A gente passou por um processo, logicamente, sobre política... Uma crise total onde coisas aconteceram gravíssimas a gente sabe e, todo mundo foi “baquiado” assim, e estamos aí... perdemos colegas de profissão, muita coisa aconteceu e nessa mudança de público, eu acho que a gente está um pouco ainda perdida e eu acho que a gente precisa um pouco de cuidados. Quando eu falo cuidado é, apoio psicológico, apoio de pessoas especiais que possam estar conversando com a gente, ensinando esse outro trabalho ou mostrando alguma coisa que a gente precise pegar. A gente nunca vai perder nossa essência porque a gente sabe o que a gente tem que fazer, mas tem coisas que a gente precisa de cuidado, cuidado.” (E., profissional da UAA).

“E eu acho que a UAA é potencial, ela tem muita coisa pra dar, entendeu? A gente tem muito serviço pra fazer, muitas vidas para ajudar, eu acho que o que falta entendeu? É apoio. Apoio.” (E., profissional da UAA)

“Eu acho que a gente precisa de espaço de cuidado sim.” (H., profissional da UAA)

Gauer *et. al* (2006) no artigo “Estratégias dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam”, publicado no ano de 2006, afirmam que a estafa pode ser verificada em todas as profissões, principalmente naquelas que envolvem altos níveis de estresse, como controladores de tráfego aéreo, bombeiros e, particularmente, profissionais da área de saúde. Para esses últimos, os autores apontam que tal fato se deve tanto às características inerentes à profissão – convívio intenso com pacientes, vigor das interações emocionais e falta de tempo livre para lazer e férias – quanto às mudanças pelas quais vêm passando nos últimos 20 anos a categoria, o que inclui declínio da autonomia profissional, redução do status social da profissão e aumento das pressões sofridas.

De modo análogo, Moretto *et. al* (2013), no trabalho intitulado “Cuidando de quem cuida: assistência psicológica ao trabalhador da saúde”, apontam para a grande demanda de cuidados à Saúde Mental do Trabalhador de Saúde. No estudo realizado, puderam verificar que a maior parte dos profissionais que demandavam por atendimentos psicológicos queixavam-se

não só de questões de ordem pessoal, mas também, demandas relacionadas ao ambiente de trabalho.

Nesse sentido, no ano de 2003, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH), temos uma ampliação do modelo de atenção à saúde, que passa a ser baseado em uma valorização de todos os sujeitos participantes no processo de produção da saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2010). Ainda de acordo com documentos ministeriais, em 2012, temos a publicação da Portaria nº 1.823, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, e tem por objetivo desenvolver ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS. Compreende-se assim, que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e propõe-se uma série de estratégias destinadas à promoção e prevenção de agravos à saúde do trabalhador.

Corroborando com os autores supracitados Figueiredo *et. al* (2000) em um estudo realizado com profissionais enfermeiras de um hospital psiquiátrico, ressaltada que a situação de trabalho acaba por provocar sentimentos fortes e confusos como: pena, compaixão e amor; culpa e ansiedade; aversão e ressentimento dos pacientes por provocarem estes sentimentos fortes; inveja do cuidado dispensado a estes pacientes. O trabalho pode provocar ainda, não apenas sensações desagradáveis como nojo e medo, mas também desejos e impulsos eróticos de difícil controle. Diante desse cenário, os autores propõe a supervisão como um importante dispositivo clínico institucional de cuidado da equipe.

Seguindo essa linha, os relatos a seguir, apesar de também apontarem a necessidade de cuidados com a equipe, ressaltam a importância de espaços de discussão e reflexão acerca dos processos de trabalho, bem como, maior organização da equipe, como ferramentas e estratégias para a construção de um cuidado coletivo e maior qualificação dos trabalhadores, implicando assim os próprios profissionais nesse processo de cuidado.

“E como a gente qualifica nosso trabalho? Como a gente... é uma equipe agora que é nova, enquanto redutor de danos, como é que... a gente sabe por conta das nossas experiências. Mas, como que a gente pensa em espaços de educação permanente mesmo porque isso é cuidado com a equipe né. Isso é cuidado, porque não sei se a gente vai precisar cuidar da equipe com psicólogo pra equipe ser atendida, porque acho que isso a gente vai procurar individualmente, se alguém precisar e se cuida porque a gente tem nossas questões pessoais.

Mas, eu acho que, como que a gente enquanto equipe, enquanto coletivo, de processos de trabalho, precisa ser cuidado? A gente vai precisar discutir mais os processos de trabalho? A gente vai em algum dia discutir texto? O que a gente vai fazer sabe? Talvez a gente vai precisar separar aqui na reunião... não vai dar para o tempo todo discutir caso. A gente vai precisar de um momento para falar dos processos de trabalho. Eu acho que a gente precisa se organizar melhor nisso.[...] Eu acho que... é isso mesmo, porque a gente vai se desviando porque quando a gente organiza nosso trabalho as coisas ficam mais fáceis, clareiam melhor sabe.” (A., profissional da UAA).

“Eu concordo exatamente com o que as meninas falaram. Exatamente isso. É isso, a gente precisa ampliar nossos focos, organizar o trabalho, o que tem que ser feito.” (H., profissional da UAA).

A partir dos relatos, é possível observarmos que o cenário atual de desmonte e retrocessos em que nosso sistema de saúde se encontra, mais especificamente, a saúde mental, as dificuldades diárias do trabalho e as fragilidades institucionais, acabam por gerar nos profissionais grande demanda por “cuidado”. Cuidado apareceu aqui, como sinônimo de apoio, sendo relacionado a apoio psicológico e orientação em relação ao manejo dos casos. Por fim, as participantes pontuaram a importância de espaços coletivos como, por exemplo, a reunião de equipe como uma possível estratégia e ferramenta de cuidado ao permitir uma reflexão e organização dos processos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo principal trazer para o primeiro plano e dar visibilidades a esses dois dispositivos tão fundamentais da rede de atenção psicossocial. O serviço residencial terapêutico e as unidades de acolhimento configuram-se então como espaços de moradias, lugares de viver e conviver, espaços capazes de produzir cuidado e gerar vida.

Nesse percurso, que foi a produção deste trabalho, iniciamos voo a partir de um percurso histórico de surgimento desses dispositivos, incluindo todo aparato legal que os cercam. Em um segundo momento, sobrevoamos os sentidos desses espaços, tendo o morar como pilar fundamental. Por fim, o pouso se deu nos relatos e falas de trabalhadoras e trabalhadores que

exercem a prática de cuidado em um SRT e uma UAA, no município do Rio de Janeiro. A partir da análise do discurso desses profissionais, foi possível observar que parece haver entendimento da parte dos profissionais de ambos os serviços sobre a função desses dispositivos, principalmente no que se refere à função de moradia que tais locais devem poder exercer. Contudo, é possível notar que a prática de cuidado se dá de modo diferente entre os espaços. Em relação ao trabalho desenvolvido na UAA, as participantes puderam apontar mais explicitamente para um trabalho que leve em conta aspectos do morar. Já em relação ao SRT, os relatos parecem apontar para uma fragilidade no que se refere à construção do morar. Tais dificuldades foram atribuídas principalmente ao número reduzido de equipe, que foi apontado como principal barreira para a realização do trabalho.

Além das dificuldades supracitadas, outras limitações parecem afetar diretamente a função “morar” dos dispositivos, como por exemplo, o modo de contratação dos profissionais, baixos salários, mudanças na clientela atendida, além da precarização do SUS.

Desse modo, a realidade pesquisada parece apontar principalmente para a necessidade de um cuidado não só da clientela atendida, mas também para com os profissionais desses dispositivos. Assim sendo, através das narrativas colhidas, “cuidar de quem cuida” se transformou em uma das categorias centrais, haja vista a importância que os profissionais possuem para a produção e manutenção do trabalho. Trabalho esse, como apontado, de grandes desafios, dificuldades, fragilidades, mas também, de grande potência e investimento. Ao longo das falas dos profissionais do SRT e da UAA, os afetos gerados a partir da relação com os moradores e a implicação da equipe parece ser a única via possível para execução de um trabalho eficaz e potente. Com isso, poder olhar para esses profissionais, em seu pedido de “cuidado”, significa poder olhar e cuidar da própria prática. Cuidar de quem cuida parece então, tarefa fundamental para que dispositivos como SRT e UAA possam cumprir a função para as quais foram propostos, isto é, poderem ser espaços de morar, possibilitando a construção de novos sentidos, novos projetos de vida, podendo então abrir caminhos para novos voos.

Diante desses achados, podemos considerar que os profissionais que participaram dessa pesquisa demonstram certo entendimento sobre a função dos dispositivos em que atuam. Contudo, o objetivo principal desses espaços, isto é, a construção do “morar” por vezes encontra-se fragilizado diante das dificuldades e obstáculos enfrentados no cotidiano do

trabalho. Desse modo, coloca-se como necessário e urgente debates e discussões que colocam em evidência as práticas cotidianas de tais serviços, principalmente aquelas que dizem respeito à produção desses lugares enquanto espaços de morar/habitar.

Sugere-se ainda que, estudos com maior quantitativo de participantes, tanto de profissionais de UAA, em suas diversas modalidades, como de SRT, sejam realizados. Além disso, no horizonte, coloca-se como objetivo a realização de pesquisa com moradores e acolhidos desses dispositivos, com o objetivo de analisar os elementos descritos nesta pesquisa, de maneira mais abrangente e diversificada.

REFERÊNCIAS

BACHELARD, Gaston. A poética do espaço. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Humanizadas: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012

_____. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1992.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº 106. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº121. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 2012.

DELGADO, G P: Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte; Trab. educ. saúde vol.17 no.2 Rio de Janeiro Maio, 2019. Acesso: http://www.scielo.br/scielo.phpscriptsci_arttext&pidS198177462019000200200. Acesso em Jan de 2020.

FIGUEIREDO, A. C.; Vieira, M.A.; LOYOLA, C. Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão em enfermagem. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro, v. VI, n. 19, p. 37-53, 2000. GAUER, G. J. C.; FRANCO, R. S.; ZOGBI, H.; MARINI, P. A.; DIEFENTHAELER, E. C.; NETO, A. C. Estratégias dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam. In: Bioética, 14 (2): 171-180, 2006.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E.F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. 1999

MENDES, J.M. R.; GARCIA, M. L. T.; OLIVEIRA, E. F. A.; FERNANDES, R. M. C. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. In: Textos & Contextos. Porto Alegre: v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. de. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial - CAPS. In: Cogitare Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 101-108, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4836/483648982014/> Acesso em: 20 de Jan. de 2020.

MORETTO, L. T.; JAEN, A. C.; BENUTE, G. R. G.; FERRARI, S.; LUCIA, M. C. S. de; POLLARA, W. Cuidando de quem cuida: assistência psicológica ao trabalhador da saúde. In: Psicologia Hospitalar, p. 52-65, 2013.

SARACENO. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: ed. Te Corá. 2001.

SILVA, P. R. F. da. Reabilitação Psicossocial: habitação trabalho e lazer. In: JORGE, M. A. S. (Org). Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SILVA, D. A. B.; VICENTIN, M. C. G. Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade. In: Distúrb Comum. São Paulo, 29(2): 196-207, junho, 2017.

SILVA, A. C. da; BATISTA, J. H. S.; SANTOS, W. C. M. Desmontes e sucateamentos do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. Anais 7º Seminário frente nacional contra privatização da saúde, 2017.

SZTAJNBERG, T. K. Serviço residencial terapêutico: criando espaços de vida. Rio de Janeiro, 2012.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2009.

VENTURINI, E. A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.