

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação

Ludimila Canário da Silva Barreto

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
DOS NOVOS MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS
DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2021

Ludimila Canário da Silva Barreto

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
DOS NOVOS MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS
DE BELO HORIZONTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos da Ocupação.

Linha de pesquisa: Ocupação, Políticas Públicas e Inclusão Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Andrea Ruzzi Pereira

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Assis Costa

Belo Horizonte
2021

B273r Barreto, Ludimila Canário da Silva
2021 Reabilitação psicossocial e projeto terapêutico singular dos novos moradores das residências terapêuticas de Belo Horizonte. / [manuscrito]. Ludimila Canário da Silva Barreto – 2021.
95 f.: il.

Orientadora: Andrea Ruzzi Pereira
Coorientadora: Luciana Assis Costa

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 61-68

1. Saúde mental – Teses. 2. Serviços de saúde mental – Teses. 3. Desinstitucionalização – Teses. 4. Terapia ocupacional – Teses. I. Pereira, Andrea Ruzzi. II. Costa, Luciana Assis. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.8

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sheila Margareth Teixeira Adão, CRB 6: nº 2106, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LUDIMILA CANÁRIO DA SILVA BARRETO

Realizou-se, no dia 10 de setembro de 2021, às 14:00 horas, <https://meet.google.com/noy-fqgk-cto>, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DOS NOVOS MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE BELO HORIZONTE*, apresentada por LUDIMILA CANÁRIO DA SILVA BARRETO, número de registro 2019714617, graduada no curso de TERAPIA OCUPACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Andrea Ruzzi Pereira - Orientador (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)), Prof(a). Érika Renata Trevisan (Universidade Federal do Triângulo Mineiro), Prof(a). Adriana Gonçalves Queiroz (Universidade Federal de Pernambuco).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

A versão final da dissertação, devidamente corrigida, deverá ser entregue até 60 dias após sua defesa.

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 10 de setembro de 2021.

Prof(a). Andrea Ruzzi Pereira (Doutora)

Prof(a). Érika Renata Trevisan (Doutora)

Prof(a). Adriana Gonçalves Queiroz (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Ruzzi Pereira**, **Usuário Externo**, em 10/09/2021, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Gonçalves Queiroz**, **Usuário Externo**, em 10/09/2021, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Érika Renata Trevisan**, **Usuário Externo**, em 10/09/2021, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_documento=0, informando o código verificador **0909518** e o código CRC **5EB7BD42**.

AGRADECIMENTOS

Ao Autor e consumidor da minha vida – toda honra, glória e louvor para todo sempre!

Só posso iniciar esse agradecimento, honrando aos que me apoiaram até chegar aqui, a iniciar pelo meu esposo Bruno, que em todo momento esteve presente, respeitando o compartilhamento de tempo e suporte em cada etapa desse processo. Gratidão por nunca soltar minha mão!

Agradeço aos meus pais – José e Flávia, familiares e amigos pelo incentivo sempre pedindo notícias de como andavam os estudos e pesquisa. A participação de todos, mesmo que de forma indireta, foi fundamental para a concretização deste estudo.

Agradeço à orientadora, prof.(a) Dr^a. Andrea Ruzzi Pereira, por todo tempo de construção respeitosa e acolhedora da pesquisa, e que mesmo nos encontros virtuais se fez presente. Gratidão por nossa conexão! Conexão essa que se expandiram a cursos, eventos, artigos e grupos de estudo, não podendo deixar de citar os alunos e membros do Estágio em Docência – PVTO IV/UFTM e do NEPSMAD que enriqueceram minha formação pessoal e profissional.

Agradeço à coorientadora prof.(a) Dr^a. Luciana Assis Costa, pela aproximação e compartilhamento de conhecimentos, tão assertiva nas suas sugestões e ampliação do conhecimento.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-graduação Estudos da Ocupação pela iniciativa e proatividade ao encarar o desafio de consolidação desse mestrado. A todas as alunas da 1^a turma de mestrado em Estudos da Ocupação pela jornada compartilhada. Gratidão pelo fundamental apoio e amizade de Mariana Salgado!

Agradeço à Adriana Queiroz, fonte de luz e inspiração em toda minha trajetória profissional.

Agradeço à Mônica Oliveira pela aposta e afeto no trabalho, nos estudos e na vida!

Agradeço a todos os moradores e supervisores, em especial aos contemplados nessa pesquisa - atores principais, toda minha gratidão pela disponibilidade e troca. Esse estudo só foi possível porque vocês aceitaram!

Agradeço ao Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e as instâncias de gestão por ampararem essa pesquisa. Que a Rede de Atenção Psicossocial possa colher frutos positivos e de uma SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!

“Porque eu só preciso de pés livres, de mãos dadas, e de olhos bem abertos.”
(Guimarães Rosa)

RESUMO

O sancionamento da Portaria do Ministério da Saúde nº 106 de 2000, define o Serviço Residencial Terapêutico, suas premissas e modos de operarem em consonância ao processo de Reabilitação Psicossocial. O Programa de Desinstitucionalização foi criado como integrante das Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, que busca o cuidado integral das pessoas com transtornos mentais por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se a progressiva inclusão social dos usuários. Essa perspectiva inaugura que novos sujeitos sejam inseridos no processo de desinstitucionalização, e gradativamente novos moradores para as residências terapêuticas se tornam frequentes. O Projeto Terapêutico Singular é a estratégia que orienta as práticas nas residências, e que pode envolver a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. Como referencial da Reabilitação Psicossocial, na perspectiva de Benedetto Saraceno, este estudo caracteriza-se como exploratório descritivo de natureza qualitativa, e tem como objetivo compreender as ações registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. A pesquisa on-line contou com análise documental dos Relatórios de Desinstitucionalização, entrevistas estruturadas com os supervisores e entrevistas não estruturadas com novos moradores. Os resultados foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo de Bardin e constituíram as seções: perfil dos novos moradores; Projeto Terapêutico Singular - com as temáticas: *apropriação da casa e território, a singularidade de diversas atividades, acompanhamento terapêutico, construção com a rede, relação familiar e pandemia e impacto no projeto terapêutico singular*; a efetividade do projeto terapêutico singular – uma reflexão dos supervisores; e, experiências da transição dos novos moradores para o serviço residencial terapêutico. Os resultados indicam um novo perfil de moradores principalmente advindos de hospital psiquiátrico de custódia ou de unidade médico-penal, e que a diversidade de ações em seus projetos terapêuticos é alinhada às premissas da reabilitação Psicossocial. Os supervisores apontam a efetividade da ferramenta do projeto terapêutico singular, reiterando a necessidade de fortalecimento com parceria da rede. A experiência de transição dos novos moradores retratou os desafios e principalmente as potencialidades em defesa da cidadania desses sujeitos. Espera-se que esse estudo possa auxiliar o trabalho dos profissionais da rede de saúde mental na gestão do cuidado nas premissas da Reabilitação Psicossocial.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Serviço Residencial Terapêutico. Projeto Terapêutico Singular. Saúde Mental.

ABSTRACT

The sanctioning of the Ordinance of the Ministry of Health nº 106 of 2000, defines the Therapeutic Residential Service, its premises, and ways of operating in line with the Psychosocial Rehabilitation process. The Deinstitutionalization Program was created as part of the 'Deinstitutionalization Strategies' of the Psychosocial Care Network, which seeks comprehensive care through substitutive strategies, from the perspective of guaranteeing rights through the promotion of autonomy and the exercise of citizenship, seeking to achieve progressively a social inclusion of its beneficiaries. This perspective inaugurates the idea that as new individuals are inserted in the deinstitutionalization process, new residents for therapeutic residences become frequent. 'The Singular Therapeutic Project' is a strategy that can involve people with mental disorders, their families, and the social network, in a continuous, integrated, and agreed process of aimed actions to satisfy needs and produce autonomy, protagonism, and social inclusion. Therefore, from the perspective of Benedetto Saraceno and based on the Psychosocial Rehabilitation understanding, this study is typified as a descriptive-exploratory, qualitative nature, and aims to understand the actions recorded in the Single Therapeutic Project at the Therapeutic Residential Service of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. An online survey was conducted and had been supported by an analysis of the Deinstitutionalization Reports, sustained by structured interviews with supervisors and unstructured interviews with new residents. The results were analyzed from the perspective of Bardin's content analysis and established the sections: new resident's profile; Singular Therapeutic Project - followed by the themes: appropriation of the house and territory, the uniqueness of several activities, therapeutic monitoring, composition with the network, family relationship and pandemic and the impact on the singular therapeutic project; the effectiveness of the singular therapeutic project – a reflection by supervisors; and, transition's experiences of the new residents to the therapeutic residential service. The results indicate a new profile of residents, mainly coming from a psychiatric custody hospital or from a medical-criminal unit, and that the diversity of actions in their therapeutic projects are in line with the premises of Psychosocial rehabilitation. Supervisors pointed out the effectiveness of the Singular Therapeutic project as a device and reiterated the need to strengthen the network's partnership. The transition experience of the new residents portrayed the challenges and especially the potential of the role of citizenship. Therefore, it's expected that this study may help professionals in the mental health area and in the management of care under the premises of Psychosocial Rehabilitation.

Keywords: Deinstitutionalization. Therapeutic Residential Service. Singular Therapeutic Project. Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAMP	Centro de Apoio Médico-Penal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Coronavírus SARS-CoV-2
CS	Centro de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GM	Gabinete Ministro
ILPI	Instituição de longa permanência de idoso
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NEPSMAD	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
OMS/OPAS	Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde
ONG	Organização não-governamental
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SEJUSP	Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
SNM	Síndrome Neuroléptica Maligna
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PTS	Projeto Terapêutico Singular
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Fundamentação Teórica	20
<i>1.1.1 Reabilitação Psicossocial: Processo? Modelo? Abordagem? Conceito?</i>	20
1.2 Revisão Literatura	22
2 OBJETIVO GERAL	26
2.1 Objetivo Específico	26
3 METODOLOGIA	27
3.1 População do Estudo	27
3.2 Local do Estudo	28
3.3 Procedimentos para Coleta de Dados	29
3.3.1 <i>Contextualização</i>	29
3.3.2 <i>A Coleta</i>	30
3.3.3 <i>Os Participantes</i>	31
3.4 Procedimentos Éticos	32
3.5 Procedimentos para Análise de Dados	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 Perfil dos Novos Moradores de SRT de BH	37
4.2 Projeto Terapêutico Singular	42
4.2.1 <i>Apropriação da Casa e Território</i>	43
4.2.2 <i>A Singularidade de Diversas Atividades</i>	45
4.2.3 <i>Acompanhamento Terapêutico</i>	48
4.2.4 <i>Construção com a Rede</i>	49
4.2.5 <i>Relação Familiar</i>	52
4.2.6 <i>Pandemia e impacto no PTS</i>	53
4.3 A efetividade do PTS: Uma reflexão dos supervisores	54
4.4 Experiências da Transição dos Novos Moradores para o SRT	56
5 CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A - Caracterização de perfil dos moradores e ações do Projeto Terapêutico Singular	69

APÊNDICE B - Reflexão sobre o Projeto Terapêutico Singular na inclusão social dos novos moradores de SRT	70
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - para participante supervisor e formulário de coleta de dados dos moradores e entrevista do supervisor.....	71
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - para participante morador não curatelado e acesso para agendamento da entrevista	74
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - responsável legal e acesso para agendamento da entrevista	77
ANEXO D - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - para participante morador curatelado e acesso para agendamento da entrevista	80
ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	83
ANEXO F – Relatório de Desinstitucionalização	93

APRESENTAÇÃO

Dos caminhos que andei... Das pessoas que encontrei!

O campo da saúde mental esteve no meu interesse de prática profissional e de pesquisa, desde 2007. Nessa época, como profissional do Centro de Saúde Santa Amélia (CS) na função de Agente Comunitária de Saúde, pude conhecer e desenvolver a minha primeira contribuição no Sistema Único de Saúde, o SUS. Mediante a implantação de uma unidade de Serviço Residencial Terapêutico na área de abrangência do meu acompanhamento tive meu contato inicial com a área e o serviço. Fui recebida no portão da casa por um cordial morador, que sorria e me convidava a conhecer seu lar! Realizei o cadastramento do cartão SUS e todos os meses as visitas de rotina do trabalho. Concomitantemente, comecei a participar das reuniões de apoio matricial da Rede de Saúde Mental do CS, onde tive o privilégio de conhecer uma Terapeuta Ocupacional da equipe. Patrícia França me apresentou a profissão e sua prática clínica. No meu íntimo sabia que era a profissão associada a área que gostaria de atuar.

Após alguns anos veio à coragem e a preparação para prestar o vestibular da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Iniciei minha jornada como graduanda em 2010, muito enveredada a explorar mais sobre a saúde mental por meio da teoria-prática. Reconheço que minha formação foi pautada em muita dedicação e em absorver ao máximo as oportunidades que a faculdade pudesse me ofertar. Em 2013 iniciei um estágio extracurricular no Serviço Residencial Terapêutico (SRT) junto à supervisora Adriana Queiroz, que foi como uma base de acesso em minha experiência profissional, atualmente como supervisora na SRT.

As necessidades de ir trilhando uma carreira profissional sempre estiveram atreladas ao crescimento estudantil. Encaminhei-me para uma pós-graduação na área de gestão e posteriormente para uma titulação profissional em saúde mental. Permeada pelo desejo e oferta de concursos públicos retomei os estudos alinhados às bases da Terapia Ocupacional, o que me incentivou a inscrever-me no Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação.

A prática profissional na área da saúde mental foi-me sempre permeada por questionamentos e inquietações. Assim, hoje me levo a refletir sobre o processo de inclusão do morar de novos moradores de SRT na perspectiva do Projeto Terapêutico Singular, objeto desse estudo.

1 INTRODUÇÃO

Toda passagem de um período histórico para outro, condiz com o rompimento de pensamentos que caracterizam a realidade do homem e da sociedade. Desse modo, Lobosque (2001) destaca a indústria da loucura e sua institucionalização compulsória, financiadas pelo poder público, que simbolizava para a população o lugar daqueles que fugiam da organização do espaço social, além de gerar grandes lucros para as instituições conveniadas.

Dessa forma, a ciência e a inclusão da norma moral transformaram a organização hospitalar em uma prática institucionalmente medicalizada. Nas instituições asilares perpetuava os modelos de dominação, representadas por uma liberdade ilusória permeada de incoerências, na qual a figura do médico detém o saber absoluto, desconsiderando o sujeito e conservando a lógica manicomial (TORRE; AMARANTE, 2011). Arbex (2013) relata a ausência dos critérios médicos para as internações, o manicômio como estrutura inteiramente padronizada, esvaziado de toda humanização, promovendo o apagamento de cada sujeito.

No contexto brasileiro, a constituição de uma clínica antimanicomial ocorreu de maneira delongada, visto que o país passava por um momento de repressão ditatorial e uma política que priorizava as construções dos enormes hospitais psiquiátricos. O país precisou resistir à industrialização da loucura e da saúde, e tal ascensão decorreu da mobilização de uma rede de pessoas com transtorno mental, seus familiares, profissionais e sociedade civil em defesa dessa causa. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental ganhou destaque por se configurar como um movimento múltiplo e plural, de participação popular, que dispensava qualquer pretensão de uma configuração estrutural institucional (LOBOSQUE, 2001).

A substituição da lógica baseada no modelo asilar foi marcada pelo desenvolvimento de uma rede de serviços substitutivos, que teve como resultante a proposição da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2006). Este processo foi direcionado por diretrizes que programavam a redução dos leitos psiquiátricos em manicômios, e a inclusão dos princípios da assistência comunitária – local de criação e inserção de toda rede de serviços.

A redução de leitos sugere um estreitamento da lógica da desospitalização. Rotelli (2001) cita o processo que aconteceu em diversos países como: Estados Unidos, Inglaterra e França, nos quais a premissa da desinstitucionalização estava alinhada às altas e a redução dos leitos. Em suma, Amarante (1998) enfatiza que só é possível advir uma cartografia da desconstrução manicomial a partir da psiquiatria democrática italiana que propõe um rompimento radical com a instituição psiquiátrica.

Com isso, a desinstitucionalização que a Itália experienciou nos anos 1970, inspirado pelo modelo de Franco Basaglia, é um processo histórico, político e clínico preconizado no âmbito da reforma psiquiátrica, que rompe com uma trajetória excludente e desumana designada às pessoas com sofrimento mental e pautada na reabilitação psicossocial, e não somente o ato de desocupar leitos. Três pilares fundamentais são definidos pelas proposições de Basaglia, a saber: que a psiquiatria tenha uma relação de dependência à justiça, a classe das pessoas internadas e a não neutralidade da ciência (AMARANTE, 1998).

Para tanto, Lobosque (2001) ainda reforça que a postura antimanicomial e a criação de uma rede de serviços substitutivos, antes de tudo, convocam o sujeito psicótico a assumir uma posição ativa sobre a urgência que o atinge. O resgate da cidadania conecta o sujeito e a cultura, considerando que ambos são indissociáveis.

Então, espera-se no processo de desinstitucionalização que o modelo asilar seja superado e que as práticas e saberes do manicômio sejam desconstruídas, propondo que os serviços e os profissionais se posicionem com o saber e intervenções necessárias na saúde mental orientadas com atenção ao sujeito, resgate da autonomia, nas quais a doença não seja o foco. Nesse sentido, se percebe a mudança e ampliação do conceito de desinstitucionalização que passou a contemplar as múltiplas dimensões da vida humana (ROTELLI, 2001), amparado na concepção de uma clínica ampliada na saúde mental.

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde conceituou a desinstitucionalização como base do modelo assistencial do campo da saúde mental, que desconstrói o modelo centrado no hospital, introduzindo os serviços substitutivos que proporcionam novos contextos de vida. Portanto, passa a ser um ato revolucionário que demanda uma ação interdisciplinar capaz de inserir o sujeito na cidade, na cultura, no lazer e no laço com a vida.

Considerando a consonância da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a Constituição Federal de 1988, desencadearam a formação de leis e políticas públicas nesse cenário. A principal lei regulamentadora da saúde mental foi a Lei nº 10.216/2001, promulgada após 12 anos de tramitação no Congresso, que dispõe da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental e do redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental (BRASIL, 2001).

O Programa De Volta Para Casa (PVC), previsto na Lei nº 10.708 de 2003, garantiu o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental egressas de internação em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2003). Esse programa endossa os processos de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial,

visando à redução progressiva de leitos em hospital psiquiátrico, cuidado em liberdade e protagonismo do usuário.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria GM nº 3.088/2011, “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011).

A Política de Saúde Mental em Belo Horizonte obedece às premissas de uma política humanizada de cuidado direcionado às pessoas com transtorno mental, com objetivo fundamental do tratamento em liberdade, considerando a singularidade para busca da cidadania e reinserção social. Configuram-se como dispositivos e projetos da RAPS-BH, segundo a Prefeitura de Belo Horizonte (2021):

- Serviços da Atenção Primária à Saúde e Inserção Social – atendimento em saúde mental nos Centros de Saúde; equipes de saúde mental da criança e adolescente; consultório de rua; arte da saúde; centros de convivência; e, incubadora de empreendimentos econômicos e solidários;
- Estratégias de desinstitucionalização – serviço residencial terapêutico e Programa de Volta para Casa;
- Serviços de atenção psicossocial especializada – centros de referência em saúde mental; centros de referência em saúde mental – álcool e outras drogas; centros de referência em saúde mental infanto-juvenil; e, serviço de urgência psiquiátrica;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório – unidade de acolhimento transitório e unidade de acolhimento transitório infanto-juvenil;
- Atenção Hospitalar – leitos em hospital geral (Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro);
- Residência Integrada em Saúde Mental.

Os leitos SUS em hospital psiquiátrico estão descritos com redução gradual desde 2002, o que significa exponencial crescimento dos serviços da RAPS em comparação com a década de 1970 que existiam 80 mil leitos psiquiátricos, em 2014 havia cerca de 25.988, ou seja, uma redução de 67,51% no número de leitos psiquiátricos no Brasil. Em 2002, os gastos do Ministério da Saúde com hospitais eram de 75,24% e em 2013 foram para 20,61%, uma diminuição de 54,63%. Quanto aos gastos com atenção psicossocial, houve um aumento

também de 54,63%, passando de 24,76% para 79,39%, durante o mesmo período (BRASIL, 2015).

O último informativo da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde foi publicado em 2015, Saúde Mental em Dados 12. Nele o investimento na Rede de Saúde Mental em nível nacional foi evidenciado, o qual apresenta uma estimativa de 2.031 moradores distribuídos em 289 SRTs habilitadas no território nacional com aumento expressivo em 2013 (BRASIL, 2015). Entretanto, segundo Scarcelli (2011), houve desaceleração de investimento a partir de 2006. Esse sinal já informava um cenário de possível precarização da política do serviço.

A falta de dados atualizados pelos órgãos oficiais desde 2015 fomenta que pesquisadores da área discutam os avanços e problemáticas das políticas de saúde mental, sendo uma delas uma crítica às normativas do Governo Federal com impacto negativo na política de saúde mental. O cenário atual é de certa recessão onde a falta de monitoramento, avaliação dos serviços e dos profissionais, desconfiança do uso de recursos e investimentos limitados, bem como o não incentivo para pesquisas. Tal descompasso compromete o investimento no setor, ou quando o mesmo acontece acaba sendo com falta de critérios como, por exemplo, no caso das Comunidades Terapêuticas.

A inserção em um SRT, e o modo de operar desse serviço são passos iniciais e essenciais de um longo processo de reabilitação psicossocial que busca a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2004). No âmbito SUS, o sancionamento da Portaria GM nº 106/00, define:

Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinados 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, art. 1º, parágrafo único).

De acordo com a Portaria GM nº 3.090/2011, esse tipo de moradia pode se dividir em Tipo I, na qual os moradores possuem mais autonomia, ou Tipo II, residida por pessoas com maior grau de dependência, que precisam de mais cuidados totais ou parciais do ponto de vista da saúde, de modo geral, além do auxílio para fazer suas atividades de vida diárias. Essa divisão implica também no financiamento destinado à assistência. A configuração e quantidade de profissionais na equipe respeitam a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

A equipe dos SRTs é composta por cuidadores no regime de trabalho 12 por 36 horas ou segunda a sexta 7:00 as 17:00; estagiários 20 horas semanais; auxiliar de limpeza semanal; supervisor; acompanhante terapêutico em casos específicos de moradores e técnicos de enfermagem no regime 12 por 36 horas nas casas tipo II. Todos os profissionais precisam estar comprometidos com o apoio aos moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, co-habitar e circular na cidade em busca da autonomia do usuário.

Os supervisores são profissionais que em sua maioria acompanham duas Residências Terapêuticas em uma carga horária de 40 horas semanais, de formação em nível superior como: enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. Esses profissionais são responsáveis pela gestão da casa de forma integral, incluindo o acompanhamento da equipe, da manutenção da casa, da assistência à saúde e da inclusão social. Para as 34 casas da cidade, existem 21 supervisores.

As casas acolhem um número máximo de 10 moradores e buscam superar a condição crônica proporcionada por muitos anos. Os moradores, por sua vez, podem fazer uso dos diversos equipamentos de saúde, centros de convivência, academias da cidade, centros de saúde, e das possibilidades de esporte, cultura, lazer, assistência social e educação da e na comunidade em que está sendo inserido socialmente, bem como qualquer outro morador/usuário daquele território.

No nível central da Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte acontece o compartilhamento da gestão do cuidado do serviço e dos moradores, sendo responsabilidade dos profissionais técnicos esse acompanhamento. Já a gestão da assistência e manutenção da casa é garantida via convênio com ONGs que gerem o recurso financeiro custeando: aluguel, água, luz, telefone, gás, alimentação, equipamentos de proteção individual, fralda, medicação, contratação de recursos humanos e manutenções.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte reconhece que o SRT é parte integrante do projeto estratégico da política de saúde mental com ênfase na política de desinstitucionalização em âmbito substitutivo de assistência residencial com cunho familiar. A regulamentação do SRT também contempla a inclusão dos egressos de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

As casas do SRT foram se incluindo na cidade gradativamente, à medida que aconteciam os processos de desinstitucionalização. Portanto, a cada fechamento de um hospital ou leito psiquiátrico tinha-se no horizonte a abertura de novas casas ou reorganização das que já existiam. Essa reorganização decorre do falecimento de um morador, ou de ter

retornado para casa da família, ou até mesmo do morador não ter se adaptado à proposta da casa e às alternativas que foram oferecidas, como morar sozinho ou num abrigo, por exemplo.

Os serviços de caráter substitutivos ao hospital psiquiátrico, como o SRT, são uma proposta inovadora que preconiza a diversificação das ações, a intersetorialidade, a realização de atividades no território e a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, sendo baseado nos princípios apontados pelo Ministério da Saúde, assegurando que os direitos do cidadão sejam exercidos.

Atualmente, no município de Belo Horizonte são 34 SRTs localizadas em oito das nove regionais da cidade, as quais abrigam aproximadamente 249 moradores, segundo a Prefeitura de Belo Horizonte (2021).

Faz-se importante problematizar que a vulnerabilidade social e acesso a moradia é uma questão de grande repercussão para as políticas públicas e assistenciais de todo território nacional - incluindo as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de abandono e em longa internação em outros formatos institucionais. Questões cotidianas passam emergir e a exigir dos usuários e dos serviços, ações e articulações que envolvem diversas esferas, pautadas na inclusão social pela perspectiva do morar, e também para as ações de desinstitucionalização e de fortalecimento da RAPS.

Para tal, o Programa de Desinstitucionalização foi criado por meio da Portaria nº 2.840/14, como integrante das Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS. Isso significa, por exemplo, garantir a possibilidade de inserção no SRT de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2014).

A mesma portaria considera um marco interessante ao que diz respeito ao tempo considerado de longa internação para os usuários, sendo reduzido de cinco para um ano ininterrupto. Para além de desospitalizar, a desinstitucionalização é um processo dinâmico e complexo que busca o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se progressiva inclusão social de pessoas em situação de longa internação em hospital psiquiátrico (BRASIL, 2014).

Após o fechamento da Clínica Serra Verde em 2012 - um hospital psiquiátrico da região metropolitana de Belo Horizonte, cerca de 150 pessoas permanecem num hospital de

transição até que pudessem ser encaminhadas ao SRT de Belo Horizonte. Em 2016 esse processo findou-se com a abertura do último serviço na cidade. Essa perspectiva apresentada inaugurou um novo cenário para os sujeitos inseridos no processo de desinstitucionalização a partir de 2014. Portanto, o morador egresso de hospitais psiquiátricos iria necessitar passar por um cuidadoso processo de reapropriação de sua liberdade e utilização do território.

Para tal, o fato citado acima é o marco desse estudo ao nomear novos moradores de SRT, que tiveram seu processo de desinstitucionalização efetivados a partir de 2016, ano da abertura da última SRT do município de Belo Horizonte até o período da coleta de dados deste estudo, que foi finalizada em março de 2021. Vale ressaltar que esse quantitativo de pessoas é dinâmico, uma vez que a qualquer momento outro novo morador pode ter seu processo de desinstitucionalização efetivado ou adiado, ou pode acontecer um óbito, uma ordem judicial e outros motivos comuns à dinâmica de qualquer vida. Como por exemplo, há cerca de 150 pessoas aguardando processo de desinstitucionalização no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, com chances de que várias dessas pessoas sejam novos moradores de SRT em algum momento.

Após a chegada do novo morador na casa, efetivamente o processo de reabilitação psicossocial se inicia para ele, pautado na inclusão social e emancipação pessoal. Essa experiência não é apenas a frase acima, ao contrário, há um distanciamento entre a idealização da legislação e a experiência única de cada sujeito nesse processo. Este novo lar tem muitas inquietações, preocupações, desejos e processos a serem superados.

Para Amorim e Dimenstein (2009, p.196) a perspectiva da desinstitucionalização é compreendida como uma “desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental.”. Assim, desinstitucionalizar constitui-se como um desafio constante no dia a dia de um SRT, buscando para além da retirada dos muros físicos, a construção de novas realidades, novas possibilidades, orientadas sempre de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada sujeito, construção esta que não pertence a um dito saber preestabelecido, mas é construída no dia-a-dia, podendo ser desenvolvida pelos moradores, pela equipe, pela família.

Diante de tal fenômeno, considera-se importante identificar os percursos da desinstitucionalização de moradores do SRT, na perspectiva do PTS. Uma das articulações do Programa de Desinstitucionalização está pautada na elaboração de PTS e na vinculação de recursos, instituições e pontos de atenção da RAPS no território em consonância com a reabilitação psicossocial. O uso do PTS é estabelecido na Portaria GM nº 106/00, que prevê

seus princípios e diretrizes. Frente ao trabalho proposto, ressalta-se: a ampliação da inserção social; consonância aos princípios da reabilitação psicossocial; garantir a cidadania dentre outros (BRASIL, 2000). O PTS deve buscar de forma peculiar a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade, sem abandono ou exclusão.

A Linha Guia de Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006, p. 146) enfatiza o eixo de condução do PTS por meio da retomada de voz e poder de decisão do usuário, considerando sua dimensão subjetiva e a construção de laços sociais. Para tal, se refere à possibilidade de convívio da pessoa em sofrimento mental com demais membros da sociedade, por meio da circulação e da ocupação dos espaços sociais.

Campos (2000) descreve a concepção que o PTS adota: o “formato de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade”, compreendendo ainda a participação dos atores sociais (usuário/equipe/familiar). O mesmo autor ainda afirma que o PTS é uma ferramenta, que considera um conjunto de propostas e condutas articuladas para um sujeito ou coletivo (CAMPOS, 2007).

A Política de Humanização do SUS ainda define que o PTS deve ser elaborado e executado com a participação de toda a equipe e dos próprios usuários, ser flexível e ter metas claras e estabelecidas, conforme a avaliação dos resultados alcançados; ter como objetivos o aumento do conhecimento do paciente sobre os seus problemas, a sua autonomia afetiva, material e social (BRASIL, 2007).

Sendo assim, a elaboração do PTS no SRT deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. São princípios e diretrizes dos PTS em SRT:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva de sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção social, no trabalho, de mobilização de recursos comunitários de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (PORTARIA MINISTERIAL MS nº 106 de 11 de fevereiro de 2000).

Em concordância aos princípios e diretrizes expostos, Rabello (2014) dispõe sobre o PTS nas SRTs, destacando o processo de desinstitucionalização prioritariamente baseado no

modelo assistencial da reabilitação psicossocial e com objetivo central da construção progressiva da autonomia e ampliação da inserção social dos usuários.

Entretanto, como se dá a desinstitucionalização dos novos moradores de SRT? Como os novos moradores percebem a transição em suas vidas após a ida para o SRT? Quais ações específicas constam nos PTS dos novos moradores? Quais elementos estão contemplados no PTS? O perfil dos novos moradores tem impacto no PTS ou na inclusão social? Como os supervisores compreendem as potencialidades e desafios da ferramenta do PTS?

Espera-se que a reflexão sobre a reabilitação psicossocial por meio do PTS de novos moradores de SRT contribua para práticas em saúde, principalmente na assistência do modelo de serviços substitutivos. Para tal, esse estudo pretende identificar e analisar as ações e estratégias do PTS de novos moradores de SRT.

1.1 Fundamentação Teórica

1.1.1 Reabilitação Psicossocial: Processo? Modelo? Abordagem? Conceito?

Mediante discussão das práticas de desinstitucionalização na atualidade, Saraceno (2001), propõe que a reabilitação psicossocial deva ser um processo de reconstrução e de exercício pleno da cidadania. Para o mesmo autor, alguns eixos norteiam esse processo, e cabe ser ressaltado que o objetivo principal é restituir ao sujeito com transtorno mental seu poder contratual pautado em aspectos centrais como o morar/habitar, a rede social e trabalho com valor social.

Para Pitta (1996), a reabilitação psicossocial é considerada como uma exigência ética, como um processo que facilita ao usuário a melhor reestruturação de autonomia de suas funções na comunidade. Nesse sentido, para que sejam realizadas ações significativas no âmbito da saúde mental, garantindo protagonismo e participação ao usuário, faz-se fundamental que os preceitos da inclusão social caminhem lado a lado.

A reabilitação psicossocial ainda pode ser definida como uma tecnologia de cuidado para os usuários de serviços de saúde mental que “busca resgatar a potencialidade de produção de comunicação, relações e vínculos” (KANTORSKI *et al.*, 2006).

A garantia de condições para a qualificação da moradia em seus múltiplos aspectos é posta na reabilitação psicossocial na perspectiva de Saraceno (2001), onde o caráter do morar/habitar “estaria ligado às condições tanto materiais quanto de acolhida e de apropriação

da moradia e do ambiente doméstico”. Essa moradia configura o espaço real da casa e a forma que o sujeito se estabelece como habitante no seu cotidiano.

Ressalta-se ainda que o processo de morar pode proporcionar a ampliação de redes sociais do sujeito chegando até o envolvimento do trabalho ou produção. Entretanto, diferenciar o estar no morar, tange ao grau de ocupar o espaço, mesmo que sem apropriação. Esse estudo assume o eixo morar/habitar considerando SRT como parte do processo de inclusão de moradores via reabilitação psicossocial.

Considerando o território como base do trabalho em reabilitação psicossocial, tanto o reconhecimento como a interpretação e busca de solução das problemáticas, usam do território enquanto espaço e seus elementos desse processo. Melman (1992) endossa que para constituição da cidadania, a participação social e política deve ser uma realidade permanente da população assistida.

Os contextos sociais – família, comunidade, trabalho e demais, são espaços de negociação para o sujeito. Com isso, considerando a ideia da cidadania pela Reabilitação Psicossocial como um direito da pessoa, desloca-se da lógica de adaptação da pessoa a comunidade. E a clínica ampliada ampara a prática capaz de expandir o tratamento a uma lógica “que privilegia os direitos sociais, políticos, a ética, a acessibilidade e o aumento da contratualidade da pessoa com sofrimento mental no seu contexto social” (COSTA; ALMEIDA; ASSIS, 2015).

No processo da Reabilitação Psicossocial as estratégias devem favorecer a “abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente” (SARACENO, 2001, p. 112). Para tal, a comunidade na qual se encontra o serviço é considerada como “fonte inexaurível de recursos existentes e potenciais, tanto humanos quanto materiais” (SARACENO, 2001, p. 101).

Esta operação passa a inserir o sujeito no contexto social, socioeconômico e cultural tornando possível a criação de projetos de vida no território. Marcos (2004) descreve a dimensão territorial como inegociável, sendo este o ponto de partida para o resgate da cidadania, uma vez que:

A casa fica em uma rua, que fica em um bairro, que fica em uma cidade. Seus futuros moradores serão moradores da rua, do bairro, da cidade e habitarão esses lugares, errarão por esses espaços, tendo um lugar feito para eles, abrigo que é um ponto de partida e um ponto de chegada. A reinserção psicossocial passa por essa ocupação/apropriação da casa e da cidade. Não mais confinados ao hospital, essas pessoas precisarão reconquistar a casa, espaço doméstico, mas também a rua, espaço público (MARCOS, 2004, p. 184).

Estas estratégias previstas na Reabilitação Psicossocial consideram a pessoa em sofrimento psíquico em sua integralidade, onde aspectos da singularidade e subjetividade são previstos. Saraceno (2001) ainda afirma que a Reabilitação Psicossocial é necessária e uma exigência ética, reforçando a definição como: “processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários:

- a) morar/habitar;
- b) rede social;
- c) trabalho com valor social.

O eixo habitar, na perspectiva da inclusão, é o que nos interessa focar via processo de desinstitucionalização, compreendendo as noções de casa e habitar. A noção de casa se refere ao espaço físico concreto e a noção de habitar ao envolvimento afetivo e de apropriação do indivíduo em relação a esse espaço. Assim, o processo de reabilitação deve trabalhar com essas duas noções, as quais devem ser separadas em nível teórico para a compreensão de que “as funções da reabilitação aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar”, e unidas no nível prático da intervenção.

Essa articulação permite que os pressupostos da Reabilitação Psicossocial apoiem a realidade e o cotidiano das pessoas com transtorno mental, de modo que a autonomia e o poder de escolha sejam considerados no contexto social, sugerindo que as atividades de inclusão ou apropriação social sejam significantes e respeitem suas particularidades. O objetivo quando se propõe todas essas transformações são para que o sujeito se efetive como agente transformador do seu contexto social.

Como referencial teórico para amparar o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizado a Reabilitação Psicossocial, na perspectiva de Benedetto Saraceno, que o considera como uma estratégia para que o indivíduo recupere sua capacidade e potencialidade com objetivo de resgate do papel de cidadão (SARACENO, 2001).

1.2 Revisão Literatura

A temática da pesquisa foi se desenhando mais direcionada pela vivência prática da autora, entretanto é pertinente uma revisão da literatura nacional e internacional para avaliação dos achados. Essa revisão deu-se a partir dos descritores delimitados pelo estudo - “projeto terapêutico singular” e/ou “serviço residencial terapêutico”, com busca efetuada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O objetivo é localizar quais temáticas se

relacionam com as interlocuções desta pesquisa, quais temáticas mais discutidas e quais achados da atualidade.

O parâmetro cronológico foi considerado os últimos 5 anos - 2017 a 2021, com intuito de evidenciar a produção mais recente sobre o tema em artigos e teses. A fonte de levantamento foi definida pelo Portal de Periódicos Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo. O parâmetro linguístico foi estabelecido com as produções em português e inglês, pretendendo debruçar sobre as produções cujas temáticas estivessem interligadas com este estudo.

Justifica-se que na base de dados Scielo a combinação na busca avançada não gerou respostas, devido esse motivo as buscas foram realizadas individualmente, sendo “Serviço Residencial Terapêutico” (2 resultados entre 2017-2021) e “Projeto Terapêutico Singular” (21 resultados entre 2017/2021). Os estudos específicos sobre SRT são dos mesmos autores que buscam retratar a compreensão dos moradores sobre saúde (MASSA; MOREIRA, 2021), e a perspectiva da desinstitucionalização no cotidiano de moradores (MASSA; MOREIRA, 2019). Dos resultados sobre a temática do PTS, as maiores partes dos estudos competem a assuntos relacionados ao CAPS - adulto, infanto-juvenil ou álcool e drogas; outros estudos se inclinam para atenção básica, atenção domiciliar e apoio matricial, e por fim alguns relatos de experiência são apontados na perspectiva da prática profissional da enfermagem. Para tal, nenhum dos achados alcançou o objetivo da busca de associar PTS a temática do SRT.

No Portal de Periódico da CAPES a busca com “Projeto Terapêutico Singular” e “Serviço Residencial Terapêutico” não forneceu respostas. Por isso a decisão de associar na busca avançada “Projeto Terapêutico Singular” e o descritor “desinstitucionalização” buscando refinar os achados que culminaram em 4 resultados sendo que 1 era repetido podendo-se considerar 3 achados. Dentre eles, os estudos de Kinker e Imbrizi (2019) e Paula, Oliveira e Abreu (2017) retratam intervenções compatíveis com a lógica do PTS, na perspectiva dos grupos/oficinas terapêuticas. O outro artigo é uma revisão integrativa sobre o processo de trabalho dos profissionais do CAPS (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018) e faz leitura do PTS com grande volume de citação na pesquisa evidenciando sua importância como norteador da assistência e desdobrando nos desafios de construção, avaliação principalmente com contribuição dos familiares e dos usuários.

Em complementação, a base de dados BVS foi a que conseguiu alcançar a busca avançada entre os descritores “Projeto Terapêutico Singular” e “Serviço Residencial Terapêutico” considerando título/resumo/assunto no período de 2017-2021 com 14 resultados, sendo eles 7 artigos em português, 3 artigos em português/inglês e 4 teses. Entretanto mais

uma vez não houve evidência da especificidade do SRT nos estudos. Com essa lacuna da busca, houve a decisão de tabular os achados buscando então uma triangulação de elementos pautados do PTS dos estudos que pudesse contribuir com a concepção do SRT em concordância fundamentação teórica da Reabilitação Psicossocial. Todos os resumos foram lidos buscando compreender os conteúdos pesquisados, tabulados e descritos no quadro abaixo:

Quadro 1 - Relação dos achados e relação com PTS.

TÍTULO	AUTORES E ANO DE PUBLICAÇÃO	EIXO CENTRAL RELACIONADO AO PTS
Protagonismo do usuário na assistência em saúde mental: uma pesquisa em base de dados.	BOSSATO, H. R. <i>et al.</i> (2021)	Concepções e ações sobre o protagonismo do usuário.
A construção do Projeto Terapêutico Singular com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: a perspectiva de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial III adulto.	RIBEIRO, T. N. (2021)	Elementos da construção do PTS na fala de profissionais.
Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial.	SILVA, N. S. <i>et al.</i> (2020)	Operacionalização do PTS pelos profissionais.
Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção.	BUSTAMANTE, V. <i>et al.</i> (2020)	PTS pactuado como indicador de avaliação.
Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários.	FAVERO, C. P. <i>et al.</i> (2019)	Intervenção potencializando o PTS.
Projeto terapêutico singular: entre a prática clínica e o cuidado ofertado em três centros de atenção psicossocial de um município de São Paulo.	DIAZ, F. A. (2019)	Organização e planejamento do cuidado.
O "singular" do projeto terapêutico: (im) possibilidades de construções no CAPSi.	SILVA, J. R. <i>et al.</i> (2019)	O singular, o desejo e a construção do PTS.
Nursing Appointment in Mental Health: experience of nurses of the network.(*)	ALMEIDA, P. A.; MAZZAIA, M. C. (2018)	Desconhecimento do PTS como processo de trabalho.
Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. (*)(**)	PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. (2018)	Apresentou o PTS como desfecho em dissonância a desinstitucionalização.
Cuidado de enfermagem na perspectiva do sujeito do inconsciente e sua contribuição ao Projeto Terapêutico Singular. (*)	PINTOR, L. A.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. (2018)	Cuidado em enfermagem como contribuição ao PTS.
Percepção fenomenológica dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): vivências e desafios da prática em saúde mental.	MORAES, P. L. M. (2018)	Construção interdisciplinar do PTS.
A importância da história de vida na (re)-construção do projeto terapêutico singular para pacientes em sofrimento psíquico em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD.	LIMA, T. D. S. (2018)	História de vida como elemento primordial na construção do PTS.

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: * artigo em português e inglês; ** artigo em português e inglês e já citado na outra busca

Dentre os achados citados acima é possível refletir o quanto o PTS ainda é um tema pertinente dos dispositivos substitutivos da rede de saúde mental de forma geral. Mas como já dito, o CAPS se destaca em se debruçar e favorecer o enriquecimento de conhecimento e críticas do tema. Muitos questionamentos reverberam na construção e processo do PTS, como ele se acontece, quais os participantes e quais estratégias utilizadas. E as respostas são múltiplas e dinâmicas considerando a singularidade e história de vida do usuário, do serviço, do profissional e do território. É destacado o protagonismo e autonomia do usuário, assim como a importância participação da família. Entretanto foi apontada a necessidade de melhor sistematização, qualificação e prioridade do indicador PTS no processo de trabalho de todas as categorias profissionais envolvidas no serviço buscado, a fim de fomentarem maiores evidências e eficácia do PTS nos dispositivos.

Conclui-se que a revisão de literatura encontrou estudos sobre saúde mental, projeto terapêutico singular, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial em diversos cenários, a saber: CAPS adulto e infantojuvenil, Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), contexto familiar, serviços de abordagem para Álcool e outras Drogas, matriciamento na rede SUS e até mesmo gestão autônoma de medicação. Sabe-se da existência de muitas evidências da importância e facetas do PTS nos serviços substitutivos da Rede de Saúde Mental, dúvidas e questionamentos críticos também fazem parte de alguns estudos científicos. Saliento mais uma vez, que o enfoque no PTS de moradores de SRT é pouco evidenciado o que pode corroborar para importância deste estudo.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar as ações registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores do Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte.

2.1 Objetivo Específico

- 1) Descrever o perfil dos novos moradores de SRT de BH;
- 2) Refletir sobre o PTS na inclusão social dos novos moradores de SRT pela perspectiva do supervisor da SRT;
- 3) Conhecer a experiência da transição dos novos moradores para o SRT.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva exploratória. Sampieri, Collado e Lúcio (2006) afirmam que a pesquisa exploratória aborda um tema pouco estudado, e a pesquisa descritiva apresenta propriedades e características específicas importantes do fenômeno analisado.

Em conformidade com o objetivo deste estudo, Minayo, Diniz e Gomes (2016), referem que a pesquisa qualitativa permite apreender os mais diferentes aspectos das visões dos sujeitos, considerando os significados, as narrativas, os valores, as crenças e as atitudes. Esse conjunto de aspectos é o que permite suportar a complexidade humana e auxiliar a inventar possibilidades mais autônomas de existir e conviver.

Creswell (2014) afirma que na pesquisa qualitativa, os dados são representativos pelo conjunto de práticas do fenômeno em questão, no seu contexto natural, sendo assim o alvo e ponto fundamental de busca por compreensão do pesquisador.

Pretende-se neste estudo, considerar uma análise baseada nas perspectivas da reabilitação psicossocial, de forma acolhedora e compreensiva dos sujeitos e suas implicações.

3.1 População do Estudo

Foram considerados elegíveis como participantes deste estudo os nomeados novos moradores de SRT, inseridos no SRT a partir de 2016 até o período da coleta de dados deste estudo, que foi finalizada em março de 2021, quando haviam 33 novos moradores inseridos no SRT de Belo Horizonte, conforme levantamento de dados junto a gestão do serviço.

Como critérios de inclusão para participação dos novos moradores, considerou-se:

- a) Estar residindo em SRT de BH e ter sido inserido no serviço via Equipe de Desinstitucionalização;
- b) Concordar em participar do estudo, não sendo curatelado, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – online;
- c) Caso o morador fosse curatelado, o curador deveria concordar com a participação do morador, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Responsáveis Legais – TCLE-RL online, sendo que posteriormente o morador assinou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE online;

- d) Ter a capacidade de verbalização oral e de audição preservados.

Também foram contemplados como participantes no estudo os supervisores contratados para supervisão em SRT de Belo Horizonte no qual novos moradores foram inseridos às residências. Os supervisores responsáveis pelo acompanhamento dos 33 novos moradores eram, na época da coleta de dados, em um total de 14 profissionais.

Como critérios de inclusão para participação dos supervisores, considerou-se:

- a) Estar contratado e executar a supervisão em SRT com novo morador;
- b) Concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – online;
- c) Não ser pesquisadora neste estudo.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Serviço Residencial Terapêutico do município de Belo Horizonte/MG, considerado dispositivo integrante da RAPS. Em 2016, após dois anos de processo de desinstitucionalização da extinta Clínica Serra Verde, a última SRT de BH foi inaugurada, completando o número de 34 existentes. Desde então o município não dispõe mais de leitos municipais com financiamento SUS em hospitais psiquiátricos, o que pode ser considerado um marco histórico na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, há leitos de hospital psiquiátrico em Belo Horizonte que são gerenciados pela gestão Estadual, bem como em outras regiões do estado.

Nos últimos anos de trabalho da pesquisadora no SRT foi observado um crescente número de óbitos dos moradores em decorrência do processo de envelhecimento, associado à comorbidades clínicas ou mesmo devido às múltiplas condicionantes relacionadas à cronicidade causada pela vivência prolongada no manicômio. Em decorrência desses casos, algumas casas vivenciaram a redução gradativa do número de moradores de 10 para seis ou sete, por exemplo, e novos moradores foram incluídos neste cenário.

3.3 Procedimentos para Coleta de Dados

3.3.1 Contextualização

Diante do cenário de pandemia e as orientações pelas Notas Técnicas COVID-19 nº009/2020 e nº036/2020 emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, indicando o isolamento social como medida preventiva de contaminação aos moradores de SRT, considerou-se a coleta de dados online como uma estratégia que assegurou o cuidado com todos envolvidos na pesquisa.

Os moradores vinham se ambientando com o uso do recurso digital desde o mês de março 2020 devido pandemia da COVID-19 e medidas epidemiológicas do município, e os supervisores e estagiários do SRT vinham trabalhando parcialmente de forma online e garantindo a manutenção do vínculo com os moradores, dentre outros recursos, via chamada telefônica e de vídeo.

A resposta e adaptação dos moradores as tecnologias e a essa forma de contato, segundo relato da equipe de cuidadores do serviço que se manteve presencialmente em tempo integral mesmo no início da pandemia, vinham sendo positiva, o que viabilizou o uso de ferramentas digitais para a coleta de dados dessa pesquisa, optando-se pela modalidade online, por meio de diversas plataformas disponíveis, como: Google Forms[®], Whatsapp[®] e Google Meet[®].

Vale ressaltar que nos tempos atuais, a Revolução Digital é responsável por uma nova organização da vida em rede, tecnologia, globalização, mobilidade, e formas de relacionar, e diante desse contexto, o cenário das pesquisas passa por transformações, incluindo as áreas de ciências sociais e humanas (JODELET, 2003). Segundo Flick (2009), o uso de técnicas como entrevista online tem crescido, e pequenas modificações são adequadas para que esse método seja aplicado.

Freitas e colaboradores (2004), apontam inúmeros benefícios do uso de ferramentas digitais à pesquisa, considerando a técnica e tecnologia adequadas, como a dinamicidade e agilidade na realização de testes e divulgação dos resultados aos participantes. Mann e Stewart (2000) apontam o aspecto relevante na comunicação virtual, sobre assuntos que são de difícil discussão presencialmente, praticidade, redução de custos e uso do recurso tempo, facilidade no acesso aos dados coletados, e o anonimato.

A coleta de dados desse estudo foi viabilizada por meio virtual, e contou com suporte dos profissionais do SRT, quer seja supervisor, cuidador ou estagiário para que o acesso aos participantes fosse garantido.

3.3.2 A Coleta

Os dados foram coletados no período de novembro/2020 a março/2021 com os novos moradores e respectivos supervisores que acompanham a inserção dos mesmos no SRT. O processo deu-se em comunicação imediata com os supervisores que acompanham novos moradores, sendo que, os que aceitaram participar da pesquisa responderam o formulário com dados do perfil dos moradores e PTS (Apêndice A) e o formulário de entrevista do supervisor (Apêndice B). Posteriormente o contato direto com os novos moradores foi estabelecido para participação da entrevista on-line.

A coleta deste estudo contou com as seguintes técnicas:

- 1) Formulário (Apêndice A) referente à caracterização de perfil dos novos moradores e ações do projeto terapêutico singular;

A coleta deu-se via formulário online – (Formulários Google[®]), com preenchimento pelos respectivos supervisores que acompanhavam os novos moradores de SRT e que aceitaram participar da pesquisa. O supervisor que acompanhava mais de um morador preencheu um formulário para cada novo morador. Os dados solicitados foram informações individuais disponíveis no Relatório de Desinstitucionalização e registrados no período entre 2016 e 2021.

O formulário foi disponibilizado aos supervisores via mensagem no Whatsapp[®] com todas as orientações sobre a pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido foi disponibilizado também pelos Formulários Google[®] e foi assinado virtualmente. O tempo para preenchimento do formulário foi de 10 a 15 minutos.

- 2) Formulário (Apêndice B) – Reflexão sobre o PTS na inclusão social dos novos moradores de SRT;

Os supervisores responderam a uma entrevista online padronizada, elaborada pelas pesquisadoras para esta pesquisa, que continha perguntas abertas, disponibilizada Formulários Google[®], acerca da temática do processo de inclusão social por meio do PTS de novos moradores de SRT. Ainda foi perguntado sobre a formação profissional e tempo no trabalho, como informações complementares dos supervisores. Foi respondido um

formulário por profissional supervisor que acompanha novos moradores. O termo de consentimento livre e esclarecido foi disponibilizado também pelos Formulários Google® e foi assinado virtualmente. O tempo para preenchimento do formulário foi de 10 a 15 minutos.

3) Entrevista aberta com os novos moradores de SRT via formato online.

Por fim, os novos moradores de SRT foram convidados a uma entrevista não padronizada no ambiente online, utilizando-se de dispositivos de chamada de vídeo ou áudio, na qual eles foram convidados a compartilhar sobre a experiência de transição de morar antes/após a Residência Terapêutica. Foi disponibilizado um vídeo de apresentação da pesquisadora aos entrevistados.

A descrição proposta na entrevista, buscou compreender qual a percepção dos participantes acerca das mudanças/ou não ocorridas em suas vidas, e se a inclusão pelo morar e aspectos do PTS são refletidos em algum aspecto. As entrevistas ocorreram em dias e horários combinados previamente, respeitando a disponibilidade do morador e do profissional que acompanhou.

A junção de informações oriundas de diferentes fontes visou apreender melhor sobre a temática, complementando as informações, como uma “colcha de retalhos”, onde as reflexões costuradas formam uma visão sobre o tema de estudo (DENZIN; LINCOLN, 2006). Esse aprofundamento na coleta de dados na caracterização qualitativa endossa o cuidado neste processo com cada uma das fontes de informações.

3.3.3 Os Participantes

Minayo (2017) aponta que os participantes de um estudo, - individual ou grupo, devem se articular com a dimensão da pergunta na pesquisa qualitativa. A mesma autora reforça que há uma preocupação com o aprofundamento e diversidade do fenômeno que se propõe estudar, e que o fator numérico dos participantes pode ser delimitado pela dimensão da escolha (MINAYO, 2017).

Diante da dinâmica do serviço e principalmente dos processos de desinstitucionalização, para localizar a seleção dos participantes do estudo, foi necessário fazer contato individual com todos os 21 supervisores das 34 SRTs de Belo Horizonte, para confirmação da chegada de novos moradores até o período da coleta de dados. Ao fim dos contatos, via ligação telefônica ou mensagem de WhatsApp®, o levantamento correspondeu

ao número de 33 novos moradores de SRT incluídos até março de 2021, e respectivos 14 supervisores que acompanham essa população que são o público-alvo convidados a participar desta pesquisa.

3.4 Procedimentos Éticos

Em respeito às questões éticas, primeiramente, foi conduzida uma apresentação do projeto à gestão do serviço, estando presentes as referências técnicas da Gerência Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte.

Ressalta-se que toda participação na pesquisa, quer fosse de morador ou de supervisor, estava vinculada à concordância ou recusa, via assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os participantes foram contatados inicialmente via Whatsapp® ou telefone. O link para acesso aos termos foi enviado via e-mail ou Whatsapp®, sendo:

- 1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - para participante supervisor, e formulário de coleta de dados dos moradores e entrevista do supervisor (ANEXO A).
- 2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - para participante morador não curatelado, e acesso para agendamento da entrevista (ANEXO B).
- 3) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - responsável legal, e acesso para agendamento da entrevista (ANEXO C).
- 4) Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - para participante morador curatelado, e acesso para agendamento da entrevista (ANEXO D).

Diante da particularidade de moradores curatelados judicialmente, fez-se necessária prévia autorização do curador via Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Responsável Legal (TCLE-RL) para que posteriormente o morador curatelado assinasse o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE), caso concordasse em participar da entrevista. Somente após assinatura e aceite do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, a coleta foi iniciada.

O sigilo das informações será garantido segundo orientações e normativas pelo CEP/CONEP com seres humanos, pautados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, sendo que o estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob o CAAE de nº 35830820.2.0000.5154 (ANEXO E). Salienta-se que as imagens das

entrevistas dos moradores não foram usadas. Todo armazenamento referente à coleta de dados, quer seja os termos, entrevistas via formulários ou gravação de vídeo chamadas, se deu via nuvem de dados em e-mail criado especificamente para arquivamento e coleta da pesquisa, por julgamento de tempo necessário à análise e publicação da pesquisa.

Os entrevistados não receberam nenhum benefício financeiro para participar da pesquisa e tiveram a autonomia de decidir sobre a participação ou não orientados que poderiam se retirar a qualquer momento, mesmo que houvessem aceitado.

3.5 Procedimentos para Análise de Dados

A abordagem qualitativa foi utilizada no estudo para todas as análises objetivas, e as informações colhidas foram analisadas por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2010). A análise citada foi aplicada de forma descritiva, conforme objetivo de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa e com a investigação do entrevistador.

Como o estudo apresentou a coleta de dados documentais – relatório de desinstitucionalização (TCUD – ANEXO F), a análise documental operou como classificação e ordenação das informações como uma das técnicas de análise de conteúdo (BARDIN, 1977, p. 46). Observa-se que ainda se faz necessário, novas conexões, relações e propor interpretações que viabilizem uma discussão mais aprofundada do assunto em foco.

Retomando a perspectiva qualitativa da análise de conteúdo Minayo e Gomes (2008, p. 307) observa que:

Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critérios de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda.

Na atualidade, a análise de conteúdo é definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas, - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos, - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência (BARDIN, 2011, p.15).

Norteadas pela abordagem de Bardin (2010) as seguintes etapas foram consideradas:

- 1) Pré-análise – dedica-se em organizar os materiais coletados;

Mediante a organização inicial, o trabalho se baseou na leitura fluente do material, buscando selecionar os documentos que seriam analisados a posteriori. O corpo do material elencado se baseará na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos dados. Para finalização desta etapa de preparação do material, se faz necessário ainda formular hipóteses e objetivos.

2) Exploração do material – acontece a codificação e categorização das informações coletas;

No que diz respeito à codificação, usou-se da estratégia de recortes das unidades de registro e de contexto. Como características considerou-se: palavras, tema, objeto, acontecimento ou documento, pertinência. A enumeração foi orientada seguindo o mesmo raciocínio acima. Os atributos contemplaram: a presença ou ausência, frequência, intensidade, direção e ordem. Posteriormente a categorização foi concluída, seguindo critérios: semânticos, sintáticos, léxico ou expressivo.

3) Tratamento dos resultados e interpretação: a inferência é considerada uma interpretação controlada e dar-se-á nesta etapa.

Bardin (1977, p.133) afirma que os elementos da comunicação clássica são os constitutivos para apoio dessa etapa, a saber: o emissor, o receptor – quer seja indivíduo ou grupo, a mensagem (significação e código) e o canal pelo qual a mensagem foi enviada.

Os dados foram organizados em planilhas do Excel[®] de acordo com cada categoria de temática/pergunta. Assim, foi possível comparar os dados obtidos em coleta.

As entrevistas dos moradores foram transcritas na íntegra em parceria com um aluno da iniciação científica, do Núcleo de Estudo e Pesquisas em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (NEPSMAD), coordenado pela orientadora deste estudo que foi capacitado para execução da tarefa. Posteriormente as transcrições foram conferidas, e após foram feitas leitura e releitura de verificação pela mestranda.

A elaboração das categorias temáticas e discussão está alicerçada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e no marco conceitual da Reabilitação Psicossocial. Primeiramente foi apresentada uma caracterização do perfil da população, em seguida aprofundamento na temática do projeto terapêutico singular dos novos moradores e reflexões sob a perspectiva dos supervisores, e como finalização foram analisadas as entrevistas dos moradores no panorama da transição da desinstitucionalização na inclusão pelo morar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

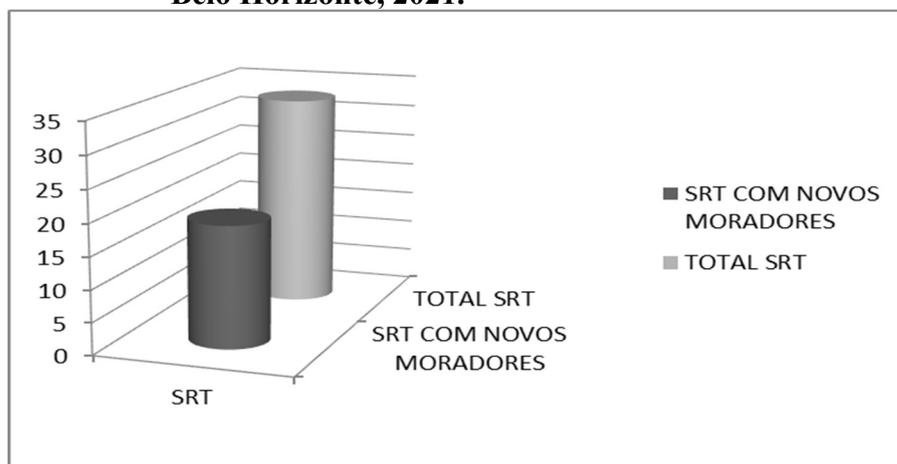
Considera-se que a construção obtida na coleta de dados é coletiva, sendo parte fundamental para elaboração teórico acadêmica da temática, de forma crítica e reflexiva, para enriquecimento da prática em atenção à saúde mental. Sendo assim, o processo da coleta de dados, dos 14 supervisores que acompanham novos moradores, 8 aceitaram participar da pesquisa e contemplaram com que 19 dos 33 moradores fossem considerados. Não houve justificativa para recusa de participação, e foi respeitado o direito dos não participantes. Dos 19 moradores que tiveram seus dados informados no estudo, 7 aceitaram participar da entrevista on-line.

Sendo assim, a amostra do estudo se resume:

- Perfil e PTS referente a 19 novos moradores;
- Impressões de 8 supervisores que acompanham novos moradores;
- E, 7 novos moradores entrevistados no formato on-line.

Resumidamente a coleta alcançou em média 50% da amostra inicial. Sendo que os supervisores participantes representam cerca de 57% dos que acompanham novos moradores. Os novos moradores com perfil e PTS informados também representam 57% em relação ao quantitativo de 33 usuários incluídos. Entretanto, os novos moradores entrevistados representam 36% em relação aos 19 que estão participando das informações de perfil e PTS. Das 34 SRTs do município, os 19 novos moradores do estudo, estão inseridos em uma ocupação de 57,5% das casas em funcionamento conforme representado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição de novos moradores pela SRT de Belo Horizonte, 2021.



Fonte: dados da pesquisa.

A regional que concentrava o maior número de novos moradores era a Noroeste. Já a regional Pampulha era a que mais apresentava casas com novos moradores, todas as casas da regional tinham pelo menos um novo morador inserido. As regionais Nordeste e Barreiro apresentavam somente uma casa com novos moradores, respectivamente, o que indica que o número de novos moradores descrito estava alocado na mesma casa. A regional Centro-sul não possuía SRT. Durante o processo de coleta de dados dois moradores vieram a óbito, e outros quatro foram desinstitucionalizados e os dados que já haviam sido coletados foram considerados.

Tabela 1 - Distribuição de SRTs com novos moradores e números de novos moradores por regional de Belo Horizonte em 2021.

REGIONAL	SRT COM NOVOS MORADORES	NÚMERO DE NOVOS MORADORES
Venda Nova	3	7
Norte	3	4
Pampulha	4	6
Noroeste	3	8
Nordeste	1	2
Leste	2	2
Oeste	2	3
Barreiro	1	1
Centro-sul	-	-

Fonte: dados da pesquisa.

A regional Noroeste e a regional Pampulha concentram mais novos moradores, também concentram o maior número de supervisores assistindo às SRTs – três em cada. Os supervisores descritos acompanham até três novos moradores em suas casas de referência. O suporte ofertado pelo supervisor é distribuído em 2 SRT, que não necessariamente se localizam na mesma regional, como por exemplo, na regional Oeste que o mesmo supervisor acompanha 3 novos moradores, mas que não estão na mesma SRT.

Tabela 2 - Distribuição de novos moradores e de supervisores acompanhando novos moradores por regional de Belo Horizonte em 2021.

REGIONAL	NÚMERO DE NOVOS MORADORES	NÚMERO DE SUPERVISORES
Venda Nova	7	2
Norte	4	1
Pampulha	6	3
Noroeste	8	3
Nordeste	2	1
Leste	2	2
Oeste	3	1
Barreiro	1	1
Centro-sul	-	-

Fonte: dados da pesquisa.

4.1 Perfil dos Novos Moradores de SRT de BH

Constituíram-se participantes desse estudo 19 novos moradores, sendo em sua maioria, do sexo masculino, e uma do sexo feminino. Geralmente as casas recebem moradores de ambos os sexos, mas buscam preservar a privacidade nos quartos, agrupando-os pelo sexo ou mantendo quartos individuais. Existem casas em que todos os moradores são homens, mas não há um pré-requisito para que isso aconteça, preza-se pela configuração que considere principalmente o vínculo e singularidade dos moradores.

Quanto ao estado civil, a maioria dos moradores eram solteiros (17), um separado e um casado. Uma parcela importante dos moradores é natural de Belo Horizonte (nove), seis de cidades do interior de Minas Gerais, três de outros Estados e um morador não tem sua naturalidade conhecida. Esses moradores oriundos de outras cidades e estados podem ter ligação com a localização do hospital psiquiátrico que estavam internados.

A faixa etária dos moradores variou entre 31 e 68 anos, sendo a média de idade dos participantes de 52 anos. Comumente, os residentes do SRT são identificados como população idosa, inclusive aproximando o cotidiano e estrutura do serviço à de uma Instituição de Longa Permanência (ILPI), direcionada ao cuidado e atenção da população idosa. Cabe ressaltar que o SRT acolhe pessoas adultas, como característica imprescindível o tempo mínimo de longa internação de um ano.

Quanto à escolaridade, o ensino médio completo foi o nível máximo de escolaridade dos entrevistados. Alguns moradores não possuíam registro a respeito deste item. Mas, a maioria dispõe apenas do ensino fundamental incompleto. O baixo nível de escolaridade pode representar um gargalo para o serviço futuramente, quando se pensa em necessidades civis básicas a esses moradores, – como uma autorização para uma cirurgia, uma abertura de conta em banco, ou uma troca de documentos, o fato de não assinar, pode ser indicada a necessidade de um curador.

Todos os participantes apresentavam alguma doença crônica, como hipertensão, diabetes (pré-diabetes e hiperglicemia), tabagismo, epilepsia e doenças respiratórias (DPOC e asma). Outros quadros de comorbidades informados foram: cardiopatia, neurosífilis, AVC, SNM, hérnia, tuberculose, insuficiência renal, aneurisma, baixa visão, e gota.

A esquizofrenia (CID-10: F20.0) é considerada uma das dez maiores causas de incapacitação em longo prazo e está entre os problemas que geram maior sobrecarga e custos para o sistema de saúde (RÖSSLER *et al.*, 2005). Frequentemente os pacientes apresentam perdas de habilidades para o autocuidado, atividades de trabalho e lazer, relacionamentos

familiares e sociais e para a vida independente na comunidade (ALPTEKIN *et al.* 2005). O Quadro-2 abaixo exemplifica a diversidade de diagnósticos da população do estudo para além da esquizofrenia:

Quadro 2 - Variações de diagnóstico dos moradores participantes em 2021.

CID	Nomeação
F72	Retardo mental grave
F72.1	Retardo mental leve
A52.3	Neurosífilis não especificada
G40	Epilepsia
F03	Demência não especificada
F09	Transtorno mental orgânico
F20.5	Esquizofrenia residual
F29	Psicose não orgânica não especificada
F60.2	Personalidade dissocial

Fonte: dados da pesquisa.

Percebe-se que em alguns moradores a comorbidade está associada ao diagnóstico principal, como na epilepsia e na neurosífilis, e não tendo o diagnóstico específico do campo da saúde mental como elementar.

Os novos moradores são assistidos pela rede SUS, especificamente pela atenção básica na vinculação do Centro de Saúde de referência territorial. Alinhado a isso, outras estratégias do cuidado psicossocial na residência se dão via gestão das referências técnicas de saúde mental associada a outras articulações necessárias à assistência dos moradores. Os achados também apontam que alguns moradores eram acompanhados no Cersam, estabelecendo um vínculo pontual. Cita-se ainda o atendimento na rede especializada em saúde para alguns desses moradores.

O tempo de internação psiquiátrica identificada no histórico dos moradores variou de dois a 50 anos. Isso indica que a lógica manicomial persiste coexistindo com o modelo substitutivo, haja vista que os moradores se encontravam desinstitucionalizados recentemente, sobretudo nos hospitais de custódia. Vale lembrar que o SRT é o dispositivo que recebe os ex-pacientes de hospitais psiquiátricos, promovendo a desinstitucionalização e potencializando a progressiva redução de leitos psiquiátricos.

A diversidade institucional que antecede os novos moradores ao SRT chama atenção neste estudo. Abaixo no Quadro-3 há o detalhamento de informações da institucionalização dos moradores. Os anos foram considerados a somatória da trajetória manicomial e o local sendo o da última internação. Além das internações, são configuradas situações de abandono e vulnerabilidade social associada a internações em hospitais psiquiátricos e em serviços da RAPS.

Os locais de internação de prevalência onde vieram o maior número de moradores é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Jorge Vaz situado em Barbacena e o Centro de Apoio Médico Pericial (CAMP) situado em Ribeirão das Neves. Ambos caracterizam a alta vinculada ao alvará de soltura/desinternação condicional ou medida de segurança extinta sob administração do Estado de Minas Gerais. O primeiro está sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP) e acolhe a custódia do paciente no judiciário do Estado. Já o CAMP abriga detentos que tiveram diagnóstico comprovado de alguma doença mental, sendo da responsabilidade da Secretaria de Estado de Administração Prisional (SEAP).

O número expressivo de moradores advindos dos manicômios judiciários mostra um direcionamento do processo de desinstitucionalização da atualidade. Porém, é necessária uma crítica, pois o louco infrator sofre um duplo estigma, reforçando que o modelo de assistência em instituição total é fortemente segregador. De acordo com o estudo Desafios da Loucura Judicializada (2013), é relevante investir nas experiências que incorporam a luta antimanicomial e a execução de políticas sociais.

Quadro 3 - Relação de anos de institucionalização com o tipo e local de instituição em 2021.

Anos de institucionalização	Tipo da Instituição	Local	Município
4 anos	Hospital geral	Santa Casa de Misericórdia	Belo Horizonte
2 anos	Hospital geral	Hospital Municipal Odilon Behrens	Belo Horizonte
20 anos	Hospital Psiquiátrico	Clínica Serra Verde	Vespasiano
50 anos	Hospital Psiquiátrico	Instituto Raul Soares	Belo Horizonte
5 anos	Hospital Psiquiátrico	Hospital Galba Veloso	Belo Horizonte
27 anos	Hospital Psiquiátrico	Instituto Raul Soares	Belo Horizonte
10 anos	Hospital Psiquiátrico	Instituto Raul Soares	Belo Horizonte
10 anos	RAPS	Cersam	Belo Horizonte
23 anos	Hospital Psiquiátrico	Clínica Mantiqueira	Barbacena
8 anos	Unidade de Sistema Penal	Penitenciária Dutra Ladeira	Ribeirão das Neves
19 anos	Unidade Médico-Penal	CAMP	Ribeirão das Neves
27 anos	Hospital Psiquiátrico	Hospital Galba Veloso	Belo Horizonte
6 anos	Hospital Psiquiátrico	Hospital Galba Veloso	Belo Horizonte
16 anos	Unidade Médico-Penal	CAMP	Ribeirão das Neves
19 anos	Unidade Médico-Penal	CAMP	Ribeirão das Neves
7 anos	Unidade Médico-Penal	CAMP	Ribeirão das Neves
7 anos	Hospital de Custódia	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Jorge Vaz	Barbacena
Não informado	Unidade Médico-Penal	CAMP	Ribeirão das Neves
Não informado	Unidade Médico-Penal	CAMP	Ribeirão das Neves

Fonte: dados da pesquisa.

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais na Resolução nº 633/2010 dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ (MINAS GERAIS, 2010). O PAI-PJ é vinculado ao Programa Novos Rumos na Execução

Penal, e tem por objetivo a humanização da execução penal seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica nas disposições fundamentadas na Lei nº 10.216/2001.

A curatela é uma situação judicial encontrada por quatro moradores participantes. A partir da nomeação judicial, o nomeado curador responde a atos da vida civil. No caso desses moradores, o familiar com a responsabilidade da curatela exerce diversas atribuições, dentre elas a do repasse financeiro, ou parte dele. O curador fica de posse do cartão de benefício no morador e mediante acordo com juiz é determinado um valor que deverá ser repassado ao morador e, caso ele não tenha capacidade de gestão, deve ser repassado à supervisão do SRT para que possa usar o benefício em prol da inclusão via Reabilitação Psicossocial. Em muitos momentos a curatela acaba estabelecendo um vínculo do responsável com o morador e a casa. Dois moradores estavam com pendências na curatela, o que pode impactar num benefício bloqueado, por exemplo. A maioria dos novos moradores encontra-se sem curatela, e em concomitância essa parcela da população é a que mais se enquadra no perfil de abandono familiar. Caso futuramente esses moradores tenham necessidades de serem curatelados, o serviço se colocará num lugar de gargalo para que consiga uma pessoa apta a exercer essa função na vida desses moradores.

Considerando a cidadania, o direito ao acesso à renda pode ser uma estratégia para que haja ampliação da autonomia e qualidade de vida dos sujeitos. Dentro do contexto do SRT, é possível a aquisição do programa De Volta para Casa (PVC) e ainda a tentativa do Benefício de Prestação Continuada (BPC), a considerar a deficiência e a idade acima de 65 anos.

O PVC teve sua criação na Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, é uma importante ação, a qual garante mensalmente aos egressos de hospitais psiquiátricos, sem intermediários, um auxílio-reabilitação psicossocial por intermédio de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Esse benefício vem ao encontro de recomendações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS) para área de saúde mental e busca reverter gradativamente o modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária. De modo geral, seu objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e de estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003).

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS) é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) pago pelo Governo Federal – Lei nº 8.742/93, cuja operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. A pessoa considerada com deficiência perante o órgão deverá comprovar que a renda mensal do grupo familiar seja inferior à fração de $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, deverá também ser avaliado se a sua deficiência o incapacita para a vida independente e para o trabalho, e esta avaliação é realizada pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do INSS (BRASIL, 1993).

Três moradores participantes ainda não possuem benefício previdenciário ou assistencial financeiro. Como custos iniciais ele recebe uma bolsa desospitalização, repassada pela ONG, no valor de R\$300,00 por mês. Os demais moradores são assistidos pelo PVC, BPC ou pensão. Considerando os valores da bolsa desospitalização e do PVC (R\$412,00), observa-se que a renda mensal do morador fica abaixo de um salário-mínimo (R\$1.100,00). Não houve relato associado ao mercado de trabalho formal ou informal.

Em comparação ao estudo de Melo e colaboradores (2015), o perfil clínico e psicossocial dos moradores que estavam deixando o hospital psiquiátrico no Ceará – Brasil, dentre a variedade aspectos em comum, destaca-se a vulnerabilidade social na marca do abandono familiar e falta de algumas informações básicas. França e colaboradores (2017) define o perfil dos moradores de SRT de Recife, capital de Pernambuco, e mais uma vez elementos do afastamento familiar de documentação pessoal foram destacados. O estudo ainda detalha os anos de institucionalização que variou de 5 meses a 40 anos, com uma relação próxima aos achados dessa pesquisa, e a internação dos moradores em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico - 8,9% taxa baixa em relação aos resultados dessa pesquisa.

Um dos diferenciais investigados foi o perfil nutricional dos usuários e a relação de sintomas negativos da esquizofrenia e prejuízos na realização de AVDs, ambos com impacto significativo na funcionalidade dos moradores (MELO *et al.*, 2015). A tese de doutorado de Moreira (2015) foi desenvolvida no SRT de Belo Horizonte com os moradores beneficiários do PVC, e percebem-se similaridades quanto ao sexo, idade média, escolaridade e estado civil com os participantes atuais do estudo.

Percebeu-se que os estudos citados não relacionam o PTS dos moradores na amplitude da desinstitucionalização. Em suma, com o volume de informações sobre o perfil de novos moradores do SRT de BH, foi possível conhecer alguns aspectos desses sujeitos que são de fundamental importância no planejamento e execução de um PTS. Para tal, esse estudo se

propõe a identificar as ações dos PTS, pois corroboram para compreensão do processo de desinstitucionalização que a Reabilitação Psicossocial deseja enquanto viabilizador da progressiva inclusão social e emancipação pessoal dos moradores em espaço urbano.

4.2 Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular é definido como um arranjo operador e gestor de cuidado, cooperação e compartilhamento de saberes com foco no usuário “é encontro de desejos, projetos, ideologias, interesses, visão de mundo e subjetividade” (OLIVEIRA, 2007, p. 87).

A perspectiva de projeto terapêutico abrange o ato clínico em si fundamentado no poder de negociação dos indivíduos (FONSÊCA, 2008). A palavra projeto introduz o conceito baseado em mudanças, formalização, registro e o propriamente dito contrato. O efeito desejado é definido como objetivo, mas estabelece uma relação flexível e ajustável à realidade frente às expectativas com uma abordagem processual.

A construção de um PTS deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, para Mângia e Muramoto (2007), esse processo visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio da ativação de recursos exteriores a eles.

As equipes de trabalhadores do SRT devem elaborar o PTS seguindo os princípios propostos nas bases da Lei nº10.216/2001 e Portaria GM nº 106/00 e respondendo às necessidades e demandas dos moradores (BRASIL, 2000). Com isso, os serviços substitutivos devem manejar a subjetividade dos sujeitos (BRASIL, 2001), vislumbrando a autonomia no cotidiano e a inserção social na comunidade.

Um dos achados deste estudo foi identificar que alguns dos novos moradores ainda não possuíam PTS no momento da coleta de dados. Foram relatados os seguintes argumentos dos supervisores (as):

“Sem documentos prévios; Tempo; e articulação em rede.”

“Uma das dificuldades que percebo para avançar com o processo de inserção social é a ausência do PTS. Avalio que este instrumento seja um norteador importante do cuidado. Oferecendo através da escrita do caso, vislumbrar as possibilidades adiante, corrigir e traçar novos planos e avaliar as estratégias utilizadas.”

Esse processo dinâmico e complexo é enfatizado “a saída do hospital e a chegada na casa não garantem a real passagem do modo de vida asilar ao modo de vida doméstico e da cidade” (MARCOS, 2004, p. 183). Justifica-se a tamanha dinâmica do processo de desinstitucionalização e articulações necessárias para receber e encaminhar o novo morador à casa. Alguns moradores participantes da pesquisa haviam chegado há poucos dias à casa.

Para tanto, nessa seção iremos considerar as ações de PTS dos novos moradores associadas às reflexões dos supervisores. Pelo conteúdo das respostas foram agrupadas as seguintes temáticas: *apropriação da casa e território, a singularidade de diversas atividades, acompanhamento terapêutico, construção com a rede, relação familiar, e pandemia e impacto no PTS.*

4.2.1 Apropriação da Casa e Território

Residência, moradia ou simplesmente casa. Esse espaço busca oferecer uma assistência domiciliar que promove autonomia e organização do cotidiano dos moradores. Com isso, o direito à casa e o direito à cidade torna a defesa para todas as pessoas com sofrimento mental, amparado a condições dignas de existência (FONSÊCA, 2004).

O modelo de assistência é o morar (SARACENO, 2001), com a busca da apropriação da casa e do território como importante construção do exercício pleno da cidadania e da subjetividade. A distinção de morar e habitar se faz pertinente, e são definidas respectivamente como, “o estar tem a ver (...) com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material, nem simbólico”; já “o habitar (...) um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros” (SARACENO, 2001, p 114).

Inicialmente ao processo de desinstitucionalização é possível proporcionar o morar. Faz-se importante frisar as diferenças de espaço geográfico e características físicas da casa em comparação ao local de que o novo morador vivia. Na casa não se usa uniforme, nem jaleco, não há trancas nos cômodos, não há placa ou identificação da casa para que o ambiente seja o mais similar possível a uma residência. No cotidiano acontece a ampliação da clínica e de recursos múltiplos nos espaços do território dos moradores no individual e também no coletivo.

Para que esses moradores passem a habitar o SRT múltiplas intervenções deverão ser propostas por meio do PTS. Compreender que essa casa pertence a um território – rua, bairro,

cidade - e que está permeado de características que se configurarão como elementos para potencializar essa estratégia. Conhecer praças, comércios, frequentar o Centro de Saúde, relacionar-se com vizinhos, por exemplo, pode auxiliar no pertencimento do território e na ampliação da circulação de forma gradativa até outros espaços da cidade e Estados.

As atividades de vida diária (AVDs) – comer, tomar banho, autocuidado, vestir e outras, são estimuladas no cotidiano da casa e busca-se que sejam realizadas com máxima autonomia pelos moradores. A equipe do SRT tem essa função de estimular a independência mesmo com os moradores com limitações no desempenho das AVDs. Entende-se que a plena participação nas AVDs também contribui para apropriação da casa, sendo que os moradores podem, por exemplo, sugerir uma refeição para cardápio, comprar os alimentos e prepará-los.

No entanto, muitos são os desafios apontados pelos supervisores para que esse processo aconteça de forma possível. No PTS de alguns moradores foi explícito:

“(...) que ele saia mais do quarto, tome sol na varanda pela manhã, aceite fazer as refeições a mesa.”

“(...) apropriação do território da casa e da cidade, pois ele ainda pensa o SRT como algo transitório.”

Os exemplos citados acima demonstram a dimensão das restrições que marcam a trajetória de vida dessas pessoas. Entretanto no contexto da casa todo progresso é valioso no processo de apropriação da casa e do território, como afirmado:

“Lançar à frente pequenos avanços e conquistas para cada um dos moradores concretiza a importância do nosso trabalho.”

“(...) cuidamos de muitos detalhes da vida dos moradores e ter essa leitura de como o morador chegou à casa e como está hoje é sempre gratificante.”

“O PTS dá sentido ao trabalho, nos ajuda a rever nossa prática, e comemorar pequenas conquistas.”

Foi pontuada ainda a delicadeza de se considerar a interação e relação dos novos moradores com os veteranos, - fato exclusivo desse processo de desinstitucionalização atual. Afinal, a chegada de uma nova pessoa junto a um coletivo já consolidado pode causar questões do convívio domiciliar. O novo morador pode se isolar, e a não interação pelos demais moradores pode dificultar o processo de pertencimento da casa. Outra possibilidade são os atritos de convivência, dentre outras múltiplas questões do morar. Cabe, então, que o processo de desinstitucionalização seja qualificado visando minimizar esses efeitos. Para tanto, ao se planejar o encaminhamento de um novo morador a um SRT todos esses detalhes

devem ser considerados e trabalhados com rigor. O PTS torna-se um forte aliado para promover uma convivência agradável na residência com o novo morador, como citado:

“(...) momentos de interação entre W. e os demais moradores (...)”

“É muito importante um PTS ao se pensar a entrada do morador na casa e que este também contemple a relação dele com os demais moradores. O PTS é organizador de cuidado para o supervisor.”

“Entre os desafios estão às inclusões dos objetivos do morador, adequação a realidade da casa, questões clínicas e de saúde mental que podem influenciar na entrada desse morador e na condução do PTS, ao mesmo tempo em que um bom PTS permite em si a flexibilidade do cálculo de algumas intercorrências e mudanças de objetivos com o tempo.”

É papel da equipe de desinstitucionalização com a equipe da casa a mediação e a construção da transição de forma gradativa para que gerem menos impactos possíveis na rotina e na convivência da moradia. Entende-se que o novo morador é um cidadão, habitante de um espaço onde tem voz e função. Nesse processo, o PTS ganha evidência como colocado abaixo:

“A função é ajudar esse sujeito a ocupar os espaços na comunidade e na sua própria casa para que ele possa ser protagonista da sua própria história.”

O PTS também visa ampliar o pertencimento e poder de contratualidade das pessoas, e no âmbito da saúde mental na lógica dos serviços substitutivos, têm a função de mobilizar a lógica da assistência para minimizar a marginalização do sujeito na sociedade. Um supervisor (a) afirmar em consonância:

“O principal desafio estabelecido é o resgate de um eu vivo em contraponto a mortificação do eu imposta pelo manicômio. O manicômio é muito além do espaço físico de onde esses sobreviventes saíram quebrar esse manicômio social é uma luta diária, na rede, na padaria, na rua, na cidade. É um eterno conquistar parceiros e aliados. Quando isso acontece, reverbera a potência terapêutica de se respeitar a singularidade.”

4.2.2 A Singularidade de Diversas Atividades

As atividades podem ser entendidas como ferramenta de emancipação estimulada pelas “dimensões sociopolíticas, cultural e a afetiva de pessoas, de grupos e de comunidades” (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007, p. 351-352). Na mesma perspectiva, Lopes e colaboradores (2011) afirmam que ao compreender as atividades como um recurso que objetiva o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. São exemplos recolhidos nos PTS dos moradores:

“(...) passeios, andar de carro, caminhadas por praças e parques, dançar; voltar a estudar e praticar esportes; atividades manuais e artísticas; shows de músicas, cinema, espetáculo de teatro, shoppings e restaurantes; saídas para bares, lanchonetes, supermercados.”

Esse conjunto de demandas citada no PTS dos novos moradores se relacionam a atividades, em sua maioria no âmbito do lazer. Gomes (2011) coloca que o lazer pode ser compreendido como um espaço político e social repleto de dimensões simbólicas que se materializam culturalmente no cotidiano de nossas percepções, imaginários sociais, identidades, subjetividades, sentimentos, atitudes, visões de mundo, projetos políticos de sociedade, construções intelectuais e modos de intervir em cada contexto, e que para cada pessoa o lazer tem diferentes interpretações, visto que depende da realidade contextual em que o mesmo está inserido.

Observa-se que os novos moradores chegam para o SRT com restrições em seus papéis sociais, sobretudo ainda sustentados pela lógica manicomial que viola a moral e a doença. Essa questão fortemente sustentada pelo estigma marca a vida dessas pessoas, os reduzindo a subcidadãos.

Trombly (2005, p.489) já dizia que “o lazer é intrinsecamente motivado e autorregulado pelo indivíduo e, dessa forma, contribui para que a pessoa se sinta no controle de sua própria vida”. Por exemplo, em comparação com outras áreas, como trabalho e educação, o campo do lazer é o foco de se considerar a relação com a obtenção de uma participação social mais democrática. Trombly (2005) enfatizam sobre promover e dar valor às atividades de lazer dos sujeitos. Portanto, cabe um trabalho de intermediação de todos os atores envolvidos no processo de inclusão do novo morador.

O paradigma da desinstitucionalização estabelece que a cidade seja o espaço social de suporte e do processo de cidadania da pessoa com transtorno mental. A cidade, estabelecida em um território que respalda o cotidiano da vida, as políticas públicas e o exercício da cidadania, também concebe a relação concreta e imaginária que se estabelece entre as pessoas, a relação com o objeto, a cultura e a relação dinâmica e transformadora (COSTA; BRASIL, 2014).

Nessa relação com a comunidade, estabelecimentos comerciais e outros devem propiciar ao morador a realização de diversas atividades na perspectiva da singularidade. Supervisores (as) discorrem sobre essa questão:

“Fomentar a circulação promove cidadania e gera identidade social. Um bom PTS funciona para além da ação, mas corresponde em nível do afeto e da identificação do sujeito como signos na construção do "eu" além dos muros da casa. Muitas vezes o

projeto substitui em muitos as intervenções farmacológicas e apoiam em toda ação do PTS.”

“Acredito que o PTS é a essência da inserção social de um morador de SRT. É a partir dele que o sujeito tem a possibilidade de vivenciar uma vida mais legítima e condizente com sua liberdade. Demarcar a singularidade é afirmar a importância da reconstrução da subjetividade desses sujeitos nesse novo cotidiano que lhe é ofertado.”

Como colocado por Queiroz (2015), é fundamental contar primeiramente com o morador para a própria construção do seu PTS. É importante que diferentes possibilidades sejam ofertadas a um novo morador, para que seu repertório ocupacional possa ser ampliado e novas oportunidades possam ser oferecidas, possibilitando assim que o morador venha (re) construindo, nesse novo espaço, sua identidade, tecendo diariamente uma nova rede social (FASSHEBER; VIDAL, 2007).

Partindo do entendimento exposto por Kielhofner (2002) do subsistema da vontade como primordial, é considerado como fundamental para se iniciar um processo que oportuniza a escolha e interesse de atividades como importante estratégia. Isso foi entendido em um PTS como que o novo morador consiga:

“(...) apontar os seus desejos - verbalizar seus desejos, nomear (...)”

E se confirmando na fala de um supervisor (a):

“Acredito que com mais tempo e estímulo ele possa desenvolver novos interesses (atualmente não se interessa muito por atividades artísticas, por exemplo) e com isso pode ficar mais bem instrumentado simbolicamente para resolver problemas mais complexos como se orientar no tempo e espaço, desenvolver relações mais complexas com as pessoas ao seu redor e realizar tarefas de autocuidado de maneira mais autônoma.”

Fazer compras, passeios e viagens, por exemplo, são potenciais para exercício da autonomia do sujeito, pois são levadas em consideração as vontades estabelecidas, do que eles querem comprar e onde querem ir, se precisam do bem ou não. Em consonância, outros elementos podem ser oportunizados como aprender a administrar o dinheiro, assim são realizadas conversas sobre o valor dos produtos e quanto o morador tem, se ele precisa juntar para adquirir o que quer; e é realizada a busca pelo que eles demandam, sendo eles que guiam a compra (BRASIL, 2003). Esse ponto é colocado como ação do PTS:

“(...) administrar seu dinheiro e fazer o seu planejamento financeiro.”

“(...) entrada do BPC.”

“(...) investir em outras atividades que melhorarão sua qualidade de vida – aguarda curatela e benefício.”

E é endossado por um supervisor (a):

“Ter acesso ao recurso financeiro suficiente também é de fundamental importância. Sustentar o desejo pela vida fora os muros das instituições tem um custo: tomar sorvete, cortar cabelo, comprar roupa nova, fazer um passeio de Uber®, levar um presente de Natal pra filha, comprar uma medicação não disponível pelo SUS, presentear um colega da casa ou da equipe, fazer um implante dos dentes (...). Tudo isso e muito mais pode compor o projeto do morador, mas não se faz sem dinheiro.”

4.2.3 Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma modalidade de intervenção terapêutica usada em meio ao processo de reabilitação psicossocial, resgatando vínculos sociais, cidadania e circulação em espaços físicos e sociais que façam sentido para o sujeito (CARNIEL, 2008). É considerada a clínica do movimento e da ação.

Baseado nas premissas da Reabilitação Psicossocial, a manutenção e fortalecimento dos laços sociais é uma premissa. Esse modelo ampliado de atenção ao usuário provoca uma mudança de eixo, com flexibilização do saber, abertura para novos recursos, e um trânsito diferenciado para alcançar os objetivos do PTS (FONSÊCA, 2008).

Saraceno (1999), também afirma, alinhado com o preconizado na Reabilitação Psicossocial, que as intervenções se centram na recuperação, nos temas e na capacidade de reconstrução da vida na cultura, através de ações reconhecidas e legalizadas no mundo e integradas no sistema de comunicação social.

O AT pode ser realizado por diferentes profissionais da saúde, que se propõe a retomar aspectos da vida, subtraído pelos longos períodos de internação, utilizando o território e as SRTs como *setting* terapêutico. Bezerra (1996), defende a clínica ampliada como uma modalidade de intervenções, para além das questões psicológicas do sujeito, com o *setting* terapêutico na comunidade e incluindo atores sociais na atenção à pessoa com sofrimento mental. Apresentando assim, que os *settings* terapêuticos são espaços comuns ao dia-a-dia, do lazer, trabalhar e conviver (MÂNGIA, 2000). Desta forma, um destes *settings* terapêuticos são os SRTs.

O AT se apresenta ao SRT na modalidade de oferta de estágio curricular acadêmico, - no formato de disciplina com prática clínica, por meio de uma parceria entre Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e um leque de universidades como, por exemplo, a UFMG no curso de Terapia Ocupacional, a Universidade Newton Paiva, a Faculdade

Universo, a Faculdade Ciências Médicas, respectivamente nos cursos de psicologia. Semestralmente o rodízio de acadêmicos provoca o movimento do AT aos moradores.

Com o reconhecimento da relevância dessa intervenção, o SRT recentemente dispôs de processo seletivo para contratação de AT para composição da equipe. Esse profissional com carga horária de 20 horas, podendo ter a formação em psicologia, terapia ocupacional, enfermagem e serviço social, sendo contratado um profissional por ONG, e o total de três no projeto, e seu trabalho é desenvolvido com o AT de alguns moradores do SRT. É evidenciado na fala dos supervisores (as):

“(...) pelo AT do SRT, que vem trabalhando na apropriação do morador a casa e ao território da regional Pampulha.”

“(...) desenvolve circulação pelo território de forma autônoma.”

Com isso, tanto o AT viabilizado pelas parcerias com as universidades ou pelo SRT contribuem no processo de PTS dos novos moradores em diversas frentes das temáticas deste estudo, - por isso este assunto inclui retomar sobre apropriação da casa e do território, da singularidade de diversas atividades e também do impacto da pandemia COVID-19, quando houve a interrupção total ou temporária desse importante recurso e da circulação social dos moradores.

4.2.4 Construção com a Rede

Segundo Schneider (2009), a estruturação da rede de atenção em saúde mental auxilia no processo de inclusão e na construção da autonomia do sujeito com transtorno psíquico. É importante a organização e articulação da rede de atenção em saúde mental, pois ela contribui para a promoção da vida comunitária e na autonomia dos usuários.

“Acredito que sem PTS não há perspectiva de trabalho.”

“Vejo o PTS como uma forma de acolher as especificidades de cada morador e assim poder pensar nas melhores estratégias para sua inserção social.”

“As articulações com a rede são um ponto importante, cada vez que encontramos acolhida nos novos dispositivos de cuidado da cidade percebemos que as chances do morador avançar em suas conquistas e qualificar seus novos laços sociais aumentam.”

A partir dos relatos acima, pode-se confirmar um fluxo comum no direcionamento dos dispositivos da RAPS, e em específico sobre a dinâmica de trabalho em uma residência terapêutica, que não é linear e nem depende de um único profissional (BRASIL, 2011).

Preconiza-se para que as ações e decisões sejam pautadas em rede, - isso significa incluir os diversos dispositivos, não somente da saúde, na implementação do PTS que cada morador precisa. Com a chegada de um novo morador, essa rede irá acolher esse sujeito, conhecer a sua história, realizar a avaliação inicial, estabelecer vínculo e demais encaminhamentos necessários. Esses profissionais costumam ser intitulados como referência técnica ou responsável técnico na rede.

Segue abaixo algumas reflexões dos supervisores (as) quanto aos desafios atuais na rede quanto ao PTS dos novos moradores:

“Requer muito desejo dos atores envolvidos para investir nas potencialidades de cada morador que, pelo motivo da internação, seus desejos ficaram adormecidos ou sem segundo plano. Os desafios são muitos, dentre eles, um maior protagonismo na rede de assistência que nos cerca. Muitas vezes pensamos em um PTS para o sujeito e por vezes somos esbarrados por atravessamentos da rede e também dificuldades financeiras.”

“Garantir a individualidade do projeto se torna pra mim o maior desafio, uma vez que temos poucos profissionais para se empenhar no desenvolvimento desta tarefa. Ao mesmo tempo em que garantir essa individualidade se mostra potente na qualidade e atenção ao indivíduo. Para mim a ausência de profissionais qualificados é o maior desafio, assim como uma rede de apoio que ofereça ações adequadas e um cenário social que inclua a loucura na sua integralidade.”

“O olhar singularizado, acolhedor e multiprofissional é uma potencialidade do PTS para a inserção social. Por outro lado, vejo a dificuldade na comunicação com os serviços de saúde, bem como a pouca autonomia do morador e o investimento nem sempre satisfatório da equipe como desafios no PTS.”

O processo de desinstitucionalização para o novo morador de SRT irá implicar numa nova retomada da transformação da lógica manicomial. Espera-se que os trabalhadores dos serviços substitutivos sejam os protagonistas no processo de saída efetiva dos hospitais psiquiátricos (NETO; AVELLAR, 2009). A partir daí surge a necessidade de refinar as relações de forma horizontalizada, com uma escuta ativa e respeitosa das limitações para uma efetiva comunicação entre as partes envolvidas no cuidado.

A dimensão do cuidado necessário a um morador dentro do SRT é pautada no lugar ocupado pelo morador, e não de um paciente ou doente que é tratado nesse espaço. O saber do cuidador, ainda que com limitações, toma dimensão de cuidar do outro. Por isso, enfatiza-se sobre o trabalho dos cuidadores nas residências terapêuticas:

A justificativa para a não especialização dos cuidadores é sustentada na tentativa de garantir a quebra da medicalização, patologização e psicologização dos comportamentos dos usuários do serviço a partir de um olhar “não técnico”. Certamente esse pleito, que pressupõe em sua gênese que o “técnico” é aquele que sabe do sujeito, nos vale também em um outro sentido: os cuidadores “sabem que não sabem” e, curiosamente, podem deslizar mais facilmente para um registro de

“saber não saber”. Assim, são convocados a construir junto com o morador uma forma de lidar com a sua particularidade... O trabalho de escuta dessa equipe deve suportar a suspensão da moral de regulação normativa para deixar-se cair em um encontro com o estranho, até o ponto em que supõe um saber ao sujeito. (FIGUEIREDO; FRARE, 2008, p.92-93).

A educação continuada pode ser uma das estratégias para minimizar o efeito de desqualificação profissional. Há diferentes espaços que proporcionam aproximação entre os profissionais da rede com esse fim, como por exemplo, a supervisão em rede, supervisão em serviço, reunião de microárea, matriciamento, reunião de equipe e capacitações em geral.

Ainda considerando a temática da saúde mental, é indicado por Mângia e Muramoto (2006) os seguintes fundamentos: o acolhimento, a compreensão pessoa e doença e a compreensão interativa, relacionando pessoa, contexto, história e recursos. Alguns dispositivos da rede foram citados como estratégicos no PTS dos novos moradores, como:

“Cersam; Fisioterapia; Generalista; e nutricionista.”

E foram contempladas as seguintes intervenções como positivas:

“Incentivo ao uso das medicações; Acompanhamento periódico; Apoio para diminuição do cigarro; e minimizar crises.”

Sendo evidenciado no exemplo a seguir:

“O Projeto Terapêutico Singular do morador em questão tem sido de fundamental importância para que o mesmo consiga lidar melhor com as adversidades que lhe aparecem na vida. Com o alargamento de seu repertório simbólico e comportamental pudemos observar que o morador entra em crises de ansiedade com menor frequência e, quando estas ocorrem, se dão com menor intensidade.”

Assim, como a rede de saúde e a de apoio na casa, a família do morador pode ser considerada uma rede potencial, e será tratada na seção seguinte reforçando a temática. Seguindo essa proposição, Aguiar (2009) aponta que para contemplar o sujeito em sua existência é necessário que haja um processo de investimento de rede, no qual seja possível contar com serviços adequados e potentes, tanto de saúde quanto de atenção psicossocial.

4.2.5 Relação Familiar

Normalmente, as pessoas que são moradoras do SRT não gozam de amparo social e nem de vínculo familiar. Ou quando o tem, ele é frágil. O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira endossa a transformação do papel do familiar das pessoas com sofrimento mental, agora compreendido “como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (BRASIL, 2005, p. 6). Tal mudança também repercutiu nas transformações das relações entre serviços, usuários e famílias.

A família pode passar a ser posicionada como cooperadora do tratamento nos novos ambientes de atendimento (BRASIL, 2005), possibilitando construir uma unidade de cuidado e atenção. Essa diretriz preconizada, quando pertinente, está de acordo com a reabilitação psicossocial, e é entendida como um processo de restauração do poder contratual para ampliar a autonomia do sujeito. O modelo psicossocial atual recomenda a proteção da vida familiar e tende a fortalecer a proximidade (MACHADO; SANTOS, 2012).

Contudo, é necessária uma análise cuidadosa sobre esse papel da família como colaboradora no tratamento, haja vista que os entendimentos sobre essa atuação podem ser diversos, inclusive, em alguns momentos, adversos. Portanto, a família pode ser apresentada ora como parceira do tratamento, ora como sistema a ser cuidado. Este desafio é apresentado na fala dos (as) supervisores (as):

“Mediação de conflitos.”

“Contato com a família a fim de restabelecer algum laço conforme demanda do morador.”

“Retomada de vínculo familiar.”

Se aposta que é justamente nesse contato mais estreito, o familiar pode auxiliar no monitoramento do cumprimento do tratamento, na evolução do tratamento e na percepção da eficácia terapêutica (MACHADO; SANTOS, 2012). Ainda de acordo com esses autores, há relação direta entre suporte familiar ou relações familiares harmoniosas e a estabilidade do quadro. Em um PTS foi citado como objetivo:

“Manutenção da visita quinzenal à filha no fim de semana.”

Assim as SRTs estabelecem alguns papéis visto a oportunidade de protagonismo dos moradores e na mediação de intermediar as relações entre os moradores - na constituição de família dividindo o mesmo lar (CASTILHO, 2012).

4.2.6 Pandemia e impacto no PTS

Dentre as consequências da pandemia do COVID-19, o isolamento social impactou SRTs de maneira significativa. Através das Notas Técnicas emitidas pela Prefeitura de Belo Horizonte, o norteamento do serviço foi alterado por uma série de medidas que se desdobraram na rotina e no funcionamento da casa. Ao que se relaciona com o isolamento social dos moradores, significa em vias práticas que se deve assegurar que eles permanecem a maior parte do tempo reclusos em suas casas, com circulação social somente em casos essenciais.

Cabe ressaltar o grande risco de morte que todos os moradores de SRTs corriam em caso de contaminação pela COVID-19, devido às fragilidades psiquiátricas e clínicas, e pelo fato de cerca de metade dessa população ser idosa. Além disso, o risco de contaminação se agrava pela configuração do serviço na estrutura de uma casa coletiva, com circulação profissional, pela dificuldade de adesão às medidas de prevenção como o distanciamento social e uso de máscaras, bem como demais riscos de contaminação.

No que se refere às atividades de lazer e participação social dos moradores, o isolamento social causou diversas mudanças, como a suspensão das visitas de familiares e do trabalho presencial dos estagiários e dos supervisores de forma integral por um tempo. De igual modo, os profissionais externos à casa, como fisioterapeuta, AT ou estagiários acadêmicos tiveram suas atividades interrompidas. Houve a suspensão temporária da circulação pela comunidade, dos passeios e das atividades em geral fora da moradia. As casas, nesse período, se restringiram ao acesso dos moradores, dos cuidadores, auxiliares de limpeza, técnicos de enfermagem e supervisora.

Assim como sugerido, Teixeira e Dahl (2020) apontam as adaptações da modalidade remota dos estágios, e sugerem que para a garantia da manutenção do vínculo com usuários sejam feitos contatos telefônicos regularmente. Houve a possibilidade de as práticas de estágio serem realizadas por meio do telemonitoramento, destacando-se as chamadas de vídeo que simbolizaram aos moradores a oportunidade de ver as pessoas com a qual estavam conversando similar ao presencial. Assim foi feito com familiares, amigos, ATs e supervisores.

Em vias práticas, com maior permanência no lar, mesmo que temporariamente na contramão de todo o trabalho que é proposto pela Reabilitação Psicossocial, foi necessária uma reorganização da rotina pautada no isolamento social, e buscando principalmente o

enriquecimento das experiências no lar e de novos direcionamentos dos PTS dos moradores e da moradia. Como citado:

“Foi realizado um projeto de jardinagem na casa porque o mesmo gosta de flores e gosta de ficar tomando sol.”

“Vídeo game.”

Todavia, os achados na literatura relacionados à temática não conseguiram tratar em vias práticas o cotidiano e a experiência do trabalho no campo da saúde mental, e nem seus desdobramentos na modalidade relacionando a pandemia. Acredita-se que essa lacuna reflete quando os supervisores citam com maior frequência o impacto no PTS via suspensão do AT. Ainda foram relacionados os impactos na suspensão da musicoterapia e o acesso ao Centro de Convivência.

4.3 A efetividade do PTS: Uma reflexão dos supervisores

Quanto à formação profissional dos supervisores, em sua maioria eram psicólogos (6), sendo uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, com média de tempo no serviço de três anos.

É necessário considerar que para efetividade do PTS, a construção adota os princípios básicos do SUS, e também é pautada na compreensão do sujeito ou grupo que necessita de atenção. Essa concepção de trabalho referenciado em equipe elabora e define as propostas de ações terapêuticas. Toda colaboração deve ser para que haja resolução, sendo elas orientadas e debatidas em equipe. Sobre a efetividade do PTS, alguns os supervisores (as) refletiram de forma positiva:

“(…) está muito mais ao alcance da equipe do SRT executar seu Projeto Terapêutico de maneira satisfatória”.

“(…) podemos pensar um PTS (...) potencialidades subjetivas que foram perdidas na internação”.

“(…) permite processos de subjetivação e fomenta a individualidade respeitando o histórico de cada”.

“(…) o sujeito em questão irá nortear sua vida de agora em diante”.

“É a partir das vivências do projeto terapêutico singular que o sujeito poderá se rearranjar socialmente.”

Percebe-se, então, que o PTS é uma ferramenta que tem contribuído com diversas práticas interprofissionais, se mostrando eficiente na oferta do cuidado integral, favorecendo a

longitudinalidade do cuidado. Pode-se concluir assim, que os profissionais reconhecem a lógica dos PTS como importante para refletir sobre o cuidado psicossocial. De tal modo, espera-se que o PTS seja efetivo.

Entretanto, faz-se necessário observar os fatores sociais, riscos, limites e vulnerabilidades dos mesmos. Sendo assim, foi pontuado por alguns supervisores (as):

“(...) ferramenta muito preciosa para este trabalho (...), mas que ele não deve ser praticado somente pela equipe da casa”.

“Precisa ser construído com outros atores, os outros pontos dessa rede de cuidado do qual cada morador se serve. A casa não deveria ser a única a sustentar e conhecer o PTS dos moradores”.

“O PTS do usuário a sem parceria entre os dispositivos e implicação da equipe não sai do papel”.

Os profissionais do serviço podem ser considerados co-produtores dos atos em saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Essa definição corrobora para que em suas práticas, numa perspectiva interprofissional, as equipes que estão envolvidas no PTS dos moradores compartilhem os objetivos, desenvolvam uma identidade de assistência que busque o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades dos indivíduos e coletivos do momento.

Essa equipe interprofissional é constituída por um grupo de múltiplos profissionais de saúde de diferentes profissões, criado intencionalmente, que trabalham juntos para proporcionar melhor qualidade de atenção, atuando por meio de relações de cooperação, coordenação, colaboração e responsabilidade compartilhada, para ofertar a atenção necessária ao usuário (OMS/OPAS, 2017).

Não deve haver resistências de forças nos planos de cuidados, - todos os profissionais envolvidos devem estar direcionados em articular o bem-estar do usuário. Desse modo, para que seja possível construir uma assistência que propõe novas possibilidades de vida, a novos sujeitos inseridos na RAPS, é preciso pensar na efetividade do PTS.

Uma possível solução para o exposto é a necessidade de investimento em educação permanente para qualificar os processos de trabalho da RAPS, desenvolvidos pelos diversos profissionais que neles atuam, por meio da estruturação dos PTS, de modo a garantir cuidado psicossocial em liberdade e efetivo. Sendo possível a articulação entre os dispositivos, possibilitará maior efetividade de reinserção social e, ainda, a avaliação dos resultados obtidos. Reiterado na fala de um supervisor:

“(...) é necessário uma instrumentalidade para que ele se efetive, sem suporte ou condições da RT não é possível”.

A garantia para um SRT, assim como o desenvolvimento de uma política de rede que conecta todos os outros dispositivos da saúde mental, demanda um fortalecimento de políticas sociais asseguradas pelo Estado. Toda essa reflexão é fundamental como base e construção da compreensão dos dados desse estudo, e visa alinhar a proposta de atenção à saúde mental dos moradores de SRT na construção da autonomia e independência dos residentes.

4.4 Experiências da Transição dos Novos Moradores para o SRT

Essa seção contará com o relato dos moradores sobre a transição de chegada no SRT. Algumas reflexões vão ao encontro das seções anteriores, principalmente em direção ao PTS. Preservando a privacidade dos moradores, eles serão identificados com a letra M de morador e enumerados de acordo com a ordem da coleta.

“Eu não sei de falar não. (M1)”

M1 não conseguiu descrever sua experiência de transição para o SRT, apesar de ter concordado e se interessado em participar da entrevista, permaneceu respondendo como exposto acima. A dificuldade de comunicação/verbalização dos novos moradores foi um ponto que dificultou que a maioria participasse dessa entrevista.

“(...) eu fui um grande presidiário, lá dentro eu trabalhava eu fazia um monte de coisa lá dentro, eu agora sempre que Deus me deu uma grande oportunidade, eu tô aqui um ano e seis meses e espero que tudo de bom para mim e meus companheiros daqui e eu achei a casa muito boa pra mim, é bom até hoje durante o tempo que eu tô aqui não tenho nada dizer da casa (...) (M2)”
(Grifos da autora)

“(...) tem um ano e pouco, eu tô com um ano e seis meses que eu tô aqui, então tem um ano e seis meses que eu deixei o presídio e vim para cá, quem me trouxe foi a Mônica e o Wallace (...) (M2)”
(Grifos da autora)

“(...) tô gostando daqui vou ficar até o dia que Deus me levar, tô esperando aposentadoria minha no INSS, estou aguardando tudo que Deus quiser e puder enviar pra mim e tô gostando da casa aqui (...) (M2)” (Grifos da autora)

M2 considera que sua transição do presídio para o SRT como uma “grande oportunidade”. O morador ainda aponta os atores que fizeram parte do seu processo de desinstitucionalização os nomeando como um fator importante em sua transição. Remetendo-se às questões já citadas no PTS sobre aquisição de benefícios, o morador indica esse aspecto associado a uma possibilidade que a casa contribui.

“Eu morava (...) nordeste, e depois apareceu minha irmã que saiu de casa (...), mas ela teve menino e ficou com o homem dela, ai eu não sei, pra onde ela foi, não contou mais comigo (...) E a filha dela, o neném ficou neto dela, meu pai e minha mãe morreram (...) Aí fui e fugi (...) (M3)”

(Grifos da autora)

“Quando eu fui pro Raul Soares eu fui com 14 anos, depois fiquei por 8 ou 32 anos. E estou aqui nessa casa por 2 ou 4 anos não sei. (M3)”

“(...) eu gostei muito dessa casa, não estou a fim de sair. Eu tenho meu próprio dinheirinho vendendo picolé ou alguma outra coisa, não importa o que seja, se me der dinheiro, até catador de lixo eu quero ser. (M3)” (Grifos da autora)

“É um paciente ou outro. Eu não consigo ficar perto do outro, (...) fica tirando a minha paz (...) tem hora que fica nervoso, P.S. quer me bater, com caneta, com faca com tudo que ele vê na frente, M. também sente raiva de mim, muitas pessoas também e me fala que tem raiva de mim. (M3)” (Grifos da autora)

As marcas do abandono e vulnerabilidade familiar são expressas ao relatar sua história pregressa ao circuito manicomial. Esse morador trouxe em sua fala os anos da institucionalização e nomeação do local, simbolizando a marca que esse fator tem em sua vida. M3 endossa ainda a discussão do uso do dinheiro e potencialidades para se estabelecer nessa conquista. É relatado um ponto já discutido anteriormente pelos supervisores sobre a importância de se elaborar a transição do novo morador com os demais estabelecidos, na fala de M3 fica explícito uma relação de conflito com outros residentes. Esse foi o único morador entrevistado que trouxe um aspecto mais negativo e desafiador de seu processo de desinstitucionalização.

“(...) as diferenças são muitas é que lá fizeram de uma tal maneira que eu ficava preso entendi, lá em Barbacena e lá em Correia de Almeida também foi onde eu fiquei mais preso foi em Correia de Almeida por 25 anos, 25 anos que eu fiquei preso em Correia de Almeida, lá assim é péssima a condição para conseguir as coisas, conseguia arranjo com dificuldade (...) (M4)”

“(...) aí depois eu vim para aqui fiquei lá 2 anos aí eu vim para cá depois de 2 anos e aqui é melhor que Barbacena e Correia de Almeida, aqui eu consigo raciocinar melhor (...) (M4)” (Grifos da autora)

“(...) a liberdade é o seguinte eu descobri que eu tenho que aguardar as condições, as condições assim, as condições econômicas e condições de Justiça e eles tem que saber conversar comigo e eu sei conversar com eles, eu respeito mas eles têm que conversar comigo, eles tem que me dar o meu direito, devolver meus direitos normais. (M4)” (Grifos da autora)

M4 é mais um morador que elabora criticamente seu tempo de institucionalização, relacionando o período em que esteve preso e o momento atual de ter liberdade. Essa relação fica mais evidente quando ele consegue perceber uma potencialidade após vir para casa “raciocinar melhor”. M4 chama de “condições” o que pode ser interpretado como papel de

cidadão, - e as relaciona com as esferas econômicas, judiciais, do diálogo, do respeito, acima de tudo do direito “devolver meus direitos normais”, como todo cidadão.

“Lá era uma casinha, num lugar de cadeia em Ribeirão das Neves. (...) Em Barbacena eu fui quando tinha 29. Eu fui pra Barbacena primeiro. (...) Em Barbacena era Manicômio e em Ribeirão das Neves era cadeia - o CAMP. (M5)” (Grifos da autora)

“Lá no CAMP eu fico pro lado de fora sentado, fumando um cigarro. Entre Ribeirão, Barbacena e aqui, eu prefiro aqui porque é um lugar bom que tem um colchão. (...) A comida, o cigarro. (M5)”. (Grifos da autora)

“Vou na rua, o que eu mais gosto é de ver mulher, fumar um cigarro, tomar café. Andar na rua, passear. Eu ando sozinho, mas quando eu ando, eu sei ir sozinho. No açougue. (M5)”. (Grifos da autora)

“Aqui eu gosto de D. (supervisora), de trabalham aqui, D. (morador), D. (moradora) que trabalha aqui, S. (cuidadora) também. Fiz muita amizade, a que eu mais gosto aqui é a D. (moradora) (M5)”. (Grifos da autora)

Fica evidente mais uma vez o local e o tempo de institucionalização, sendo em sua maioria remetido a Barbacena e Ribeirão das Neves. Percebe-se, ainda, um empobrecimento do cotidiano nesses lugares, sendo que objetos ou acessos são básicos da necessidade humana se torna especial, como o “colchão, comida e cigarro”. A apropriação do território, já elencada no estudo, é reiterada com “a rua e o andar sozinho”, só possível com a liberdade. M5 chama atenção para sua relação com as pessoas que agora compõem seu círculo social – supervisor, cuidadores e moradores, os nomeando de “amigos”.

“Porque eu matei vim morar aqui (...) eu morava numa casa boa (...) sinto falta da minha mãe. (M6)”. (Grifos da autora)

“Morava em Guaraciaba com minha mãe (...) não lembro de ter morado em outro lugar, só na casa da minha mãe e aqui. (M6)”. (Grifos da autora)

“Essa casa aqui é melhor, (...) eu gosto daqui (...) eu gosto do pessoal daqui é bom demais (...) a diferença é boa... em vocês... trabalham demais (M6)”

M6 foi o único entrevistado que explicitou a passagem ao ato em si. Outro elemento interessante em seu discurso foi o fato de não associar o tempo que permaneceu na cadeia como um lugar de moradia. A casa para M6 era a sua casa de infância e a casa em que está agora. Reforçando que o SRT está conseguindo estabelecer em sua vida a função de moradia. Sua boa relação com a casa e principalmente com os trabalhadores é destacada ao relacionar que “trabalham demais”.

“(...) vou contar o meu problema que sai de casa, quando eu tinha 6 meses de nascido (...) foi a cachaceira ela que foi a minha mãe verdadeira, eu comi feijão cru (...) segura aqui esse bebe que vou ali e volto agora, já (...) e ficou seguro a vizinha e

o bebe a mãe verdadeira não voltou mais, essa que não voltou (M7)” (Grifos da autora)

“Eu fiquei 11 anos desde o dia 2011 preso sem sair para lugar nenhum eu gostei muito da casa terapêutica (...) e gostei muito das pessoas que me tratam aqui bem (...) (M7)”. (Grifos da autora)

M7 retoma a problemática do abandono familiar associado a questões sociais em sua história de vida. O significativo de estar preso é evidenciado quando diz “preso sem sair para lugar nenhum”. Nota-se em sua fala que está sendo bem tratado na casa gera uma relação favorável com as pessoas.

Dos sete moradores entrevistados, seis têm sua trajetória marcada pelo hospital psiquiátrico de custódia ou de unidades médico-penais. Esse fato pode ser considerado uma limitação deste estudo, indicando a necessidade de um aprofundamento na temática da desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários e Instituições Penais para pessoas com sofrimento mental no SRT.

Crispim (2017) apontou desafios na desinstitucionalização no hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina, ampliando as necessidades para além de serviços substitutivos que resguardem moradia e tratamento, imprimindo uma lógica da luta antimanicomial com a supressão de preconceitos. No estudo de Ferreira (2021), foi reconhecido o reconhecimento jurídico das pessoas com transtorno mental que estão asiladas em Hospital de Custódia, pela busca da garantia do tratamento na rede de saúde mental e não privadas de sua liberdade. Cabe ressaltar, como estratégia de desinstitucionalização desses sujeitos a desconstrução sobre a periculosidade, entretanto, assim como em outros achados, não foi associado a inclusão efetiva no SRT como intervenção.

Em outro estudo, de Ferreira (2018) ainda complementa na perspectiva do PTS como estratégia que estabelece a possibilidade de vida fora da instituição de Hospital de Custódia, onde com a participação da Defensoria Pública, sobressaindo às categorias “família” e “território” em sintonia com os achados neste estudo.

As entrevistas desta seção apontam que o SRT tem permitido a construção de laços sociais, de redes de relações, respeitando a significação que esses novos moradores conseguem articular, agora como cidadãos.

5 CONCLUSÃO

As práticas desenvolvidas no cotidiano do SRT, por meio do PTS de novos moradores, provocam uma mudança ampliada pelo aumento das oportunidades de trocas sociais e afetivas dos moradores reverberando na abertura de espaços de negociação com todos os envolvidos apoiados nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial. Esse movimento reforça que na atualidade o exercício profissional na rede substitutiva de saúde mental precisa ser reinventado diariamente com práticas comunitárias e territoriais para efetivar os processos de desinstitucionalização.

Frente a uma preocupação com as atuais propostas de modificações ou ameaças às políticas públicas de saúde mental em eminência no Brasil, torna-se necessário fortalecer a sistematização do conhecimento construído na prática da RAPS, estendendo a discussão aos demais dispositivos e na comunidade. Essa questão é atual e emergente como um ato político, reiterando que o tratamento dos usuários da RAPS é pautado em liberdade, com propostas que potencializam a autonomia e independência dos usuários.

As residências terapêuticas, portanto, são espaços de moradia que possuem potência para ação do PTS, cabendo a construção possível na clínica do morar para cada morador. Almeja-se assim, minimizar a lacuna existente entre políticas, programas e ações e projetar a experiência a outros municípios. Ao que tange retomar as premissas da Reabilitação Psicossocial, este estudo corrobora para refletir que há diferença positiva para qualidade do morar pelos participantes; que a rede social da comunidade e ampliada tem sido construída no processo de desinstitucionalização dos novos moradores; e, o fator trabalho social não foi alcançado pelos participantes da equipe apesar de fazer parte da política não é desenvolvido.

Espera-se que esse estudo possa auxiliar o trabalho dos profissionais da rede de saúde mental na gestão do cuidado, bem como possibilitar assistência integral baseada nas necessidades do usuário e nas premissas da Reabilitação Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Brena Leite. **Serviços de residências terapêuticas**: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado. 2009. 124 p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.
- ALMEIDA, Patrícia Aline de; MAZZAIA, Maria Cristina. Consulta de enfermagem em saúde mental: experiência de enfermeiros da rede. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 5, p. 2154-2160, 2018.
- ALPTEKIN, Köksal *et al.* Disability in schizophrenia: clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. **Psychiatry Research**, v. 135, n. 2, p. 103-111, 2005.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 195-204, 2009.
- ARBEX, Daniela. **Videoconferência sobre jornalismo investigativo**, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/104664>. Acessado em: 20 junho, 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Neto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições, 1977.
- _____. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- _____. Organização da análise. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p. 229, 2011.
- BARROS, Denise Dias e LOPES, Roseli Esquerdo e GALHEIGO, Sandra Maria. Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas princípios, métodos e técnicas de coleta de dados. In: **Terapia: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 347-353, 2007.
- BARROS, Nelson Filice de; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 163-173, 2018.
- BELO HORIZONTE, Prefeitura. A rede de atenção psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH) e a política de saúde mental de Belo Horizonte. Material informativo produzido pela GRSAM para circulação ampla. 2021.
- BOSSATO, Hércules Rigoni *et al.* Protagonismo do usuário na assistência em saúde mental: uma pesquisa em base de dados. **Barbarói**, n. 58, p. 95-121, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 20 junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados** – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acessado em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**– 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003a. Institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.742**. Dispõe sobre o Benefício de Prestação Continuada – LOAS. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/L8742.htm. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/2006**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 nov. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090/GM**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 fev. 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.840/GM**, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. 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: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2021.

BUSTAMANTE, Vania *et al.* Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. Estudo desenvolvido como parte do estágio pós-doutoral da primeira autora, que contou com bolsa de Pós-Doutorado Sênior do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 108601/2017-0. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020. Epub 27 Nov 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.190276>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos. In: **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2000. p. 236.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In: **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 2007. p. 236.

CARNIEL, Aline Cristina Dadalte. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental**. 2008. 103f. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Orientador: PEDRÃO, Luiz Jorge. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CASTILHO, Júlia Coutinho Nunes. A terapia ocupacional e o serviço residencial terapêutico no município de Belo Horizonte, MG. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 230-236, 2012.

COSTA, Luciana Assis; BRASIL, Flávia Duque. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental/The city, territoriality and networks in mental health policies. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 22, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/660>. Acesso em: 20 de junho 202.

COSTA, Luciana Assis; ALMEIDA, Simone Costa de; ASSIS, Marcella Guimarães. Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental/Epistemic reflections on Occupational Therapy in Mental Health. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 23, n. 1, p. 189–196, 2015. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/713>. Acesso em: 20 de jun. 2021.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. SAGE Publications, 2017.

CRISPIM, Cinthya Cardoso. **A luta antimanicomial e os desafios da desinstitucionalização dos usuários do hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico de Santa Catarina**. Orientadora: Carraro, Dilceane. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180509>. Acesso em: 20 de jun. 2021.

DENZIN, Norma K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norma K.; LINCOLN, Yvonna S. *et al.* **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, p. 15-42, 2006.

DIAZ, Fiamma do Amaral. **Projeto terapêutico singular: entre a prática clínica e cuidado ofertado em três centros de atenção psicossocial de um município de São Paulo**. Orientadora: Lígia Rivero Pupo. 2019. Trabalho de Conclusão de curso (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 39p, 2019.

FASSHEBER, Vanessa Barreto; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, p. 194-207, 2007.

FAVERO, Caroline Poletto *et al.* Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 21, p. 91-100, 2019.

FERREIRA, Monique Torres. IV Seminário de Segurança Pública/UFF- Reflexões Coletivas Sobre a Segurança Pública. **“Caminhos da desinstitucionalização”**: sentidos de justiça e estratégias de desinstitucionalização de presos provisórios em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Apresentação de Trabalho/Comunicação), p. 133, 2018.

FERREIRA, Monique Torres. **Sobre os “nós” dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**: Entre a lógica da periculosidade e procedimentos de avaliação psicossocial para desinstitucionalização de pessoas internadas nos Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro. **Revista Campo Minado-Estudos Acadêmicos em Segurança Pública**, v. 1, n. 1, 2021.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; FRARE, Ana Paola. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, 82-96, 2008.

FLICK, Uwe. Pesquisa qualitativa online: a utilização da internet. **Introdução à pesquisa qualitativa**, v. 3, 2009.

FRANÇA, Vanessa Vieira *et al.* Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 872-884, 2017.

FREITAS, Henrique *et al.* Pesquisa via internet: características, processo e interface. **Revista Eletrônica GIANTI, Porto Alegre**, v. 17, 2004.

GOMES, Christianne Luce. Estudos do Lazer e geopolítica do conhecimento. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 14, n. 3, 2011.

JODELET, D. Aperçus sur les méthodes qualitatives. In: MOSCOVICI, S. E BUSCHINI, F.(orgs). **Les methods des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Rev. enferm. UERJ**, p. 366-371, 2006.

KIELHOFNER, Gary. **A model of human occupation: Theory and application**. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 2002.

KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria. O Mito das Oficinas Terapêuticas / The Myth of the Therapeutic Workshops. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 61-79, 2015. DOI: 10.22456/2238-152X.58440. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/58440>. Acesso em: 20 de jun, 2021.

LIMA, Thiene Danusa da Silva. **A importância da história de vida na (re)-construção do projeto terapêutico singular para pacientes em sofrimento psíquico em um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS AD**. 2018. Tese. Coleção SUS. Belém, Pa; s.n; 67 p.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.

LOPES, Roseli Esquerdo *et al.* Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, p.277-88, jan./mar. 2011.

MACHADO, Vanessa Cristina; SANTOS, Manoel Antônio dos. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 793-806, 2012.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, p. 28-32, 2000.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 115-122, 2006.

_____. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 54-62, 2007.

MANN, Chris; STEWART, Fiona. **Internet communication and qualitative research: A handbook for researching online**. London: Sage Publications, 2000, x-258 p.

MARCOS, Cristina M. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos Serviços Residenciais Terapêuticos. **Psychê**, v. 8, n. 14, p. 179-190, 2004.

MASSA, Paula Andréa; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170950, 2019.

_____. Na Casa e na Rua: Cenas dos Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.

MELMAN, Jonas. Centro de Atenção Psicossocial: a metamorfose como estratégia. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, p. 54-9, 1992.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Atenção em saúde mental: Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte: [s.n.], 2006. 238p.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. **Resolução nº 633/2010**. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re06332010.PDF> Acessado em: 20 jun 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social- teoria, método e criatividade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DINIZ, Debora; GOMES, Romeu. O artigo qualitativo em foco. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 8, p. 2326, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.15592016>. Acessado em: 20 jun, 2021.

MORAES, Peggy Liz Mendes de. **Percepção fenomenológica dos profissionais do centro de atenção psicossocial (CAPS): vivências e desafios da prática em saúde mental**. 2018. 80 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

MOREIRA, Kênia Silva. **Caracterização dos beneficiários do Programa De volta para casa de Belo Horizonte/MG/Brasil quanto à autonomia e comportamento social**. 2015. Mestrado Internacional em Política e Serviços de Saúde Mental. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, Lisboa, 2015.

NETO, Pedro Machado Ribeiro; AVELLAR, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. **Mental**, v. 7, n. 13, 2009.

NOTA TÉCNICA COVID-19 nº 009/2020. – Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) à Saúde em situação de surtos/epidemias de síndrome gripal e infecção pelo SARS–CoV-2. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>. Acesso em: 20 jun 2021.

NOTA TÉCNICA COVID-19 nº 036/2020 - Apoio aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) pelos centros de saúde na vigilância e assistência aos moradores, no contexto da pandemia da COVID-19. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>. Acesso em: 20 jun 2021.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Orientador: Sergio Resende Carvalho. 2007. 176 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2007.

OPAS - Pan American Health Organization. **Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health**. Report of the Meeting. Bogota, Colombia, 7-9 December 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.

PAULA, Antonio Diego Abreu de; OLIVEIRA, Braulio Nogueira de; ABREU, Samara Moura Barreto de. Educação física, rede de atenção psicossocial e grupo de práticas corporais: estudo de caso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, 2017.

PINHO, Eurides Santos; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 141-152, 2018.

PINTOR, Laís Angelina; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti. Cuidado de enfermagem na perspectiva do sujeito do inconsciente e sua contribuição ao Projeto Terapêutico Singular. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 14, n. 1, p. 20-27, 2018.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

QUEIROZ, Adriana Gonçalves. “**Não tô boa. Preciso passear!**”: o lazer de moradores de dois serviços residenciais terapêuticos de Belo Horizonte. 2015. 138f. Orientador: Ana Cláudia Porfírio Couto Mestrado. Dissertação (Mestrado em Estudos do Lazer). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. **Histórias de vida de moradores de Residências Terapêuticas egressos de internamento de longa permanência em hospital psiquiátrico**. 2014. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RIBEIRO, Tiago Noel. **A construção do Projeto Terapêutico Singular com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho**: a perspectiva de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial III adulto. Orientadora: Martins, Cleide Lavieri. 2021. 118 f. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2021.

RÖSSLER, Wulf *et al.* Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. **European Neuropsychopharmacology**, v. 15, n. 4, p. 399-409, 2005.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: Nicacio, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SAMPIERI- HERNÁNDEZ, Roberto; COLLADO - FERNÁNDEZ, Carlos; LUCIO - BAPTISTA, Pilar. Analisis de los datos cuantitativos. **Metodología de la investigación**, p. 407-499, 2006.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. In: **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 1999. p. 176-176.

_____. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. 2ª Edição. **Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá, Rio de Janeiro**, 2001.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0328/2020. Diário Oficial do Município. Ano XXVI – Edição nº 6087. 21 de agosto de 2020.

SILVA, Nathália dos Santos *et al.* Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial. **Psicologia em Estudo**, v. 25, 2020.

SILVA, J. R. *et al.* O “singular” do projeto terapêutico: (im)possibilidades de construções no CAPSi. **Rev Polis Psique** [Internet]. v. 9, n. 1, p. 127-46, 2019.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; DAHL, Catarina Magalhães. Recriando cotidianos possíveis: construção de estratégias de apoio entre docentes e estudantes de graduação em Terapia Ocupacional em tempos de pandemia/Recreating possible everyday lifes: building support strategies between teachers and graduate students in occupational therapy in pandemic times. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 4, n. 3, p. 509-518, 2020.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria/Michel Foucault and the "History of Madness": 50 years changing the history of psychiatry. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2011.

TROMBLY, Catherine A. *et al.* Terapia ocupacional para disfunções físicas. In: **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 2005. p. xvii, 1157-xvii, 1157.

APÊNDICE A - Caracterização de perfil dos moradores e ações do Projeto Terapêutico Singular

1. Idade do morador
2. Naturalidade do morador
3. Estado civil do morador
4. Escolaridade do morador
5. Renda do morador
6. Comorbidades do morador
7. Situação na justiça (curatelado ou não) do morador
8. Tempo e local de internação do morador
9. Hipótese diagnóstica do morador
10. Situação do acompanhamento clínico/psiquiátrico e familiar do morador
11. Ações do Projeto Terapêutico do morador – descrição detalhada

APÊNDICE B - Reflexão sobre o Projeto Terapêutico Singular na inclusão social dos novos moradores de SRT

1. Qual a função/importância do PTS na inclusão social do novo morador de SRT?
2. Quais os desafios e potencialidades do PTS na inclusão social dos novos moradores de SRT?
3. O PTS atende enquanto instrumento para efetivação da inclusão social? Justifique.
4. Formação profissional do supervisor.
5. Tempo no trabalho do supervisor.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - para participante supervisor e formulário de coleta de dados dos moradores e entrevista do supervisor

07/06/2021

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico ...

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular

Olá, somos pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais. E gostaríamos da sua ajuda, compondo nosso estudo. Estamos investigando as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. Sua participação é importante, pela proposta de contar sua experiência de vida, descrevendo como era sua vida antes e após vir morar no Serviço Residencial Terapêutico.

***Obrigatório**

1. Se possuir interesse em nosso convite, por favor leia e, caso esteja de acordo, **consinta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir ***

Marcar apenas uma oval.

- Abrir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Não tenho interesse em participar

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimento

Convidamos você a participar da pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular. O objetivo desta pesquisa é identificar as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte/ MG. Sua participação é importante, pois contribui para o conhecimento científico ainda pouco divulgado sobre novos sujeitos inseridos no processo de desinstitucionalização, considerando o supervisor como profissional condutor do processo de inclusão social do morador de Serviço Residencial Terapêutico por meio do Projeto Terapêutico Singular.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário preenchimento via formulário online – Formulários Google, em local de sua preferência, que tenha acesso à internet ou caso não possua acesso à internet a pesquisadora disponibilizará computador e acesso compatível à combinar, com tempo estimado de 10 a 30 minutos, na data de melhor avaliação do entrevistado até o prazo máximo de 10 dias após o envio do convite de preenchimento do Formulários Google. O instrumento de entrevista solicitará informações sócio-demográfico e ações do Projeto Terapêutico Singular dos novos moradores de SRT aos quais você supervisiona; e perguntas sobre a percepção do supervisor sobre a inclusão social por meio do Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico.

Os riscos desta pesquisa são invasão de privacidade online e uso do tempo do entrevistado ao responder o questionário de pesquisa, e para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: garantir o acesso aos resultados da pesquisa, bem como torná-los público; assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, garantindo a não identificação dos supervisores e dos moradores e seguir orientações éticas para arquivamento da coleta. Não há risco à saúde física dos participantes, e se sugere um ambiente sigiloso e confortável ao responder a pesquisa.

Espera-se que de sua participação na pesquisa possa contribuir com as práticas em saúde a partir da compreensão e reflexão sobre a inserção social por meio do Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico; assim como a sistematização do conhecimento construído na prática, em busca de potencializar a discussão sobre a temática do Projeto Terapêutico Singular no serviço, e ressaltar a ação política e coletiva para efetivar a inclusão social.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio das pesquisadoras do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto às pesquisadoras, ou prejuízo quanto ao trabalho, bastando você dizer à pesquisadora que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas das pesquisadoras da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es): Professoras Andrea Ruzzi Pereira e Luciana Assis Costa e Mestranda Ludimila Canário da Silva Barreto

Nome: Andrea Ruzzi Pereira

E-mail: andrea.pereira@ufim.edu.br

Telefone: (34)991923756 ou (34) 3700-6068

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº159, Prédio Anexo- 4º andar, sala 416 - Abadia

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Vargas, nº 159- Casa das Comissões, Bairro Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

[Pular para a pergunta 2](#)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Livre, após Esclarecimento

Eu, li e/ou ouvi o esclarecimento na página anterior e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem precisar justificar minha decisão e que isso não afetará qualquer relação minha com a minha instituição. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Diante disso, declaro que concordo e consinto participar do estudo: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular.

2. Você consenti em participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- Consinto a participar da pesquisa. [Pular para a pergunta 3](#)
- Não concordo. [Pular para a seção 8 \(Obrigado por nos ajudar\)](#)

CARACTERIZAÇÃO DE PERFIL DOS MORADORES E AÇÕES DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Dados baseados no Relatório de Desinstitucionalização sobre os novos moradores de SRT, a serem preenchidos pelo supervisor de referência. Gentileza considerar um formulário por sujeito.

3. Idade do morador - Na data do preenchimento do formulário, me informe a idade do morador. *

4. Naturalidade - Me informe a naturalidade do morador. *

5. Estado civil - Me informe o estado civil do morador. *

6. Escolaridade - Me informe a escolaridade do morador. *

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - para participante morador não curatelado e acesso para agendamento da entrevista

07/08/2021

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico ...

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular

Olá, somos pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais. E gostaríamos da sua ajuda, compondo nosso estudo. Estamos investigando as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. Sua participação é importante, pela proposta de contar sua experiência de vida, descrevendo como era sua vida antes e após vir morar no Serviço Residencial Terapêutico.

***Obrigatório**

1. Se possuir interesse em nosso convite, por favor leia e, caso esteja de acordo, consinta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir *

Marcar apenas uma oval.

- Abrir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Não tenho interesse em participar

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimento

Convidamos você a participar da pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular. O objetivo desta pesquisa é identificar as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. Sua participação é importante, pela proposta de contar sua experiência de vida, descrevendo como era sua vida antes e após vir morar no Serviço Residencial Terapêutico. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessária uma entrevista via gravação de vídeo chamada em aplicativo correspondente a essa característica - Google Meet. A entrevista será gravada e transcrita posteriormente e as imagens não serão usadas. O recurso utilizado será o celular corporativo da supervisora, sendo combinado previamente com o morador dia e horário para entrevista e acordado com a disponibilidade da supervisora, e caso não possua acesso à internet a pesquisadora disponibilizará computador e acesso compatível a combinar, com tempo estimado de 10-15 minutos de entrevista individual.

Os riscos desta pesquisa são invasão de privacidade e riscos relacionados a divulgação de imagem online, desconhecimento de questões emocionais em virtude do relato de história de vida e uso do tempo do morador ao responder o questionário de pesquisa, e para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes garantindo a não identificação do morador e seguir orientações éticas para arquivamento da coleta, e uso de estratégias que minimizem o risco de desconforto psicológico buscando garantir acolhimento e segurança. Não há risco à saúde física dos participantes, e se sugere um ambiente sigiloso e confortável ao responder a pesquisa.

Espera-se que a sua participação na pesquisa possa contribuir com conhecimento em maior profundidade sobre mudanças/ou não ocorridas em sua vida após a moradia na casa; assim como, por meio do diálogo com o morador associado às informações dos supervisores, refletir sobre sua realidade.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio das pesquisadoras do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto às pesquisadoras, ou prejuízo quanto sua moradia, bastando você dizer à pesquisadora que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas das pesquisadoras de pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e sua privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es): Professoras Andrea Ruzzi Pereira e Luciana Assis Costa e Mestranda Ludimila Canário da Silva Barneto

Nome: Andrea Ruzzi Pereira

E-mail: andrea.pereira@ufms.edu.br

Telefone: (34)991923736 ou (34) 3700-6968

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº159, Prédio Anexo- 4ª andar, sala 415 - Abadia

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Vargas, nº 159- Casa das Comissões, Bairro Abadia - Uberaba - MG - de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Livre, após Esclarecimento

Eu, li e/ou ouvi o esclarecimento na página anterior e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem precisar justificar minha decisão e que isso não afetará qualquer relação minha com a minha instituição. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesa e não receberei dinheiro para participar do estudo. Diante disso, declaro que concordo e consento participar do estudo: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular.

2. Você consenti em participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- Consinto a participar da pesquisa.
- Não concordo.

Informações
para
agendamento

As informações solicitadas nessa etapa do formulário servem para nos planejarmos para entrar em contato com você e fazê-lo da melhor maneira possível, sendo assim, faz-se essencial que nos informe a melhor ocasião e meios para que possamos viabilizarmos sua participação na pesquisa.

3. número de telefone da residência *

4. Qual o melhor dia e o horário para você conversar com os pesquisadores? (pode ser mais uma opção). *

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - responsável legal e acesso para agendamento da entrevista

07/08/2021

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico ...

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular

Olá, somos pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais. E gostaríamos da sua ajuda, compondo nosso estudo. Estamos investigando as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. Sua participação é importante, pela proposta de contar sua experiência de vida, descrevendo como era sua vida antes e após vir morar no Serviço Residencial Terapêutico.

***Obrigatório**

1. Se possuir interesse em nosso convite, por favor leia e, caso esteja de acordo, consinta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir *

Marcar apenas uma oval.

- Abrir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Não tenho interesse em participar

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimento

Convidamos você a participar da pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a Inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular. O objetivo desta pesquisa é identificar as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. A participação do morador é importante, pela proposta de contar sua experiência de vida, descrevendo como era sua vida antes e como está após vir morar no Serviço Residencial Terapêutico.

Caso você autorize a participação do morador nesta pesquisa será necessária uma entrevista via gravação de vídeo chamada em aplicativo correspondente a essa característica – Google Meet. A entrevista será gravada e transcrita posteriormente e as imagens não serão usadas. O recurso utilizado será o celular corporativo da supervisora, sendo combinado previamente com o morador dia e horário para entrevista e acordado com a disponibilidade de supervisora, e, caso não possua acesso à internet, a pesquisadora disponibilizará computador e acesso compatível à combinar, com tempo estimado de 10-15 minutos de entrevista individual. Os riscos desta pesquisa são invasão de privacidade e riscos relacionados a divulgação de imagem online, desencadeamento de questões emocionais em virtude do relato de história de vida e uso do tempo do morador ao responder o questionário de pesquisa, e para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes garantindo a não identificação do morador e seguir orientações éticas para arquivamento da coleta, e uso de estratégias que minimizem o risco de desconforto psicológico buscando garantir acolhimento e segurança. Não há risco à saúde física dos participantes, e se sugere um ambiente sigiloso e confortável ao responder a pesquisa.

Espera-se que a participação dele na pesquisa possa contribuir com o conhecimento em maior profundidade sobre mudanças/ou não ocorridas na vida dos novos moradores após residirem na casa, assim como, por meio do diálogo com o morador associado às informações dos supervisores, refletir sobre a realidade dele. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a participação do morador sob sua curatela nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio das pesquisadoras do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não permitir a participação do morador no estudo, ou retirá-lo a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto às pesquisadoras, ou prejuízo quanto a moradia, bastando você dizer à pesquisadora que lhe entregou este documento. Você, nem o morador sob sua curatela, não serão identificados neste estudo, pois a identidade dos participantes será de conhecimento apenas das pesquisadoras da pesquisa, sendo garantido o sigilo e a privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você ou o morador sob sua curatela sofram em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es): Professoras Andrea Ruzzi Pereira e Luciana Assis Costa e Mestranda Ludmila Canário da Silva Barreto

Nome: Andrea Ruzzi Pereira

E-mail: andrea.pereira@ufbm.edu.br

Telefone: (34)991923795 ou (34) 3700-6968

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº159, Prédio Anexo- 4ª andar, sala 416 - Abadia

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, n 159- Casa das Comissões, Bairro Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Livre, após Esclarecimento

Eu, li e/ou ouvi o esclarecimento na página anterior e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem precisar justificar minha decisão e que isso não afetará qualquer relação minha com a minha instituição. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Diante disso, declaro que concordo e consinto participar do estudo: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular.

2. Você consenti em participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- Consinto a participar da pesquisa.
- Não concordo.

Informações
para
agendamento

As informações solicitadas nessa etapa do formulário servem para nos planejarmos para entrar em contato com você e fazê-lo da melhor maneira possível, sendo assim, faz-se essencial que nos informe a melhor ocasião e meios para que possamos viabilizarmos a participação do morador sob sua responsabilidade na pesquisa.

3. e-mail ou número de telefone para contato *

4. Qual o melhor dia e o horário para você conversar com os pesquisadores? (pode ser mais uma opção). *

ANEXO D - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - para participante morador curatelado e acesso para agendamento da entrevista

07/08/2021

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico ...

Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular

Olá, somos pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais. E gostaríamos da sua ajuda, compondo nosso estudo. Estamos investigando as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. Sua participação é importante, pela proposta de contar sua experiência de vida, descrevendo como era sua vida antes e após vir morar no Serviço Residencial Terapêutico.

***Obrigatório**

1. Se possuir interesse em nosso convite, por favor leia e, caso esteja de acordo, consinta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir *

Marcar apenas uma oval.

- Abrir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Não tenho interesse em participar

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimento

Convidamos você a participar da pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular. O objetivo desta pesquisa é identificar as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte. Sua participação é importante, pela proposta de contar sua experiência de vida, descrevendo como era sua vida antes e após vir morar no Serviço Residencial Terapêutico. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessária uma entrevista via gravação de vídeo chamada em aplicativo correspondente a essa característica – Google Meet. A entrevista será gravada e transcrita posteriormente e as imagens não serão usadas. O recurso utilizado será o celular corporativo da supervisora, sendo combinado previamente com o morador dia e horário para entrevista de acordo com a disponibilidade da supervisora, e caso não possua acesso à internet a pesquisadora disponibilizará computador e acesso compatível à combinar, com tempo estimado de 10-15 minutos de entrevista individual.

Os riscos desta pesquisa são invasão de privacidade e riscos relacionados a divulgação de imagem online, desencadeamento de questões emocionais em virtude do relato de história de vida e uso do tempo do morador ao responder o questionário de pesquisa, e para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes garantindo a não identificação do morador e seguir orientações éticas para arquivamento da coleta, e uso de estratégias que minimizem o risco de desconforto psicológico buscando garantir acolhimento e segurança. Não há risco à saúde física dos participantes, e se sugere um ambiente sigiloso e confortável ao responder a pesquisa.

Espera-se que sua participação na pesquisa possa contribuir com conhecimento em maior profundidade sobre mudanças/ou não ocorridas em sua vida após a moradia na casa, assim como, por meio do diálogo com o morador associado às informações dos supervisores, refletir sobre sua realidade.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio das pesquisadoras do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto às pesquisadoras, ou prejuízo quanto sua moradia, bastando você dizer à pesquisadora que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas das pesquisadoras da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es): Professoras Andrea Ruzzi Pereira e Luciana Assis Costa e Mestranda Ludmila Canário de Silva Barreto

Nome: Andrea Ruzzi Pereira

E-mail: andrea.pereira@ufmg.edu.br

Telefone: (34)991923735 ou (34) 3700-6968

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº159, Prédio Anexo- 4º andar, sala 416 - Abadia

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, nº 159- Casa das Comissões, Bairro Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Assentimento Livre, após Esclarecimento

Eu, li e/ou ouvi o esclarecimento na página anterior e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos aerei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem precisar justificar minha decisão e que isso não afetará qualquer relação minha com a minha instituição. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Diante disso, declaro que concordo e assinto participar do estudo. Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular.

2. Você consenti em participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- Consinto a participar da pesquisa.
- Não concordo.

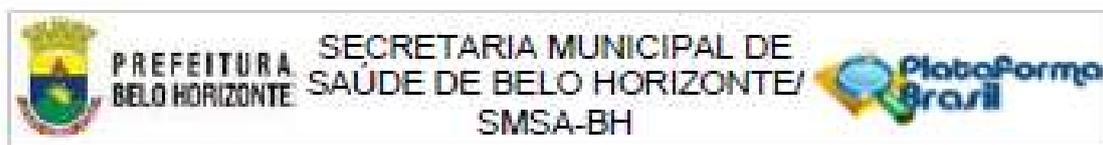
Informações
para
agendamento

As informações solicitadas nessa etapa do formulário servem para nos planejarmos para entrar em contato com você e fazê-lo da melhor maneira possível, sendo assim, faz-se essencial que nos informe a melhor ocasião e meios para que possamos viabilizarmos a participação do morador sob sua responsabilidade na pesquisa.

3. número de telefone para contato *

4. Qual o melhor dia e o horário para você conversar com os pesquisadores? (pode ser mais uma opção). *

ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a Inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular

Pesquisador: Andrea Ruzzi Pereira

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 2

CAAE: 35830820.2.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.397.929

Apresentação do Projeto:

O Programa de Desinstitucionalização foi criado por meio da Portaria nº 2.840 de 2014, como integrante das Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS, que busca o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2014). No âmbito SUS, o sancionamento da Portaria GM nº 106/00, define a inserção em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), e o modo de operar desse serviço são passos iniciais e essenciais de um longo processo de reabilitação que busca a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2004). Sendo assim, é possível compreender que o SRT já propõe o cumprimento de projeto terapêutico em suas bases de formação. Essa elaboração deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. Essa perspectiva apresentada inaugura um novo cenário para os novos sujeitos inseridos no processo de desinstitucionalização. A casa, enquanto serviço também passa por esse processo e precisa ser um lugar privilegiado de elaboração das experiências de vida. As questões cotidianas passam a exigir dos usuários e do serviço, ações que envolvem papéis sociais até então não experimentados (portador de direitos, consumidor, etc.), tornando-se assim uma potência terapêutica para inclusão social.

Endereço: Rua Frederico Brocher Júnior, 1050F - Avenida 302
Bairro: Pádua Bastião CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 4.367/2016

Nesse projeto de pesquisa serão nomeados como novos moradores de BRT aqueles que foram incluídos no BRT de BH através da Equipe de Desinstitucionalização e após a abertura da última casa do serviço – em 2016. A entrada de novos moradores está sendo disponibilizada na medida em que moradores falecem e que as estruturas das casas permitem, conforme preconizado na portaria que regulamenta o serviço. Para este estudo não foi realizado cálculo amostral, sendo que o número final de participantes se constituirá por amostragem não probabilística de conveniência. Será utilizada a exaustão entendida como critério em que são incluídos todos os indivíduos disponíveis/elegíveis para o estudo (FONTANELLA et al., 2011).

Para a caracterização dos moradores, os dados serão coletados via formulário online – Formulários Google, com preenchimentos pelos respectivos supervisores que acompanham os novos moradores de BRT. Serão solicitados dados sócio demográficos e de ações descritas no Projeto Terapêutico Singular sobre os novos moradores de BRT, sendo um formulário representando cada morador da pesquisa. Os dados sociodemográficos são: idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, renda, comorbidades, situação na justiça (curatela ou não), tempo e local de internação, hipótese diagnóstica e situação do acompanhamento clínico/psiquiátrico e familiar; ações detalhadas do PTS do morador. Essas informações são de comum acesso no serviço, onde cada morador possui um Relatório de Desinstitucionalização em sua pasta individual na casa, restando ao supervisor somente transcrever as informações que forem solicitadas. Considerando a importância de compreender o significado do processo de transição – antes e depois dos novos moradores inseridos nas Residências Terapêuticas, será utilizado na coleta de dados uma entrevista online. A entrevista com os novos moradores se dará via gravação de vídeo chamada em aplicativo que corresponde a essa característica – Google Meet. A entrevista será norteada pela proposta do morador contar sua experiência livremente, podendo incluir o cenário do percurso institucional e a relação com a história pessoal, descrevendo como era sua vida antes e após de vir morar no BRT, qual a importância e satisfação para si. Com essa entrevista, busca-se entender com maior profundidade o perfil dessa população, a percepção dos participantes acerca das mudanças/ou não ocorridas em suas vidas, e se a estratégia de inclusão social é refletida em algum aspecto. A entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, através do diálogo, dando voz ao morador, considerando sua singularidade ao refletir sobre sua realidade. Os supervisores ainda contribuirão com uma reflexão sobre o Projeto Terapêutico Singular na inserção social dos novos moradores de BRT, respondendo questões

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1030P andar/sala 303
Bairro: Pedro Eustáquio CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Protocolo: 4.267.029

morteadoras via formulário online – Formulários Google. Cabe indagar a cerca de: a) O PTS atende enquanto instrumento para efetivação da inserção social? Justifique. b) Qual a função/importância do PTS na inserção social do novo morador de SRT? c) Quais os desafios e potencialidades do PTS na inserção social dos novos moradores de SRT?

O sigilo das informações será garantido, e o armazenamento dos dados se dará via nuvem de dados, por tempo necessário da análise da pesquisa. Estima-se um tempo de 5-10 minutos para preenchimento do formulário por morador. A entrevista sobre a experiência de vida dos novos moradores será gravada para efetivar e transcrição posteriormente. As informações colhidas serão analisadas por meio da análise de conteúdo temática, com abordagem qualitativa (BARDIN, 2010). Estima-se um tempo de 10-15 minutos de entrevista individual na modalidade online. Ao iniciar a entrevista, será feita leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ao morador, que com auxílio da supervisora concordará ou não, respondendo formulário online. As imagens não serão usadas, e as entrevistas serão arquivadas em nuvem de dados, pelo tempo necessário da pesquisa. O recurso utilizado será o celular corporativo da supervisora, sendo combinado previamente com o morador dia e horário para entrevista e acordado com a disponibilidade da supervisora. Diante do cenário de Covid-19 e as orientações pelas Notas Técnicas emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, essa é uma estratégia que assegura o cuidado com todos envolvidos na pesquisa. Os moradores vêm se ambientando com o uso do recurso digital desde o mês de março 2020, após orientação de cumprir o isolamento social, os estagiários do SRT vêm trabalhando de forma online e garantindo a manutenção do vínculo com os moradores, dentre outros recursos, via chamada telefônica e de vídeo. A resposta e adaptação dos moradores vem sendo positiva segundo relato da equipe do serviço e acompanhamento dos supervisores.

A abordagem qualitativa será utilizada na análise de conteúdo dos dados coletados na entrevista aos supervisores que acompanham os novos moradores de SRT. Essa entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa e com a investigação do entrevistador. Como fonte de dados busca-se fornecer informações diretamente elaboradas no diálogo com a temática em consonância as informações de dados sócio demográficos e de história de vida dos novos moradores, tratando de forma reflexiva do próprio sujeito (trabalhador-supervisor) sobre a realidade que ele vivencia.

Endereço: Rua Frederico Brocher Júnior, 1030P andaraia 300
Bairro: Pádua Custódia CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3277-5009

E-mail: coep@pbh.gov.br

Continuação do Protocolo: 4.387.829

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as ações de inserção social registradas no Projeto Terapêutico Singular de novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte.

Objetivos Secundários:

- 1) Caracterizar o perfil dos novos moradores de SRT de BH do estudo;
- 2) Categorizar as ações e estratégias contidas no PTS dos novos moradores de SRT de BH;
- 3) Conhecer a experiência de vida dos novos moradores antes e após o SRT;
- 4) Refletir sobre o PTS na inserção social dos novos moradores de SRT pela perspectiva do Supervisor da SRT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O total de participantes envolvidos na pesquisa configura-se em dois grupos: supervisores e moradores. Considerando o grupo de supervisores, os riscos desta pesquisa são: invasão de privacidade online e uso do tempo do entrevistado ao responder o questionário de pesquisa. Em busca de minimizar os riscos aos supervisores participantes da pesquisa, serão tomadas as seguintes providências: garantir o acesso aos resultados da pesquisa, bem como torná-los público; assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, garantindo a não identificação dos supervisores e não identificação dos dados dos moradores e seguir orientações éticas para arquivamento da coleta. Ressalta-se que não há risco à saúde física dos supervisores e que serão orientados sobre a possibilidade de não responder ou desistir de responder a uma pergunta ou pesquisa a qualquer momento. Sugere-se um ambiente sigiloso e confortável ao responder a pesquisa.

Ao grupo de moradores os riscos desta pesquisa são: invasão de privacidade e riscos relacionados à divulgação de imagem online, desencadeamento de questões emocionais em virtude do relato de história de vida e uso do tempo do morador ao responder o questionário de pesquisa. Para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes garantindo a não identificação do morador e não exibição de sua imagem, seguindo as orientações éticas para arquivamento da coleta,

além do uso de estratégias que minimizem o risco de desconforto psicológico buscando garantir acolhimento e segurança. Pretende-se utilizar de uma postura delicada e atenta no contato da entrevista com o morador, fazendo uso do vínculo da pesquisadora por conhecer alguns



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Protocolo: 4.387/2020

participantes na supervisão das Residências Terapêuticas. Não há risco à saúde física dos moradores participantes do estudo, e será de transparente esclarecimento quando a não responder ou desistir de responder a uma pergunta ou pesquisa a qualquer momento. Sugere-se um ambiente sigiloso e confortável ao responder a pesquisa.

Benefícios:

Conhecer as ações de Inserção social dos novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico que estão incluídos no Projeto Terapêutico Singular colabora para que as práticas no serviço possam ser avaliadas na sua perspectiva cotidiana, buscando evidenciar o impacto e o significado na vida do sujeito, e pode favorecer o desenvolvimento de estratégias internas e externas de planejamento da gestão do cuidado acerca da inclusão social. A presente pesquisa tem como objetivo fundamental de beneficiar a produção acadêmica, a discussão teórico-prática dos profissionais do serviço e impulsionar aos novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico a ter voz ativa na sua produção de vida. Os resultados da pesquisa abrem campo para novos aprofundamentos, formulação de ações e avaliação interna do processo de desinstitucionalização, principalmente em benefício da população do estudo. Para a sociedade, há um impacto relacionado à inclusão social de pessoas, frente ao estigma da loucura e a efetiva desinstitucionalização. Pensa-se ainda na promoção da educação para os demais serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de tema de fundamental importância dentro das Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que são os processos de inclusão social que integram o Projeto Terapêutico Singular dos pacientes inseridos nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Avaliar a visão de pacientes e supervisores sobre esse item pode contribuir para a melhoria da assistência prestada pelos serviços substitutivos da RAPS, no entanto, em atenção à Declaração de Emergência em Saúde Pública Internacional da Organização Mundial de Saúde, de 30 de janeiro de 2020, à situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), declarada pela Portaria nº 188, de 04 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, e ao reconhecimento da situação de calamidade pública, pelo Decreto Legislativo nº 6, de 18 de março de 2020 e o disposto no artigo 4º do Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, este Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte entende que neste é preciso ponderar em relação às

Endereço: Rua Frederico Brocher Júnior, 10307 andar térreo 300

Bairro: Pádua Ilustre

CEP: 30.730-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-8329

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 4.367.626

características da disseminação da doença em cada população e seu cenário epidemiológico para somente a partir destas considerações é ser possível planejar as pesquisas nestes tempos excepcionais. Sobretudo, devemos estar atentos à segurança de pesquisadores e participantes envolvidos nas pesquisas, para que todos estejam suficientemente protegidos para que não sejam veículos de transmissão da doença, considerando que boa parte dos infectados são assintomáticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Andrea Ruzzi Pereira e pelo representante da instituição proponente foi devidamente apresentada.

Foi apresentado o Termo de Anuência Institucional da SMSA de BH datado de 14/07/2020.

Em atendimento ao diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 4.355.748, foi postado TCUD em 04/11/2020 (Termo de Compromisso de Utilização de Dados) assinado por todos os componentes da equipe de pesquisa, por ser este um documento obrigatório para pesquisas que utilizam e coletam informações em banco de dados de instituições. Em resposta à pergunta "Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?" o Pesquisador declarou afirmativamente, vide "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1604350.pdf".

Após cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 4.355.748, os TCLE e TALE postado na Plataforma Brasil foram apresentados com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e dos CEPs envolvidos em sua revisão ética. A pesquisadora esclareceu, em documento (carta_esclarecimento_cep_pbh.docx) postado na Plataforma Brasil em 04/11/2020, que para a pesquisa "Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular", habilitará a aceitação do recrutamento dos participantes da pesquisa registrando via formulário on-line vinculado a um e-mail exclusivo para pesquisa: mestradoaleo@gmail.com.

Recomendações:

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo

Endereço: Rua Frederico Brocher Júnior, 1030P andar/sala 302

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31) 3277-5335

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 4.367.829

Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: aceds.pesquisa@pbh.gov.br. Segundo a Pesquisadora, vide TCUD postado em 04/11/2020, durante a pesquisa serão acessadas informações pessoais dos participantes da Pesquisa constante de Relatório de Desinstitucionalização registrados no período entre 2016 a 2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que após o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 4.355.748, o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular".

Saliente-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, devem ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos(as) participantes e da equipe de pesquisa, pois ambos os grupos estarão expostos. Segundo o disposto no artigo 5º da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), "... os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. ...".

Considerações Finais e critério do CEP:

- Saliente-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1032ª andar/sala 302
Bairro: Pádua Castiglioni CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3277-8309 E-mail: ceep@pbh.gov.br

e suas justificativas.

- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.
- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.
- O responsável pela guarda do banco de dados nominais a serem acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Segundo a Pesquisadora, vide TCUD postado em 04/11/2020, durante a pesquisa serão acessadas informações pessoais dos participantes da Pesquisa constante de Relatório de Desinstitucionalização registrados no período entre 2016 a 2021. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

Saliente-se que segundo o documento emitido pela CONEP, **ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)**, DE 09 de maio de 2020, são deveres do Pesquisador Responsável:

“... II. **ORIENTAÇÕES PARA PESQUISADORES**:

3. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A CONDUÇÃO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA

3.1. Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

3.2. Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (Covid-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

3.3. Em virtude disso, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, as orientações da Conep, observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 4.307.609

3.4. Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a validade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição (Resolução CNS nº 580 de 2018, artigo 5º).

3.5. As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde (Resolução CNS nº 580 de 2018, artigo 2º).

3.6. Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep ...".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1635432.pdf	09/11/2020 13:15:06		Aceito
Outros	TCUD.pdf	09/11/2020 13:14:02	Andrea RuzziPereira	Aceito
Outros	carta_esclarecimento_cep_pbh.docx	04/11/2020 11:52:57	Andrea RuzziPereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_Formulários_Google.pdf	04/11/2020 11:51:45	Andrea RuzziPereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SUPERVISOR_Formulários_Google.pdf	04/11/2020 11:50:42	Andrea RuzziPereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RL_Formulários_Google.pdf	04/11/2020 11:50:21	Andrea RuzziPereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MORADOR_Formulários_Google.pdf	04/11/2020 11:45:31	Andrea RuzziPereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_atualizada.docx	25/08/2020 16:36:41	Andrea RuzziPereira	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bacher Júnior, 10307 andaraés 003
Bairro: Pádua Estúquio CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE

E-mail: cep@pbh.gov.br



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH**



Continuação do Parecer: 4.387/2020

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_Formularios_Google_anexo_4.pdf	25/08/2020 16:32:59	Andrea RuzziPereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel_legal_Formularios_Google_anexo_3.pdf	25/08/2020 16:32:48	Andrea RuzziPereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_morador_Formularios_Google_anexo_2.pdf	25/08/2020 16:32:38	Andrea RuzziPereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_supervisor_Formularios_Google_anexo_1.pdf	25/08/2020 16:32:23	Andrea RuzziPereira	Aceito
Outros	TAI.pdf	30/07/2020 13:42:10	Andrea RuzziPereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Novembro de 2020

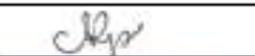
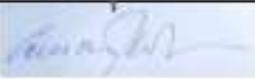
Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1030F andar/sala 302
Bairro: Pedro Sutilópolis CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE E-mail: coep@pbh.gov.br
Telefones: (31)3277-5333

ANEXO F – Relatório de Desinstitucionalização

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura
Ludimila Canário da Silva Barreto	MG14.706.141	
Andrea Ruzzi Pereira	22.462.953-0	
Luciana Assis Costa	M6.074.436	

2. Identificação da pesquisa

- Título do Projeto: Os novos moradores de Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte e a inclusão social pelo Projeto Terapêutico Singular.
- Departamento/Faculdade/Curso: Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (CPGEO) - Mestrado Acadêmico em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais
- Pesquisador Responsável: Andrea Ruzzi Pereira

Descrição dos Dados

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Relatório de Desinstitucionalização registrados no período entre 2016 a 2021.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactados o Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Educação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM): Av. Getúlio Guaritá, Casas das Comissões, bairro Abadia, Uberaba – MG – CEP 38025-440 Telefone: (34) 3700-6803 – Email: cep@uftm.edu.br e o CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 05 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309 – e-mail: coep@pbh.gov.br.

3. Declaração dos pesquisadores

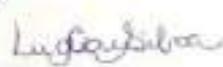
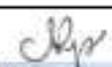
Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconiza a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantida confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFTM.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Uberaba, 04 de novembro 2020.

Nome completo (sem abreviação)	Assinatura
Ludimila Canário da Silva Barreto	
Andrea Ruzzi Pereira	
Luciana Assis Costa	

4. Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cedemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Uberaba, 04 de novembro 2020.



Andrea Lacre Pessina Gasparini

Nome legível/assinatura e carimbo do responsável pela anuência da Instituição
Diretoria do ICS