

SAÚDE MENTAL, EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E HABILIDADES SOCIAIS: UMA EXPERIÊNCIA EM RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE ARACAJU/SE

Ana Karolina Nunes Silveira¹
Josilene Santos de Oliveira Andrade²
Fabiana dos Santos³
Jamily Fehlberg⁴

RESUMO: Trata-se da apresentação de um trabalho de extensão universitária realizado em quatro Residências Terapêuticas do município de Aracaju/SE, o qual funciona em parceria com a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal desse município. A base teórica e técnica do trabalho é a Teoria das Habilidades Sociais aplicada à saúde mental, a qual é executada por estudantes do curso de psicologia de uma faculdade particular localizada também neste município. São trabalhados conceitos como reforma psiquiátrica, rede de atenção em saúde, história da saúde mental no Brasil, políticas públicas de saúde e saúde mental no país, habilidades sociais como base teórica para a preparação dos alunos que participam desta atividade. Avaliou-se de forma adequada esta atividade e pretende-se a continuidade desta ao longo do próximo ano.

Palavras-chave: Cidadania, Extensão Universitária, Formação.

MENTAL HEALTH, UNIVERSITY EXTENSION AND SOCIAL SKILLS: AN EXPERIENCE IN RESIDENTIAL THERAPIES ARACAJU / SE

ABSTRACT: It is the presentation of a university extension realized in four therapeutic residences in the city of Aracaju / SE, which works in partnership with the Health Department of the Municipality of that city. The theoretical basis and the technical work is the Theory of Social Skills applied to mental health, which is performed by course psychology students from a private college also located in this municipality. Concepts are worked as psychiatric reform, health care mesh, mental health history in Brazil, public policy and mental health, social skills as a theoretical basis for the preparation of the students participating in this activity. It evaluated appropriately's activity and intends to continue this over the next year.

Keywords: Citizenship, University Extension, Training.

Introdução

Os serviços psiquiátricos no Brasil passaram por várias transformações ao longo do tempo, tendo como fator preponderante os procedimentos políticos de enfrentamento promovidos principalmente por profissionais de saúde e usuários, possibilitando o início do Movimento Antimanicomial. Os portadores de transtornos mentais possuem uma trajetória afetiva influenciada em decorrência da negação de seus direitos. O início da Luta teve

como estopim o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), e foi a partir do mesmo possível ter uma reflexão crítica a respeito do cuidado com os usuários e com sua posição na sociedade. O movimento mobilizou ações de lutas sociais e políticas proporcionando outra visão a respeito do atendimento psiquiátrico, surgindo uma reflexão política antes não presenciada na psiquiatria no país.

Antes da reforma psiquiátrica os doentes mentais eram considerados e tratados como loucos e portanto alijados

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia Faculdade Pio Décimo.

² Acadêmica do Curso de Psicologia Faculdade Pio Décimo.

³ Acadêmica do Curso de Psicologia Faculdade Pio Décimo.

⁴ Professora Doutora pela Universidade Federal do Espírito Santo, docente de Psicologia da Faculdade Pio Décimo.

de todo e qualquer direito enquanto cidadão. Em decorrência dessa visão deturpada, o tratamento possuía como base a tortura psicológica, violências de diversas formas e cerceamento da sociedade (Foucault, 1972). As críticas em relação ao tratamento causavam contusão, a questão da insalubridade, da construção inadequada e do tamanho insuficiente dos hospitais para cuidar dos doentes mentais era uma barbaridade (Goffman, 1961), assim como o atendimento que recebiam da equipe técnica antes da reforma. Dessa maneira na Idade Moderna a loucura era tratada como forma de exclusão e punição, porém ao longo do século passado essa visão fora modificada pela influência da reforma psiquiátrica, que teve seu início na Itália com Franco Basaglia (Amarante, 1995).

Mas não é todo certo que a loucura tenha esperado, recolhida em sua imóvel identidade, o aperfeiçoamento da psiquiatria a fim de passar de uma experiência obscura para a luz da verdade. Não é inquestionável também, por outro lado, que era à loucura, ainda que de modo implícito, que se dirigiam as medidas de internamento. (FOUCAULT, 1972, p. 91).

No início à loucura era vista como um comportamento que diverge dos demais ditos “normais”, ou que não atendessem os padrões sociais, isto é, os doentes mentais, leprosos, idosos, aleijados, enfim, sujeitos que não produziam e não consumiam na sociedade capitalista que começava a imperar (Foucault, 1972). Foi notório desta forma, que a questão da loucura passou a sofrer algumas transformações, demonstrando que todo e qualquer sujeito que não contribuísse para o andamento da sociedade deveria ser excluído da mesma.

A Reforma Psiquiátrica na Itália e seu equivalente no Brasil, ou seja a Luta Antimanicomial, foram movimentos centrados na inserção e valorização dos direitos humanos no tratamento e atenção aos portadores de transtornos mentais (Amarante, 1995). Antes dessa reforma os

indivíduos que eram inseridos nos manicômios recebiam um tratamento desumano e eram isolados da sociedade também em nosso país. Sendo que nenhum indivíduo deve ser excluído de seu meio social, assim como não deve ser pensado fora de seu contexto cultural, conforme mesmo nossa Lei Máxima em seu artigo 5^a (Constituição, 1988).

O movimento era composto basicamente pelos profissionais da área de saúde mental, posteriormente houve uma significativa participação dos usuários e de seus familiares, o que foi de extrema relevância para alavancar esse processo (Amarante, 1995). Segundo Barbosa, Costa e Moreno (2012) os profissionais da saúde mental necessitam redescobrir a história do movimento da Luta Antimanicomial em 25 anos de caminhada, e respeitar os atores desse processo que foram tão importantes para a trajetória do que tem-se hoje como saúde mental no país. Somente através do resgate histórico pode-se compreender toda a problemática inserida nos dispositivos de saúde mental disponíveis na rede sócio-assistencial.

A Reforma Psiquiátrica segundo Pitta (2011) trouxe para o Brasil grandes nomes que fizeram parte do processo de transformação da saúde mental entre os anos de 1975 a 1980 são eles: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel. Estes vinham trazendo suas experiências e propondo novos modelos de tratamento, sendo que Basaglia especificamente mudou o modelo de saúde mental italiano.

Basaglia um médico que foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática, e que trouxe um modelo que rompia com o hospitalocêntrico presente no Brasil, assim foi possível obter novas visões a respeito do tratamento com as pessoas que tem transtornos mentais e seu tratamento. Ele criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. Isso reformou a visão de cuidadores no mundo todo,

chegando ao Brasil em meados do século passado (Amarantes, 1995; Pitta, 2011)

No campo das relações entre a sociedade e a loucura, assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco na internação como modelo de tratamento, sendo, portanto excludente e repressora. Basaglia também promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas, chamadas por ele de "grupos-apartamento", para os loucos (Pitta, 2011).

Diante do processo de desinstitucionalização dos modelos de tratamento para o doente mental, no caso a Luta pelo fim dos manicômios, houve um novo direcionamento na saúde mental, a qual acontecera de forma gradual nos dispositivos em saúde mental no país. Pode-se afirmar que a legislação brasileira, mesmo que lentamente, acompanhou as mudanças no paradigma sobre a doença mental (Pitta, 2001a). O que culminou com a promulgação da Portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual atualizou a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma adequada aos princípios da reforma. O principal objetivo da criação desse sistema, e de uma nova forma de tratamento para os doentes mentais, fora justamente a humanização e a busca por direitos cidadãos (Pitta, 2001b). Olhar para o outro e enxergar além da patologia um sujeito que possui particularidade igual a todos os seres humanos. Este sistema tem como princípios básicos a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde (Pitta, 2001a; 2001b).

Com isso faz-se compreender que a rede fora estruturada para a garantia de bem-estar da saúde à população, conforme a constituição federal no artigo 196 que coloca a saúde como *direito* de todos

(universal) e *dever* do estado, o qual após a constituição a saúde fora incluída em aspectos da cidadania brasileira. (Teixeira, 2001). Em acréscimo, quanto aos princípios, o primeiro a ser destacado será a universalidade em que sua principal função é a quebra de paradigmas sociais, econômicos e culturais. Esses são protótipos ainda existentes entre os usuários e o sistema de saúde, pois ainda permanecem crenças de que esse sistema seja destinado apenas para a classe baixa, quando na verdade como está promulgado na lei é para todos. E esta também é uma função da universalidade, o acesso de todos ao serviço, pois é necessária a descentralização para que as regiões menos favorecidas possam também ter acesso (Conass, 2011a; 2011b). A Equidade vem com a proposta da igualdade entre todos, trazendo em seu contexto novas perspectivas, pois esta tem como principal função tratar a saúde como algo existente em cada ser humano de forma diferente. Com isso é preciso tratar então o que distingue e caracteriza a saúde, pois em casos de vida e morte é preciso dar suporte em primeira instância aos que se encontra em situação de vulnerabilidade.

A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas. (Teixeira, 2001).

A integralidade abrange os conceitos de prevenção, promoção e tratamento da saúde. Então em primeiro lugar deve-se prevenir às doenças e não somente isso como também avaliar e considerar contextos físicos, sociais e

ambientes, já que grande parte da população habita em lugares que ocasionam em maior risco para a saúde do indivíduo. Assim sendo é da competência do SUS a promoção da saúde de forma que possa abranger não apenas grupos isolados como toda a população de modo geral. Em prioridade também aqueles que possuem menos acesso a informação e conhecimento. Com essas ações de prevenção e promoção faz-se necessário lembrar que a abrangência da melhor qualidade de saúde será maior, no entanto o tratamento deve ser também ofertado pelo sistema de saúde (Conass, 2011a; 2011b).

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde, e o avanço de sua legislação, foram originadas outras políticas públicas voltadas à saúde, como as Residências Terapêuticas, e junto a elas os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura Assistidos, Cooperativas de Trabalho Protegido (economia solidária) e as Oficinas de Geração de Renda (Pitta, 2001a; 2001b; 2011).

O transtorno mental diante dessa longa caminhada e evolução do tratamento psiquiátrico, ainda é algo que pode ainda isolar o indivíduo da sociedade em que ele está inserido. É importante que a pessoa que tem algum transtorno mental tenha um tratamento extra-hospitalar, como por exemplo, os CAPS e as Residências Terapêuticas, que são considerados como dispositivos na rede de atenção substitutiva, desempenhando um papel fundamental na reinserção familiar e social. Pessoas portadoras de transtornos mentais, assistidas por estes modelos de atenção à saúde são tratadas de maneira adequada para o processo de desenvolvimento perante a doença, o que se opõe ao regime hospitalocêntrico. A Terapia ocupacional, oficinas psicoeducativas entre outros serviços realizados nestes centros de reabilitação exerce um papel fundamental, tendo como um dos objetivos a reabilitação psicossocial. Encontram-se possibilidades de obterem-se resultados satisfatórios,

alcançando os objetivos traçados para a socialização desses indivíduos (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003)

No caso das Residências Terapêuticas possuem por finalidade o acolhimento de pessoas que passaram longos períodos de tempo internadas em hospitais psiquiátricos e que não possuem o suporte necessário. Assim como também acolhe os usuários de outros serviços de saúde mental que não possuem o apoio familiar e social ao qual precisam. Dessa forma o indivíduo tem seus direitos a moradia e atendimento psicossociais supridos. Pode-se afirmar que este foi um dos maiores avanços da reforma psiquiátrica no Brasil.

Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser alocados novamente para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos. A quantidade de usuários é de no máximo oito moradores que necessitam de acompanhamento de uma equipe interdisciplinar, para dar a assistência necessária a todos que moram na residência (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

O progresso especificamente da reforma com relação às Residências Terapêuticas está em meio ao “cuidar”, pois nesse âmbito a principal característica é estar totalmente disposto a preocupar-se com o outro a ponto de cuidá-lo. É imprescindível frisar que as residências não são um serviço de saúde, mas sim uma moradia, lar, em que está articulada com outras redes de serviços da saúde como o CAPS por exemplo. Geralmente os profissionais que constituem essas redes são apenas cuidadores que fazem uma capacitação para cuidar de pessoas no âmbito da saúde mental e que na moradia contribuem no auxílio da limpeza, refeições e no acompanhamento noturno (alguns

dormem nas casas) (Junior &Silveira, 2009).

A residência terapêutica é uma estratégia de tratamento e acompanhamento dos portadores de doenças mentais que não possuam um suporte familiar e social adequados, egressos das internações psiquiátricas. Elas surgiram para responder a necessidade de moradia de pessoas com transtornos mentais, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Este dispositivo residencial pode servir também de apoio a usuários de outros serviços em Saúde Mental, como os dependentes de álcool e outras drogas que não possuam suporte familiar e social.

Assim uma das tarefas e talvez a mais importante desse trabalho seja a possibilidade de dar autonomia ao sujeito de forma que ele possa ajudar em afazeres domésticos, cuidar de seu próprio dinheiro, pois eles recebem benefícios do governo, e administrar as tarefas do cotidiano, fazendo com que o cuidado seja diferenciado nesse aspecto, de acordo com Junior &Silveira (2009).

A psicologia é um ramo da ciência que se coloca a disposição do outro, que obtém serviços pra auxiliar no desenvolvimento do outro, o psicólogo é um profissional que estuda a conduta humana, na investigação de fenômenos do comportamento, assim é possível ter a percepção que a psicologia deve mudar algo “no espaço”, para proteger a sociedade. E isso significa investigar os fatores psicológicos que contribuem para as doenças físicas, o contínuo aperfeiçoamento dos sistemas encarregados dos cuidados de saúde e a formulação de políticas públicas de saúde.

O trabalho do psicólogo nessa ampla visão tem o objetivo de compreender quais os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam na crença de saúde e doença, sendo realizados em instituições, como hospitais, centros de saúde, ONGS, bases comunitárias, etc. Por essa razão, a psicologia da saúde passa a ter a responsabilidade de visualizar quatro tipos

de objetivos diferenciados: promoção, manutenção, prevenção e tratamento realizado em duas áreas distintas – saúde e doença-. Essa classificação significa que a relação entre diversas variáveis – sociais, tecnológicas, ambientais, religiosas, orgânicas, culturais, comportamento humano – é que irá determinar a condição de saúde do ser humano (Ferreira Neto, 2011).

Um fato que deve ser ressaltado é que um grande avanço foi dado com a criação de leis judiciais que protegem e garantem os direitos de pessoas que possuem algum sofrimento ou transtorno mental. O Art. 5º da constituição postula que - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Esse afirma garantias enquanto cidadãos, pois se deve lembrar que esses mesmos direitos não eram respeitados em decorrência da ditadura (momento em que as pessoas não poderiam ter liberdade de expressão). É possível identificar que é um direito de todos terem a Seguridade Social, ou seja, todos tem direito a Saúde, a Assistência Social e Previdência, por isso o trabalho da reforma psiquiátrica em prol de atender e respeitar o direito de todos independentes de onde sejam ou de quem sejam, se tornou cada vez mais forte após a Constituição de 1998 (Conass, 2011a, 2011b).

A Lei nº10.216 de 2001 (Lei Paulo Delgado) aponta para os aspectos já citados acima que são fundamentais para Reforma Psiquiátrica, pois esta postula o direito e a proteção do sujeito com transtorno mental, bem como o novo modelo de assistencialismo prestado a estes. Em presença da ocorrência de uma Lei que promulga os direitos do indivíduo que é portador de um transtorno mental, pode-se afirmar que este formula um significativo salto para a evolução no tratamento da saúde mental. Sendo que antes como já foi relatada a base para esse

âmbito da saúde eram os hospitais psiquiátricos e os ambulatórios o que atualmente se faz uma realidade distinta da que existia anteriormente.

Contudo a Reforma Psiquiátrica brasileira teve como principal objetivo trazer uma resposta não conflitante para a redução dos danos causados pela internação das pessoas que possuem transtornos mentais, pois a forma de tratamento recebida por todos os indivíduos que passaram por essa interface é traumatizante. Por isso o êxito dessa nova concepção da saúde mental traz antes mesmo do transtorno, o pensar naquele sujeito como um ser dotado de potencialidades e que merece respeito e possuem direitos como todo e qualquer cidadão (Pitta, 2011).

Diante do objetivo que se tem nas residências terapêuticas e as causas que levam as pessoas utilizarem desse sistema, faz com que as SRT (Residências Terapêuticas) tenham a difícil missão de reabilitar o sujeito psicossocialmente. Um processo desafiador, pois muitos possuem um histórico de tratamento desumanizado em que foram expostos às situações violentas e traumatizantes. Então esse é um longo trabalho que tem início desde o primeiro momento em que o sujeito se integra na residência (Junior &Silveira, 2009).

Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se

reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo residências, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores (Junior &Silveira, 2009).

Habilidades de Vida

Diversos seguimentos da sociedade atual encontram-se em constantes transformações, pois as novas tecnologias e os novos conceitos acerca do comportamento e do pensamento evoluem numa velocidade nunca anteriormente vista pela humanidade. A vida em sociedade é crucial para a sobrevivência humana e imprescindível para que o indivíduo nascituro possa se identificar como ser humano. O filhote humano é o ser mais indefeso dos animais e, segundo Bandura (2008), sua aprendizagem é vicariante, ou seja, o indivíduo observa e assimila as informações através do comportamento de outros da mesma espécie. Logo, é por imitação que a criança, adolescente e adultos aprendem a cada etapa da vida a ser como os demais, pois todos “nascem com equipamentos biológicos, cuja potencialidade para se desenvolver depende de vários fatores” (Del Prette & Del Prette, 1999 p. 18) em especial o fator social.

Para Bronfenhener (1996) existem diferentes sistemas de interação que influenciam sobremaneira o comportamento do indivíduo ao longo de toda a vida, sendo os mais significativos os micro-sistemas que perduram com o tempo, como a família, trabalho, escola, entre outros. Diante dessa informação pode-se afirmar que a casa, família, comunidade estão entre locais de maior influência na sociabilidade do indivíduo, pois promovem relações duradouras e cooperativas. Entretanto, conforme pode-se constatar na história social os indivíduos, considerados loucos, foram alijados do convívio social e do cotidiano relacional em uma dinâmica trivial como as encontradas em lares comuns. E como muitos dos casos de moradores das

residências terapêuticas vieram de longos períodos de “cárcere” em hospitais psiquiátricos, estes configuram-se em casos de indivíduos que muitas vezes se encontravam longe de parâmetros sociais que norteiam repertórios comportamentais funcionais.

Assim, é importante que dentro desses espaçosos indivíduos sejam mobilizados a manterem comportamentos mais adaptativos com a comunidade ao redor, e mesmo com o grupo ao qual convivem diariamente. Durante toda a vida os indivíduos necessitarão se moldar ao ambiente no qual vivem e convivem com os demais, pois diante de mudanças tão grandiosas a necessidade de adaptação será incrivelmente testada. Para tanto, foi proposto o trabalho com Habilidades Sociais como alternativa para que muitos dos mitos e receios dos moradores e comunidade em geral possam ser trabalhados e dissipados ao longo do tempo.

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) possui seus trabalhos iniciais localizados nas décadas de 70 e 80 nos Estados Unidos, com base em estudos experimentais do comportamento, que era nomeada de Treinamento de Assertividade (Del Prette & Del Prette, 2001). Existem vários modelos explicativos no THS, mas dentre estes destaca-se o modelo Cognitivo-Comportamental de treinamento (Del Prette & Del Prette, 2013), que destaca alguns problemas mais frequentemente encontrados nessa área: 1^o fase: *motivação, objetivos, plano*; 2^a fase: *Habilidades de decodificação*; 3^a fase: *Habilidades de decisão*; 4^a fase: *habilidades de codificação*.

No programa de treinamento cognitivo-comportamental as etapas de trabalho em grupo são as seguintes:

- 1 – *Desenvolvimento de um sistema de crenças que sustente um grande respeito pelos próprios direitos pessoais e pelos direitos dos demais;*
- 2 – *A distinção entre comportamentos assertivos, não assertivos e agressivos;*
- 3 – *A reestruturação cognitiva da forma de pensar em situações concretas;*

4 – *O ensaio comportamental de respostas assertivas em situações determinadas. (Del Prette & Del Prette, 2013 p.89)*

O objetivo do treinamento é atender o máximo de moradores interessados no aperfeiçoamento pessoal através da aprendizagem de habilidades sociais, ou habilidades de vida. Essas habilidades possibilitam ao cliente uma melhor adequação ao ambiente social ao qual faz parte, sendo relevante também nas interações afetivas. Uma das habilidades sociais é a comunicação assertiva, que permite ao cliente do programa comunicar-se de forma mais adequada em qualquer ambiente. Tudo isso em detrimento de uma comunicação em formato agressivo ou passivo que acaba por resultar em transtornos sociais, como inúmeros exemplos constatados em nosso dia-a-dia. A técnica pode ser aplicada à vários espaços, inclusive em locais que atendem ao portador de transtorno mental grave, como as residências terapêuticas.

Metodologia de Trabalho e conclusões possíveis....

Continuamente desde o ano de 2013 é oferecido à Rede de Residências Terapêuticas do município de Aracaju/SE atendimento em formato de extensão universitária, no qual os alunos finalistas do curso de psicologia de uma faculdade particular prestam atendimento grupal desses dispositivos da rede de saúde mental. Os atendimentos são realizados semanalmente em sistema de rodízio, no qual todas as “casas” são contempladas com as mesmas atividades. Estas são estruturadas em uma linha objetiva de trabalho que teve seu início no trabalho com a humanização e cuidado com seu próprio ambiente físico, até o trabalho com oficinas de expressão através da música.

Inicialmente foram trabalhadas atividades motivacionais, para que cada morador pudesse se sentir parte integrante do processo de organização da “casa” e com isso conquistasse autonomia e auto-

estima. Foram realizadas oficinas nas quais os moradores puderam experimentar atividades de promoção do ambiente ao qual compartilham, como por exemplo: confecção de hortas internas feitas com material reciclado, confecção de alimentos mediante participação de todos. O que motivou o despertar de atividades mais complexas como confecção de um “Quadro de Responsabilidades Diárias”, no qual cada morador se disponibilizou para realizar uma tarefa diária em sua rotina. Atividades que foram alternadas com oficinas de utilização do espaço e de reutilização de materiais recicláveis, como atividades de vídeos, pintura, escrita e confecção de instrumentos musicais a partir de sucata. Atualmente as atividades oferecidas por alunos extensionistas compreendem o acompanhamento de atividades propostas e acrescentadas no “Quadro de Responsabilidades Diárias”.

Entende-se que o trabalho com as habilidades sociais e a saúde mental nas residências terapêuticas pretende, não somente dar maior sustentação à busca pela cidadania dos indivíduos, mas proporcionar-lhes uma responsabilização no cuidado com seu ambiente. Buscando-se com isso maior motivação e auto-estima para um propósito futuro de proporcionar uma maior participação na comunidade onde residem. O desafio cotidiano de produzir repertórios mais adaptativos a esses indivíduos é, sem dúvidas, um grande motivador e um norte para o referido projeto de extensão e seus participantes. Avalia-se como uma grande fonte de formação e produção acadêmica a possibilidade de atuação nesses espaços, os quais se configuram como grande fonte motivadora para todos os envolvidos, sejam eles discentes, docentes, técnicos e usuários do serviço.

Referências

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Bandura, A. A Teoria Social – Cognitiva na perspectiva da agência. In: Bandura, A. R. G. Azzi & Polidoro, S. (Orgs.). *Teoria Social – Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Barbosa, G. C., Costa, T. G., & Moreno, V. (2012). *Movimento da Luta Antimanicomial: Trajetória, Avanços e Desafios*. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, 4 (8).

Benevides, R. A. (2005). Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais Interfaces? Rio de Janeiro: *Psicologia & Sociedade*; 17 (2).

CONASS, (2011a). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília

CONASS, (2011b). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília.

Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: SCLiar, Moacyr [et. al.]. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. *Psicologia das Habilidades sociais: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

_____. *Psicologia das relações interpessoais e habilidades*

- sociais: vivências para o trabalho em grupo.* Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- _____. *Psicologia das Habilidades Sociais: Diversidades Teóricas e suas implicações.* Rio de Janeiro: Vozes, 2013.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS.* São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura.* 6ª Reimpressão. São Paulo: Perspectiva.
- Goffman, I. (1961). *Manicômios, prisões e conventos.* 4ª Ed. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o Cuidado com o Doente Mental na Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2).
- Hirdes, A. (2009). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma (re) Visão. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva* 14(1).
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Junior, H. P. O. S. & Silveira, M. F. A. (2009). Práticas de cuidados produzidos nos serviços de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Revista de Enfermagem USP*, 43(4).
- Ministério da Saúde. (2004). *Residências Terapêuticas. O que são, para que servem.* Brasília-DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12).
- _____. (2001a). *Reabilitação Psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec.
- _____. (2001b) Tecendo uma rede de cuidados em Saúde mental. In: Venâncio, A. T. A. & Cavalcanti, M. T. (org). *Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos.* Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.
- Reis, D. O., & Araújo, B. D. Cecílio, L. C. O. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e Pacto pela Saúde.* UNASUS. UNIFESP. Especialização em Saúde da Família. Recuperado de http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf.
- Teixeira, R. R. (2001). Agenciamentos tecnossemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), pp. 49-61.
- Yépes, M., & T. A (2001). Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e Desafios. Maringá: *Psicologia em Estudo*, 6 (2).