UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ADRIANA MACHADO COVINO

O COTIDIANO NOS ESPAÇOS DE MORAR E HABITAR EM
SAÚDE MENTAL

São Paulo
2007

ADRIANA MACHADO COVINO

O COTIDIANO NOS ESPAÇOS DE MORAR E HABITAR EM
SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem,
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Machado

São Paulo
2007

Catálogo na Publicação (CIP)

**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Covino, Adriana Machado.
O cotidiano nos espaços de morar e habitar em saúde mental
de Adriana Machado Covino. – São Paulo, 2007.- 117p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Machado.

1. Saúde mental 2. Moradias Assistidas 3. Serviços
Residenciais. I. Título

O COTIDIANO NOS ESPAÇOS DE MORAR E HABITAR EM
SAÚDE MENTAL

ADRIANA MACHADO COVINO

BANCA EXAMINADORA

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

DEDICATÓRIA

A meus pais Otávio e Lourdes que me deram a vida.

A meus irmãos, que fazem parte de minha história.

Às vovós Luiza (*in memorian*) e Gersa, pelos seus ensinamentos e a maravilha dos saberes não científicos, a transformar o trigo em pão.

Enfim, a toda minha família que me proporciona amor, carinho, um porto seguro.

Ao Gustavo, que me encanta, fascina, extrai de mim o melhor e constrói comigo o amor.

AGRADECIMENTOS

Durante o período de realização desta pesquisa houve vários acontecimentos em minha vida pessoal e profissional. Muitas pessoas tiveram grande importância para a realização deste trabalho. Assim, agradeço a todos.

Com um obrigado especial, neste pequeno espaço, agradeço a algumas dessas pessoas.

À Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Machado, pelas orientações, paciência, amizade e suporte.

À Prof^a. Dr^a. Luciana Colvero pelas valiosas dicas.

A Célia Loch, pelas dicas e suporte.

À professora Márcia de Oliveira, pela ajuda e sempre presente.

Ao professor Juarez Furtado, pelas valiosas dicas durante o exame de qualificação.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem.

Aos integrantes do Grupo da Subjetividade.

A todos os antigos e novos amigos, que fiz nesta jornada.

A todos os moradores e funcionários das moradias do estudo, pela ajuda e suporte durante todo o período em que estivemos juntos.

Aos amigos: Steven Brenan, Juliana Monjoro, Terezinha A. Dias, Suzete Zanata, Rosangela Kátia Carvalho, obrigado pela força.

A Maggie Hysel, pela possibilidade de realizar este trabalho.

*"O romancista é todos nós, e narramos
quando vemos, porque ver é complexo
como tudo".*

Fernando Pessoa

Covino A. M. O cotidiano nos espaços de morar e habitar em saúde mental. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

Como consequência dos processos de desinstitucionalização psiquiátrica, situam-se as moradias para pessoas com sofrimento psíquico com longo tempo de internação psiquiátrica, que retornam ao território. O presente estudo teve como objetivo narrar e refletir sobre o cotidiano de duas moradias para pessoas com transtornos mentais na cidade de Londres, Reino Unido, de 2002 a 2005. O caminho metodológico emergiu sob a abordagem qualitativa, com o uso da narrativa como recurso metodológico. Essas moradias abrigavam 11 pessoas de diferentes crenças e nacionalidades, tendo em comum o diagnóstico de doenças mentais crônicas e com diversos graus de dependência de cuidados em seu cotidiano, necessitando de atenção nas 24h. O acompanhamento dos moradores era realizado pelos profissionais, que não tinham necessariamente uma formação técnica na área da saúde. Estes recebiam treinamento específico para o acompanhamento e auxílio das atividades diárias dentro e fora da residência. Entre os cuidadores e os profissionais de saúde, que atuavam havia diferenças no olhar e no cuidar de cada morador. Nestas moradias, a convivência suscitou uma reflexão sobre o cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental no ambiente de uma moradia e a noção de habitar. Destacaram-se como pontos que merecem atenção: as possibilidades de reconstrução de vidas dentro dessas moradias; as diferenças entre morar e habitar; a importância de se valorizar as ações diárias realizadas no cotidiano desses espaços como possibilidades de resgatar as subjetividades de todos seus habitantes.

Palavras- chave: Saúde Mental; Moradias Assistidas; Serviços Residenciais.

Covino A. M. Daily life in mental health living inhabiting spaces. [Master Degree]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

ABSTRACT

As a consequence of the deinstitutionalization of psychiatric patients, housing for people who have suffered long term institutionalization and are now back in society comes to light. This research narrates and reflects about the daily life of two care homes for people with mental disorders in the city of London, England, between 2002 and 2005. A qualitative approach was followed, with the use of narrative as a methodological resource. Eleven people lived in these particular homes, having in common the diagnostic of chronic mental health problems with varied levels of dependency, needing care 24 hours a day. The patients were aided by workers who did not necessarily have a technical degree in health care. These workers received specific training for handling daily activities inside and out of the homes. Between the care workers and the health professionals involved in caring, there were differences in how they envisioned the patients care needs. In these homes, the daily routine suscitated reflexion about mental health practices in a care home and the notion of "inhabiting". The following points can be highlighted: possibility of reconstructing lives; difference between live and inhabit; the importance of valuing ordinary actions accomplished in these spaces as a way to redeem the subjectivity in all its inhabitants.

Keywords: Mental Health; Assisted Living; Residential Service.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. OS ESPAÇOS DA LOUCURA	16
1.1 HISTÓRICO DOS ESPAÇOS DO DOENTE MENTAL	16
1.2 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	29
2. MORADIAS EM SAÚDE MENTAL.....	33
2.1 BREVE HISTÓRICO	33
2.2 O MORAR E O HABITAR	40
3. METODOLOGIA	44
3.1 O CONCEITO DE COTIDIANO	42
OBJETIVO.....	46
3.2 PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.3 LOCAL DO ESTUDO	52
4. NARRATIVAS SOBRE O COTIDIANO	54
4.1 MORADIA ROSA	54
4.1.1 O AMBIENTE FÍSICO COM SEUS MORADORES	54
4.1.2 A ORGANIZAÇÃO DA MORADIA ROSA	59
4.1.3 O COTIDIANO DA MORADIA ROSA.....	61
4.1.4 OS CUIDADORES, ESQUEMA DE TRABALHO E CURSOS REALIZADOS	69
4.2 MORADIA AZUL	79
4.2.1 O AMBIENTE FÍSICO COM SEUS MORADORES	79
4.2.2 A ORGANIZAÇÃO DA MORADIA AZUL	85
4.2.3 O COTIDIANO DA MORADIA AZUL	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	109
ANEXO I	117

APRESENTAÇÃO

Quando criança costumava escutar histórias de uma pessoa da família que permanecera internada por dois anos em um hospital psiquiátrico.

O maior interesse por essas histórias dava - se quando comentava sobre seu cotidiano dentro do hospital, dos amigos que fizera e das dificuldades encontradas no período desse tratamento.

As histórias eram a moldura de outras histórias que estimulavam fantasias infantis e sensibilizavam para olhar os portadores de sofrimento psíquico como seres humanos.

Posteriormente, durante o curso de Enfermagem e Obstetrícia, da Universidade Federal de Uberaba (MG), ocorreu o primeiro contato com o portador de sofrimento psíquico, no estágio supervisionado da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, em um hospital da cidade.

O cotidiano daquele local era permeado de regras e rotinas como: banhos coletivos sem nenhum respeito à privacidade; as refeições obrigatórias no refeitório, as filas organizadas para receber medicamentos e hora fixa para dormir e acordar, além de serem conduzidos para o pátio onde permaneciam sem atividade.

Quando as atividades de estágio mudaram para o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), vivenciamos o atendimento ao portador de transtorno psíquico na comunidade. Existia outra lógica de assistência naquele espaço, onde as pessoas que ali estavam tinham a oportunidade de começar a traçar novos rumos para suas vidas.

Durante duas semanas de estágio no NAPS, tivemos os primeiros contatos com profissionais que discutiam sobre os movimentos da Reforma Psiquiátrica, falavam das propostas de cuidar do sofredor de transtorno psíquico na comunidade, do retorno à comunidade, e das propostas de moradias assistidas.

Após o contato com a equipe multiprofissional do NAPS, como psiquiatras, enfermeiros, assistente social, técnicos de Enfermagem e outros, conhecemos as propostas dos movimentos de Reforma Psiquiátrica em marcha no País. A questão da moradia para o portador de sofrimento psíquico que retornava ao território foi um dos temas que mais inquietou no período em que realizamos estágio supervisionado.

Perguntava aos profissionais do local como seria o retorno à comunidade, após longo tempo de internação psiquiátrica? Como se daria a assistência? Quem seriam os cuidadores e como seria o dia-a-dia dentro dessas casas? E os pacientes idosos e muito debilitados voltariam também? Seria diferente do hospital psiquiátrico? Teria de ser.

A vivência e experiência em conviver com portadores de transtornos psíquicos, que gerou esta dissertação, iniciou-se em 2002, na oportunidade de um contrato para trabalhar em uma entidade filantrópica que oferecia moradias para pessoas com história de longo tempo de internação psiquiátrica, que retornavam para a comunidade, na cidade de Londres, Reino Unido.

A assistência prestada a estas pessoas em duas moradias dava-se por meio do acompanhamento do cotidiano, durante 24 horas e auxílio na

construção de respostas para as dificuldades encontradas dentro e fora desses lugares.

Durante os anos trabalhados ali, entre março de 2002 e fevereiro de 2005, foram presenciadas as dificuldades dos moradores e de seus cuidadores no dia-a-dia: Como essas pessoas teciam suas redes de relações com familiares, amigos, com os técnicos e, sobretudo, com a comunidade local.

Várias situações foram observadas em relação ao cotidiano das moradias dentro do contexto macro e microsocial. Das observações oriundas do cotidiano de trabalho, surgiram algumas questões: como compreender uma proposta para pessoas com transtornos mentais morando na comunidade? Como prestar assistência dentro desses espaços? Como cuidar sem que este não se transforme em uma assistência centrada no diagnóstico e, sim, na pessoa que o recebe? Como potencializar ações e gestos da vida cotidiana como recursos terapêuticos? Como caracterizar o significado de habitar e morar nesses espaços?.

Nesse contexto, contatamos a importância dessas moradias na vida de cada pessoa e do papel do cuidador como facilitador para as oportunidades que surgem no cotidiano com suas dificuldades diárias.

Assim, o interesse foi despertado para refletir a respeito do cotidiano desses locais e como os moradores e técnicos articulam-se nessas moradia.

Após retornar ao Brasil, a experiência vivida havia se tornado um passado rico, cheio de conquistas e inquietações, algo que não deveria ser esquecido e, sim, valorizado, trabalhado e estudado.

A problematização da situação vivenciada motivou os primeiros passos do estudo e permitiu a aproximação com um referencial investigativo mais sistematizado, no Curso de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, entre 2006 e 2007.

O presente estudo não tem a pretensão de propor um manual de como trabalhar em moradias psiquiátricas ou, simplesmente, moradias, visto que cada realidade e cada cultura têm seu próprio processo de reflexão, construção, desconstrução e reinvenção.

Pelas questões levantadas e pelo interesse do tema trazido nesse estudo, pretendemos promover um diálogo entre a experiência de cuidados em duas moradias psiquiátricas de Londres e o conceito de cotidiano.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

No capítulo I serão delineados uma linha histórica dos espaços instituídos da loucura e os movimentos que lutaram para transformação da forma de assistir o doente mental no território.

No capítulo II, a idéia central será discutir a respeito da moradia psiquiátrica e seu papel por oferecer uma nova possibilidade de reconstrução de vida a seus moradores; algumas modalidades de moradias encontradas na literatura nacional e internacional e a construção do morar e habitar.

No capítulo III, encontramos o referencial teórico, o objetivo, percurso metodológico e, também, reflexões sobre o uso de narrativas. O cenário do

estudo e a sistematização de algumas discussões a respeito do conceito de cotidiano, que serão utilizados, como sustentação teórica para esse estudo.

O Capítulo IV, contém as narrativas e as reflexões do cotidiano, construídas pela autora-pesquisadora baseada em anotações, cursos realizados e da memória das experiências vividas. A partir das narrativas, são apontadas as linhas de reflexão crítica sobre os temas de maior relevância para a compreensão do cotidiano das moradias psiquiátricas. No Capítulo V, são apresentadas as considerações finais.

1 OS ESPAÇOS DA LOUCURA

1.1 HISTÓRICO DOS ESPAÇOS DO DOENTE MENTAL

O entendimento dos espaços que ao longo da história foram destinados ao doente mental e o surgimento das instituições que se propuseram a tratá-lo, ocorreu da reconstituição do percurso destes no decorrer dos séculos.

Nogueira (2005, p.20) cita que “para estudar os espaços arquitetônicos destinados ao louco, faz-se necessário um estudo sobre as pessoas que vêm habitar esses espaços”.

Assim, neste capítulo, pretendemos abordar o surgimento desses espaços e acompanhar o caminho do doente mental e sua reinserção na sociedade até os dias atuais. A história retrata as diferentes concepções sociais da loucura e os registros de locais destinados a abrigar os loucos, refletem ainda uma multiplicidade de concepções.

A reclusão do doente mental teve no curso da história várias modalidades. Durante a Idade Média, período compreendido entre os séculos XV e XVI, os doentes mentais gozavam de uma liberdade que os condenava a vagar do lado de fora dos muros das cidades; muitas vezes, eram entregues a peregrinos e marinheiros, e levados para todas as regiões distantes da Europa. Nessa época, segundo Foucault (2005), encontramos uma enigmática e misteriosa figura na paisagem renascentista a *Nau dos Loucos*.

Eram barcos estranhos que navegavam de um lado a outro com sua carga insana pelos rios da Renânia e pelos canais flamengos. Todos os

considerados loucos eram entregues aos marinheiros dessas barcas com o propósito de evitar que ficassem vagando pelas ruas das cidades.

A experiência náufraga do louco na Idade Média dá lugar à loucura encerrada no espaço do asilamento, que teve várias modalidades na Idade Clássica. Em substituição aos antigos leprosários, foram montados os asilos, que no início funcionavam como abrigo ou casa de recolhimento.

No ano de 1656, em um ato denominado “Grande Internação”, na cidade de Paris, as pessoas consideradas loucas começam a ser enviadas aos Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia, com a população de pobres ociosos, vagabundos, prostitutas, considerados uma ameaça à lei e à ordem social da sociedade burguesa.

No contexto, a prática regular de internamento de toda a população considerada inadequada aos padrões da ordem e moral da sociedade burguesa introduziu uma primeira experiência de inclusão do doente mental em espaços fechados dentro dos limites das cidades. Os pacientes eram aprisionados e cercados por muros, permitindo, assim, a proteção física e moral dos cidadãos das cidades. (Weyler, 2005; Nogueira, 2005).

Dentro desses espaços, ocorria a separação de todos seus internos entre os calmos, dóceis, agitados e criminosos; estes deveriam seguir as regras de comportamento moral que se baseavam na obediência e repressão.

De acordo com Foucault (2005), o Hospital Geral não se estabeleceu, inicialmente, como um local de tratamento médico. A prática de internação era um assunto policial sem qualquer função curativa, era um misto de estrutura semijurídica, um estranho poder estabelecido pelo rei entre a

polícia e a justiça, com os objetivos de erradicar a mendicância, ordenar a miséria e a ociosidade, vistas como fontes de desordem que se alastravam intensamente pela Europa no período.

Os hospitais gerais, conforme Bicêtre e Salpêtrière caracterizavam-se como locais de depósito de mendigos, aleijados, sífilíticos e loucos, que eram retirados do convívio social e isolados nessas instituições que chegavam a abrigar milhares de pessoas. Ainda não existia um saber médico atuando nessas instituições; elas eram um misto de instituições filantrópicas e lugares destinados a manter todos os excluídos fora do alcance da sociedade.

No final do século XVIII, no período que logo se seguiu à Revolução Francesa, o médico Philippe Pinel foi nomeado para trabalhar nos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière em Paris. A partir deste momento, Pinel vai sistematizar o saber e a prática sobre a loucura, retira os doentes mentais de sua condição precária e passa a discriminar os casos sociais dos que julgava doenças ou anomalias (Milagres, 2002).

Foucault (2005), dirá que o ato de Pinel instituiu uma nova forma de aprisionamento, acobertado pela figura libertadora do médico. Enquanto todas as figuras do Grande Internamento desligavam-se do asilo, a loucura era nele aprisionada como sendo seu lugar natural. Pinel justificava a permanência do louco nesses espaços, para garantir a cura da enfermidade mental.

Pinel postula o isolamento e a classificação do espaço institucional, como sendo de fundamental importância para observação, classificação das

doenças mentais e imposição de uma relação específica entre o doente e médico.

Com seu tratamento moral, ou seja, um saber, um poder e um lugar para sua atuação, Pinel pretendia libertar a loucura dos hospitais gerais. Segundo Castel (1978), era uma libertação apenas aparente, já que os internamentos dos doentes mentais continuavam.

Em seu livro *Microfísica do Poder*, Foucault (2005b) ressalta que a partir do momento que o hospital foi considerado, como um espaço destinado à cura e tratamento, e começa a ser compreendido como um instrumento terapêutico. Torna-se um local de cunho documental no qual a classe médica começa a observar e registrar suas experiências nos pacientes internados. Não havia tratamento sem hospital, o isolamento social continuou sendo uma das principais condições para sua existência.

No final do século XIX, começaram a ser criados espaços fora das grandes cidades por toda Europa, sobretudo em países como Itália, França e Inglaterra. Eram construções, geralmente, compostas de grandes pavilhões isolados, em locais com péssimas condições físicas.

No ano de 1796, na Inglaterra surgem tentativas de humanizar o espaço asilar, no hospital da família Tuke. O objetivo era desenvolver um tratamento humanitário, sem abusos físicos ao doente mental.

Para Foucault (2005), Tuke foi orientado pelo humanitarismo religioso, e suas ações eram guiadas por leis e princípios da igreja protestante. Para Tuke, as moradias dos doentes mentais deveriam ser construídas no campo, com ar puro, junto a vida simples.

Anos mais tarde, em 1839, John Conolly desenvolveu no Reino Unido, um tratamento de portas abertas e sem contenção física aos doentes. Este defendia a construção de espaços de tratamento psiquiátrico na comunidade (Fernandes, 2001).

Já no século XIX, o objeto da psiquiatria foca-se no corpo, e o doente passa a ter o status de doente mental. Serrano (1982) cita que, com o estudo detalhado dos sintomas mentais ocorre o nascimento da Psicopatologia. Assim, a Psiquiatria fundou-se como uma ciência própria, que necessitava de um espaço específico para realizar seus estudos. Nos séculos XIX e XX, assistiu-se a construção de grandes hospitais psiquiátricos.

Foucault (2005, p.475) considera que as experiências de libertação de Pinel e Tuke são como mitos, “um faz prevalecer os temas de primitividade e o outro, põe em circulação as imagens transparentes das virtudes sociais”. Em Tuke, existia a segregação religiosa que não era praticada por Pinel.

O doente mental não foi apenas isolado das cidades, mas também dos limites do imaginário social, tornando-se pessoa invisível que ao ser internada perde sua representatividade social em todos os níveis, desde as esferas mais íntimas, e , então, gradativamente deixa as suas as suas referências fora do hospital. Passa a fazer parte do cotidiano da instituição, que é regida por leis e regras, como horários de dormir, acordar, realizar suas refeições, tudo muito controlado, vigiado.

Com os estudos de Freud sobre o inconsciente no final do século XIX e início do século XX, e o surgimento dos psicotrópicos na década de 1950, o tratamento do louco em um espaço fechado, começa a ser questionado

por diversos seguimentos da sociedade já no início de 1940 (Fernandes, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, na Europa e nos Estados Unidos da América, surgiram os primeiros movimentos, buscando uma transformação mais efetiva do modelo vigente. Com a reconstrução dos países europeus, após a vitória dos Aliados, os hospícios passaram a ser criticados por seus atos violentos e excludentes na forma de lidar e tratar o doente mental (Desviat, 1999).

As propostas desses movimentos buscavam a transformação e adequação à nova ordem social, nos quais o pensamento de participação democrática, o bem-estar social e os direitos humanos deveriam ser estendidos a todos os cidadãos, inclusive aos doentes mentais.

Conforme Birman e Costa (1994), alguns desses movimentos podem ser divididos em: os que contestavam o espaço asilar, tendo como exemplo as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos da América) e a Psicoterapia Institucional (França), e aqueles que priorizavam a comunidade, como lugar de assistência ao doente mental que eram defendidos pela Psiquiatria Preventiva e Psiquiatria de Setor. Além dos movimentos que lutavam pela ruptura do saber médico sobre a loucura, este grupo foi representado pela Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

Em todos os movimentos citados, existia um consenso de que o hospital psiquiátrico era uma instituição onde se estabeleciam relações de submissão e violência. O asilo passava a ser considerado, como um local que produzia enfermidade. Novas alternativas ao modelo asilar que haviam sido esquecidas, começam a ser discutidas nesse momento. Como as obras

de Hermann Simon, criador da Terapêutica Ocupacional na década de 1920, as contribuições de Sullivan que trabalhou a ação do meio hospitalar sobre os enfermos, os trabalhos de Menninger em 1936, no qual os doentes internados eram colocados em grupos, com o objetivo de ressocializá-los (Amarante, 1995).

Para Birman e Costa (1994), a Segunda Guerra Mundial desestabilizou a estrutura socioeconômica e a política mundial, sobretudo, dos países europeus que se viram privados de boa parte da mão-de-obra ativa que sustentava o andamento da vida nacional.

Assim, parte da população que era enviada às frentes de batalhas pouco retornava e, na maioria das vezes, estava incapacitada pelos ferimentos e traumas da guerra. Na França, registrou-se a morte de cerca 40.000 doentes mentais internados em asilos em razão de má alimentação e maus cuidados. Em situação de guerra, o Estado passa a dirigir a vida das pessoas, tanto do ponto de vista político como militar também e atua sobre as questões públicas ligadas à saúde.

Ambos os autores citados, consideram o ano de 1942, como o ponto de recomeço da História da Medicina atual, quando foi elaborado o plano Beveridge na Inglaterra que preconizava em plena guerra o direito do cidadão à boa saúde. Este plano foi tomado como modelo de saúde em vários países.

Daí, surge o postulado de que todos os “homens têm o direito de gozar de boa saúde como um bem básico, até então, os homens tinham o direito de viver e estes passam a adquirir o direito à saúde” (Birman e Costa, 1994, p.46).

A seguir, julgamos que as experiências que serão descritas foram práticas inovadoras para discussão a respeito da situação do doente mental que se encontrava em péssimas condições no interior dos hospitais psiquiátricos. Pontuamos que a psiquiatria democrática foi o primeiro movimento a apontar o fim dos asilos, como uma realidade possível, deslocando o doente mental para o território, onde seria assistido em serviços alternativos ao tratamento asilar. Brevemente, apresentaremos alguns movimentos que lutaram para a transformação da forma de assistir o doente mental, não perdendo de vista as propostas do objeto deste estudo sobre a questão da moradia no território.

A Comunidade Terapêutica

O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseado nos trabalhos de Sullivan, Menninger (nos Estados Unidos da América), Bion e Reichman. Suas experiências eram pautadas na adoção de medidas coletivas e democráticas, cujas experiências objetivavam resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional (Amarante, 1995; Fernandes, 2001).

A idéia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à assistir e tratar os grupos como se fossem um "organismo psicológico" (Jones, 1972).

Maxwell Jones criou o termo aprendizagem ao vivo para definir a possibilidade do paciente aprender meios de superar as dificuldades encontradas dentro do hospital.

Tinha como principal característica a política de portas abertas, propunha chamar a família e a comunidade para dentro do hospital psiquiátrico. Consideramos a importância desta experiência que possibilitou aos pacientes e à sociedade, uma nova relação, de como lidar com o sofrimento psíquico. No entanto, essas propostas se limitaram-se a transformar o espaço hospitalar e não seu fechamento.

Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor

Sob a liderança de François Tosquelles no hospital de Saint Alban, na França, essa experiência tinha como proposta a transformação do espaço asilar, no qual se tentou sua superação, como espaço de segregação e a verticalidade das relações e críticas ao poder médico. Tosquelles tinha como objetivo resgatar o potencial terapêutico do ambiente hospitalar de dentro para fora. A psicoterapia institucional buscava tratar das próprias características doentias das instituições como espaço de tratamento (Amarante, 1995).

Em 1960, criou-se a chamada psiquiatria de setor, na qual a equipe de técnicos buscava tratar as pessoas “seguindo uma responsabilização regionalizada”, tendo como objetivo a transformação das condições desumanas em que se encontravam os hospitais psiquiátricos, após a Segunda Guerra Mundial (Amarante, 1995).

O hospital era dividido em vários setores, cada um correspondia a uma região da comunidade. Isso possibilitaria manter os hábitos e costumes de cada região na população internada e haveria uma continuidade no

tratamento, com a mesma equipe, após a saída do hospital psiquiátrico (Amarante, 1995).

A proposta francesa não eliminou os hospitais psiquiátricos, mas procurou reduzir as internações, deslocando o atendimento do doente mental para serviços no território.

A Antipsiquiatria

A Antipsiquiatria iniciou-se na Inglaterra na década de 1960, com um grupo de psiquiatras, destacando-se Ronald Laing, David Cooper e Aron Esterson, com experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. Esse grupo questionava a própria doença mental e o trato com a loucura e considerava o saber psiquiátrico reducionista e violento (Duarte, 2005).

O movimento procurou romper com o modelo assistencial psiquiátrico, propunha o rompimento do saber médico e compreensão do tratamento das doenças mentais. Suas experiências práticas ocorrem no Hospital Psiquiátrico de Shenley de 1962 a 1966 e, em 1965, no Centro Comunitário Kingsley Hall, ambos em Londres (Amarante, 1995).

Embora não tenha conseguido transpor suas experiências, o grupo de Laing, David Cooper e Aron Esterson trouxe importantes contribuições na percepção da sociedade em relação à determinação social das doenças mentais (Duarte, 2005).

Psiquiatria Preventiva

A Psiquiatria Preventiva surgiu nos Estados Unidos da América na década de 1960, com a proposta de reformulação da assistência psiquiátrica, tendo como objetivo erradicar e prevenir as doenças mentais.

Em fevereiro de 1963, o governo norte-americano, na liderança do presidente John Kennedy, lançou um programa nacional de saúde mental o *Community Mental Health Center Act*. Este plano nacional tinha como objetivo adotar o preventivismo e assistência médica na comunidade

Amarante (1995) apud Lancetti comenta que a Psiquiatria Preventiva possuía três objetivos principais: reduzir os transtornos mentais em uma comunidade, promovendo a sanidade mental dita, prevenção primária; reduzir a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente, esta fase corresponde à prevenção secundária; minimizar a deterioração dos transtornos mentais, prevenção terciária.

Nesta perspectiva, foi criada uma variedade de oferta de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, como centros de saúde mental, hospitais dia/ noite, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais e outros serviços.

Ainda nessa época, surge nos Estados Unidos da América o termo desinstitucionalização, para designar o conjunto de medidas de desospitalização do doente mental para serviços na comunidade (Amarante 1995).

Apesar do termo desinstitucionalização referir-se ao processo de reforma psiquiátrica norte-americana, não propunha o fechamento dos

hospitais psiquiátricos. Os internos desses hospitais permaneciam reclusos, o modelo asilar para Amarante (1995, p. 43) era “retroalimentado pelo circuito preventivista”. A Psiquiatria Preventivista foi adotada por diversos países, inclusive, no Brasil.

A Psiquiatria Democrática Italiana

A experiência italiana surge baseada em um processo crítico sobre a instituição psiquiátrica, das formas de organização e administração desses espaços e das condições desumanas em que viviam os doentes mentais no interior dos hospitais psiquiátricos. Após realizar um trabalho de reorganização no hospital de Gorizia, o médico Franco Basaglia chega a Trieste onde dá início à demolição do aparato manicomial (Birman e Costa, 1992; Desviat 1999).

Basaglia não propunha a simples extinção dos hospitais psiquiátricos, defendia a abertura de serviços substitutivos ao hospital por Centros de Saúde Mental no território, com funcionamento nas 24 horas por dia. Estruturas que segundo Barros (1996, p.106), deveriam adquirir o caráter de assistência médica e ambulatorial, com enfermarias para curta permanência nos períodos diurnos ou noturnos. “É ainda o lugar, no qual se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios.”

Basaglia não defendia a suspensão de cuidados ao doente mental, e sim, propunha novas formas de tratar e lidar com a loucura. Segundo Rotelli

et. al (1990, p.36) as transformações institucionais que ocorreram na experiência italiana foram a partir do interior do hospital. O autor pontua contribuições deste movimento:

1. *construção de uma nova política de saúde mental a partir do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também, conflitiva, de todos os atores interessados;*
2. *centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos "doentes" sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição;*
3. *construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nasceram do interior de sua decomposição e do uso e da transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.*

Dentre os modelos citados, reconhecemos a importância da contribuição da experiência italiana, em questionar e lutar pelos direitos do doente mental, de lutar pelas condições de vida dos doentes por uma vida mais justa, fora do espaço hospitalar, deslocando a assistência para serviços comunitários.

Lembramos ainda que a mudança proposta por Basaglia na vida cotidiana dos doentes mentais nos remete ao trabalho realizado nas moradias deste estudo, que se buscava lidar com a transformação da vida das pessoas em seu dia-a-dia dentro e fora desses espaços, onde seus moradores tentavam reconstruir suas vidas, de acordo com suas possibilidades físicas e psíquicas, após longo tempo de internação psiquiátrica.

1.2 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Até o final do século XIX, a loucura no Brasil não tinha importância nos assuntos relacionados à saúde e nas questões sociais. O doente mental vagava pelas ruas das cidades do Império, quando importunava a ordem social era levado para prisões ou era enviado às Santas Casas de Saúde.

Com a chegada da Família Real, ocorreram várias mudanças sociais e econômicas para ordenar o crescimento das cidades e populações. A criação de um espaço foi necessário para poder recolher das ruas toda a população que ameaçava a paz e a ordem social da época. Posteriormente, em 1852, foi criado o primeiro hospício do Brasil chamado Hospício D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, em um local afastado do centro urbano (Fernandes, 2001; Weyler, 2005).

Na verdade, a construção desse espaço hospitalar tinha como princípio básico um duplo afastamento do louco do meio urbano e social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão. Nas décadas seguintes, o tratamento para o doente mental deu-se apenas no interior dos hospitais psiquiátricos.

Neste estudo, faremos um grande salto histórico, focando a década de 1970, assim, a situação dos hospitais psiquiátricos, na segunda década de 1970, era caótica, esses locais eram alvo de denúncias de violência contra o doente mental que se encontrava internado de sérias dificuldades de trabalho.

Os trabalhadores da saúde mental organizaram-se em um movimento nacional que clamava por urgentes transformações do modelo de

assistência à saúde mental, questionavam se o hospital psiquiátrico seria o lugar apropriado de assistência ao doente mental. O movimento dos trabalhadores levantou algumas importantes reflexões a respeito das possibilidades de transformação do modelo psiquiátrico (Amarante, 2001).

Nesse contexto de movimentos sociais e de discussões sobre propostas de transformações referentes à saúde mental destacamos a proposta do Projeto de Lei Federal que propôs a substituição do modelo manicomial, para novos serviços substitutivos no território.

Dentre o conjunto de propostas, trazemos o Projeto de Lei n.º 3.657/89 que foi apresentado, em 1989, ao Congresso Federal pelo Deputado Paulo Delgado (PT) com a seguinte ementa: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”. Dentre os recursos assistenciais substitutivos, o deputado destaca a formação de moradias aos pacientes que retornariam para o território (Brasil, 1991).

Destacamos a importância das três Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1987; 1992 e 2001 que foram fundamentais para a discussão sobre as novas formas de lidar com a loucura abordando diversos assuntos, como: mudanças na rede de atenção em saúde mental, com a criação de alternativas para substituir o modelo asilar, criação de novas leis que garantam ao doente mental direitos de receber assistência digna no território e estratégias para a montagem de moradias para abrigar os doentes com longo tempo de internação psiquiátrica.

Lemos os três relatórios dessas conferências tendo como objetivo analisar a discussão sobre moradias para egressos de hospital psiquiátrico.

O relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, traz uma breve recomendação para a criação de espaços de habitação, recomendam a abertura de lares protegidos, que seriam administrados e integrados aos serviços extra-hospitalares (Brasil, 1988).

Em, 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental ressaltando a importância da implantação de uma rede de serviços substitutivos; deste modo, destacamos a recomendação para a abertura dos lares abrigados em bairros residenciais no território (Brasil, 1994).

Em 2001, foi aprovada a lei de regulamentação dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, proveniente do projeto de Lei referido anterior. A Lei de n.º 10.216 de 6 de abril foi sancionada pelo Presidente da República, com alterações em seu texto original que esclarecem os direitos das pessoas com transtornos mentais. Conforme a lei, a internação psiquiátrica só deverá ocorrer quando da insuficiência de recursos extra-hospitalares (Brasil, 2004a).

Em seu Artigo 5º, refere-se a pacientes à longo tempo de internação psiquiátrica, para os quais deverá ser desenvolvida uma política específica de responsabilidade da autoridade sanitária competente, assegurando a continuidade do tratamento no território (Brasil, 2004a).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 2001, seu relatório recomenda a implantação de moradias na comunidade, discute a viabilidade da implementação da Portaria n.º 106/00 e formas de garantir seu cumprimento (Brasil, 2001).

A Portaria GM n.º 106 de 11 de fevereiro de 2000 do Ministério da Saúde dispõe sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, como

substitutivos para o doente mental com longo tempo de internação psiquiátrica. A partir da Portaria, as moradias para doentes mentais na comunidade passam a ser chamadas de Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2004b).

Segundo Furtado (2006), essa nomenclatura é questionável, em especial, o termo serviço que pode acarretar a idéia de que as moradias possuam alguma semelhança com serviços de saúde.

Assim, quando o fenômeno da loucura passou a ser um problema de ordem social, que necessitava de isolamento, coube ao doente mental um lugar para ser tratado e para morar, ao seja, o asilo.

Na seqüência histórica, com as políticas públicas, sociais, e movimentos de lutas pelos direitos do portador de sofrimento psíquico, surge uma rede substitutiva ao asilo, que possibilita outro lugar para o doente mental, como as moradias.

A seguir, apresentaremos brevemente o surgimento de moradias nos planos nacional e internacional, como também a discussão entre a semântica morar e habitar na comunidade, para depois apresentar e analisar as narrativas referentes às moradias de pessoas com sofrimento psíquico, objeto desta pesquisa de Mestrado.

2 MORADIAS EM SAÚDE MENTAL

2.1 BREVE HISTÓRICO

A construção de novos modelos de assistência ao portador de sofrimento psíquico ocorreu paralelamente aos processos de desconstrução das práticas hospitalares, decorrentes da reforma psiquiátrica em vários países do mundo, surgindo, assim, novas propostas de construção de um aparato residencial ao doente mental na comunidade.

Desde meados dos anos cinqüenta, em vários países da Europa e dos Estados Unidos da América, surgem propostas de serviços de moradia na comunidade, como alternativa ao manicômio. Em 1957, na Inglaterra, foi introduzido o conceito de assistência na comunidade (*Community Care*) que, com sua lei de Saúde Mental (*Mental Health Act de 1959*), representou por duas décadas a legislação mais avançada da Europa cujo objetivo era assistir o portador de transtorno psíquico em serviços no território (Bandeira 1991; Barros, 1994; Desviat 1999; Hart, 2004).

As principais razões que favoreceram o surgimento de moradias segundo a literatura consultada, foram: as condições precárias dos hospitais e os efeitos iatrogênicos da convivência hospitalar, resultando na cronificação da doença. Os movimentos sociais e sanitários, após a Segunda Guerra Mundial, os movimentos por direitos humanos e o surgimento dos neurolépticos, favorecendo assim o tratamento do doente mental fora do espaço asilar (Desviat 1999; Vasconcelos, 2000; Magia e Rosa, 2002).

Há que se ressaltar a importância das políticas públicas que preconizaram a saída do doente mental internado em hospital psiquiátrico, para viver no território, onde passam a ser assistidos em serviços extra-hospitalares.

Amarante e Giovanella (1998) comentam que as propostas de transferir os doentes para serem assistidos no território, não são apenas alternativas ao tratamento asilar, estes devem ser substitutivos, pois deverão oferecer atenção e tratamento ao doente mental nas 24 horas dia, com uma vasta oferta de serviços.

No campo da saúde, o termo território, tem origem na experiência da desinstitucionalização italiana, quando se identifica a necessidade de “reestruturar e subdividir os serviços de atenção em saúde mental por regiões da cidade, criadas a partir de critérios demográficos e de pertencimento subjetivo dos seus moradores” (Milagres 2002, p. 10).

No Brasil o termo foi muito discutido e trabalhado pelo professor e geógrafo Milton Santos. Para este trabalho de mestrado, escolhemos adotar o uso da palavra território, por concordar com o professor Milton Santos (2004, p. 247) que o define da seguinte forma: “espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais colocados em situação na arena política”.

O autor ressalta que o território nunca está acabado e está em constante reconstrução, revela as ações passadas e presentes, constituídas em ações.

Para Delgado (1997), o território não é o “bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que

desenham a moldura de seu cotidiano,” e, também, seus projetos vida. A este respeito Amarante e Giovanella (1998) nos lembram que o trabalho no território não é um trabalho de promoção de saúde mental e, sim, de uma transformação de vida e de subjetividades.

Para Vasconcelos (2000), as moradias oferecem oportunidades sociais e melhores condições para que o doente mental resgate sua cidadania, também, são elementos associados à idéia de espaço de reapropriação pessoal, que possibilita obter novas oportunidades sociais. Comenta ainda que as moradias têm outro papel fundamental, o de evitar a simples extinção de recursos da área de saúde mental em razão do fechamento dos hospitais psiquiátricos ou pela morte de seus pacientes.

Lembramos que esses espaços baseados em uma proposta ética possibilitam a construção de novas possibilidades a seus moradores, assumem o compromisso de conciliar a assistência ao morador quanto ao retorno ao território e convívio social.

Nas moradiasm, habitam homens e mulheres que voltam a possuir um quarto privativo, um armário para guardar seus pertences, uma cozinha, uma sala para assistir à novela das seis, seus moradores passam a ter o poder de decidir sobre ações corriqueiras da vida cotidiana. Os conflitos, as questões diárias são sempre relevantes, discutidos pelos moradores e cuidadores (Furtado, 2001).

Acreditamos que o morar faz parte da condição básica da vida humana. Para que se concretizem as propostas de moradias aos portadores de transtornos psíquicos de longo tempo de internação psiquiátrica e, também, a outros usuários de saúde mental, é necessário refletirmos sobre

os detalhes que envolvem a implantação e, também, as condições de assistência que esses futuros moradores receberão nestes espaços .

Entendemos que esse processo implica mudanças no comportamento da sociedade para com o doente mental, sobretudo a todos os envolvidos na dinâmica de cuidados dentro dessas moradias.

Ao realizar a leitura no Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo de 2001, encontramos as questões referentes à habitação para pessoas com sofrimento mental, como fator crucial para garantir o processo de desinstitucionalização psiquiátrica (OPAS, 2001).

Concordamos com as ressalvas feitas neste relatório, quanto à necessidade de leitos psiquiátricos para pessoas que precisam de atendimento em momentos de crise, para tal, o atendimento ao portador de sofrimento psíquico em hospital geral é recomendado.

No levantamento bibliográfico realizado sobre o tema residencialidade, que não tem nada ver com a concretude da casa ou com a complexidade do morar, encontramos trabalhos sobre as diferentes ofertas de moradias no território, como os Carling,1995; Vasconcelos, 2000; Suyama, 2005; Weyler, 2005, e Rosa, 2005 que citam:

1. Esquemas residenciais adaptados dentro do hospitalar – destinam-se a moradores mais dependentes ou com comportamentos mais desafiantes, ou por usuários com longo tempo de internação psiquiátrica que preferiram permanecer morando no mesmo local. Exemplos de experiências desse tipo são os lares em Trieste e Arezzo na Itália e Brasil.

2. Serviços residenciais integrados - esta modalidade, geralmente, inclui várias unidades residenciais com níveis mais avançados de autonomia e vida independente (como apartamentos individuais e duplos), integradas a um serviço de suporte com trabalhadores, aberto 24 horas, com escritório-ambiente, podem incluir uma unidade com moradores mais dependentes. As moradias podem acolher pessoas com transtorno mental, demência e deficiências de vários tipos. Por um lado, permitem a passagem mais tranquila de um nível de autonomia para outro com menos rupturas, bem como ampliam o nível de contato dos residentes e aumentam a produtividade da equipe central. Vasconcelos (2000) cita as experiências de Estocolmo na Suécia e Reino Unido e ressalta que essa modalidade pode gerar segregação, isolamento processo de transinstitucionalização, isso pode ocorrer pela falta de encorajamento dos moradores à reinserção social no território.

3. Esquemas de Recolocação em famílias - constituem a alternativa mais antiga aos problemas residenciais e sociais em saúde mental. Um bom exemplo está em Gheel, na Bélgica flamenga em um conhecido sistema de famílias adotivas para adultos saídos do hospital psiquiátrico local.

4. Experiências de Group Homes – casas coletivas estabelecidas na Europa desde 1960. Exigem um considerável investimento em planejamento, infraestrutura, auxílios financeiros, seleção e preparação dos residentes e trabalhadores. Os melhores resultados desse tipo de moradia têm sido o baixo índice de readmissões em instituições psiquiátricas. As casas

oferecem moradia para pessoas com longos períodos de internação, geralmente são pessoas idosas, que exigem cuidados mais especializados e desafiadores. São encontradas em diversos locais da Europa, sobretudo no Reino Unido.

5. Aluguéis e outros esquemas individuais - no mercado privado de moradias, esta alternativa constitui, geralmente, a modalidade preferida pelos usuários. Para Vasconcelos (2000), é importante o suporte dos profissionais envolvidos na assistência às pessoas que utilizam esse modelo de moradia, para auxiliar no orçamento doméstico, manutenção, acompanhamento no acesso à rede de serviços de atenção psicossocial. Ressalta que a falta de suporte para pessoas com alguma vulnerabilidade física e psíquica pode gerar problemas de solidão, conflitos com os vizinhos, falta de cuidados e manutenção do imóvel. Podemos encontrar essas moradias no Reino Unido.

6. Residential Care Home – geralmente, pertencem ao setor privado ou filantrópico. Este tipo de residência acomoda de oito a 20 moradores, com suítes individuais e áreas comuns, como salas de televisão e de jantar. Nessas moradias, a maioria das pessoas possui idade avançada, necessitando, geralmente de ajuda nas atividades de vida diária e de assistência nas 24 horas. Podemos encontrar exemplos dessas moradias no Reino Unido e Estados Unidos da América.

7. Supported Housing- baseia-se no acompanhamento individualizado de seus moradores, desde a construção do projeto de moradia, realizado pelo próprio morador, até a pesquisa de imóveis. O programa de supported housing oferece recursos financeiros, para que os moradores possam manter suas casas, como: pagamento do aluguel ou compra de uma casa própria. Além de oferecer acompanhamento para gestão, administração do dinheiro e dos psicofármacos e as necessidades de vida de cada morador, dentre outros. Podemos encontrar exemplos dessas moradias no Reino Unido e Estados Unidos da América.

Nesta dissertação, as residências apresentadas são “classificadas” como: Residential Care Home. Será adotada a nomenclatura de moradia ou casa.

Scarcelli (2002) comenta que, no Brasil, a denominação dos programas para viabilização de moradias teve diversas variações para lugar e época, como lares abrigados, pensões protegidas, vilas terapêuticas, residências terapêuticas, moradias extra-hospitalares ou apenas casas.

Saraceno (1999) comenta que o uso de tipologias para moradias destinadas ao doente mental aparece em razão das diversas combinações do habitat, pela demanda e exigência de seus moradores.

Segundo o autor, a classificação de moradias ocorre em razão da contínua necessidade da “psiquiatria de formalizar a realidade”, como espaço vigiado e controlado. “A história da psiquiatria é uma história de casas, mais ou menos fechadas, mais ou menos vigiadas” (Saraceno, 1999, p. 115).

A categorização desses espaços conduziu para a construção de locais específicos de tratamento de psicóticos no território, que não diferem dos espaços manicomiais. Assim, devemos pensar na facilitação da “criação de lugares para viver, sem se atribuir a autorização de programar tais lugares” (Saraceno, 1999, p.115).

Furtado (2005) ressalta que a questão de tipificação de moradias, é tema de constantes discussões entre diversos profissionais da área de saúde mental. Em pesquisa realizada com gestores e trabalhadores da área da saúde mental, durante discussão desse tema, chegou-se ao consenso da necessidade de estabelecer moradias dos tipos I e II, conforme a necessidade de acompanhamento eventual ou ininterrupto dos moradores, respectivamente.

Gostaríamos de destacar que, ao tipificar uma moradia, corremos o risco de classificar pessoas, de acordo com seus sintomas e comportamentos, podendo levar à segregação, preconceitos e exclusão. Este assunto será discutido na apresentação das narrativas.

2.1 O MORAR E O HABITAR

O ato de deixar o manicômio para morar no território, segundo Weyler (2005), pode ser considerado como um momento de grande dificuldade para o doente mental. É necessário que haja uma construção ou articulação do portador de sofrimento psíquico com os códigos da sociedade e da cidade. Nesse sentido, ao retornar para o território, o doente mental depara-se com

uma casa e seu cotidiano, localizada em uma rua, com endereço, que faz parte de um bairro, de uma cidade.

A vida em uma casa é constituída de relações, que se apóiam na construção de novas possibilidades surgidas no cotidiano desse espaço. Acreditamos que uma casa não é feita apenas de paredes e concretos, mas de pessoas que transitam e vivem em seus espaços, tornando-o um lugar próprio de morar.

Uma casa é o lugar de lugares conhecidos, de estabilidade e repetição da mesmice cotidiana. Para Critelli (2003), além de servir como local de morar, a casa é o lugar de viver.

O que os antigos gregos sabiam e, hoje, não valorizamos, é que a casa de um homem não é feita apenas da chave e da posse, mas sim é o lugar que ele ocupa na cidade, no bairro, na rua com os vizinhos. A moradia de um homem estar ligada a seu pertencimento à cidade e à sua cidadania e, portanto, aos direitos e deveres que lhe competem (Critelli, 2003; Arendt, 2004).

Assim, habitar uma casa requer muitas coisas, como despedir-se de hábitos e permitir que novos se formem; refazer relações com a casa, com o quintal, o jardim, a rua, a luz, o ar, os cheiros, e as pessoas.

Ressaltamos que, ao sair do hospital psiquiátrico para morar no território, o morador pode reproduzir o cotidiano do hospital psiquiátrico dentro da moradia, podendo permanecer isolado em seu quarto, vagar pela casa de um lado para outro, sem participar das atividades oferecidas em serviços articulados no território. Neste contexto, é fundamental estabelecer

a diferenciação entre o *estar* e o *habitar*, idéias com significados que se confundem entre si.

De acordo com o dicionário Aurélio (2004, p. 446), o *estar* significa “ser em um dado momento, é achar-se em certa condição, encontrar-se, presenciar”. O *habitar* está relacionado com “residência, tomar como habitado, morar com alguém”.

O *estar* tem a ver com uma ausência do espaço em relação ao indivíduo, que não tem o poder decisional, material e simbólico. O *habitar* expressa um grau mais evoluído de propriedade do espaço do qual se vive, não se restringindo apenas ao espaço material. O *habitar* tem a ver com “um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros (Saraceno, 1999, p.114).

Segundo o autor, na casa ocorrem experiências concretas de aprendizagem e re aquisição do uso dos espaços, da capacidade do uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana.

Acrescentamos que a possibilidade de *habitar*, também, decorre das potencialidades de cada um, de sua maneira ou visão de mundo, com suas histórias de vida e do poder de exercer suas escolhas no cotidiano desses espaços e com os habitantes da cidade.

Se a casa for um local onde podemos exercer o poder de *habitar*; por outro lado, deveremos destacar que dentro dela poderemos também, perder o poder contratual, material e simbólico. Como nos lembra Scarcelli (2002, p.83.): o “manicômio é o lugar por excelência de negação do *habitar* e, conseqüentemente, o lugar do *estar*, a casa também pode reinstalar essa condição do *estar*, principalmente no que se refere ao ex-morador do hospital”.

Compreendemos que, ao chegar à moradia ou casa, o doente mental deva encontrar nesses espaços lugares cheio de possibilidades e de oportunidades para a reconstrução ou melhora de sua vida. Devemos destacar o papel de todos os envolvidos na assistência dessas pessoas dentro das casas, que deverão considerar o objetivo do eixo habitat.

Scarcelli ressalta a importância de todos os envolvidos na assistência dos moradores no processo de atos cotidianos, do morador, em seu plano “individual, familiar e social, e de operar sobre o percurso que vai da desestruturação em direção à identidade, da expulsão em direção a aceitação, da marginalização rumo a inserção” (Scarcelli, 2002, p. 85).

Neste sentido, é fundamental refletirmos cuidadosamente sobre esses espaços de moradias, sobre os espaços relacionais entre seus moradores e todos aqueles envolvidos em sua assistência. Acreditamos que é no cotidiano das ações dentro e fora dessas moradias que as pessoas terão a chance de aumentar suas capacidades contratuais, seus vínculos afetivos e sociais.

3 METODOLOGIA

3.1 O CONCEITO DE COTIDIANO

Na atualidade, são muitos os pesquisadores como Agnes Heller, Michel De Certeau, Michel Maffesoli e outros que discutem sobre os pequenos fatos do cotidiano, como estes são conceituados e sua influência na vida de todo homem.

Para este estudo, elegemos o conceito de cotidiano do sociólogo francês Michel Maffesoli, que o qualifica como o lugar por excelência da socialidade que, segundo o autor, baseia-se nas relações estreitas de microatitudes, de ações pontuais, representando o cotidiano.

Para o estudioso, o cotidiano em si mesmo é o lugar onde se fundam todos os vínculos sociais, racionais e emocionais. Neste contexto, o cotidiano aparece como palco de profundas transformações silenciosas e banais de todo homem.

Maffesoli (2006), diz que o cotidiano é a fonte social, em que são realizados a vida, local de perpetuação das representações entre pessoas, troca de sentimentos, discussões diárias, conversas em uma mesa de bar sem consistência e outras situações corriqueiras que nos envolvem na trama social diária.

Para o autor, o cotidiano é a história vivida no dia-a-dia de cada um de seus participantes, nos diz que é com base nesse ordinário das ações que elaboramos os conhecimentos e entendimentos do social (Maffesoli, 2005).

Entendemos que as ações vividas no cotidiano dão forma à vida das pessoas, guiando-as, e oferecendo um rumo. Seu traçado pode ser

desenhado a baseado em nós mesmos, de acordo com nosso empenho, criatividade, a partir de uma variedade de práticas inventivas que nos fazem superar situações de intensa dificuldade, encontradas nas questões corriqueiras que surgem no subterrâneo da vida.

Neste trabalho, enalteçemos a importância dos pequenos e microeventos do cotidiano de duas moradias destinadas a pessoas com sofrimento psíquico que retornaram ao convívio social, como sendo uma ferramenta potencializadora de oportunidades e busca de subjetividades perdidas, após longo tempo de internação psiquiátrica.

Assim, acreditamos que o cotidiano nesses espaços de moradia deva ser permeado de práticas rotineiras e, também, segundo Marcos (2004, p.182), representar um “processo constante de apropriação do corpo, do tempo e do espaço das singularidades e capacidades afetuais de cada morador”, seria um espaço de (re) construção.

Maffesoli (2005) defende que o cotidiano está fundado sobre a repetição dos costumes e rituais de pequenas situações da vida social. A vida cotidiana não se deixa apreender com as ferramentas que pressupõem o desenvolvimento uniforme e constante. Defende que, quando falamos do cotidiano, nos ocupamos das cores, gostos, sons, eventos, do trágico que ocorre no seio do social, que entendemos como a vida de cada um.

Ao comentar sobre repetição, Maffesoli (2006) diz que repetir significa negar o tempo, é uma proteção contra o tempo que passa, contra a angústia do devir e esta repetição pode ser percebida como o horizonte de todo o ritual social, da mesma maneira que acentua o presente, o concreto da vida cotidiana.

Assim, neste sentido ao estudar o cotidiano, este dirige os olhos do pesquisador para uma dimensão, para um pequeno grupo social, que centra seus olhos no sujeito, na família e nas práticas diárias.

Para Rezende (1995), estudar o cotidiano é importante, pois os pequenos fatos corriqueiros do dia-a-dia assumem relevância e as ações repetitivas, ganham relevo e esta minimalística da vida social desvela seus múltiplos sentidos. A existência cotidiana é “fragmentada, polissêmica, constituída por sombras e luzes e feita por homens. A repetição do ritual tem papel de destaque na vida cotidiana”.

Na proposta de compreensão do cotidiano, valorizamos o inútil, a trama social com seu caos, suas festas, seus dramas e seu trágico. Tudo a partir de pequenas situações, que formam o grande trato humano, no qual cada pequeno gesto não é desprovido de sentido.

Maffesoli (2005) propõe sua análise baseado nas atividades que permeiam a vida de todo homem: trabalho, vida privada, comunidade e lazer. Estudar a moradia para egressos de longo tempo de internação psiquiátrica e a importância das ações cotidianas na vida de seus moradores são questões que norteiam nosso estudo.

Nesse sentido, consideramos o cotidiano, como sendo fundamental para a apresentação das narrativas deste estudo. Nesta concepção de cotidiano, a idéia implícita funda-se no entendimento de seu poder potencializador de sentidos aos moradores.

Portanto, o objetivo proposto nesta pesquisa foi: narrar e refletir sobre o cotidiano de duas moradias para pessoas com transtornos mentais na cidade de Londres, de 2002 a 2005.

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Em virtude do objeto selecionado para este estudo, o caminho metodológico emergiu para a pesquisa de abordagem qualitativa, por se tratar de uma realidade complexa, que permite captar as singularidades do estudo e possibilitar um mergulho profundo nas nuances e particularidades que o tema comporta. Acreditamos que esse tipo de pesquisa permite uma visão mais ampla do objetivo do estudo.

Segundo Minayo (2000, p.252), este tipo de metodologia analisa a realidade social “que é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva, com toda a riqueza de significados dela transbordante”. Incorpora significados e intencionalidades inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto em seu surgimento como em sua transformação.

Desse modo, o conhecimento sobre as pessoas e seus ambientes sociais só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e como é definida por todos os envolvidos.

Segundo Spindola e Santos (2003), a pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade e não pode ser quantificada, objetiva-se a responder questões particulares, trabalhando um universo de significados, crenças, valores que correspondem a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis. Como recurso metodológico, o tipo de pesquisa escolhido foi o uso de narrativas.

A narrativa é uma técnica de recapitular a experiência passada por meio de uma seqüência verbal e de eventos das situações que ocorreram

(Labov, 1977). Ao narrar o passado, o presente e o futuro são articulados, e quando narramos uma experiência podemos não apenas citar os eventos sob o olhar do presente, mas também projetar atividades e experiências para o futuro.

Quando explanamos um fato, na verdade, temos a oportunidade de refletir sobre o exato momento em que o fato ocorreu, assim, uma narrativa tem a função de descrever e avaliar a experiência passada (Spindola e Santos, 2003).

Quanto aos tipos de narrativa que podem ser obtidas por meio da abordagem da experiência dos sujeitos, Silva e Trentini (2002) apresentam três tipos: as breves que seriam as narrativas sintéticas, contendo a estrutura mínima de uma narrativa com começo meio e fim; as de vivências, mais amplas que incluem a história ou experiência de alguém, e abordam vários episódios que são colocados em uma seqüência de acontecimentos; e as populares, contadas por pessoas de uma comunidade.

Ao relacionar o cotidiano e a narrativa de experiências, Spindola e Santos (2003) afirmam que, quando usamos narrativas para descrever um fato ocorrido ou vivido, o narrador se preenche de si mesmo, obrigando-o a organizar de modo coerente as lembranças desorganizadas e suas percepções imediatas. Esta reflexão de si faz emergir em sua narração todos os microeventos que pontuam a vida cotidiana, do mesmo modo que as durações, provavelmente, comuns aos grupos sociais, mas, que dentro da experiência individual contribuem para a construção social da realidade.

Neste contexto, entendemos que as narrativas de si não falam sozinhas, sendo necessário enquadrá-las no contexto em que se

desenvolvem, ou seja, avaliar todo o conjunto de significações que formam a vida cotidiana.

Ao descrever uma experiência, o narrador não comenta apenas sua vivência, mas conta a respeito dela, dando oportunidade para que outras pessoas possam compartilhar do ocorrido. Segundo Benjamim (1994), o ato de contar uma experiência envolve um estar *com* no mundo, uma relação de intersubjetividades, que se dá em um universo de valores, afetos, em um passado que se articula com o presente e transcende o mundo em que os personagens estão inseridos.

Segundo Dutra (2002), o emprego do termo experiência costuma ser confuso; não entanto, a experiência nos remete àquilo que foi aprendido, experimentado ou vivido pelos sujeitos da ação.

A narrativa da experiência de trabalho da pesquisadora nas duas moradias do estudo, não tem a intenção de abordar uma experiência individual, mas, as interações sociais compartilhadas sobre os acontecimentos ocorridos no cotidiano de seus moradores e de todos os envolvidos na assistência nas moradias.

Ao narrar uma prática, o narrador deve manter os valores e percepções presentes na experiência narrada, pois não comenta apenas os fatos vividos, mas conta a respeito dela, dando oportunidade para que outras pessoas possam compartilhar do ocorrido.

Para Maffesoli (2006), a experiência é vivida, inicialmente, como tal, o que caracteriza a “estética do sentimento não é de modo algum a experiência individualista, pelo contrário, é uma abertura para outros, para o outro”.

Durante a etapa de confecção das narrativas desta Dissertação, fomos invadidos por algumas questões sobre qual caminho seguir, como trazer as experiências do passado e, transformá-las em um trabalho de Mestrado. Questionávamos como deveria ser o resgate da memória e conduzi-la aos construtos de si mesma, a partir de uma experiência vivida e de uma apropriação de conhecimentos adquiridos que são bastante pessoais, e, a questão da subjetividade do pesquisador narrador.

Nesse sentido, Teixeira (2003) enfatiza que as possibilidades de conversar com o próprio eu abrem espaços de experiência social e privada o que antes era de posse do vivido do narrador, passa a ser compartilhado, e problematizado. Os eventos ocorridos na experiência são sistematizados, problematizados, partindo da referência da experiência de si.

Após a leitura de alguns autores como Josso (2005) e Sarlo (2005), que abordam esta temática, entendemos que a possibilidade de construir uma narrativa, baseada em uma experiência de si que adquire importância, quando as condições que mobilizam sua escrita estão situadas e fundamentadas em um projeto metodológico.

Bossi (1994) e Sarlo (2005) afirmam que são necessárias algumas ferramentas para evocar o passado, como o uso de recordações, como a própria memória, diários de anotações, fotos, documentos e outras fontes de dados que possibilitam voltar ao passado. No plano da interioridade, implica deixar-se levar pelas associações livres para resgatar as recordações e organizá-las na forma de narrativas.

Sarlo (2005) nos diz que uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de uma longa viagem empreendida pelo pesquisador e por todos

aqueles que o acompanham. Trazer a experiência vivida é realizar um encontro com a pessoa que sou e com aquela que viveu no passado da ação.

Para Branco (1997), na experiência pessoal existe uma ação que teve uma função, serviu para alguma coisa, como para a formação dos envolvidos. Josso (2004), e Sarlo (2005) ressaltam que a experiência contada por intermédio de uma narrativa contém um ensinamento como sugestão, uma transformação em todas as pessoas que a vivenciam .

Para Sarlo (2005), a narração da experiência está unida ao corpo e à voz, a uma presença real da pessoa na cena do passado. Comenta, ainda, que a narração inscreve a experiência em uma temporalidade que não é de seu acontecer, mas a de sua lembrança que funda, também, uma temporalidade, que a cada repetição torna a se atualizar.

Nessa concepção, entendemos que as narrativas pessoais ou de si, não falam sozinhas, sendo necessário enquadrá-las no contexto em que se desenvolvem, ou seja, avaliar todo o conjunto de significações que forma a vida cotidiana.

A opção de realizar este tipo de pesquisa foi compreender que o objeto deste estudo traz um universo de significados carregados de impressões subjetivas, característica que, Minayo (2000) cita serem compreendidas com esta abordagem.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo de Mestrado foi fruto da experiência de trabalho da pesquisadora em uma entidade filantrópica que tem como objetivo oferecer moradias e acompanhamento para pessoas com história de longo tempo de internação psiquiátrica, que retornam para o território, na cidade de Londres, Reino Unido, entre os anos de 2002 a 2005.

As moradias que serão apresentadas neste estudo, eram administradas por uma entidade filantrópica fundada em 1959, com o objetivo de oferecer moradia e suporte social para egressos de hospitais psiquiátricos.

Até fevereiro de 2005, a entidade contava com 125 moradias distribuídas ao longo do país. As do estudo, embora pertencessem a uma entidade filantrópica, tinham acesso ao sistema de saúde (NHS) Britânico, onde recebiam assistência de uma equipe multiprofissional, *Community Mental Health Team*, conhecida pelas siglas CMHT, constituídas de um psiquiatra, uma psicóloga, um enfermeiro psiquiátrico e um assistente social.

Para identificação das moradias, elegemos nomes fictícios, moradia Rosa e moradia Azul. Não adotamos nomes para os moradores e cuidadores para manter suas identidades preservadas.

As moradias Rosa e Azul fazem parte de um conjunto de seis casas, próximas umas às outras divididas por um muro alto de madeira, que não se conectavam entre si, estavam localizadas em um bairro residencial ao norte da cidade de Londres, perto de dois hospitais gerais, Centro Médico, uma estação de metrô, ônibus, lojas de departamento, Shopping Center, agência

bancária, correio, restaurantes, museu da força aérea, um colégio que oferecia cursos profissionalizantes e do Centro de Atenção em Saúde Mental, usado pelos moradores do estudo.

Conforme o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo foi solicitada à empresa Richmond Fellowship sua autorização por escrito, para que a pesquisa fosse desenvolvida, dentro dos rigores éticos legais. A autorização enviada pela chefe executiva da empresa, senhora Maggie Hysell, consta do Anexo I.

4 NARRATIVAS SOBRE O COTIDIANO

Não é verdade que já não me lembro de nada, as lembranças ainda estão lá, escondidas no novelo cinzento do cérebro, no leito úmido de areia que se deposita no fundo da torrente de pensamentos. Estou tentando trazer de novo à tona um dia, uma manhã, uma hora entre a escuridão e a luz no raiar daquele dia. Há anos deixei de remexer essas lembranças, encafudadas feito enguias nas poças da memória. Tinha certeza que a qualquer momento bastaria revolver a água rasa para vê-las aflorar num golpe de cauda. Na pior das hipóteses, teria de levantar algumas das pedras enormes que servem de barragem entre o presente e o passado, para descobrir as pequenas cavernas atrás da testa onde se anicham as coisas esquecidas. Mas porque aquela manhã e não outro momento?

Há alguns pontos emergindo do fundo de areia, sinal de que ao redor daquele ponto girava uma espécie de vórtices que a espiral do tempo se desdobra...

Ítalo Calvino

Passaremos agora a apresentar as moradias Rosa e Azul, indicando o ambiente físico e seus moradores, a organização da moradia, cotidiano, os cuidadores, esquema de trabalho e cursos realizados.

4.1 MORADIA ROSA

4.1.1 O ambiente físico com seus moradores

A casa foi alugada em 1998, com a função de oferecer moradia para seis pessoas vindas de um grande hospital psiquiátrico após seu fechamento. Era habitada por quatro mulheres e dois homens, na faixa etária entre 50 e 65 anos de idade, com diagnóstico de neurose e psicose grave, com tempo de internação maior que dez anos. Em relação às nacionalidades, dois eram ingleses, um irlandês, um das Ilhas Maurício, um

de Burma (fronteira com a Índia, China e Tailândia) e um morador vindo da Índia. Exceto o morador indiano, os demais utilizavam com facilidade o idioma inglês. A moradora indiana entendia apenas pequenos comandos do idioma em relação a questões cotidianas da casa. Não apresentava nenhuma comunicação verbal apenas sons guturais.

A moradia era classificada como *Residential Care Home* e contava com cuidadores nas 24 horas. Destinava-se a atender moradores idosos, com sérias debilidades físicas e psíquicas que necessitavam de suporte e acompanhamento nas atividades de vida diária, de lazer e de companhia para freqüentar algum serviço na comunidade. Apenas três moradores tinham a chave da casa sob seus cuidados.

Um de seus moradores usava cadeira de rodas e andador, decorrente de um atropelamento, após tentativa de suicídio. O morador chegou lá em agosto de 2002. Com sua chegada, a casa, precisou passar por algumas transformações físicas, como instalação de barras de ferro em diversos locais, corredor, banheiro e em sua suíte.

De arquitetura moderna, a moradia Rosa era uma casa de dois andares, com cômodos amplos e aconchegantes. No piso térreo, estavam: duas suítes, em geral, destinadas a moradores com problemas de deambulação. Todas as suítes da casa tinham cama de casal, mesa de cabeceira para guardar pequenos objetos pessoais, estante com televisão e pequenos objetos de decoração, aparelho de som, armário de madeira embutido com as roupas de cama e de vestir, poltrona de veludo, cuja cor variava, de acordo com a escolha de cada morador.

A decoração de cada suíte da moradia relacionava-se com aspectos da origem cultural de cada um. Por exemplo, o quarto da moradora indiana era todo decorado com objetos vindos de seu país. O quarto da moradora de Burma, decorado com fotos e objetos, relacionados ao Budismo, sua religião declarada; o do morador das Ilhas Maurício foi decorado na primeira semana a que chegou a casa pelos seus familiares, foi pintado de vermelho, cor de seu time de futebol com roupas de cama, tapetes, cortinas, e as mobílias, de acordo com o desejo do morador.

Para não se distanciarem de costumes e tradições de seu país de origem, os moradores eram acompanhados em festivais típicos de seus países, freqüentavam restaurantes específicos de suas culturas e podiam se vestir e alimentar-se, de acordo com seus hábitos culturais. Por exemplo, a moradora indiana costumava usar um vestido tradicional conhecido, como sári.

Entendemos que o nível de trocas sociais, vínculos, afetos é proporcional ao grau de familiaridade da pessoa com o lugar que ela habita. Como também pela inclusão de suas antigas ligações cultural, social e humana (Baptista et. al 2002).

A sala de televisão era composta de dois sofás de dois e três lugares, televisão e aparelho de som, com quadros de fotos dos moradores e cuidadores distribuídos pelas paredes da sala, este local era considerado pelos moradores como o coração da moradia. Servia para encontros sociais entre os moradores das residências vizinhas, amigos e familiares.

No período da manhã, os moradores das casas vizinhas gostavam de assistir à televisão nesta sala, enquanto esperavam o ônibus que os levava

para suas atividades no Centro de Atenção em Saúde Mental, administrado pela MIND.

A sigla MIND não constitui uma abreviatura, mas uma associação de idéias em inglês utilizada para constituir o nome da ONG, referindo-se, pelo menos, dois significados principais: mente, relacionado à vida mental e “preste atenção” (Vasconcelos, 2003).

Ainda no piso térreo localiza-se o escritório onde os cuidadores passavam a maior parte do dia. Nele também eram realizadas pequenas reuniões diárias, ponto de encontro de outros profissionais de saúde mental que freqüentavam a moradia toda sexta-feira.

Neste local eram guardados os medicamentos em armário de aço; em suas prateleiras de madeira existiam vários arquivos contendo protocolos, documentos da entidade e os Projetos Terapêuticos, que eram preparados pelos cuidadores da moradia.

Havia ainda dois banheiros, um social e outro para deficientes físicos, com piso antiderrapante, corrimão de aço na parede, vaso sanitário e chuveiro adaptado; depósito para guardar alimentos não perecíveis e outro para os funcionários guardarem seus pertences; lavanderia semi-industrial com uma lavadora de roupas, uma secadora, um armário de aço para armazenar os produtos de limpeza usados na casa.

Na área externa, havia um jardim gramado, com churrasqueira, mesas e cadeiras de madeira com guarda-sol. Esse jardim era muito usado pelos seus moradores nas estações mais quentes como primavera e verão, quando eram realizados pequenos almoços, festas no final de tarde, para os quais eram convidados os outros moradores das casas vizinhas.

Saindo do jardim, havia uma ampla porta de entrada para a cozinha, que contava com fogão industrial, microondas, lavadora, mesa de madeira com oito lugares, geladeira e freezer, armários de madeira, uma bancada de inox para manuseio dos alimentos, duas cubas uma para lavagem de carnes e alimentos perecíveis e a outra, aos demais alimentos.

Como utensílios usados na cozinha, havia as tábuas utilizadas para manuseio dos alimentos, devidamente separadas em diferentes cores sendo: vermelha, destinada ao manuseio de carnes vermelhas; azul para frutos do mar e peixes; marrom para legumes; verde para verduras; branco para o uso de pães e amarelo para assados, além de uma pia pequena com papel toalha e sabão líquido para lavagem das mãos à entrada da cozinha.

Subindo as escadas do corredor ao lado do escritório, chegava-se ao piso superior. A moradia contava com um elevador, em razão da característica de seus moradores, para facilitar sua locomoção. No andar superior, localizavam as quatro suítes, o escritório do gerente, um banheiro social e a sala de televisão de não fumantes.

Havia também uma biblioteca com um sofá de dois lugares e duas cadeiras para leitura, os livros eram doados pelos vizinhos das moradias, cuidadores e pessoas envolvidas no acompanhamento dos moradores, como os profissionais de saúde mental que freqüentavam a casa. Na sala de descanso, para todo funcionário que trabalhava no período noturno encontrava-se um sofá-cama, com televisão, banheiro. Nesse cômodo, também, eram realizadas reuniões dos funcionários com os moradores e ficavam guardados os documentos confidenciais, como prontuários médicos, dados de contas bancárias e outros documentos importantes.

4.1.2 A organização da moradia Rosa

De acordo com o Departamento de Saúde do Reino Unido, toda moradia para pessoas idosas ou com algum sofrimento psíquico, tanto as administradas pelo setor público como as dos setores privados e filantrópicos, de assistência nas 24 horas, deve ser registrada no *Commission for Social Care Inspection*, órgão do governo com finalidade de avaliar e fiscalizar moradias, para garantir que as recomendações de moradias para pessoas com sofrimento psíquico, sejam cumpridas conforme a Lei. (Registered Homes Act, 2004).

Assim, a moradia Rosa era avaliada duas vezes ao ano, uma visita anunciada e outra surpresa. Os seguintes quesitos eram checados, como: acomodação e manutenção da moradia, registros de anotações dos testes de prevenção de incêndio, sistema de gás; na cozinha, eram checados os registros de anotação da temperatura da geladeira e freezer, uso correto dos utensílios para evitar contaminação dos alimentos, como as tábuas de diferentes cores citadas anteriormente; projetos terapêuticos individuais e a frequência com que eram revistos.

O avaliador conversava com os moradores sobre sua satisfação de estar na casa, perguntava se havia casos de agressão e se os cuidadores incentivavam na realização de atividades que promovessem autonomia, de acordo com suas limitações.

Perguntava, ainda, sobre a qualidade das refeições, a privacidade de cada um dentro da casa, questionava a conduta dos funcionários como, por exemplo, se batiam à porta, antes de entrar nos quartos dos moradores.

Entrevistava, também, cada um dos cuidadores, quando eram discutidas questões sobre a assistência e o significado da moradia para pessoas com sofrimento psíquico no território. Além de questionar se os funcionários recebiam supervisão mensal do gerente da moradia e suporte psicológico. Por último, eram entrevistadas as pessoas que realizavam a limpeza da casa, e como esta era feita.

Os Projetos Terapêuticos eram avaliados quanto à frequência de sua atualização; havia a recomendação de que todo profissional de referência se reunisse periodicamente com o morador, pelo qual era responsável para revisão do referido projeto.

O excesso de recomendações e burocratização era sentido por todos os cuidadores da casa e, também pelos moradores. Diariamente, era preciso que cada cuidador preenchesse as anotações referentes à passagem de plantão, como também a checagem de temperatura da geladeira e freezer, contagem do dinheiro dos moradores, anotação das atividades diárias e outros mais. Tudo era registrado em livros próprios, em razão da solicitação dos órgãos de fiscalização que visitavam a moradia.

Um fato que se repetia e causava discussão, era a fiscalização dos armários de uma das moradoras. Sempre na presença de dois cuidadores e com autorização do gerente da moradia, os armários dessa pessoa eram vistoriados, em razão de seu hábito de guardar restos de comida, especialmente, carnes, ovos, queijos e sanduíches, em seu armário de roupas.

Todos os dias a moradora era avisada sobre os perigos e consequências desagradáveis de manter alimentos perecíveis armazenados

em seu quarto. Ela dizia que não via nenhum problema e sempre oferecia esses alimentos aos outros moradores.

Estas atividades de fiscalização eram justificadas pela necessária prevenção de doenças entre os moradores; no entanto, constituíam uma situação delicada, na qual a privacidade da moradora não podia ser preservada.

Várias discussões foram realizadas a respeito do direito e privacidade que cada morador possuía dentro da residência. Durante as discussões, o grupo sempre se dividia: de um lado, estavam as pessoas que acreditavam que os armários não deveriam ser organizados, sem a presença do morador. De outro lado, existiam idéias de que os moradores tinham deveres e direitos dentro da residência, acreditavam que o fato de abrir o quarto do morador e seu armário, avaliar suas necessidades de roupas, não feria sua privacidade.

4.1.3 O cotidiano da moradia Rosa

A riqueza do cotidiano só pôde ser parcialmente transmitida em um relato de fatos ilustrativos do que ocorria durante os dias e noites na moradia. Muitas narrativas de fatos significativos foram omitidas para que se preservasse a identidade dos moradores e assumidos critérios éticos rigorosos para este relato.

Dos seis moradores da residência, cinco não conseguiam realizar atividades diárias de vida, em razão de suas debilidades físicas ou

psíquicas. Mesmo com dificuldades, os moradores eram encorajados por todos os funcionários a participarem das atividades cotidianas.

Por exemplo, na hora de seus banhos, preparavam a banheira com água e sabonete líquido, hábito cultural da maioria, que não usava chuveiro. Participavam mesmo que de forma precária, da arrumação e limpeza de seus quartos, como dobrar roupas, colocar as roupas usadas em um cesto de plástico identificado com o nome de cada morador, para levar à lavanderia. As roupas de cada morador eram lavadas separadamente. Na lavanderia, os moradores eram incentivados a cuidarem de suas roupas, mesmo quando não conseguiam desenvolver nenhuma atividade, eram encorajados a permanecerem com seu acompanhante.

Após o café da manhã, todos os dias, quatro de seis moradores dirigiam-se ao escritório para receberem suas medicações, costumavam ir juntos e, por vezes, faziam filas à porta do escritório. Quando isso ocorria, os funcionários pediam, para que eles não fizessem filas, eram convidados a comparecer à sala de televisão e, um por vez deveria ir ao escritório receber a medicação.

De segunda a sexta, depois das 10h30 da manhã, três moradores deixavam a moradia para suas atividades no Centro de Saúde Mental, próximo a casa e retornavam às 16h.

Dos outros três moradores, um freqüentava esse local apenas uma vez na semana, em razão de sua dificuldade de deambulação, e os outros dois freqüentavam diferentes centros em saúde mental, destinados a pessoas debilitadas. Ao deixar a moradia essas duas pessoas eram

acompanhadas pelos assistentes; pois faziam uso de fraldas descartáveis e necessitavam de acompanhamento no período em que permaneciam fora.

O dia mais agitado da semana eram às segundas-feiras, quando todas as roupas de cama e edredons eram trocados e lavados, e os armários organizados pelos assistentes e moradores. A grande dificuldade encontrada pelos funcionários que trabalhavam no período da manhã, estava relacionada com o auxílio ao banho do morador que fazia uso de cadeiras de rodas. Muitos cuidadores não concordavam com a permanência desse morador na residência, em sua debilidade física, diziam que aquele local não era um hospital e sim uma casa. Retornaremos a esta discussão mais adiante.

A passagem de plantão ocorria às 14h, era obrigatório que os cuidadores anotassem todas as atividades realizadas durante o turno de trabalho, em formulários específicos. O período da tarde sempre era mais tranquilo: os funcionários desse período realizavam visitas aos moradores das residências vizinhas, que eram administradas pelo mesmo gerente. Este termo, "passagem de plantão", é próprio do ambiente hospitalar e era usado frequentemente, sem causar espanto ou discussão.

O jantar era servido às 18h e, todas as segundas-feiras, três moradores da casa ao lado realizavam suas refeições na moradia Rosa. Após as refeições, permaneciam na casa para tomar chá com alguns moradores, sempre jogavam baralho, assistiam à televisão. Às vezes, um desses visitantes, costumava alugar filmes para assistir ao videocassete. Deixavam a casa, antes das 23h.

Às terças-feiras, a moradora vinda de Burma, jantava em um restaurante oriental próximo à residência acompanhada pela sua profissional de referência. Dizia que, quando estava naquele local, se lembrava de seu país de origem, podia comer o que mais gostava: arroz. Pelas diferenças culturais dos habitantes da casa, o arroz não fazia parte da comida diária do cardápio dos moradores. Após solicitação dessa moradora, a cozinheira da casa passou a preparar o arroz apenas para ela quando a mesma solicitava.

Ainda na terça-feira pela manhã, a moradora pedia para ver a escala de funcionários para saber se sua acompanhante estaria ali naquele dia.

A cuidadora era escalada para trabalhar todas as terças-feiras no período da tarde. Certa terça, a cuidadora não pôde trabalhar e a moradora mostrou-se agitada, dizendo que não iria com mais ninguém, apenas com sua profissional de referência. Nesse episódio, a moradora conversou com o gerente da casa, o que gerou reunião para discutir o papel de cada cuidador e o significado daquela casa.

Durante a reunião, foram também mencionados as relações de poder entre os funcionários e moradores. Todos sempre eram alertados pelo gerente da casa, a respeito dos objetivos da casa para seus moradores.

Toda quarta-feira, a casa ficava vazia: todos seus moradores saíam para atividades diárias, era o dia de realizar atualização dos Projetos Terapêuticos, conversar com algum profissional da equipe de saúde mental do bairro. Nesse dia, também, um morador costumava ir à missa, trazia sempre os folhetos e gostava de conversar com os funcionários sobre religião. Quando não estava confuso, ia sozinho de ônibus na igreja local.

Ao retornar para casa, sempre chegava confuso, acreditava que a cada dia que freqüentava à igreja, este poderia ser perdoado e teria a cura de seu sofrimento psíquico. O morador era assunto das reuniões dos cuidadores; para alguns trabalhadores, não deveria ser permitida a ida semanalmente do morador à igreja local, alegavam que todas, às vezes, que este freqüentava à missa, retornava confuso. Para outros, o morador tinha o direito de escolha, o direito de freqüentar onde quisesse. Nessas reuniões, que ocorriam semanalmente, percebíamos a dificuldade de alguns cuidadores de aceitar o direito de escolha dos habitantes da casa.

À noite, um morador da casa vizinha vinha para conversar com dois moradores em específico, reuniam-se na sala de televisão e conversavam em francês, as conversas eram traduzidas para todos os moradores que estivessem na sala. Eram servidos biscoitos e chás aos visitantes, um morador comprava charutos e distribuía aos visitantes.

Nas quintas-feiras, após longa discussão, o morador que fazia uso de cadeiras de rodas, passou a freqüentar o Centro de Fisioterapia local. Era acompanhado por um cuidador. Lá eram realizadas sessões de exercícios.

No início, esse morador apresentou-se contrário a seu tratamento, mas logo aderiu e sugeriu que com as sessões de exercícios, também, gostaria de fazer acupuntura. Após meses, freqüentando o local, começou a ganhar confiança e usar um andador para se locomover. Ao retornar do fisioterapeuta, trazia os exercícios para serem realizados em casa, com o auxílio dos funcionários, o que gerou grande descontentamento entre os cuidadores que não aceitavam a nova incumbência de acompanhar a realização dos exercícios prescritos para o morador, solicitavam sua

transferência para outro local, em que houvesse ajuda específica para esse tipo de cuidado.

Ainda nas quintas, a cozinheira acompanhada de uma moradora realizava as compras de alimentos em um supermercado vizinho.

Essa moradora estava em fase de transição na moradia: após anos vivendo na moradia Rosa, estava sendo preparada para morar sozinha em um apartamento alugado pela subprefeitura local. Ajudava a fazer compras, gostava de cozinhar, sobretudo os assados. Administrava seu medicamento, que era guardado em caixa de plástico para sete dias. Quando os remédios terminavam, trazia para o funcionário fazer a reposição. Participava do projeto de trabalho da MIND, parceria de uma organização que prestava serviços de limpeza para escritórios, recebia pelo serviço realizado semanalmente. Esta moradora gostava de comprar flores com seu próprio dinheiro, vindo de seu trabalho, trazia um ramallete, sobretudo, de rosas com que enfeitava o hall de entrada da casa, que deu origem ao nome fictício da casa desta narrativa.

A esse respeito Saraceno (1999) lembra a importância do trabalho para o portador de sofrimento psíquico como ferramenta para reinserção deste na sociedade. Comenta ainda que é no trabalho, “como base concreta de comunicação que se estabelecem práticas de negociação e troca” (p. 135). Rotelli (1999) ressalta que “é no seu interior que se dilui o sofrimento e que se pratica o risco da liberdade”.

Todas as sextas-feiras, eram feitos testes com os equipamentos de segurança contra incêndio, realizados pelo gerente da moradia. O teste era registrado em livro específico; caso houvesse algum problema com

equipamentos, era comunicado imediatamente a uma empresa que fazia a manutenção dos equipamentos.

O assunto medicação era tema freqüente das reuniões de sexta-feira: era lembrado quem poderia administrar os medicamentos e os cuidados necessários aos moradores que faziam uso de certos medicamentos como carbonato de lítio e clozapina. Quatro dos seis moradores tomavam clozapina e realizavam exame de sangue uma vez por mês. Após os resultados laboratoriais, a medicação era liberada pela farmácia local. Todo medicamento era custeado pelo serviço de saúde pública (NHS).

As sextas, pela manhã, os moradores recebiam a visita do psiquiatra responsável, visitas de curta duração. Logo após, o profissional reunia-se com os cuidadores para discutir eventuais problemas ocorridos na semana.

Os finais de semana eram tranquilos. Os moradores não tinham a preocupação de acordar cedo para suas oficinas na MIND. A moradora que estava deixando a moradia, tinha a chance de cozinhar para seus amigos e preparava todas as refeições no final de semana. Pela manhã, preparava o típico café da manhã inglês, com ovos, torradas, bacon, cogumelos, salsichas, tomates e chá.

A questão dos próprios moradores prepararem seus alimentos, era discutida nas reuniões. Pela legislação de órgãos ligados ao Departamento de Saúde, a cozinha era o local mais fiscalizado. Por essa razão, a cozinheira comentava que se sentia pressionada com as recomendações dos protocolos que deveria seguir.

De um lado, alguns moradores expressavam o desejo de cozinhar, preparar suas comidas prediletas, mas, de outro lado, existiam certas regras

que deveriam seguir como, por exemplo, de que todo alimento aberto deveria ser etiquetado com a data de sua abertura, todo talher e utensílio usado no preparo dos alimentos deveria ser lavado em lavadora em temperatura específica.

Durante a semana, a cozinha era de responsabilidade da cozinheira, se algum morador quisesse preparar algo, a cozinheira estaria sempre presente a fazer algo que desejasse.

A limpeza das dependências comuns da casa era realizada por uma empresa de limpeza terceirizada, de segunda a sexta- feira das 10h às 15h. Pelas recomendações do Departamento de Saúde, os produtos de limpeza usados na moradia eram armazenados em armário com chave, localizados na lavanderia. Todo material usado na limpeza era identificado por cores para identificar seu uso em diferentes áreas, como: áreas contaminadas, como: banheiro, material vermelha, azul para salas e escritórios e branco para cozinha.

Apesar de alguns moradores, apresentarem sérias condições de debilidade física e psíquica, quatro deles conseguiam realizar pequenas atividades domésticas, sobretudo em seus quartos. Usavam o aspirador de pó e limpavam os vidros das janelas, organizavam seus objetos pessoais no armário do banheiro, uma moradora gostava de organizar sua coleção de miniaturas de xícaras de porcelana na mesa de cabeceira.

A maioria não conseguia lavar seus banheiros, sendo auxiliada pelos assistentes de cuidados.

A manutenção física da residência, como pequenos problemas elétricos, de encanamento e pintura, era realizada pelo departamento de

manutenção da entidade. As instalações de alarmes de incêndio e gás recebiam manutenção de empresas terceirizadas e, a cada seis meses, esses sistemas deviam passar por avaliação, sendo necessário registrá-la em livro específico.

A manutenção do jardim era feita por pessoas com algum sofrimento psíquico, que freqüentavam a MIND, que participavam de um dos vários projetos de geração de renda. O projeto jardinagem consistia na realização de trabalhos de jardinagem para a população da cidade de Londres. Todas as pessoas inseridas nesses projetos recebiam pelo dia de trabalho realizado no final de cada semana.

4.1.4 Os cuidadores, esquema de trabalho e cursos realizados

Para compreensão das características de atuação dos cuidadores nas duas moradias, algumas normas de sua contratação, do esquema de trabalho e do preparo/ capacitação, específicos do Reino Unido e da empresa que administra as duas moradias foram sumarizados. Ainda assim, tais informações não expressam de forma integral os padrões de conduta observados no cotidiano.

Não era exigida qualificação técnica de nível superior em saúde para trabalhar nas moradias do estudo, os funcionários registrados recebiam treinamento e realizavam cursos oferecidos pela entidade mantenedora, de acordo com as necessidades de cada casa.

Os trabalhadores desses espaços tinham diferentes graduações, nas seguintes áreas: Enfermagem, Medicina, Biologia, Filosofia, Administração

de Empresas, Economia, Psicologia, Professor Primário, Pastor e pessoas com ensino fundamental completo e incompleto.

Macpherson e Shepherd (1995) após revisão de literatura sobre moradias para pessoas com sofrimento psíquico no Reino Unido, encontraram que a maioria dos locais estudados trabalhava com pessoas sem formação técnica na área da saúde. Exceto as moradias que abrigam pessoas que necessitam de cuidado clínico, sendo preciso cuidado de Enfermagem nas 24 horas.

Esses autores apontam para a importância da formação e capacitação dos trabalhadores. Lamb (1998) compartilha das recomendações dos autores citados, sobre a importância de investimentos em treinamentos para todos os que acompanham o cotidiano de pessoas que fazem uso dessas moradias no território.

Na literatura pesquisada, encontramos diferentes denominações trabalhadores de moradias para egressos de longo tempo de internação psiquiátrica, como: *Project Worker*, *Outreach*, *Supported Worker*, *Assistant of Supported Worker*, *Carer* e Acompanhantes Terapêuticos ou Cuidadores no Brasil (Macpherson et. al, 1995; Carling, 1995; Carvalho, 2004; Brasil, 2004).

Tanto na moradia Rosa como na Azul, os cuidadores tinham a função de referência de uma ou no máximo duas pessoas. Esses profissionais também, realizavam os Projetos Terapêuticos dos moradores de que eram responsáveis.

Podemos dizer que o acompanhamento prestado aos moradores, funcionava como articulação entre os diferentes espaços da casa, vizinhos, familiares e outros locais no território.

No ano de 1991, em todo Reino Unido foi introduzido o programa chamado *Care Programme Approach*, conhecido com as siglas CPA. De acordo com a política de saúde mental daquele país esse, programa com influências do modelo americano, foi introduzido nos serviços de saúde. É destinado a pessoas muito debilitadas que necessitam de acompanhamento em suas atividades cotidianas e, também, para continuar o tratamento psiquiátrico no território, acompanhamento de todas as pessoas que fazem uso dos serviços de saúde mental e que precisam de assistência (Thompson e Mathias, 2000).

O programa tem como objetivo avaliar as necessidades individuais das pessoas com sofrimento psíquico atendidas em serviços de saúde no território. Todos os pacientes recebem um Plano de Cuidados, denominado neste estudo de Projeto Terapêutico, elaborado pelos seus profissionais de referência.

Havia duas modalidades de Planos de Cuidados ou Projetos Terapêuticos:

1. Plano mínimo de assistência destinado a pessoas com maior autonomia, que não dependem de assistência de cuidados nas 24 horas, requerendo pouca atenção de cuidados na comunidade. Estas possuem um profissional de referência, com um plano de cuidados orientado com o objetivo de estabelecer contato com os serviços de saúde que freqüentam;

2. Plano para pessoas com problemas de socialização graves e que apresentam riscos de acidentes para elas mesmas; com um plano de cuidados detalhado e com acompanhamento intensivo da equipe de saúde mental, geralmente, requisita vários profissionais na execução do plano.

Os funcionários das duas moradias do estudo eram divididos em três categorias de trabalho distribuídos da seguinte forma:

1. *Project Worker* - cuidadores com a função de acompanhar os habitantes no cotidiano da moradia. Eram contratados pela entidade mantenedora, com direitos trabalhistas. Recebiam a função de profissional de referência de um morador e realizavam seu projeto terapêutico. Destacamos que esta categoria de trabalhador apresentava algumas diferenças nas duas moradias. Na moradia Rosa, o cuidador acompanhava o dia-a-dia dos moradores; já na moradia Azul, esse profissional realizava atividades de acompanhamento e, também, funções administrativas.

2. *Assistant Project Worker* - os assistentes dos cuidadores, também, eram contratados pela entidade mantenedora com os mesmos direitos dos cuidadores, como: férias, aposentadoria e outros benefícios. Esta categoria tinha o salário menor que os cuidadores, não desenvolvia os Projetos Terapêuticos dos moradores e realizava atividades de auxílio à limpeza e às questões diárias que surgiam na moradia;

3. A terceira categoria era formada por pessoas vindas de agências de trabalho, sem nenhum vínculo empregatício com a entidade. Desempenhavam a função de serviços gerais, geralmente, trabalhavam para substituir férias e folgas dos funcionários. Não era permitido que esses funcionários trabalhassem sozinhos na residência. Não eram autorizados a

manusear medicamentos, documentos e dinheiro dos moradores. Também acompanhavam os moradores nas atividades domésticas diárias, como lavar e passar roupas, auxiliavam na limpeza das suítes e outros serviços que surgiam ao longo do dia.

Nas primeiras semanas de trabalho, ao serem contratados, tanto o cuidador como o assistente do cuidador recebiam treinamento dado pelo auxiliar administrativo. No período, eram realizadas leituras obrigatórias dos diversos arquivos de documentos distribuídos em pastas, que abordavam itens como: planta física e saídas de emergência em caso de incêndio; sistema de trabalho e escalas; administração da residência e organograma; procedimentos de informes de acidente de trabalho e incidentes que ocorrem dentro da residência. Protocolo para prevenção de acidentes de incêndio; manutenção de cada residência; cursos e treinamentos; visitas fiscalizatórias; plano de cuidados dos moradores, direitos e deveres de cada funcionário e seus deveres de profissional de referência de cada morador; direitos humanos; arquivos de documentos dos moradores; medicação e sua forma de armazenamento; cuidados com o dinheiro de cada morador dentro da residência e forma de supervisão individual dos funcionários.

O trabalho da manhã iniciava-se às 7h com término às 14h30, seguido do turno da tarde das 14h30 às 21h. Quem era escalado para dormir na residência, geralmente, duas vezes na semana, iniciava o trabalho às 15h30 com término às 23h horas, quando se deslocava para o quarto. No geral, quem dormia na casa, trabalhava na manhã seguinte.

O funcionário fixo que havia trabalhado no período da noite tinha como responsabilidade, pela manhã, ler a agenda de atividades do dia, para

verificar os compromissos como: consultas com os profissionais de saúde, exames laboratoriais, passeios pela cidade, recebimento dos benefícios e outros compromissos, que surgiam no dia-a-dia dos moradores.

Os turnos da manhã e tarde contavam com cinco funcionários cada; o noturno, com dois, sendo um sempre fixo que realizava plantão de 12 horas e os demais, em sistema de rodízio, eram funcionários da moradia que tinham a função de dormir na casa. Caso ocorresse algum problema, a comunicação era obrigatória.

Quando um morador necessitava de cuidados especiais, como por exemplo: existia um morador com graves crises de hipertensão e, também, com aneurisma abdominal de aorta, quando tinha crise hipertensiva no período da noite, sempre o funcionário que dormia na casa acompanhava esse morador ao hospital.

Os trabalhadores das casas cumpriam 37,5 horas semanais, distribuídas nos turnos da manhã, tarde e noite. A escala de trabalho era realizada pelo auxiliar administrativo da moradia ou pelo próprio gerente da residência.

Dos profissionais que acompanhavam os moradores nas casas, apenas os cuidadores realizavam os Projetos Terapêuticos que eram feitos na presença de cada morador, que recebia uma cópia de seu projeto terapêutico.

Em relação aos cursos, estes se dividiam em: obrigatórios e não-obrigatórios. Segundo a determinação do Departamento de Saúde, todos os funcionários de moradias para pessoas com debilidades físicas e psíquicas deveriam realizar os cursos de prevenção de acidentes de incêndio, de

prevenção de contaminação alimentar, medicação e prevenção de infecção, com validade de um ano. Durante as visitas fiscalizatórias, os certificados desses cursos eram solicitados pelo fiscal.

No final de 2004, em todo o país foi introduzido o programa de qualificação a todos os trabalhadores da área da saúde, conhecido pelas siglas NVQ (National Qualification Vocation). Os trabalhadores das moradias faziam esse curso no próprio local de trabalho e recebiam um orientador para acompanhar cada aluno no período de um ano.

A seguir, os cursos apresentados foram realizados no período entre 2003 a 2004, nos quais o departamento de ensino da entidade oferecia treinamento aos funcionários, além de cursos na área de saúde mental para outras entidades que administravam moradias para pessoas com longo tempo de internação e idosos.

1. *Introduction to mental health* (Introdução à Saúde Mental): um curso de dois dias com o objetivo discutir a respeito do sofrimento psíquico, com apresentação de uma introdução teórica a respeito dos principais diagnósticos psiquiátricos aos funcionários (Bourne, 2003).

2. *Difficult Disturbing Dangerous Behavior*: curso com duração de dois dias com o objetivo de preparar o funcionário para lidar com problemas de comportamento, explorando possíveis reações pessoais à ameaça imediata. O palestrante utiliza o método de dramatização com participação de todo o grupo com base em situações verídicas que tenham ocorrido em outras residências psiquiátricas e em situações vividas dentro de seu espaço de trabalho (Bourne, 2003).

3. *Equal Opportunities in Practice*: curso de um dia realizado no centro de treinamentos na sede da empresa no centro de Londres, abordando os assuntos relativos à legislações sobre os direitos humanos (Lei Universal de Direitos Humanos, Lei de Direitos Humanos Europeu, racismo, discriminação de gênero e raça, diversidade cultural e religiosa) e políticas da empresa, especialmente, quanto à igualdade de direitos dos funcionários e de todos os moradores que utilizam as residências psiquiátricas.

Trata-se de um curso dinâmico, no qual o palestrante promove a participação ativa dos participantes em grupos de discussão e apresentação dos temas debatidos em seminário (Davis, 2004).

4. *Understanding Psychiatric Medication*: curso de dois dias abordando as medicações psicotrópicas, no qual os palestrantes apresentam a anatomia cerebral e discutem a respeito das interações químicas entre os receptores e medicamentos. É dada especial atenção aos efeitos esperados e possíveis efeitos colaterais das drogas utilizadas pelos moradores, como as antipsicóticas, as antiparkinsonianas, as neurolépticas e os estabilizadores de humor. Fornecem, também, orientações sobre como manusear corretamente as medicações, sobre o uso do “bulário” e controles necessários, quando do uso de determinadas medicações (Wood e Blackburn, 2004).

5. *Working with groups Teams*: curso de um dia, no qual são apresentadas noções sobre trabalho em grupo, baseadas na Teoria de Wilfred Bion, psiquiatra e psicanalista inglês que desenvolveu a teoria sobre a dinâmica de grupos (Clarke e Newman, 2004).

6. *Stress Self-Management*: curso de dois dias sobre como identificar, prevenir e lidar com estresse, quais seus efeitos no trabalhador, e a respeito da política de apoio e suporte da empresa em relação às pessoas que sofrem de estresse e precisam de afastamento do trabalho; adota como referencial a teoria de Motivação de Maslow (Wood, 2004).

7. *Housing Managment for Project Worker*: curso de dois dias, no qual são aprendidos: a legislação de moradia no Reino Unido, os direitos e deveres dos moradores que vivem nas residências, as origens das políticas de Bem- Estar Social, e a Lei Britânica de Moradia - *Housing Law Act* . (Dyson, 2004).

8. *National Vocation Qualification*: qualificação nacional é um projeto do Governo Britânico que tem como objetivo oferecer treinamento e qualificação profissional a todas as pessoas envolvidas no cuidado direto que prestam ações de cuidado à saúde; estão incluídas as instituições como hospitais, casas de repouso, moradias psiquiátricas, escolas e creches (Wood, 2005).

9. *Skills Good Practice in Care Planning*: curso de dois dias em que são discutidos os modelos de avaliação física, emocional, intelectual, social e espiritual, necessidades básicas, primárias usando a pirâmide de Maslow, teoria de Task Centered Practice de Willian J Reid, teoria de solução de problemas, trabalhados por módulos, envolvendo os seguintes passos: Levantamento dos problemas, Planejamento, Dificuldades e Metas a serem alcançadas. O plano de cuidados utilizado pela empresa RF segue as seguintes categorias de cuidados: saúde mental e física, atividades diárias e habilidades, necessidades diárias, financeiras e educacionais, treinamento e

condições de trabalho, necessidades alimentares, espirituais e culturais e moradores com história de uso de drogas e álcool (Clarke, 2003).

10. *Risk in Mental Health*: curso de três dias que aborda as diversas definições sobre o que é Risco em saúde mental e como realizar o plano de avaliação de risco de cada morador (Wood, 2004).

11. *Contributing to the Prevention of Abuse*: curso de dois dias destinado à compreensão do significado ao abuso em se tratando de pacientes com transtorno mental e de como este se manifesta na sociedade (Maskill e Burkmar, 2004).

12. *Good practice on Medication*: curso de quatro meses destinado ao conhecimento, manipulação e efeitos colaterais dos medicamentos usados na moradia. Este curso era ministrado no próprio local de trabalho, dividido em módulos, ao final de cada um, os trabalhadores realizavam teste do conteúdo estudado (Wood, 2005).

Ao final de cada curso realizado, todos participavam da montagem de seminários para discutir as informações adquiridas. Também, eram solicitados a escrever relatórios sobre o entendimento da experiência desenvolvida.

Além desses cursos, os funcionários das moradias reuniam-se uma vez por mês fora do ambiente de trabalho, eram encontros realizados em centros de convenções de hotéis no centro da cidade com o objetivo de discutir as dificuldades e conquistas alcançadas pelos funcionários.

No início de cada ano, cada funcionário recebia uma lista de metas que deveria atingir, como: festas dos moradores e familiares, divulgação da moradia no bairro local a fim de angariar mais recursos na forma de

doações, planejamento de viagens de férias com os moradores pelo país. Se as metas propostas pelo gerente fossem atingidas, o funcionário era recompensado com aumento salarial e um dia a mais de férias.

4.2 MORADIA AZUL

4.2.1 O ambiente físico com seus moradores

Esta casa foi aberta alguns meses após a moradia Rosa, em 1998, com a função de oferecer moradia para seis pessoas. Durante o período em que permanecemos no local a casa era habitada por duas pessoas do sexo feminino e quatro do sexo masculino na faixa etária entre 45 e 75 anos de idade, com diagnóstico de psicose e neurose grave, com tempo de internação entre cinco e 40 anos.

A casa, também, recebia a classificação de *Residential Care Home*, que tinha como principal objetivo oferecer moradia para pessoas com idade avançada ou com alguma debilidade física ou psíquica, com necessidade de acompanhamento nas 24 horas.

Cinco moradores vieram do mesmo hospital psiquiátrico, que encerrou suas atividades em 1998, um sexto morador chegou no final de 2002, vindo de outra moradia que era administrada por uma entidade privada que oferecia casas para pessoas de religião judaica.

Todos os seus moradores eram de nacionalidade britânica. Em relação à religião, apenas dois declaravam-se religiosos, um católico e outro judeu.

Um morador fazia parte do projeto de trabalho oferecido pela MIND, realizando atividades em uma pequena fábrica de artigos para escritório. Seu salário correspondia a dias trabalhados e, como costumava faltar, era muito reduzido. Quando o morador reclamava do valor, era lembrado de suas responsabilidades com o trabalho.

O padrão arquitetônico da moradia Azul era semelhante ao da Rosa: constituída de dois andares, com cômodos amplos e aconchegantes, não possuía elevador, contava com duas bibliotecas, uma no piso térreo e outra no segundo andar.

A primeira biblioteca era composta de diversos livros e revistas das áreas de saúde mental e psiquiátrica, com folhetos educacionais, como: educação sexual, doenças transmissíveis, prevenção de câncer de mama, próstata e outros. Era um local pequeno e aconchegante, com uma mesa de madeira e uma cadeira para leitura.

Observamos que o local era pouco freqüentado pelos moradores da residência, mais usado pelos estagiários dos cursos de assistente social e do curso de *Diploma in Mental Health*, curso ministrado pela entidade que administrava a casa. O estágio durava duas semanas. Durante esse tempo, os estudantes acompanhavam o cotidiano e o funcionamento da moradia, conversavam com os moradores, que tinham por hábito a cada final de estágio convidar os alunos para tomar um café no bar da esquina.

O primeiro piso tinha duas suítes, decoradas de acordo com o desejo de cada morador. Por exemplo, havia suíte decorada com motivos da Força Aérea Britânica e com diversos mapas-múndi nas paredes do quarto. Outra suíte era decorada com os móveis herdados dos pais já falecidos do

morador, como cama, cadeiras, quadros de fotos da família e outros objetos de infância.

Todas as manhãs o morador da primeira suíte esperava por algum funcionário para ajudá-lo a preparar seu banho, pois não conseguia regular as torneiras de água quente e fria, e como não se comunicava verbalmente, costumava usar gestos e escrever em um pequeno caderno que carregava para dizer o que queria. Este morador podia se comunicar verbalmente, mas não o fazia, dizia que não gostava de conversar com pessoas de outras etnias, sobretudo os funcionários vindos de países africanos.

Dos seis moradores do local, três comunicavam-se verbalmente, os demais não tinham a comunicação verbal preservada, costumavam fazê-lo por meio de gestos corporais, como: balançar a cabeça para concordar ou discordar.

Ainda nesse andar, estava a sala de televisão com aparelho de som, videocassete, dois sofás, um de dois e três lugares. A maioria dos moradores quando estava em casa, passava horas nesse local. Apenas duas pessoas fumavam, tinham o hábito de fumar charutos.

Os moradores das residências vizinhas não tinham o costume de freqüentar a casa, quando visitavam algum morador, estes permaneciam na cozinha. A sala era decorada com quadros de fotos dos moradores e funcionários distribuídos pelas paredes da sala e, também, com quadros de arte feitos por uma ex-moradora que havia falecido em 2000. Suas paredes eram forradas com papel de parede azul que deu origem ao nome fictício da casa desta narrativa, os estofados dos sofás e poltronas, também, eram da mesma cor.

Perto da sala de televisão, estava o banheiro social, um local que gerava grandes discussões entre os cuidadores e uma das moradoras, que costumava retirar os rolos de papel higiênico do banheiro e jogá-los no lixo também, esvaziava o recipiente de sabonete líquido na pia. Em frente a esse banheiro, estava o outro para deficientes físicos.

Da sala de televisão, também, podia-se ir até o jardim. Localizado no fundo da casa, era amplo, tinha duas mesas de madeira com bancos para três lugares, uma churrasqueira que era usada nas estações da primavera e verão. Todos os anos os moradores convidavam os vizinhos, familiares e amigos para um churrasco no jardim.

Apenas três moradores recebiam visitas de familiares, os demais não tinham contato com suas famílias há anos. Um desses três moradores recebia a visita mensal de seu irmão mais velho, que morava em uma casa administrada pela mesma entidade da moradia Azul. Esse morador também costumava retribuir a visita mensal, sempre na companhia de algum cuidador, pois não conseguia usar transporte público em razão das dificuldades de interação com as pessoas; costumava ficar agitado na presença de crianças.

Com a chegada da primavera, os moradores costumavam realizar atividades de jardinagem. Quatro dos seis moradores tinham o hábito de freqüentar a exposição anual de uma feira de jardinagem, compravam mudas de plantas e utensílios para arar a terra. Passavam várias horas nessas atividades, podavam as plantas antigas, regavam e mexiam a terra. Cada um tinha a responsabilidade de manter certas plantas.

Voltando para casa, seguindo reto no corredor no piso térreo, todo decorado com quadros de fotos dos moradores em suas viagens, encontrava-se a cozinha, local preferido deles. Era espaçosa, com duas mesas de madeira, de seis lugares cada uma, armários de madeira marrom para guardar alimentos, fogão industrial, geladeira, freezer, microondas, bancadas para preparo de alimentos. Em razão de sua classificação, essa moradia também era registrada no *Commission for Social Care* (Hart, 2004).

Em frente à cozinha, estava o escritório. Menor que o da Residência Rosa, tinha a mesma função da outra casa, funcionava como um local de reuniões e também para armazenamento dos medicamentos dos moradores.

Suas prateleiras de madeira, estavam todos os arquivos de documentos da entidade como protocolos, tinha um painel de cortiça na parede, para fixar recados e telefones úteis, como centro médico, hospital, centro de saúde, central de táxi (os moradores usavam táxi), um telefone comum com fax e painel de interfone para se comunicar com os moradores em suas suítes.

Saindo do escritório estava a lavanderia, com máquina de lavar e secar industrial, tanque com torneira de água quente e fria, um pequeno armário de aço com chaves, para armazenar produtos de limpeza utilizados na residência. Ao lado da lavanderia, existia uma pequena despensa, destinada a guardar os alimentos não perecíveis.

No segundo andar, havia as quatro suítes, o escritório da gerente, que servia como quarto de descanso aos funcionários que dormiam na casa, como também para reuniões entre funcionários e equipe de saúde mental. Nesse piso, estava a segunda biblioteca, com duas estantes de madeira

repleta de livros de diferentes gêneros literários, um sofá de três lugares, uma mesa com duas cadeiras para leitura e uma mesa com computador.

Dos seis moradores, apenas um costumava freqüentar esse local, quando estava na casa. Passava horas lendo livros de autoria de sua mãe, uma famosa escritora americana da década de 1950. Este morador não conversava com ninguém, apesar da idade avançada, com mais de 70 anos de idade e 40 anos de internação psiquiátrica, fazia exercícios físicos no jardim todas às manhãs, costumava regar as plantas do local, inclusive no inverno, fazia parte do grupo de xadrez do clube comunitário do bairro e freqüentava o local todas as segundas e domingos.

Como este morador não se comunicava verbalmente, usava sempre táxi de uma empresa local que prestava serviços para aos moradores da casa. Segundo as regulamentações da entidade, todos os motoristas de táxi deveriam apresentar foto e identificarem-se antes de cada morador usar o serviço.

Ao lado da biblioteca, estava o arquivo de documentos que servia para guardar os documentos confidenciais dos moradores, apenas os funcionários da moradia tinham acesso a esse local.

4.2.2 A organização da moradia Azul

O trabalho da manhã iniciava-se às 7h30 com término às 15h, seguido do turno da tarde das 15h às 22h. O período da manhã contava com seis funcionários, e o da tarde, três. No período noturno, era necessário apenas um funcionário, que tinha a função de dormir na casa.

A casa seguia as mesmas determinações das outras moradias da entidade: as áreas livres como sala de televisão, cozinha, corredores, escritórios eram limpas pela mesma empresa terceirizada que realizava a limpeza de segunda à sexta- feira das 12h às 14h.

A manutenção do local seguia o mesmo modelo da moradia Rosa, era realizada pelo departamento de manutenção da entidade mantenedora. Como na outra moradia do estudo, todas as atividades de manutenção realizadas nas casas, os funcionários do local deveriam anotar todos os procedimentos feitos em livros e formulários específicos. Recebia também, visitas, fiscalizatórias do *Commission for Social Care Inspection*. Todos os livros de manutenção, atas de reuniões, registros de anotações dos testes de prevenção de incêndio, controle de temperatura da geladeira e freezer, certificados dos cursos obrigatórios realizados pelos funcionários eram checados.

A casa recebia duas visitas de fiscalização no ano, uma comunicada e a outra surpresa. Assim como a moradia Rosa, os quesitos que o fiscalizador verificava referiam-se à questão da qualidade das acomodações, registros das anotações relacionadas às ações com a segurança da

moradia, como: testes de incêndio, checagem dos Projetos Terapêuticos de cada morador.

Assim como na moradia Rosa, o fiscal este tinha o hábito de conversar com os moradores e cuidadores separadamente, em relação aos cuidadores, fazia perguntas referentes sobre os cursos realizados e questões dos Projetos Terapêuticos de cada morador.

Dois moradores sempre se queixavam que os funcionários do local permaneciam muito tempo no escritório, alegação fundamentada já que os trabalhadores passavam horas resolvendo assuntos burocráticos, como a realização dos Projetos Terapêuticos, que deveriam ser escritos a cada 15 dias, encontros com a equipe de saúde mental e registros diversos de todas as atividades realizadas na moradia.

Havia uma rotina de reuniões semanais com a participação dos moradores, cuidadores e funcionários. Alguns assuntos se repetiam como preconceito racial e abuso verbal. Os funcionários reclamavam das “agressões” diárias dos moradores em razão de sua origem. Surgiam questões sobre brigas religiosas e culturais entre os funcionários e, também, dos funcionários com os moradores.

A cada semana, um funcionário era encarregado de apresentar um pequeno seminário sobre os temas de diversidade cultural, racial, alimentar, e outros. Após cada explanação, todo o material utilizado na apresentação era fixado nos corredores da casa até a próxima reunião. Uma moradora costuma retirar e jogar no lixo todo o material.

No ano de 2003, em razão de mudanças administrativas na entidade, os moradores das seis moradias que havia no local, foram remanejados para

outras casas. Muitos passaram a morar sozinhos em pequenos apartamentos alugados em outros bairros próximos à região onde estavam localizadas as casas Rosa e Azul.

O critério de escolha para remodelação das moradias deu-se com base nas necessidades de acompanhamento de cada morador, de acordo com suas demandas.

Como resultado dessas transformações na entidade, após cinco anos de convivência na moradia Rosa, uma das moradoras foi transferida à residência Azul. Quando recebeu a notícia que deixaria sua casa, resistiu à mudança: dizia que não gostaria de deixar seu quarto com sua cama nem os amigos desde o tempo em que estava internada no hospital psiquiátrico e os funcionários da casa. No entanto, as argumentações no sentido de que ela poderia visitar os amigos que deixaria, pois estaria próxima, na casa ao lado, não a tranquilizavam, pois insistia que não seria a mesma coisa.

Além das transferências dos moradores para outros locais, os funcionários dessas moradias, também, passaram por mudanças em suas funções e atribuições.

Os da moradia Azul receberam duas funções, determinadas pela gerente da casa. Uma de acompanhar o cotidiano de cada morador e a outra, administrativa, as responsabilidades foram distribuídas por: auxílio no planejamento de financeiro de gastos da semana (supermercado, transporte, restaurantes), manutenção da moradia, checagem de todos os livros de procedimentos de manutenção da casa que estavam preenchidos, o contato dos moradores com seus familiares, atividades realizadas dentro e fora da moradia, medicação dos moradores.

Toda medicação chegava à moradia a cada 28 dias, após solicitação dos funcionários, seguindo as prescrições médicas. Ao chegar à casa, esta medicação era conferida e disposta em caixas de plástico para sete dias. Nenhum morador fazia uso de sua medicação sozinho; dois costumavam jogar fora suas medicações no jardim ou provocar vômito.

Três moradores necessitavam de ajuda para realizar suas atividades diárias de vida e, também, para manutenção dos quartos, roupas e outras questões domésticas que surgiam no cotidiano. Dos três moradores, um não concordava realizar nenhuma atividade doméstica na casa, sempre comentava que não era sua função e, sim, dos cuidadores, que eram pagos para realizar tais tarefas.

Este também era um tema muito discutido durante as reuniões semanais dos moradores com os funcionários. Sempre era lembrado que aquele local era uma casa, habitada por seis pessoas com direitos e deveres. Assim, todos deveriam participar de todas as atividades de manutenção, de acordo com as possibilidades e habilidades de cada um. Três moradores tinham as chaves da moradia, comentavam que possuir as chaves da casa era importante, podiam sair e entrar quando quisessem.

O convívio entre os moradores acontecia de forma sutil. Apesar da maioria não se comunicar, estes eram próximos uns dos outros, o que se podia perceber pela sua integração nas atividades coletivas, dentro e fora da casa, nas viagens de férias realizadas sempre no verão europeu, em julho ou agosto. Costumavam viajar para o mesmo local, para uma praia no Sul do país. Uma moradora, recusava-se participar dessas viagens e permanecia na casa sempre na companhia de um cuidador nas 24 horas.

Durante o acompanhamento de três viagens de férias, pôde-se observar que, antes da viagem, os moradores passavam por consultas clínicas com seus médicos e, também, com o psiquiatra, seus projetos terapêuticos eram reavaliados e toda a equipe de saúde mental da comunidade se reunia-se para discutir as necessidades de cada morador. Ainda antes da viagem, os moradores eram acompanhados pelos funcionários em suas idas ao Shopping Center, perto da moradia, para comprar roupas novas e objetos pessoais. Todos os custos do passeio, com duração de uma semana, eram pagos pela própria entidade mantenedora. A viagem durava três horas e todos os moradores com seus cuidadores iam de ônibus público, ficavam hospedados em um hotel, em dois bangalôs, cada qual dividido em cozinha, banheiro e sala de televisão, com quatro quartos, dois para os moradores e o restante aos cuidadores.

4.2.3 O cotidiano da moradia Azul

O cotidiano aqui relatado inclui fatos de cada dia da semana, ilustrado com exemplos de acontecimentos significativos, envolvendo moradores, cuidadores e funcionários. Representa um recorte do dia-a-dia da moradia, assim como foi feito com relação ao cotidiano da moradia Rosa.

O início da semana era marcado por eventos de rotina. Na segunda-feira, conforme mencionado acontecia uma reunião semanal após o café da manhã ou o jantar, para discussão de questões como diversidade cultural e religiosa; a qualidade das refeições e sugestões do cardápio da próxima semana; dicas de passeios, eventos culturais, comunicados da entidade

para os moradores; discussão e planejamento das férias; obrigatoriedade do uso do idioma inglês, como língua oficial dentro da moradia, pois a maioria dos cuidadores vinha de diversos países como Nigéria, Gana, Quênia, Brasil, Iraque, China e Camarões.

Dois moradores sempre reclamavam do uso de outros idiomas dentro da moradia, a questão era motivo para brigas e reclamações entre funcionários e moradores nas reuniões de segunda-feira e, também, nas reuniões mensais dos cuidadores com a gerente.

Nas reuniões mensais, eram discutidos os Projetos Terapêuticos de cada morador e outros assuntos pertinentes a casa. Além dessas reuniões, cada funcionário, realizava supervisão mensal coletiva e individual com o gerente. Os funcionários e seus familiares recebiam o suporte de profissionais psicólogos, quando solicitados pelo funcionário.

Embora possuíssem televisão em seus quartos, os habitantes da casa costumavam assistir a filmes e novelas na sala do primeiro piso, depois do jantar. Uma moradora gostava de usar a sala de televisão no segundo andar, para usar o computador, além de ler as notícias do país de seus ancestrais.

A terça-feira era destinada para fazer compras de supermercado. A cozinheira era acompanhada por um ou dois moradores, que a ajudavam na escolha dos alimentos. Ao acompanhar a cozinheira, o morador recebia uma quantia em dinheiro para pagar os alimentos e planejavam junto o quanto podiam gastar e comprar.

No entanto, dois moradores tinham dificuldades no manuseio com dinheiro; estes recebiam ajuda dos cuidadores dentro e fora da moradia.

Para compensar essa dificuldade, foi comprado um jogo com notas de papel para facilitar o reconhecimento do dinheiro do país.

A moradora que comprava alimentos especiais *Cosher* (alimentos de origem judaica), reclamava da falta de liberdade de cozinhar os alimentos na casa durante a semana, dizia que podia fazê-lo apenas nos finais de semana.

Às quartas-feiras, os moradores desempenhavam atividades de limpeza de seus quartos e banheiros e a organização de seus armários. Três moradores não concordavam participar dessas atividades, o que gerava brigas e discussões entre funcionários e moradores.

A moradora vinda da moradia Rosa tinha o hábito de armazenar restos de alimentos dentro de seu armário, e precisava ser lembrada da importância de guardar seus alimentos na geladeira da cozinha. Como não aceitava essa orientação, o tema passou a ser discutido com toda a equipe de saúde mental. Uma das questões levantadas pela equipe era até que ponto a moradora gozava de liberdade dentro da moradia em relação a seus atos, pois costumava distribuir esses alimentos para os outros moradores.

A outra moradora que não participava dessas atividades e, também, não aceitava ajuda para limpar e organizar seu quarto, dizia que tinha medo que algo seu fosse roubado por algum funcionário. A atitude de desconfiança gerava grande descontentamento entre os funcionários, e o assunto era sempre discutido com a moradora durante as reuniões com seu profissional de referência.

Quinta-feira era o único dia da semana que a moradia ficava vazia; os cuidadores atualizavam seus projetos terapêuticos e outras atividades

administrativas de sua responsabilidade. Quando os moradores retornavam de suas atividades diárias, eram convidados a conversar sobre seus Projetos Terapêuticos ou discutir os assuntos que escolhessem. Nem todos concordavam com seus projetos: dois não participavam das reuniões semanais e jogavam no lixo a cópia de seus projetos.

Nas quintas-feiras, à noite, os funcionários costumavam convidar os moradores das casas vizinhas, os amigos e o irmão de um morador para assistir a filmes, que eram alugados por um morador, ao qual era atribuída a função de ir até à locadora de ônibus.

Até 2003, os moradores recebiam a visita de psiquiatras às quintas-feiras. Após reunião da equipe de saúde mental do bairro com os moradores e cuidadores, ficou decidido que as visitas médicas semanais deixariam de acontecer.

Concluímos que a visita dos psiquiatras uma vez na semana retomava a imagem da moradia, como local de saúde associado a hospital psiquiátrico. Caso fosse necessário, os funcionários deveriam telefonar ao serviço de emergência psiquiátrica, que funcionava nas 24 horas.

Nas sextas-feiras, eram realizados os testes de alarmes contra incêndio: uma vez por mês, moradores e cuidadores participavam do teste surpresa de incêndio, quando todos deveriam agir, conforme as recomendações da brigada de incêndio.

Pela manhã, cinco dos seis moradores iam, semanalmente, ao correio local para receberem seus benefícios, de lá, passavam no mercadinho local e compravam doces, salgadinhos, revistas, jornais e refrigerantes. Apenas

uma moradora recusava-se a sair para receber seu benefício; achava que não era sua função e, sim, dos trabalhadores da moradia.

Ainda na sexta-feira, alguns moradores costumavam sair com os cuidadores para jantar em um restaurante oriental na esquina da casa, e logo depois, iam ao cinema do Shopping.

No café da manhã de sábado, os moradores participavam de uma oficina de culinária, nome escolhido por uma moradora para tal atividade. Nessa oficina, eram feitos bolos. Uma moradora preparava um pudim de pão, dizia que a receita era antiga, tradição de família, vinda de sua mãe que aprendeu com a mãe dela, e essa moradora também preparava o café da manhã.

No período da tarde, os moradores do sexo masculino costumavam freqüentar uma barbearia, iam sempre de táxi com um assistente de cuidados faziam a barba, cortavam seus cabelos ou, simplesmente, faziam massagem facial.

As duas mulheres não costumavam freqüentar salão de beleza. Uma preferia que seus cabelos fossem cortados pelos funcionários da antiga moradia, casa ao lado. Dizia que gostava do cabelo curto do jeito que sempre foi. A outra dizia que não gostava dessas coisas e gastava seu dinheiro com roupas e revistas de moda. Muito raro, ela pedia para alguma funcionária passar esmalte incolor nas unhas da mão.

Domingo era um dia calmo, sem atividades. Alguns moradores gostavam de acordar tarde, o grupo de culinária preparava o café da manhã, com ovos e bacon e cozinhava o almoço, também.

Alguns moradores preferiam sair para almoçar nos restaurantes próximos da casa. Após o almoço, costumavam ir ao Shopping local para fazer compras de objetos pessoais como perfumes, loção pós-barba, e passar o tempo em uma casa de chá.

O jantar de domingo era considerado especial aos habitantes da casa. Sempre era preparado um assado, geralmente, carne de cordeiro com legumes, pois era evitado o consumo de carne de porco para respeitar as pessoas de diferentes religiões dentro da casa, uma moradora judia e dois cuidadores muçulmanos. O filho de uma moradora costumava visitá-la nesse dia e sempre ficava para jantar com sua mãe e os demais moradores, trazia a sobremesa, geralmente, bolo de chocolate e sorvete.

Terminamos aqui as narrativas das moradias. Não que o assunto tenha se esgotado; pelo contrário, são ainda numerosas as situações vivenciadas pelos moradores e trabalhadores no cotidiano desses espaços, com suas conquistas e dificuldades.

Assim, com base na construção das narrativas, passaremos ao Capítulo intitulado Considerações Finais, no qual retornaremos os questionamentos feitos na apresentação desta dissertação como: compreensão da proposta de moradias na comunidade; o acompanhamento e o cuidado dentro desses locais e como potencializar as ações da vida cotidiana como recursos terapêuticos.

Neste sentido, abordaremos algumas questões que consideramos importantes: a moradia: o morar e o habitar; o cotidiano e as ações dentro das moradias; a formação e a capacitação dos trabalhadores; as dimensões do cuidado e a subjetividade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim – esquentada e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”.

Guimarães Rosa

As moradias do estudo possuem uma dinâmica de funcionamento particular, referente ao contexto histórico- cultural- econômico- político do país em que estão localizadas. Em relação à sua administração, seguem as recomendações das políticas de saúde mental inglesa e as políticas de entidades filantrópicas responsáveis vigentes no país.

Neste contexto, há que se considerar a dimensão e a complexidade do cotidiano das moradias do estudo de um lado regidas por políticas, protocolos e exigências que amparam padrões de saúde, de qualidade de vida e de respeito aos moradores, mas, que, por vezes, dificultavam o acompanhamento dos moradores das casas.

A burocracia das regras, a seguir, no dia-a-dia padronizava procedimentos e cuidados e parecia “engessar” o cotidiano. Ao mesmo tempo, a cada dia de trabalho, percebíamos a flexibilidade e diversidade de oportunidades e de escolhas que o serviço oferecia, tanto para seus moradores quanto a seus funcionários. Um cotidiano que revelava conflitos e contradições, perguntas e respostas.

Trabalhar nesses espaços exigia da equipe, na qual me inseri na época, superar os limites tradicionais dos dispositivos de saúde mental, focado na atenção do doente mental e sua doença. Havia a necessidade de

uma construção diária com um olhar direcionado às questões que incidem sobre o morar no território e suas relações com os demais serviços comunicantes com as moradias. Ainda, vencer as dificuldades diárias em relação ao estigma, preconceito e dificuldade de entendimento do louco de morar no território.

Por trás das dificuldades, de questões administrativas e políticas escondem-se outras, mais sutis: a cidadania, definida por Saraceno (1999) como a soma de ações ou atos banais de uma pessoa. Neste sentido, acreditamos que a moradia para pessoas com sofrimento psíquico tem possibilidades de “proporcionar o máximo de grau possível de autonomia à vida de um sujeito vítima de anos de reclusão” (Baptista et. al, 2002, p.62).

A MORADIA: O MORAR E O HABITAR

As narrativas construídas, com aporte teórico da literatura consultada geraram reflexões a respeito do cotidiano das moradias em saúde mental para pessoas com sofrimento psíquico que necessitam de acompanhamento nas 24 horas.

As experiências dos moradores nos espaços da casa e, também, fora desta são múltiplas e apoiadas em diferentes modalidades de relacionamentos. A forma como o morador relaciona-se com o espaço de sua casa, pode ser um importante elemento para discussão sobre o morar e habitar.

Consideramos importante retomar as discussões teóricas já mencionadas em outro capítulo, entre “estar” e “habitar”.

A complexidade desses locais permite que os habitantes, às vezes, aproximem-se do estar na moradia, comentado por Saraceno (1999) como uma escassa apropriação pessoal do espaço. Mas, ao mesmo tempo, vivem as experiências pessoais, materiais e de trocas na moradia.

A respeito desse assunto, Weyler (2005) diz que “trata-se de um processo em constante construção”, às vezes conseguem-se muitos avanços no sentido do habitar, mas também podem ocorrer recuos.

Saraceno (1999, p.113) nos lembra que a passagem do “estar” para o “habitar”, apresenta-se como um processo multifacetado que diz respeito não só à arquitetura, mas, sobretudo, às relações entre os homens, especialmente, as de poder e as afetivas.

As duas moradias apresentadas têm trajetórias e características bem distintas, quanto à sua organização, políticas de funcionamento, acompanhamento, dentre outras. Tais distinções refletem-se nas demandas de cada morador, de acordo com suas necessidades e de como se apropriam desses espaços.

Acreditamos que, tanto na moradia Rosa como na Azul, os moradores a todo o momento recriam o habitar nesses espaços. O respeito à individualidade de cada morador reflete-se em seu quarto, em sua mobília específica, em seu espaço, revelando, como diz Weyler (2005) uma importante experiência da intimidade vivida por cada um dentro de seus espaços.

O habitar, lembra-nos Saraceno (1999), tem a ver com um grau mais elevado de propriedade, mas nem sempre material, do local que se vive.

Nas duas moradias, seus habitantes apropriavam-se dos espaços, como o jardim, quatro pessoas cultivavam a terra e o prazer de arar a terra.

Além de habitar um espaço, consideramos de grande importância o trabalho na vida dos moradores. Uma moradora, por exemplo, usava seu dinheiro para comprar flores para a casa. Percebemos a inserção desta moradora e o resgate de sua cidadania pelo trabalho. Acreditamos que as flores, compradas com o dinheiro de seu trabalho, eram um troféu, um presente para si e para seu lar.

Saraceno (1999, p.127) comenta a esse respeito que o trabalho “aparece valorizado como importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca entre os indivíduos e lugares econômicos e sociais”.

Em se tratando do trabalho doméstico, ressaltamos a importância de pensarmos nos moradores que não conseguem se apropriar de todas as relações estabelecidas dentro e fora da casa. As dificuldades não constituíam impedimentos totais para alguma participação.

Lembramos que a casa e o habitar proporcionam o retorno ao passado, o resgate das identidades pessoais, culturais de cada morador.

Neste sentido, Weyler (2005) ressalta que a casa favorece a superação da vida reduzida aos ritos da esfera psiquiátrica, possibilitando assim, a retomada de funções psíquicas, pelas lembranças e marcas subjetivas. Retomar um passado “saudável” implica reviver momentos do passado em que as trocas e os resultados das atividades se renovam no contexto desse novo habitar.

Acreditamos que a vida na moradia é cheia de possibilidades de resgate do viver em grupo, com responsabilidades, escolhas. Ainda que a burocracia das regras a seguir regesse grande parte do cotidiano, muitos eram os espaços de criatividade que brotavam de uma forma de habitar muito distante dos antigos hospitais de onde saíram os moradores.

Ainda que todos ali lembrassem em falas ou padrões de cuidados de instituições psiquiátricas, parte de suas vidas como pacientes, havia no novo cenário, oportunidades de novas experiências. Mas não sem contradições, como nos revelam vários dos conflitos desse novo cotidiano.

O COTIDIANO E AS AÇÕES DENTRO DAS MORADIAS

O dia-a-dia na moradia era desafiador. Como não transformar em rotinas, com procedimentos de uma instituição de saúde? Era preciso que os trabalhadores acompanhassem a maioria dos moradores nos cuidados de vida diária, como: higiene, alimentação, locomoção, em razão das sérias debilidades físicas e psíquicas. Ao mesmo tempo, existia a necessidade de lutar pelo novo, inventar possibilidades nos aspectos subjetivos do habitar.

Maffesoli (2006) diz que o cotidiano é a fonte social, na qual se realiza a vida, local de perpetuação das representações entre pessoas, trocas de sentimentos, discussões diárias.

O autor citado refere que o cotidiano é a história vivida no dia-a-dia de todos os seus participantes, como a leitura de um livro que nos remete ao passado, as idas ao Shopping, o encontro com o corpo na barbearia (Maffesoli, 2005).

Nas moradias, a construção do cotidiano dava-se por meio das ações de cada um, morador e funcionário. Este último, conforme já mencionado vivia em constante discussão sobre as questões que surgiam.

Evidenciamos que alguns funcionários não compartilhavam da idéia de acompanhar uma pessoa que, além de ser portadora de sofrimento psíquico, possuía séria debilidade física.

O dia-a-dia dos moradores era estruturado durante a semana pelos diversos eventos do cotidiano, os horários de café da manhã, jantar, medicação, etc.

Sua circulação no território referia-se às idas ao Centro de Atenção em Saúde Mental, consultas e exames laboratoriais, cinemas e viagem de férias.

Maffesoli (2005) defende que o cotidiano está fundado sobre a repetição, dos costumes e rituais de pequenas situações da vida social. Defende que quando falamos do cotidiano, ocupamo-nos dos eventos, do trágico que ocorre no seio do social, que entendemos como a vida de cada um.

No que diz respeito ao funcionamento da moradia, observamos a importância de sucessivas discussões sobre as questões cotidianas que surgem, os conflitos emergem, assim como surgem no cotidiano de qualquer comunidade, aqui com destaque a européia, com tantos imigrantes.

Entendemos que as discussões diárias entre funcionários são necessárias, para que cada um tente resolver os problemas que surgem no dia-a-dia da casa.

Em relação à administração, ambas as moradias seguiam determinações governamentais. Ressaltamos, novamente, o contexto social e cultural em que estavam inseridas.

A moradia pode passar por dilemas entre lugar de administração e lugar de moradia, Weyler (2005) ressalta em seu trabalho de mestrado esta questão. Lembramos que esses locais constituem-se em um híbrido, não podemos perder de vista, que é uma casa, mas muitos precisam de acompanhamento durante suas necessidades diárias de vida, conforme cita Scarcelli (2002).

De um lado, trazemos a importância de refletirmos sobre as ações desses trabalhadores no cotidiano das moradias; no entanto; ressaltamos que cada profissional inserido nesses espaços não se limite às rotinas e protocolos de administração da casa.

Podemos dizer que há um desafio por parte dos profissionais em seguir as determinações dos órgãos reguladores para moradias destinadas a pessoas com sofrimento psíquico e as possibilidades de resgate da experiência do habitar nesses espaços.

A esse respeito Weyler (2005, p.121), diz que os trabalhadores correm o risco de controlar e programar essas casas, como espaços vigiados, controlados.

Saraceno (1999, p.112) reflete sobre a criação e a “multiplicação das oportunidades de trocas materiais e afetivas”. Entendemos que o cotidiano desses espaços contribua para o aumento da “contratualidade real dos sujeitos”.

A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES

A proposta do morar no território para pessoas com sofrimento psíquico, após longo tempo de internação psiquiátrica ancorada em uma complexa rede de serviços e de relações humanas, pode favorecer a inserção de seus moradores no convívio social.

Ressaltamos a importância dos trabalhadores que acompanham esse processo na construção diária do habitar, das diferentes formas de viver na cidade. Nesse sentido, possibilita a transformação da realidade (Rotelli et. al, 2001) das relações pessoais e culturais.

Para o profissional que acompanha os moradores na casa, acreditamos que esses lugares representam um verdadeiro espaço híbrido, ao mesmo tempo, rico de possibilidades e inquietante. Conforme mencionado neste trabalho, após a saída do hospital psiquiátrico o ex-interno carrega consigo seqüelas, resultante de longo tempo de internação psiquiátrica.

Saraceno (1999) cita que a equipe de trabalhadores pode intermediar o processo de transformação do espaço em lugar de instituição residencial em habitat. Este processo é feito de milhares de atos diários que envolvem todos os atores, os espaços e a comunidade.

O empenho dos trabalhadores deve transcender o desenvolvimento das atividades a serem realizadas no cotidiano das moradias. Podemos dizer que o cuidador precisa, entre outras coisas, de treinamento em cursos específicos para acompanhar a medicação dos moradores, entendimento dos quadros clínicos e psiquiátricos.

Destacamos que a contratação não era obrigatória. Pelas características culturais e econômico-sociais do Reino Unido e pelas condições e ofertas de trabalho na área de saúde mental e psiquiátrica, podemos encontrar um grande número de profissionais com graduações diversas, vindos de diferentes países.

Das três categorias de trabalhadores já apresentadas neste estudo, Project Worker, Assistant of Project Worker e Agency Worker, que denominamos de cuidadores, assistentes dos cuidadores e funcionários de agências de saúde, apenas os cuidadores exerciam a função de referência dos moradores e realizavam seus projetos terapêuticos.

Apesar das dificuldades e excesso de burocratização dentre desses espaços, destacamos que os trabalhadores mobilizavam-se para abrir brechas na estrutura diária organizativa desses locais, permitindo a constante discussão dos problemas que surgiam diariamente.

Há necessidade de repensar as funções de cada trabalhador dentro das moradias. Entendemos que a função de acompanhar cada morador seja assumida de forma livre, pois na maioria das vezes, poderemos correr o risco das ações de cada profissional tornarem-se atos de paternalismo e posse do morador.

Em seu trabalho de mestrado Rosa (2005), traz uma reflexão sobre esse assunto. Comenta que a maioria dos trabalhadores das moradias que pesquisou, relacionava suas atividades de trabalho na casa baseados em suas experiências de vida, na solidariedade e compreensão do sofrimento alheio.

Entendemos que o trabalho dentro dessas moradias seja algo em constante construção diária. A transformação pôde ser percebida não só nos momentos de angústia dos trabalhadores, como também em diferentes movimentos de alguns moradores.

Apesar de não existir exigência de formação na área técnica da saúde, acreditamos ser de fundamental importância que todos os trabalhadores envolvidos no acompanhamento de seus moradores, recebam cursos e treinamentos para melhor entendimento das necessidades de cada morador.

É preciso que esse profissional atue na casa e em seu cotidiano, deixe-se levar pelo novo, pelo inesperado, com o estranho e com a vida.

AS DIMENSÕES DO CUIDADO E A SUBJETIVIDADE

As mudanças no plano das relações técnico- assistenciais caminham seguindo ritmos distintos, possibilitando que seus moradores construam cada vez mais suas próprias experiências na casa.

O novo local proporciona aos trabalhadores e a todos os envolvidos um modo de conduzir o cuidado de forma menos tecnicista do que ocorre no hospital quando este é internado. É mais subjetivado, isto é, um cuidado mais próximo e envolvido com todo o contexto individual, familiar e social.

As palavras são ricas de significados existenciais, são geradas e nascem dentro de um local de sentido imaginário, desdobrando-se em outros significados, assim como o próprio termo “cuidado”. Desse modo,

alguns significados para esta palavra são apresentados: “desvelo, solidude, zelo, atenção e bom trato” (Boff, 1999 p.91).

Cabe aqui ressaltar de que cuidado estamos falando. Machado e Colvero (1998, p.68) comentam sobre as duas faces do cuidado: o biológico e o cuidado emocional. O primeiro seria o cuidado com o corpo físico, com as ações direcionadas ao corpo biológico; já o cuidado emocional, para as autoras, deve ser “planejado e implementado em conjunto com as atividades puramente técnicas, porém trata-se de outra dimensão do cuidar” chamado por ambas de “cuidado subjetivo”.

Nossa experiência demonstra que, dentro dessas moradias, muitos de seus habitantes necessitam de cuidados com o corpo. Conforme as autoras citadas lembram que cuidar do corpo apenas nas dimensões física e objetiva desse corpo, torna-se incompleto. Neste sentido, o cuidado se reduz, deixando “apagado o corpo com outros sentidos que não objetivos” (Machado e Colvero, 1998, p.68).

Entendemos que o cuidado realizado no cotidiano das moradias seja criativo, com um olhar ampliado, compreensivo e humanitário.

Ao falar em cuidado, o termo remete para um “sentido já consagrado, no senso comum, qual seja a de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados em saúde” (Ayres, 2004, p. 84).

Concordamos com o autor citado pois a função de cuidar, como a de “designar uma atitude, uma prática, frente aos sentidos que as ações adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica”, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos com objetivos que podem ser de alívio do sofrimento ou de bem estar (Ayres, 2004 p. 85).

O autor comenta ainda sobre a existência de uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, com possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre as tecnologias médicas e a construção livre e solidária de uma vida, o que chama de cuidado.

Para que o acompanhamento de todos os moradores desses espaços seja rico e com significados, temos de considerar a subjetividade, como um componente essencial.

Há que se compreender como se fabrica um sujeito, nos processos de produção de sua subjetividade. Entendemos que este sujeito expressa um “enunciado, que é sempre coletivo, seu modo de viver, morar, pensar, sentir, estão no campo social e são assumidos pelo sujeito em sua existência” (Matumoto, 2003, p.37).

Assim, a produção de subjetividade é construída todos os dias, nos encontros e desencontros, gestos e ações. Concordamos com Machado (2006, p.38) a respeito de seu entendimento sobre subjetividade, como sendo “um valor criativo uma potência de criar, uma produção de sentidos”.

E a subjetividade do narrador e pesquisador?. Às voltas com as questões levantadas neste trabalho de mestrado, acreditamos que a elaboração das narrativas foram criadas através por meio de várias formas de expressão do sentimento, daquilo que foi vivido e que fez sentido.

Desse modo, podemos pensar no trabalho de um pintor que, ao colocar suas pinceladas na tela, exprime seus desejos, tormentos, angústias e dúvidas. Tentamos pintar esse quadro por meio das experiências vividas em um espaço rico e em construção. Ao invés do pincel, usamos as palavras

para narrar o cotidiano de pessoas, ações e lutas que se faziam no dia-a-dia de suas vidas.

Em nenhum momento durante a realização desta dissertação, pretendemos fazer alguma comparação entre as propostas de moradias britânicas com as do Brasil. Entendemos que ambas as experiências dos dois países, fazem parte de diferentes contextos políticos- econômico-cultural e sociais.

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu que compreendêssemos a importância dessas moradias e suas formas de organização, trabalho, acompanhamento de seus moradores, especialmente, todos aqueles que necessitam de atenção nas 24 horas. Desta forma, as riquezas dos pequenos fatos diários ajudam seus habitantes e cuidadores a regerem a sinfonia da vida.

Pelo uso das narrativas, buscamos valorizar os aspectos da experiência vivida nas duas moradias. Nesta perspectiva, buscamos apresentar os fatos diários da casa com suas riquezas de detalhes.

A experiência nos mostra uma nova realidade, na qual os direitos de cidadania, direitos humanos e dos moradores são favorecidos pela real possibilidade de habitar uma casa. Entendemos que não basta oferecer moradias para pessoas que retornam para o território, é necessário que essas ações sejam planejadas, de acordo com as necessidades de cada morador, respeitando suas limitações e habilidades.

Ressaltamos que os aspectos positivos desses espaços ultrapassam os negativos, são lugares em constante transformação e criação de oportunidades para seus moradores.

Chamamos a atenção para a constante luta dentro dessas moradias apresentadas, para não se tornarem locais rígidos, burocráticos. Apesar do excesso de normas e protocolos existentes no local, em razão de diversas determinações dos órgãos avaliadores, percebemos que seus trabalhadores lutam diariamente por meio de constantes discussões sobre os problemas que surgem no cotidiano.

Diante da complexidade que envolve as propostas de moradia para pessoas com longo tempo de internação psiquiátrica que retornam para o território, sublinhamos a importância do trabalho realizado, para que outras pessoas contem suas experiências de trabalho, suas dificuldades e sucessos alcançados nesses espaços. Assim, poderemos trocar idéias, dificuldades, conquistas e produzir novos saberes em saúde mental.

Referências

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004;8(14):73-92.

Amarante P, Giovanella L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Arendt H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

Barros DD. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP; 1994.

Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *J Bras Psiquiatr.* 1991;40(7):355-60.

Baptista LAS, Zwarg MDS, Moraes R. Reforma psiquiátrica e dispositivos residenciais: afirmações e impasses. In: *Texturas da psicologia: subjetividade e política no comportamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. v. 1.

Benjamim W. *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense; 1986. (Obras Escolhidas, 1).

Basaglia F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FioCruz; 1994.

Boff L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. São Paulo: Vozes; 1999.

Bosi E. Memória da cidade: lembranças paulistanas In: São Paulo. Secretaria Municipal de Cultura. Departamento do Patrimônio Histórico. Direito à memória. São Paulo; 1994.

Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. São Paulo: EDUSP; 1987.

Bourne I. Difficult, Disturbing and Dangerous Behavior. Richmond Fellowship training. Apostila de curso; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. Centro de Documentação da Saúde do Brasil; 1988.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 3657-1989. Brasília; 1991

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental. Centro de Documentação da Saúde do Brasil. Brasília; 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental. Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Legislação em Saúde Mental:1990-2004. Brasília; 2004 a.

Branco RPCC. O cotidiano e a narrativa: ensaios sobre a prática do psicólogo em instituições educacionais [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1997.

Caderno de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez. 11-15; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Carvalho SS. Acompanhante terapêutico: que clínica é essa? São Paulo: Annablume; 2004.

Carling PJ. Return to community: building support systems for people with psychiatric disabilities. New York: Guilford Press; 1995.

Castel R. Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1991.

Clark A, Newman D. Working with groups and Teams. Richmond Fellowship training In: apostila de curso, 2004.

Clarke A. Skills and Good Practice in Care Planning. Richmond Fellowship training. In: Apostila de curso, 2003.

Critelli D. Morar, cuidar, ser. Folha de S. Paulo. 2003 maio 29; Equilíbrio:12.

Davis I. Equal Opportunities in practice. Richmond Fellowship training. Apostila de curso, 2003.

Delgado PGG. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In: Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva. Saúde mental: a ética de cuidar. Rio de Janeiro; 1997.

Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FioCruz; 1999.

Dyson C. Housing Managment for Project Workers Richmond Fellowship training. In: apostila de curso, 2004.

Duarte MCR. A reabilitação psicossocial nos serviços de atenção à saúde mental: estudo entre seus pressupostos teóricos e o que se pensa e faz a respeito [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Dutra E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. Estud Psicol (Natal) [periódico na internet]. 2002;7(2):371-8. [citado 2006 set. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>.

Fernandes MAH. A moradia assistida: um projeto em busca do desenvolvimento humano e da cidadania na área de saúde mental

[dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2001.

Fernandes MIA Mestiçagem em ideologia [tese livre-docência]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2004.

Ferreira ABH. Mini-Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2004.

Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2005.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1996.

Furtado JP. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS [periódico na internet]. Cienc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2006;11(3):785-95. [citado 2006 set. 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=pt&nrm=iso.

Furtado J P. Curso disciplinar para a implementação e acompanhamento de serviços residenciais terapêuticos. Campinas, A casa de Saúde Cândido Ferreira, 2001.

Furtado J, Pacheco RA. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. J Bras Psiquiatr. 1998;47(4):179-84.

Hart DA. Interdisciplinary approaches to community mental health practice. Registered care home act. In: Mental health nursing: competencies for practice. London: Palgrave; 2004.

Jones MA. Comunidade terapêutica. Petrópolis: Vozes; 1968.

Josso MC. Experiências de vida e formação. São Paulo: Cortez; 2004.

Kinane C, Gupta K. Residential care homes for mentally ill patients. Psychiatr Bull [periódico na internet]. 2001;25(2):58. [citado 2007 out. 26]. Disponível em: <http://pb.rcpsych.org/cgi/reprint/25/2/58?ijkey=35c330a6d0beecd5d25419ae92437024230aed4e>.

Labov W. Language in the inner city: studies in Black English Vernacular. Oxford: Brasil Blackwell; 1977. The transformation of experience in narrative syntax. p. 354-96.

Mace C. Implementing the care programme approach in psychotherapeutic settings. *Advan Psychiatr Treat* [periódico na internet]. 2004;10:124-30. [citado 2007 out. 26]. Disponível em: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/10/2/124?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=mace&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>.

Machado AL. Espaços de representação da loucura: religião e psiquiatria. Campinas: Papirus; 2001.

Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advan Psychiatr Treat* [periódico na internet]. 2004;10:180-8. [citado 2007 ago. 10]. Disponível em: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/10/3/180?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=macpherson&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>.

Maskill S, Burkmar A. Contributing to the prevention of abuse. Richmond Fellowship training In: apostila de curso, 2004.

Machado AL, Colvero LA. Cuidado da enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB (org). *Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo:Lemos. 2000;p. 67-71.

Maffesoli M. A conquista do presente. Natal (RN): Argos; 2001.

Maffesoli M. A contemplação do mundo. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 1995.

Maffesoli M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

Mangia E, Rosa CA. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. *Rev Ter Ocup USP*. 2002;13(2):71-7.

Marcos CM. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos serviços residenciais terapêuticos. *Rev Psychê Psicanal*. 2004(14):179-90.

Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Mental health policy implementation guide [texto na internet]. London. [citado 2007 set. 10]. Disponível em: <http://www.napicu.org.uk/standards.pdf>.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2000.

Milagres ALD. Porta de saída do asilo: cotidiano, narrativa e subjetividade nas residências terapêuticas em saúde mental do IMAS Juliano Moreira [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

Mind. Types of houses in the community in England and Wales [texto na internet]. London; c2007. [citado 2006 out. 12]. Disponível em: <http://www.mind.org.uk/Information/Factsheets/Working+in+mental+health>.

National Health Service History. New influences and new pathway [texto na internet]. London; c2007. [citado 2007 maio 01]. Disponível em: <http://www.nhshistory.net/>

Nogueira MAM. Saúde mental e arquitetura: espaço e ambiente no processo terapêutico. Campinas: Livro Pleno; 2005.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório sobre a saúde no mundo, 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

Rezende ALM, Ramos Patrício ZM. O fio das moiras: o afrontamento do destino do cotidiano da saúde. Florianópolis: Editora da UFSC; 1995.

Rosa CA. Serviço residencial: possibilidades e limites no processo de desinstitucionalização [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Rosa G. Grande sertão veredas. Rio de Janeiro: José Olympio; 1979. p. 241.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. J. Bras Psiquiatr. 1991;40(7):355-60.

Sarlo B. Tempo passado cultura da memória e guinada subjetiva. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

Suiyama RCB. Os lares abrigados: um estudo de caso da situação atual de moradores de um hospital psiquiátrico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Santos M. A questão: o uso do território. In: Santos M, Souza MA, Silveira O. Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora; 1999.

Scarcelli IR. Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2002.

Serrano AI. O que é psiquiatria alternativa. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1992.

Silva DGV, Trentini M. Narrativa como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev Latin-Am Enfermagem. 2002;10(3):423-32.

Spindola T, Santos RS. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). Rev Esc Enferm USP. 2003;37(2):119-26.

Teixeira LC. Escrita autobiográfica e construção subjetiva. Psicol USP. 2003;14(1):37-64.

Vasconcelos EM, organizador. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2000.

Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.

Weyler AR. Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos: as políticas públicas em saúde mental, o morar e a cidade [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2004.

Wood L. Risk and Mental Health. Richmond Fellowship training. In: Apostila de curso, 2004.

Wood L, Blackburn R. Understanding Psychiatric Medication- 2004.

Wood L. Stress Self Management. Richmond Fellowship training. In: apostila de curso, 2004.

Anexo I
(próxima página)