UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

JANDRO MORAES CORTES

LUGAR DE MORAR: O COTIDIANO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

SÃO PAULO

2015

JANDRO MORAES CORTES

LUGAR DE MORAR: O COTIDIANO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Prática Social e Profissional em saúde: estudos sobre a análise social, histórica e filosófica das práticas de saúde e de enfermagem e suas relações com as políticas públicas, em nível nacional e internacional.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sônia Barros

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cortes, Jandro Moraes
Lugar de morar: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico / Jandro Moraes Cortes. São Paulo, 2015.
211 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sônia Barros
Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da EEUSP e EERPUSP
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde mental. 3. Transtornos mentais. 4. Desinstitucionalização. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Jandro Moraes Cortes
Título: Lugar de morar: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem - EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À Profa. Dra. Sônia Barros, por tudo.

AGRADECIMENTOS

Uns apenas passam pela Universidade de São Paulo, outros até a compreendem, outros ainda, a tornam parte de si...

À "divina e gloriosa" Universidade de São Paulo, por intermédio do Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem EEUSP-EERP, que me abrigou nestes quatro anos de doutorado. Obrigado por senti-los parte de mim mesmo.

À professora Dra. Sônia Barros, a quem dedico esta tese, por ter me acolhido em seu cotidiano; por tudo o que representa para a saúde mental e para a Enfermagem neste país;

por ter feito de cada instante nosso, um momento pedagógico e por aceitar ser a responsável em conduzir-me na formação enquanto pesquisador.

À professora Dra. Luciane Prado Kantorski, que me conduziu desde a iniciação científica até o mestrado. Obrigado por me ensinar a ser ético, trabalhador e afetivo independentemente de qualquer coisa.

À profa. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva, por quem tenho um carinho especial. Agradeço por ter me conduzido no estágio do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino, com quem tenho aprendido e trocado nestes dias de doutorado...

À banca do Exame de Qualificação, que contribuiu para que esta tese fosse mais qualificada e possível. Obrigado às Profas. Dras. Elizabete Mângia, Ana Luísa Aranha e Silva e Marcia Aparecida de Oliveira.

Aos profissionais da Secretaria do ENP e da Pós-Graduação, pelo profissionalismo, delicadeza e competência em tudo que era ou não da alçada profissional de vocês. Ao Marcello Pimentel, em especial, que revisou a formatação deste trabalho, como se fosse seu. À Profa. Jucimara Bora Ramos, pela revisão criteriosa da língua portuguesa. Muito obrigado!

À Universidade Nova de Lisboa, na pessoa do Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida, pelo estágio de "doutorado sanduíche".

Aos meus pais, Agildo e Jamile, a minha irmã Giana, ao meu cunhado Dirceu e a Luiza que está chegando, por constituírem a minha família... é sempre bom ter um lugar bom para onde voltar...

À minha melhor amiga, Milena Antonacci, por tudo o que representa e é para mim... Saudades de quando fomos morar juntos em Ribeirão Preto, no início do nosso doutorado... Obrigado por tudo sempre!

À Pinho, Paula Hayasi , à Claudia e dona Hilda, por terem me incluído na sua casa e em seus cotidianos. Obrigado pela parceria, afeto, companheirismo e cumplicidade. Jamais as esquecerei!

Aos meus eternos amigos, com quem sempre posso contar desde os tempos do Exército: Leandro Barichelo, Anderson Simões, João Gabriel de Melo Ramos. Obrigado por me ensinarem que "amanhã vai ser outro dia"...

Aos colegas do Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde Mental e Enfermagem: Mariana Salles, Irma, Jussara, Naiara, Anna Luisa, Luis Eduardo, Talita, Anaísa, Lara, Mariana. Obrigado pelo companheirismo e por tudo o que tenho aprendido com vocês.

Aos colegas de doutorado do Depto. ENP – área temática Enfermagem Psiquiátrica: Helô Claro, Thaís, Nina Noli Bittencourt, Janaína, Lany Leide, Pâmela, Guilherme Barbosa, Giba.

Aos mestres do Depto ENP - Profs. Drs.: Luciana Colvero, Ana Lúcia Machado, Dívane de Vargas, Perpétua.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo auxílio financeiro que oportunizou dedicação exclusiva a este doutorado.

Ao Programa de "Doutorado Sanduíche" no Exterior – PDSE – CAPES, pelo auxílio financeiro que proporcionou o estágio de "doutorado sanduíche" em Lisboa – Portugal.

Às pessoas, moradores e profissionais da Residência Terapêutica, obrigado por compartilharem seus cotidianos comigo. Sem vocês, esta tese não teria sido possível

Aprendi que, o que importa verdadeiramente na vida é quando fechamos a porta da nossa casa. Após fecharmos a porta somos nós e nossos afetos, nós e nós mesmos. Entrar em casa, precisa significar entrar em contato consigo mesmo.

Apesar de você

(Buarque, Chico 1970)

Hoje você é quem manda
Falou, tá falado
Não tem discussão
A minha gente hoje anda
Falando de lado
E olhando pro chão, viu
Você que inventou esse estado
E inventou de inventar
Toda a escuridão
Você que inventou o pecado
Esqueceu-se de inventar
O perdão

Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Eu pergunto a você
Onde vai se esconder
Da enorme euforia
Como vai proibir
Quando o galo insistir
Em cantar
Água nova brotando
E a gente se amando
Sem parar

Quando chegar o momento
Esse meu sofrimento
Vou cobrar com juros, juro
Todo esse amor reprimido
Esse grito contido
Este samba no escuro
Você que inventou a tristeza
Ora, tenha a fineza
De desinventar
Você vai pagar e é dobrado
Cada lágrima rolada
Nesse meu penar

Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Inda pago pra ver
O jardim florescer
Qual você não queria
Você vai se amargar
Vendo o dia raiar
Sem lhe pedir licença
E eu vou morrer de rir
Que esse dia há de vir
Antes do que você pensa

Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Você vai ter que ver
A manhã renascer
E esbanjar poesia
Como vai se explicar
Vendo o céu clarear
De repente, impunemente
Como vai abafar
Nosso coro a cantar
Na sua frente

Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Você vai se dar mal
Etc. e tal

Cortes JM. Lugar de morar: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico. (tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias inseridas preferencialmente na comunidade, com a finalidade cuidar de pessoas que passaram longos anos asiladas em hospitais psiquiátricos. As diferentes formas de morar são estruturadas no cotidiano de todo homem e é na vida cotidiana que o homem participa com toda a sua individualidade e personalidade. Do ponto de vista de estrutura social, é no desenvolvimento das habilidades do cotidiano que o homem firma-se enquanto ser social amadurecido. Assim, questiona-se de que forma os moradores de um Serviço Residencial Terapêutico apropriam-se de seu processo de morar e de seu cotidiano. **Objetivo:** analisar o processo de morar e o cotidiano dos moradores de um Serviço Residencial Terapêutico. **Método:** trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. O referencial teórico que norteou este estudo foi a Teoria do Cotidiano e a Reabilitação Psicossocial. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação participante. Foram sujeitos deste estudo, seis moradores de um serviço residencial terapêutico do município de São Paulo, que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento. Os dados foram analisados pela técnica de análise temática, considerando os aspectos históricos e sociais em que foram coletados. Os **resultados** evidenciaram**:** a caracterização sóciodemográfica dos moradores; os hábitos de vida e a percepção do morador em relação ao morar no Serviço Residencial Terapêutico; sua compreensão do processo saúde-doença; a reabilitação psicossocial e a vida cotidiana. Os moradores apropriaram-se de seus cotidianos, sendo que estes últimos, em alguns momentos os cotidianos ficaram alienados e foram utilizados mecanismos para superá-los. São necessárias estratégias constantes, para gestores profissionais, a fim de tornar o morar e o cotidiano destes moradores possível, entretanto, urge que o homem social (profissionais, gestores, moradores, comunidade) destrua em si, as amarras manicomiais que foram histórica e socialmente instituídas.

Palavras-chave: Cotidiano; Reforma psiquiátrica; Saúde mental; Pessoas mentalmente doentes; Desinstitucionalização e Moradias assistidas.

Cortes JM. Living place: daily life of people with mental disorders in a Homecare Therapeutic Service. (Thesis). Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Therapeutic Houses or Homecare Therapeutic Services are houses preferentially located into the community, aiming the care of people who stayed sheltered in psychiatric hospitals for many years. The different ways of living are structured in daily life of all persons. Men attend the daily life with all their individuality and personality. In the social structure point of view, men are firmed as a matured social being during the skills development of daily life. Thus, we ask how residents of a Homecare Therapeutic Service have been appropriated of their living process and daily life. **Objective:** to assess living process and daily life of people residing in a Homecare Therapeutic Service. **Method:** this is a case study with qualitative approach. Theoretical framework, which has guided this study, was the Theory of Daily life and Psychosocial Rehabilitation. Semi-structured interview and participant observation were used as data gathering method. Six residents of a Homecare Therapeutic Service located in Sao Paulo were subjects of this investigation, having agreed to participate of this research and signed the Free and Informed Consent Term. Data were analyzed through the thematic analysis technic, considering the historical and social contexts where data were gathered. The Research Ethical Committee approved this project, CAAE: 29721114.5.0000.5392. **Results:** data were grouped into the following empirical categories: sociodemographic characterization of Homecare Therapeutic Service's residents; the narratives; the daily life features; and the daily life. The analysis highlighted that most of residents were female, with non-white skin, single, catholic, unemployed, without personal health insurance, and with unfinished basic school degree. Residents representations about facts of theirs lives showed that home is understood by most of them as the place where they live and get affects; where they are accept for everyone. Thematic sentences stand out that people have not only one concept of mental illness, being their daily life marked by manicomial precedents. Although residents tangibly aim their daily life, through the language, tools or uses and costumes, too many difficulties remains, including those that are relational; pragmatic, such as pay a bill; hierarchical as to decide what to do first; or, even when contradictorily, daily life is inducted to the alienation and to the overcoming for own health professionals, and also for residents. **Conclusion**: the Homecare Therapeutic Service is perceived as a place that

may be habited for people who had manicomial experiences. However, professional actions and strategies need to be constantly rethought to avoid the replication of manicomial practices.

Keywords: Daily life; Psychiatric Reform; Mental Health; People mentally sick; Deinstitutionalization e Supported Housing.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Características da vida cotidiana segundo Heller (2008). 76

Quadro 2 – Características sóciodemográficas dos moradores 93

Quadro 3 – Características clínicas dos moradores.....94

Quadro 4 – Hábitos pessoais dos moradores 95

Quadro 5 – Atividades sociais dos moradores 95

Quadro 6 – Tempo de moradia e nota atribuída ao cotidiano no SRT 96

Quadro 7 – Interação dos moradores com o SRT.....96

Quadro 8 – Relato dos moradores sobre o que apreciam ou não na casa 97

Quadro 9 – Quadro sinóptico das características do cotidiano (Repetição, economicismo, heterogeneidade, probabilística, espontaneísmo, probabilística, entonação, precedente, mimese, pragmatismo, analogia, preconceitos, ultrageneralização, estar, habitar). 112

Quadro 10 – Síntese das objetivações da vida cotidiana do SRT.....150

LISTA DE GRÁFICOS, TABELA E FIGURA

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS de 1998-2014. 56

Gráfico 2 – Residências Terapêuticas de 2013 a 2014. 57

Tabela 1 – Residências Terapêuticas por Unidade da Federação (UF): tipo e número de moradores 59

Figura 1 – As narrativas 98

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 27
1 INTRODUÇÃO 31
1.1 O “LUGAR DE LOUCO” E A INCLUSÃO/EXCLUSÃO SOCIAL 31
1.2 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UM LUGAR PARA SE MORAR 36
1.3 REVISÃO DA LITERATURA 38
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 56
2 OBJETIVO 67
3 MATERIAL E MÉTODO 71
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO 72
3.1.1 A Teoria do Cotidiano de Agnes Heller 72
3.1.2 Reabilitação psicossocial: o eixo morar 78
3.2 O MÉTODO E A COLETA DE DADOS 80
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO 83
3.4 CENÁRIO DO ESTUDO 84
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 85
3.6 A ANÁLISE DOS DADOS 86
3.7 O ESTÁGIO DE DOUTORAMENTO SANDUÍCHE NO EXTERIOR 89
4. RESULTADOS 93
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS MORADORES DO SRT 93
4.1.1 Hábitos pessoais e a percepção dos moradores em relação ao morar no SRT 94
4.2 AS NARRATIVAS 97
4.2.1 Processo Saúde-Doença 98
4.2.2 Reabilitação psicossocial 100
4.3 CARACTERÍSTICA DO COTIDIANO 111
4.4 A VIDA COTIDIANA 123
4.4.1 Objetivações da vida cotidiana 123
4.4.2 Alienação da vida cotidiana 129
4.4.3 Superação da alienação da vida cotidiana 132
5. DISCUSSÃO 137
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 169
REFERÊNCIAS 177
APÊNDICES 189
ANEXOS 209

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O presente estudo tem por finalidade compreender o processo de morar e o cotidiano de pessoas com doença mental grave, em uma Residência Terapêutica no município de São Paulo.

Minha inserção na saúde mental data desde o início da graduação e, anteriormente, à Iniciação Científica frequentei um internato em Enfermagem Psiquiátrica que se desenvolvia dentro de um Hospital Psiquiátrico. Muitas eram as minhas angústias e desconfortos naquele lugar. Após a euforia de ser "o dono da chave" ou o detentor do conhecimento *psi* me senti desafiado a desvendar qualquer segredo que explicasse de alguma forma o gênese da doença mental das pessoas internadas.

Após este período conheci, ainda na graduação, o Centro de Atenção Psicossocial e percebia junto aos demais colegas graduandos alguns questionamentos e desconfortos que as contradições no ensino de saúde mental provocavam, dentro da própria Universidade. Fato este me levou a pesquisar as possíveis contradições do Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental naquela tradicional Faculdade de Enfermagem do Sul do país[1].

Integrei ainda o Grupo de Pesquisas de Saúde Mental e Saúde Coletiva durante a graduação e o mestrado na Universidade Federal de Pelotas, participando de pesquisas avaliativas nos serviços substitutivos em todo o Sul do país. Essa experiência possibilitou desenvolver pesquisa de mestrado em duas Residências Terapêuticas na Serra Gaúcha, por meio de etnografia prévia. Este fato me aproximou dos conhecimentos da antropologia, com os detalhadíssimos diários de campo e a riqueza que a observação participante oferece, enquanto método de coleta de dados, da realidade objetiva. Procuramos compreender a constituição do laço social daqueles moradores, e sua inserção, a partir da casa no território.

Do ponto de vista conceitual, apesar de compreender que o laço social parte do sujeito, de onde ele se encontra e, desemboque no seio social com todas as suas fragilidades e potencialidades, a compreensão do processo de morar e o próprio

[1] Os resultados parciais desta pesquisa encontram-se publicados: Cortes JM, Kantorski LP, Willrich JQ, Chiavagatti FG. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a Lógica da atenção psicossocial. Cad Bras Saúde Mental. 2010; 1:1-12. Disponível em: http//www.cbsm.org.br/v1n3/artigos/artigo3.pdf

cotidiano deste sujeito merece um maior aprofundamento teórico. Compreendo que é somente a partir do entendimento do microcosmo em que o sujeito está inserido que serão possíveis intervenções institucionais, e mesmo a formulação de políticas públicas que subsidiem a sua reabilitação psicossocial. O sujeito por este motivo precisa estar na centralidade deste processo como um homem-histórico, e é preciso que o pesquisador consiga apreender e enxergar o invisível.

Por entender o homem como sujeito histórico, acredito que não somente as motivações acadêmicas levam a escolha do tema deste estudo, mas também as indagações e o desafio em conhecer o cotidiano dos sujeitos.

Vivi numa instituição total uma boa parte da minha vida. Fui militar do exército por longos 13 anos, e experimentei em meu cotidiano as muitas dificuldades que esse tipo de instituição impõe aos que nela se submetem ou não. Provei nestes anos punições e recompensas, proibições e permissividades descabidas, vigilância da vida cotidiana e privada, subalternidade e chefias, rigidez e todo tipo de subtrações da subjetividade.

Conviver numa instituição total e estudar numa Universidade pública encerrava, em si, grande contradição. Eu e alguns colegas compúnhamos um pequeno grupo que era motivado pelas discussões acadêmicas. Tanto que, quando fui aprovado no Curso de Doutorado, alguns deles penduraram uma faixa na frente da Unidade do Exército, que servíamos, parabenizando-me e ao lado o verso “apesar de você...” em alusão à música de Chico Buarque de Holanda (1970) que retrata a falta de liberdade, imposta pela ditadura militar, após o golpe militar de 64. Sabíamos nós, que este pequeno verso, simbolizava para mim, naquele momento, a ruptura definitiva com a vida militar e o seguimento da minha trajetória acadêmica.

Frente aos fatos narrados, tanto os acadêmicos como as motivações pessoais de viver no cotidiano de uma instituição total, emergiu durante esta trajetória, a necessidade de compreender como é o processo de morar e o cotidiano de uma pessoa que passou longos anos institucionalizada e agora mora num serviço residencial terapêutico.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O "LUGAR DE LOUCO" E A INCLUSÃO/EXCLUSÃO SOCIAL

No contexto brasileiro, as respostas frente às urgentes demandas no campo da saúde mental tem início na década de 70 com um movimento que tem por base a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, compostas por atores das mais variadas instituições, entidades, movimentos sociais e militância, envolvidos com as (re) formulações das políticas em saúde mental no país (Barros, 1996).

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, enquanto um movimento social, lança o lema "Por uma Sociedade sem Manicômios". Amarante (2008) enfatiza que o lema remete à reflexão e discussão, motivado pelos abusos a que eram (são) acometidos àqueles que tiveram seus cotidianos sequestrados pelas instituições psiquiátricas. Destaca-se que não se trata apenas de um movimento de desospitalização de doentes mentais, mas sim de invenção de práticas que tenham o território como cenário, privilegiando a construção do cotidiano do sujeito no contexto da vida.

Neste contexto, é construído o projeto de lei 357/89 de autoria do deputado Paulo Delgado – Partido dos Trabalhadores (PT), que propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos, e direciona a sua substituição por modalidades assistenciais territoriais, gerando um amplo debate nacional à respeito da temática (Amarante, 2008). No entanto, a lei é aprovada somente 12 anos mais tarde, conhecida como Lei Federal da Reforma Psiquiátrica 10.216, que prevê a expansão da rede de atenção psicossocial, redirecionando o modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

A Lei 10.216, portanto, prevê múltiplos equipamentos para atendimentos às pessoas com doença mental, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), leitos psiquiátricos em hospital geral e centros de convivência. Estes dispositivos em rede precisam permitir que o sujeito que vivencia a experiência do sofrimento psíquico retome e aproprie-se de seu cotidiano.

Kantorski (2008) chama atenção para o fato de que a desinstitucionalização vai para além da desospitalização, pois implica em criar outras formas de atenção ao sujeito calcada na lógica de cuidar em liberdade. Mais do que isso, é preciso outra forma de olhar o sujeito com doença mental.

A desinstitucionalização na Europa e nos Estados Unidos assume múltiplos significados, inclusive contraditórios, sendo praticada como desospitalização, redução de número de leitos hospitalares, etc. Nesta perspectiva, ela é entendida e colocada em prática como desospitalização e foi responsável pelo abandono de uma parcela mais ou menos considerável da população psiquiátrica, conduzindo às pessoas a processos de transinstitucionalização, ou seja, a simples passagem para casas de repouso, albergues para cronificados, e outras formas de internação psiquiátrica (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001).

A experiência italiana de reforma psiquiátrica é assinalada por um processo social complexo, deixando sua marca desde o microcosmo da inter-relação terapêutica à construção de novas concepções e ações de uma ação político-psiquiátrica. Nesta compreensão, a experiência italiana de reconfiguração da instituição psiquiátrica contribuiu para uma concepção diferente da ideia de desinstitucionalização, ou seja, como um processo complexo de desmontagem começando do interior da instituição psiquiátrica, a partir naturalmente, do hospício (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001).

No contexto brasileiro, foi a partir da década de 1990 que a política nacional de saúde mental (lei 10.216) redireciona a assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária privilegiando o território e os recursos que este possa oferecer (Brasil, 2013).

A reforma na assistência psiquiátrica objetiva a redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos, na medida em que precisa haver uma expansão dos serviços de base comunitária. Segundo o Ministério da Saúde (2013), o mecanismo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, segue dois eixos simultâneos, a saber:

- Programa Nacional dos Serviços Hospitalares (PT GM 251, de 31 de janeiro de 2002) - PNASH/psiquiatria: programa que realizou vistorias nos hospitais psiquiátricos de 2002 a 2007, levantando inúmeros problemas na qualidade da assistência. É um instrumento da política pública de saúde mental brasileira que atribui pontuação para a classificação daqueles hospitais, encaminhando-os para o descredenciamento do SUS, com o cuidado de não deixar a população psiquiátrica em desassistência.
- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) – (PT GM 52, de 20 de janeiro de 2004): a principal estratégia deste programa é

centrada na redução de leitos psiquiátricos de macro hospitais e hospitais de grande porte.

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira, ao mesmo tempo em que leitos psiquiátricos de baixa qualidade são fechados, outros dispositivos para desinstitucionalização têm sido produzidos pela política nacional de saúde mental, como o Programa de Volta para Casa e as Residências Terapêuticas.

O Programa de Volta para Casa (PVC) é instituído pela lei 10.708, de 31 de julho de 2003 e regulamenta o auxílio- reabilitação psicossocial às pessoas oriundas de longos anos de internação psiquiátrica, destinado à assistência, integração social e acompanhamento extra- hospitalar. A reabilitação psicossocial no eixo moradia considera residências terapêuticas, pensões, repúblicas ou casas de familiares.

As residências terapêuticas criadas através das Portarias nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000, e regulamentada pela nº 1.220/GM, de 7 de novembro de 2000, têm sido um instrumento potente de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais graves e ex-moradoras de hospitais psiquiátricos sem o devido suporte na comunidade.

E por este motivo, é que as residências terapêuticas além de permitirem a reconstituição de um cotidiano heterogêneo para cada sujeito e possibilitarem que de fato habitem a sua casa, constituem-se em instrumentos potentes de reabilitação psicossocial e de inclusão social dos ex-pacientes dos hospitais psiquiátricos, e agora dos moradores das residências terapêuticas, em outras palavras, das suas casas, no contexto de seus cotidianos. Os SRTs são dispositivos de desinstitucionalização integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Com a Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

A RAPS objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em forma geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção do sistema; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde tendo o território por base; qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Cabe destacar que são integrantes da RAPS: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Equipes de Consultório na Rua e Reabilitação Psicossocial.

Os serviços residenciais terapêuticos são pontos de atenção do componente estratégias de desinstitucionalização. Diante da necessidade de efetivação da RAPS, estudos que contemplem seus componentes se tornam fundamentais para evidenciar as potencialidades e fragilidades dos seus pontos de atenção.

Assim, as ações de inclusão social do sujeito precisam ser pensadas de modo a privilegiar a sua história de vida, no seu território e o seu cotidiano. Para kantorski (2008) estas ações, que se ancoram na reabilitação psicossocial, precisam ir além do cuidado específico com a doença. Elas passam por uma atitude de preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro, exigindo intervenções calcadas nos mais variados projetos de vida das pessoas.

Neste sentido, faz-se necessário compreender a reabilitação psicossocial como uma postura ética que considere as potencialidades do sujeito de modo a (re) incluí-lo socialmente. Esta compreensão precisa transbordar o cabedal técnico que pretenda tornar hábeis os indivíduos desabilitados. Pitta (2001) diz que reabilitação psicossocial trata-se de uma atitude estratégica, uma motivação política, uma gama de modalidades complexas e delicadas, de cuidados para pessoas que têm formas de sociabilidades diferentes da maioria dos outros indivíduos.

A reabilitação psicossocial nasce nos Estados Unidos em 1940 a partir de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos denominados “Nós não estamos sós”. Recebeu um auxílio de um clube social para ex-internos denominado “*Foutain House*”, liderado por um grupo composto por mulheres. Já no nascimento da reabilitação psicossocial, o eixo morar/habitar (originalmente chamados de moradias ou alojamentos) estava presente, associado as outras duas frentes, nominadas como trabalho protegido e a oficina protegida (Guerra, 2004, p. 84).

A reabilitação psicossocial tem muito a ver com a ideia de casa, de habitar. Apropriar-se simbólica e materialmente de algum lugar de morar configura-se em possibilidades reais de aumento do poder de contratualidade do sujeito. É em nossas casas que temos as possibilidades de exercitar nosso poder contratual – e até mesmo de prazer – do morar, no entanto nem sempre é assim, pois podemos perder este poder contratual, material e simbólico (Saraceno, 2001).

O manicômio é o **lugar**[ii] doente, onde é negado ao sujeito o poder contratual do habitar aquele local. A contradição dialética de que este espaço é a residência do louco, coagida, que expropria, aprisiona, mas segue sendo sua casa, sua residência, e o fato de sair do manicômio galgando etapas de serviços protegidos até atingir sua residencialidade autônoma ou voltar para a casa de origem, explicam a obsessão central e persistente da psiquiatria em caracterizar uma residência para os doentes (Saraceno, 2001).

Assim, concordamos com Saraceno (2001) que é inevitável e necessário que a ideia de casa seja ampliada para aquela proposta por ele mesmo, ou seja, a de habitar – no sentido de apropriar-se de um lugar simbólica e materialmente.

É preciso inventar, criar, construir casas para estadas de momentos breves aos mais prolongados, a partir da ideia do sujeito e não em compreensões inflexíveis, formais e racionais. Isso porque poderiam assinalar moradias e arquiteturas para psicóticos que não são diferentes das construções manicomiais, historicamente alicerçadas nos interesses do capital.

Escassos estudos tem se preocupado em investigar as práticas de desinstitucionalização e, a modificação dos espaços psiquiátricos que se ocupam do morar dos sujeitos. É importante ressaltar, que entendemos morar, no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental, alicerçados pela Reforma Psiquiátrica. Lugares que permitam a (re) apropriação dos espaços como um direito, a (re) simbolização desses espaços e do cotidiano, um lugar onde o sujeito possa trocar materialidades e afetos.

A superação do manicômio desperta falsos problemas com a finalidade de atender aos interesses da hegemonia médico-centrada. A este respeito, Saraceno (2001) alerta que as readequações arquitetônicas ou a “humanização” do espaço asilar, discutidas e primitivamente justificadas por alguns, tem servido de álibi para que muitos países não avancem no processo de superação manicomial.

O autor ainda afirma que, a casa é um direito. Mais do que ter a materialidade da casa como um direito, o sujeito precisa ter direito a ter compreendida a ideia simbólica e internalizada de casa que foi construída e acompanha a sua história. E é nestes percursos individuais, que pode ser ancorado o processo reabilitatório.

[ii] Grifo do autor.

O processo de reabilitação neste eixo precisa ser construído na compreensão da casa simbólica de cada sujeito, e não somente na materialidade de ter uma casa, que em muitos dos casos por escolha ou imposição, ele não a tem. Porém, isto não quer dizer que não se trabalhe a ideia de casa interna compreendida pelo próprio sujeito.

Nesta linha de raciocínio, Michelucci (1984) apud Saraceno (2001, p.120) considera que:

> Uma arquitetura que conseguisse dar um sentido libertário à loucura, traria, de fato, uma contribuição indispensável aos problemas da cidade, no seu conjunto e, sobretudo, uma garantia às famílias de não serem mais fechadas em seus dramas; a assistência, neste caso, significaria a ruptura às paredes domésticas: um evento talvez mais rico de hipóteses projetivas do que aquele que representou o gradual fechamento dos manicômios.

Entendemos, que é preciso compreender as “casas de loucos” para além de um lugar específico, emoldurado pela segregação dos nossos velhos conhecidos: os hospitais psiquiátricos. Este entendimento necessita ultrapassar tão somente a ideia da desconstrução arquitetônica do hospício.

É preciso desconstruir o manicômio interno dos conceitos enraizados e construídos no decorrer da história, de que lugar de louco é no hospício ou em qualquer outro lugar, circunscrito ou não. Desta forma, possibilitamo-nos construir diariamente, em nosso discurso e em nossa práxis a ideia de que o binômio lugar-tempo “de louco” é na vida.

A investigação no campo da saúde mental necessita ouvir os usuários que são os mais vulneráveis, pois são egressos de longos anos de institucionalização e buscar compreender o dinamismo de suas relações no cotidiano. Nesta investigação, a ideia de usuário/morador aproxima-se de Kantorski et al. (2010), com o intuito de superar uma concepção funcionalista e liberal, que traz em si uma ideia individualista e separada do todo social. Em síntese, a intenção é considerar o indivíduo como parte do meio histórico e social em que vive, procurando trazê-lo para a centralidade deste processo.

1.2 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UM LUGAR PARA SE MORAR

As Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias inseridas preferencialmente na comunidade, com finalidade cuidar de

pessoas que passaram longos anos asiladas em hospitais psiquiátricos. São casas que devem se configurar como um lar, atendendo as particularidades do grupo de pessoas que nela mora, podendo ser advindos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Na sua grande maioria, seus moradores perderam os vínculos familiares (Brasil, 2004).

Experiências exitosas de desinstitucionalização de doentes mentais e sua reinserção na comunidade, nos municípios de Campinas, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Santos e Porto Alegre, forneceram subsídios para a concepção da Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, a qual introduz o SRT na Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS (Brasil, 2005).

No atual contexto nacional, os SRT configuram-se de duas maneiras distintas, a saber, (Brasil, 2004):

- SRT I: configuram-se no tipo mais comum desta modalidade de serviço substitutivo. Os moradores são acompanhados apenas por um cuidador ou pelos Agentes Comunitários de Saúde, caso haja ESF. A reabilitação psicossocial é focalizada em estratégias de reinserção na comunidade.
- SRT II: configuram-se em casas onde existam trabalhadores especializados 24 horas por dia, por serem destinadas à pessoas que viveram muitos anos numa instituição psiquiátrica.

A experiência de Barbacena - que forneceu subsídios para a criação da portaria que regulamenta os SRT - chama a atenção para a necessidade de se criar serviços comunitários para o morar com diferentes configurações e níveis de complexidade, tendo em vista os graus variados de limitações e dificuldades impostas pelos anos de institucionalização (Vidal; Bandeira; Contijo, 2008).

O contexto de pacientes psiquiátricos institucionalizados no estado de São Paulo é revelado pelo Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos desta unidade federativa . Realizado em 2008, aponta que 6.349 pessoas ainda eram moradores de 56 hospitais psiquiátricos, há mais de um ano, em todo o estado. As autoras enfatizam que não há vida real no interior do asilo, portanto não há possibilidade de morar neste espaço, porém há vida humana nestes locais. No que se refere aos determinantes do processo de institucionalização, 62,27% dos moradores encontram-se em situação de precariedade social associada a algum

transtorno mental. No entanto, 8,17% das pessoas têm na precariedade social a causa exclusiva de internação psiquiátrica (Barros; Bichaff, 2008).

As autoras chamam a atenção para o fato de que embora a precariedade social refira-se a não ter vínculos familiares ou sociais, o fato dos moradores possuírem renda ou aposentadoria, os possibilita habitar uma moradia.

Neste contexto, de (des) institucionalização dos sujeitos com doença mental, Barros e Bichaff (2008, p.122), recomendam que o processo reabilitatório, privilegiando o morar, precisa ser construído com o sujeito:

> É de particular relevância a construção de projetos de reabilitação psicossocial com os familiares, favorecendo a expressão de suas necessidades, reconhecendo seus saberes e pontos de vista, a construção compartilhada de respostas, a formação de grupos/coletivos de suporte, e a avaliação, em conjunto com os moradores, das possibilidades/impossibilidades, potencialidades, e dificuldades presentes nos contextos familiares para a convivência e moradia conjunta.

É no contexto de compreender o sujeito morador, e seu cotidiano e suas formas de morar, enfatizadas por Barros e Bichaff (2008) que este projeto de pesquisa se insere.

1.3 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com a revisão da literatura nacional e internacional são encontrados escassos estudos que privilegiam o morar e o cotidiano das pessoas moradoras de serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, especialmente os que se referem às habitações comunitárias. Esse levantamento ocorreu na base de dados LILACS, no período de abril de 2013, tendo sido utilizados os diferentes descritores (DECS) para a localização das publicações nacionais, a saber: *moradias assistidas e transtornos mentais, pessoas mentalmente doentes e cotidiano, e transtornos mentais e habitação.* Os descritores para o levantamento das publicações internacionais foram: *assisted living facilities, mental disordes, mentally ill persons and housing.*

O levantamento bibliográfico considerou os últimos dez anos, ou seja, no período compreendido entre janeiro de 2002 e dezembro de 2012, inclusive. A busca resultou na seleção de 37 publicações nacionais e 5 internacionais, sendo 13 dos artigos nacionais excluídos pelo resumo por não tratarem da temática estudada. De forma complementar, foram analisadas as referências das publicações selecionadas

nacionais e internacionais, em busca de teses, dissertações, capítulos de livros que não foram contemplados com a busca inicialmente realizada.

Nordentoft et al. (2012) estudaram as morbidades de pacientes moradores em alojamentos suportados na comunidade na Dinamarca. A pesquisa revelou que a grande maioria dos moradores era portador de distúrbios esquizofrênicos e transtornos mentais orgânicos. As taxas de mortalidade de moradores de serviços na comunidade quando comparada com pacientes internados em instituições psiquiátricas foi ligeiramente maior, entretanto quando comparado com a população em geral foi dez vezes maior. O estudo não descreveu aspectos da vida cotidiana, centrando seu foco na morbi-mortalidade dos moradores.

Ainda no contexto internacional, Sanyal (2006) propõe a inclusão de pessoas com alguma doença mental no mundo da tecnologia da informação e internet. O autor afirma que os indivíduos com a experiência de sofrimento psíquico empobrecem seus cotidianos, preferindo uma vida limitada pelas quatro paredes de suas casas. Dessa forma, o computador e as ferramentas da internet como a formação de grupos e redes podem ser uma solução para programas de reabilitação destes indivíduos. Sanyal (2006) ainda chama a atenção que além da interação entre as pessoas/grupos, ter uma renda, também é um fator decisivo na qualidade de vida.

Lee, Wong e Rothbard (2009) estudaram as condições de vida e habitação de 237 pessoas, com doenças mentais graves, submetidas a um programa de apoio a habitações na comunidade na Filadélfia. Dos casos analisados, 60% dos moradores moraram em habitações alugadas pelo poder público, 20% moraram em casas ou apartamentos privados gerenciados por equipe de apoios residenciais e 20% moraram em habitações gerenciadas por agências de saúde mental. O estudo mostra que a grande maioria conseguiu superar as dificuldades do cotidiano após um período e outros tiveram que ser transferidos para instituições com apoio de supervisão profissional direta.

Ainda no contexto norte-americano, Wong et al. (2008) rastreiam os resultados de programas de vida independente com suporte para pessoas com doenças mentais graves. O estudo discute a relação entre funcionários e moradores do programa, e as afetações desta relação na apropriação dos espaços da moradia. Além disso, que estas relações precisam ser discutidas especialmente para moradias de pessoas com transtornos mentais graves.

Cadena (2006) descreve as características das pessoas e os cuidados dispensados a estas pessoas com esquizofrenia, moradores de habitações assistidas na Flórida. O perfil descrito é de homem de 43 anos de idade, com doença mental há mais de 21 anos e que nunca se casou, com prescrição de mais de 4 psicotrópicos diferentes. O tratamento prevalente destas pessoas é realizado em um Centro de Saúde Mental de base comunitária. Os autores chamam a atenção para que os órgãos nacionais e internacionais ao implementarem habitações assistidas, precisam conhecer a forma de funcionamento da esquizofrenia e a qualidade de cuidados prestados a esta população específica.

No contexto nacional, no início dos anos 90 é que são criadas as primeiras formas de moradia extra-hospitalar para doentes mentais. Os primeiros municípios a abrigarem estas experiências foram: Campinas, Ribeirão Preto e Santos, municípios do interior do estado de SP, a cidade do Rio de Janeiro e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (Furtado, 2006).

Em Campinas, o primeiro SRT data do ano de 1991, sendo denominada à época de “Lar Abrigado”, que tinha por finalidade receber os pacientes do Hospital Cândido Ferreira. Segundo Furtado e Pacheco (1998) apud Estrella (2010) a proximidade entre o hospital e o Lar Abrigado fez com que os moradores tivessem como referência o manicômio.

Em 1995 foi implementado o segundo SRT, agora com a denominação de “Pensão Protegida”, sendo desta vez, construída longe do Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira. Segundo Estrella (2010) a Pensão Protegida contava com apoio de uma equipe técnica durante as 24 horas do dia.

Guimarães e Saeki (2001) relatam que o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza foi criado, em Ribeirão Preto, para desafogar o grande Hospital do Juqueri em SP. Nele, as moradias extra-hospitalares contam com as experiências do Núcleo de Convívio, da Vila Terapêutica, das Pensões Protegidas, das Residências Assistidas. As autoras esclarecem que o chamado núcleo de convívio data de 1983, destinado inicialmente a um número de 15 a 20 homens, num espaço arquitetônico ainda dentro do Hospital Psiquiátrico, mas distante de seu centro, contando com uma equipe daquele hospital. Posteriormente tornou-se uma unidade mista aceitando também mulheres.

Ainda em Ribeirão Preto (SP), outra experiência extra-hospitalar implementada foi a Vila Terapêutica, formada por 5 casas, ainda construídas, dentro da área geográfica do Hospital Psiquiátrico Santa Tereza. Atividades como passeios,

transações bancárias e compras de acordo com o desejo de cada morador estimulam o vínculo entre a Vila Terapêutica ao mundo fora dos muros do hospício. As Pensões Protegidas adviram da experiência exitosa da Vila Terapêutica. Foram construídas casas em bairros diferentes para as pessoas morarem, evitando-se assim os guetos que pudessem ser estigmatizados como lugares de louco. As autoras chamam a atenção que as pensões protegidas buscavam, além da ressocialização de costumes e hábitos dos pacientes, o interesse em reintegrá-los geograficamente.

Guimarães e Saeki (2001) mencionaram ainda que as dificuldades dos moradores da Pensão Protegida referiam-se a sua superlotação, e o preconceito, relato feito pelos próprios moradores da comunidade. Embora, evidenciem de maneira histórica e consistente o processo de construção de dispositivos extramuros pioneiros em Ribeirão Preto (SP) e no Brasil, ficam os questionamentos de como foi estruturado o cotidiano destes cidadãos, como era seu dia-a-dia, as relações dentro de sua, então, nova casa, como foi a apropriação do espaço físico e simbólico, a privacidade e toda a estrutura que o processo de morar envolve na vida de qualquer pessoa.

A experiência de desinstitucionalização em Santos (SP) de 1989 a 1996 é retratada na tese de doutorado de Nicácio (2003). Em 1989 o município de Santos (SP) é destaque no cenário nacional graças à intervenção da Secretaria Estadual de Saúde no grande hospital Psiquiátrico, denominado Casa de Saúde Anchieta. É criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) com atendimento 24 horas, sete dias por semana, cooperativas, e residências para os egressos da Casa Anchieta.

Porto Alegre (RS) foi responsável pela constituição do primeiro Serviço Residencial Terapêutico do País, com a construção do SRT Pensão Protegida Nova Vida que iniciou suas atividades em 2 de agosto de 1990. No ano de 1993 foi aprovado o projeto São Pedro Cidadão, que se concretizou somente em 1999 com a criação do Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Ele passou a funcionar entre o final de 2002 e início de 2003, o qual ganhou grande visibilidade pública por ser criado para desinstitucionalizar os pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro (Cunha, 2010).

Outras experiências internacionais exitosas de moradias comunitárias para pessoas com doença mental grave, descritas na literatura internacional como as de Tsemberis et.al (2003), Nelson (2010), Piat (2009), e Trieman, Leff e Glover (1999) são apontadas por Furtado et. al. (2013).

Tsemberis et al. (2003) afirmam que os modelos de habitação precisam estar encravados na comunidade, e sua estrutura precisa ser flexível, a fim de acompanhar os agravos psicóticos, inclusive o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Já a pesquisa de Nelson et al. (2010) desenvolveu-se em Ontário no Canadá, e foram entrevistados 130 pacientes, com alguma doença mental, alojados através de iniciativa do governo, a fim de testarem duas premissas de moradias sociais, a saber: (a) a de que o controle e escolha do morador sobre a sua habitação, bem como seu suporte e qualidade desta habitação são importantes contribuintes para a melhoria de vida subjetiva, além da adaptação da vida em comunidade das pessoas com alguma doença mental e; (b), os apartamentos oferecem apoio de condições de vida em grupo aos usuários de saúde mental que tenham um maior controle sobre a sua habitação. As duas premissas foram confirmadas pela pesquisa canadense.

Piat (2009) num estudo que avaliou a vida dos moradores nos lares adotivos em Montreal no Canadá, na perspectiva do cuidador e do residente, aponta que a maioria dos entrevistados está satisfeita com este tipo de moradia, por esta modalidade de habitação proporcionar-lhes segurança e bem estar. Aproximamo-nos da concepção da autora, quando afirma que é preciso dar voz ao usuário-morador e acolher o seu desejo de morar e construir o cotidiano de seu modo e onde lhe apraz.

Trieman, Leff e Glover (1999) acompanharam cerca de 670 pacientes egressos de longa internação psiquiátrica, em 14 ambientes residenciais no norte de Londres, por cerca de cinco anos consecutivos. Os resultados mostram que dos 523 pacientes que sobreviveram a cinco anos de seguimento, 469 (89,6%) estavam vivendo na comunidade até o final do estudo de coorte e 310 (59,2%), permaneceram morando na comunidade inicial que foram realocados. Em relação a questões como crime e falta de moradia apresentaram poucos problemas e as taxas de mortalidade padronizadas para o grupo de moradores estudado foram comparáveis com aqueles relatados para populações semelhantes. Estas constatações permitiram que os autores concluissem que quando os cuidados são bem planejados e há disponibilidade de recursos adequados, a moradia inserida na comunidade é benéfica para a maioria dos pacientes psiquiátricos egressos de longos anos de institucionalização.

Outra pesquisa sobre experiência exitosa foi recentemente publicada na Enciclopédia Internacional de Reabilitação por Piat e Sabetti (2011). As autoras discutem os últimos cinquenta anos dos lares adotivos no Canadá. Contam que esses

espaços tem sido alvo de crítica, com a alegação de que estimulam uma maior dependência nas pessoas com doença mental grave, do que proporcionam sua autonomia e independência na vida diária. Em Quebéc, as moradias são do tipo residência-familiar, contando com um cuidador e com a supervisão de um gerente de caso, numa relação estreita entre a casa e uma equipe hospitalar multidisciplinar. As autoras chamam a atenção para o fato de que os cuidadores não tem formação profissional alguma e, geralmente são mulheres, para não tirar a essência doméstica do morar, constituindo-se este espaço como a primeira opção de moradia para aqueles que saem dos hospitais psiquiátricos. Essas mulheres cuidadoras podem abrigar até 09 moradores em suas casas.

As autoras ainda citam outros estudos em relação à preferência dos moradores por morarem independentemente ou com cuidadores. Elucidam, que é preciso não haver uma regra rígida e respeitar a particularidade de cada caso, no sentido de que para uns morar só favorece a autonomia, porém para outros pode levar ao isolamento social e à solidão. Enfatizam que o passo inicial na recuperação de pessoas com doença mental grave, através da habitação - na transição da condição de cliente de um serviço para uma condição de cidadão - o seu cotidiano precisa ser permeado por trabalho e educação, sem uma proteção excessiva dos cuidadores em todos os domínios da vida (Piat; Sabetti, 2011).

Mângia e Rosa (2002) introduzem a discussão acerca da implementação dos SRTs no contexto das políticas públicas de assistência ao doente mental. As autoras analisam o desenvolvimento dos SRTs no estado de São Paulo contextualizando com o panorama internacional da Reforma Psiquiátrica. Além disso, constataram a necessidade da avaliação destes serviços, da formação de recursos humanos e investigações científicas que levem ao aprimoramento da práxis de cuidado no campo da atenção psicossocial.

A importância das formas de morar e de viver o cotidiano é discutida por Mângia e Marques (2004), ao analisarem o poder contratual e as formas de apropriação simbólica e material dos espaços pelos moradores de SRT. É apontada a necessidade de se refletir e criar novas formas habitacionais que deem conta das necessidades subjetivas e concretas para os moradores de longas internações psiquiátricas.

Em uma revisão bibliográfica, Suiyama, Rolim e Colvero (2007) levantam a problemática das moradias para pessoas com transtornos mentais moradores de hospitais psiquiátricos nas décadas de 1980, 1990 e a partir de 2000. Segundo este

levantamento, na década de 1980 há uma preocupação com a humanização do espaço asilar através dos Lares Abrigados. Já a década de 1990 é marcada pela invasão das moradias no espaço externo ao asilo, e a partir do ano 2000 o morador dos SRTs ganha o palco principal das investigações científicas. A pesquisa aponta questionamentos como: se é a partir da implantação dos SRTs que a subjetividade do sujeito passará a ser considerada de fato perdida, quiçá nos longos anos de internação no hospital psiquiátrico? O que garante que as práticas manicomiais não serão praticadas nos SRTs?

Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) em um estudo de revisão e, também baseados na experiência do município de Barbacena (MG) discutem a reforma psiquiátrica tendo o SRT como tema central. Os autores destacam que todos os pacientes de Barbacena participam de programas de reabilitação que objetivam o desenvolvimento de autonomia, treinamento de habilidades cotidianas e comportamento social. Enfatizam ainda, que os programas reabilitatórios se mostraram satisfatórios para a maioria dos pacientes. Concluem a pesquisa com a expectativa de que mudanças um tanto mais expressivas possam ser detectas com o seguimento dos moradores.

Romagnoli et al. (2009, p.206) cartografaram um residencial Terapêutico do nordeste do país, problematizando as formas de enfrentamento ao bipoder médico instalado historicamente, conclamando aos profissionais que assumam posturas ativas que permitam invenção e criatividade no que se refere as diferentes formas de viver a vida e seus cotidianos.

As autoras apontam, ainda, outro caminho para a clínica, que precisa estar articulada com a vida do sujeito, no sentido de se pensar a política e os mecanismos cada vez mais delicados (mas não ingênuos) que dominam o “cotidiano das subjetividades”. Uma clínica que rompa com o modelo tradicional, mas que perceba o sujeito portador da experiência do sofrimento psíquico, com seu contexto de vida, na sua casa e com suas apropriações (simbólicas e concretas). No entanto, o estudo não traz as considerações dos moradores como principais atores da tal clínica no sentido de construírem junto com os profissionais e gestores, um espaço que tenha por origem as necessidades de seus usuários.

O estudo de Leite et al. (2012) reflete uma prática para além da clínica ampliada, num residencial terapêutico de caráter temporário no Sul do país, que teve origem em uma Pensão Pública Protegida. A apropriação do cotidiano pelos sujeitos, no residencial terapêutico, é ilustrada pelas autoras quando os moradores sentem a

necessidade de adquirir novas roupas e, abandonar aquelas marcadas com números no manicômio. O cotidiano na casa dos moradores é analisado como um local singular e que precisa ser construído diariamente, circulando afetos, alternando ordens e desordens, permeadas pelos diferentes saberes dos profissionais.

Machado e Lavrador (2007) não admitem a clínica separada das críticas da vida, das políticas públicas e da saúde no seu mais amplo espectro, especialmente no SRT, mas uma clínica que se constitui nos tensionamentos entre estes múltiplos saberes, intensificando e vivificando este complexo campo.

No estudo de Fassheber e Vidal (2007) é narrada a reapropriação do morar por seis mulheres no primeiro residencial terapêutico de um município de Minas Gerais. As autoras narram a reconstrução subjetiva – e, por isso, assume a função de moradia, embora seja um serviço terapêutico - e concreta do processo de morar dos sujeitos, discutindo aspectos como autonomia, apropriações dos espaços e a reconstrução dos laços sociais.

Essa reconstrução dos laços sociais no cotidiano de um serviço residencial terapêutico, emblemático no Sul do país, é estudada por Cortes (2011). O autor aponta que o cotidiano dos moradores é permeado por contradições, especialmente quando observado a partir de uma lógica que entende o residencial como um serviço híbrido, ou seja, uma casa que não é serviço e um serviço que não é uma casa unicamente.

Neste sentido, percebe-se um esforço dos profissionais desta modalidade de serviço de saúde mental em proporcionarem um ambiente o mais neutro possível, em que a tecnologia terapêutica assuma um papel invisível neste híbrido serviço/casa. Se tivermos num polo a dura tecnologia do serviço de saúde mental e, no polo oposto a multifacetada vida cotidiana de todos nós, compreende-se que o residencial terapêutico encontra-se na configuração de uma casa em transição, ou de um serviço em movimento (Cortes, 2011).

Embora o estudo privilegie a constituição do laço social dos moradores do SRT tendo como centralidade o próprio morador, carece de um maior aprofundamento no sentido de se apreender a estrutura cotidiana dos sujeitos moradores. Isso porque a referida pesquisa focou sua investigação na compreensão do laço que desemboca nas relações sociais, para fora do SRT, na comunidade e no território que o sujeito está submergido.

Contradições e desafios do morar e do cuidar no contexto do SRT são estudados por Amorin e Dimenstein (2009) no nordeste brasileiro. A contradição de operar-se nos serviços substitutivos dentro de uma práxis manicomial - que ultrapassa os muros físicos do hospício - oportunizam a sedimentação de uma lógica biopolítica que opera na perspectiva contrária a Reforma Psiquiátrica. No sentido do rompimento desta lógica, as autoras propõe o desafio do trabalho afetivo em rede, que produza o encontro do sujeito com a cidade, produzindo vida e liberdade.

A preocupação de rompimento de saberes e fazeres manicomiais no SRT, também é analisado no estudo de Figueiredo e Frare (2008) que propõe uma abordagem clínica psicanalítica, com a intenção de que os cuidadores compreendam o cotidiano nos moradores de uma forma contrária àquela imposta no manicômio. Reforçam que o saber dos profissionais, justamente, é o não saber fazer, valorizando a subjetividade do morador como ferramentas para manejar o convívio entre as pessoas.

O contexto de vida subjetivo de cada morador, na lógica de uma clínica pautada na psicanálise lacaniana, é analisado por Generoso (2008) ao relatar a experiência em Betim, Minas Gerais. O estudo tem a psicanálise como referencial teórico, e considera que no cotidiano da moradia dos sujeitos, as problemáticas inerentes à clínica precisam estar atreladas ao contexto social de cada pessoa, o que possibilita a construção de estratégias e saídas particularizadas a cada individualidade.

Ainda na perspectiva psicanalítica lacaniana e no contexto dos estudos avaliativos no campo da atenção psicossocial, Guerra e Generoso (2009) avaliam o habitar de sujeitos portadores de doença mental grave, a partir dos chamados elementos estruturais da moradia – abrigo, segurança, conforto e privacidade, além de suas redes de suporte social (rede social e de serviços).

Aproximamo-nos da compreensão de habitação ou *habitus* desenvolvida pelas autoras, quando apostam na apropriação individual e singular do espaço, orientada por uma relação familiar, por exemplo, valendo-se de soluções subjetivas de natureza simbólica. As autoras contribuem com três categorias analíticas para a compreensão do *habitat* dos sujeitos psicóticos, iluminada pela psicanálise, a saber: posição na linguagem (simbólico), laço com o outro e *Savoir-y-faire* com o sintoma. Entendemos que é preciso, ainda, analisar o cotidiano dos sujeitos psicóticos considerando sua história de vida, no contexto em que vivenciaram e vivenciam as suas experiências, pois compreendemos o sujeito como um ser histórico. Visto que a vida cotidiana do

sujeito não está fora da história, mas no centro do processo histórico, sendo a verdadeira essência do meio social (Heller, 2008).

Livieres e Aranha e Silva (2006) analisaram o Projeto Moradia ligado ao CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira, através de um estudo clínico de um paciente psicótico, adotando-se para tal o referencial teórico da psicanálise. A análise do morador compreendeu suas relações com o outro e sua experiência ao morar numa casa. Chama a atenção este estudo, por focar no impacto que a moradia teve na vida do sujeito, a partir das relações estabelecidas na casa, os afazeres que desempenhava no dia a dia e a própria relação com a doença.

Destaca-se o fato de ter sido introduzida como técnica de coleta de dados no desenrolar do estudo a entrevista prolongada, no sentido de dar voz ao sujeito e compreender o simbolismo de seu discurso. Entretanto, embora seja um estudo consistente, focado no sujeito e suas relações com o Outro (com a família, demais moradores, trabalhadores, e com o mundo), ainda assim, ficam indagações a respeito da estrutura do cotidiano desse indivíduo e as formas de apropriação mais particulares, mais “miúdas” que o sujeito pode ou não estabelecer (Livieres; Aranha e Silva, 2006).

Marcos (2004) reflete as reinvenções do cotidiano dos moradores de SRT de acordo com o referencial psicanalítico, considerando o cotidiano a partir da tese denominada invenção do cotidiano de Certeau (1994). Essas reinvenções perpassam pelos espaços de apropriação da casa, a fim de não transformá-lo em espaço de tratamento. A autora defende que o louco morador até pode ser objeto de políticas e estar incluso em algum projeto de vida imposto, mas isto por si só não lhe garante a inclusão social. Portanto, concordo com a autora quando afirma que um novo cotidiano precisa ser construído com cada sujeito, a seu modo e no seu entendimento individual, recriando diferentes formas de habitar sua moradia.

Diferentes alternativas de moradias, no contexto do louco infrator internado são estudadas por Mello (2010). É uma experiência em um Instituto Psiquiátrico Forense no Rio Grande do Sul, na qual os pacientes demandavam do serviço a organização de formas de morar para as pessoas institucionalizadas especificamente. Trata-se de 150 pacientes, e destes 127 em medida de segurança extinta e 10 casos de desinternação condicional. O estudo mostra que 22 já moravam em casas, sozinhos, com amigos e/ou familiares e mais 27 após a intervenção passaram a morar desta forma. Outros 3 em SRT, 2 em casa de cuidadores, 25 passaram a morar em

instituições com características asilares e um paciente em medida ambulatorial não apresentou-se ao serviço. A autora aponta a falta de políticas públicas para atender ao louco infrator, ilustrando com casos concretos, que o sujeito em medida de segurança pode resultar no encarceramento permanente.

Ainda, no contexto do Rio Grande do Sul, Belini e Hirdes (2006) investigaram o processo de desinstitucionalização no SRT denominado Projeto Morada São Pedro. Neste estudo, as autoras apontam a necessidade da construção de um referencial teórico tendo por base as práticas que se estabelecem no cotidiano dos residenciais terapêuticos, especificamente, com a finalidade de permitir que os trabalhadores reflitam e consolidem sua práxis no contexto da Reforma Psiquiátrica em questão.

Neste mesmo cenário, Paulon et al. (2007, p.135) descrevem a implantação do SRT Morada São Pedro ao lado do Hospital Psiquiátrico São Pedro, na capital gaúcha. Os sujeitos do estudo compreendem o morar como sendo uma casa com portas para a rua, em conexão com o mundo externo e “se esses espaços de moradia servirem para tão diferentes possibilidades quão diferentes são os caminhos que a vida das pessoas vão trilhando, eles poderão fazer novos ventos soprarem, saídas impensáveis criarem-se”.

Outra população específica, o louco idoso, é estudada na tese de doutorado de Santa Rosa (2008). Foram analisados 30 indivíduos em 14 SRT diferentes no estado do Rio de Janeiro, todos oriundos de muitos anos de internação psiquiátrica. No entendimento dos idosos moradores, o tempo está adquirindo outro significado em suas vidas, recuperando o lapso de quando estiveram presos no hospício. Consideram que vivem o presente e que o passado não lhes é motivo de mágoa ou rancor. Estão redescobrindo uma outra forma de estar no mundo, alargando suas redes sociais como a construção de amizades com os vizinhos e apropriando-se do meio outra vez.

Concordamos com a autora quando evidencia que compreender o fator tempo, no entendimento de cada morador, torna-se fundamental para estudar o seu cotidiano. Neste sentido, fica evidente o homem-histórico. Tanto assim, que alguns sujeitos do estudo de Santa Rosa (2008) preferem “não lembrar” do tempo em que estiveram internados e, desta forma, focam suas atenções no presente da vida cotidiana. Esta forma de acolher e compreender o louco no SRT, pode lhe permitir *habitar* de fato o espaço de sua residência.

Mângia e Ricci (2011) estudaram o processo de desinstitucionalização em Santo André – SP, tendo por cenário o SRT. O estudo evidencia a relevância deste mecanismo de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, no entanto, revela que o cotidiano do serviço tende a cristalização das relações entre moradores e profissionais, e à reprodução do dia-a-dia do asilo, com rotinas ritualizadas e pobres.

De acordo com os postulados hellerianos, a vida cotidiana precisa ser heterogênea, composta pela organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso e, também, a atividade social sistematizada (Heller, 2008). É na direção completamente oposta de rotinas ritualizadas e um ritmo cotidiano reproduzido de forma empobrecida, que entendemos o habitar do louco morador no contexto da reabilitação psicossocial.

Santos Júnior e Silveira (2009) ao analisarem as práticas de cuidado em um SRT no Nordeste do país, enfatizam que a temática não pode ser compreendida de forma numérica, quantitativa ou mensurável. Mas que o (re) habitar encerra em si toda uma compreensão simbólica, que antecede e transcende as barreiras do manicômio, fazendo com que os sujeitos pairem entre os polos opostos da exclusão e da liberdade, contraditoriamente dentro de um único espaço – a cidade.

Ainda no Nordeste, Silva e Azevedo (2011) também se preocuparam em analisar as práticas de cuidado em um SRT com cuidadores. O estudo revela que a morada e o cotidiano aumentam a qualidade de vida dos moradores e produzem mudanças em seus estilos de vida, muito embora apresentem uma precariedade na estrutura física, recursos materiais insuficientes e um déficit de recursos humanos.

No bojo dos estudos avaliativos, tendo os SRTs como cenários, destaca-se o estudo REDESUL, que avaliou experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial no Sul do país e elegeu o SRT como seu ponto de partida, a fim de que se pudessem compreender as redes de atenção psicossocial. A avaliação qualitativa desse estudo, tendo os moradores como ponto de partida, apontou como principais problemas cotidianos: a dificuldade em desempenhar tarefas domésticas na casa (e se não cumprir o morador é punido), a saudade dos familiares, (sendo que grande parte destes não os visitam) e conflitos entre os moradores, (sumiço de objetos pessoais e falta de privacidade) (Kantorski et al., 2011).

Antonacci (2011) analisou qualitativamente o processo de trabalho no SRT de Alegrete-RS - o qual é integrante de uma rede psicossocial emblemática naquele

município - dando a sua constituição histórico-política no campo da saúde mental. Chama a atenção que neste local, o processo de trabalho da equipe no cotidiano do morar das pessoas, parece dar conta dos imprevistos do dia a dia, que permite ao usuário/morador tocar a vida num espaço sem proteções e fora das barreiras arquitetônicas do asilo.

O processo de trabalho de cuidadores, ainda, é a centralidade do estudo de Sprioli e Costa (2011), que cartografaram dois SRT. As autoras consideram também, que as moradias assistidas localizadas dentro dos hospitais psiquiátricos constituem-se como locais que enriquecem o cotidiano de vida das pessoas cronificadas, pela possibilidade do trabalho, de forma a construir nestes espaços novas possibilidades de estar na vida.

No entanto, entendo que nenhuma forma de habitar aprisionada possibilita a reprodução social no cotidiano das pessoas. Qualquer forma de viver, de morar e de reproduzir este cotidiano precisa partir do princípio aventado por Saraceno (2001) de que a liberdade é terapêutica.

As autoras comparam também o fato de os moradores de casas grandes permanecem alheios a seus cotidianos, como se o olhar estivesse perdido no espaço e no tempo. Já os moradores de moradias menores demonstram maior apropriação do espaço, podendo perambular da casa para o quarto, ou para a cozinha, por exemplo. Neste sentido, a conformidade arquitetônica e o tamanho das moradias não são de todo decisivos na apropriação dos espaços, pois estes não são apenas concretos e rígidos, mas são espaços simbólicos nos quais os sujeitos constroem relações a todo instante (Sprioli; Costa, 2011). Desta forma, compreendemos que qualquer construção arquitetônica dentro do espaço asilar, está impregnado das normas institucionais com regras e proibições, normatizações de condutas, que não são características necessárias na vida cotidiana de qualquer pessoa.

Por ser objetivo do estudo das autoras, o processo de trabalho de cuidadores de SRT e suas ações foram compreendidas a partir das atitudes cotidianas dos usuários. Notou-se relações terapêuticas que se constroem entre morador-cuidador, tendo por base a supervisão destes cuidadores, como um suporte em potencial para que os moradores possam dar continuidade as tarefas diárias. A reinserção social e a retomada da vida cotidiana por parte dos moradores é constatada a partir das ações dos trabalhadores. (Sprioli; Costa, 2011).

Todavia, o estudo de Sprioli e Costa (2011) não tem por objetivo buscar compreender esta reapropriação do cotidiano na perspectiva dos moradores, o que consideramos primordial por serem eles os principais protagonistas de suas próprias vidas cotidianas.

Neste contexto, “tornar hábil” um sujeito oriundo de longos anos de internação psiquiátrica a voltar a morar em casa, requer uma avaliação criteriosa não só da equipe, mas também do próprio louco morador, antes que o processo aconteça de fato.

Esta avaliação precisa permear não só os desejos, vontades e compreensões acerca do morar, mas que permita analisar os aspectos mais concretos do habitar que vão se relacionar de forma direta com cada pessoa moradora. Estes aspectos concretos envolvem os recursos estruturais da casa, confortabilidade mínima, segurança, privacidade e abrem um leque de possibilidades avaliativas, como por exemplo: o número de cômodos, situação sanitária, renda de todos os moradores e até situação legal do imóvel junto à prefeitura.

Em aspectos mais subjetivos da psicodinâmica das relações familiares, é preciso estar atento à qualidade e existência dos vínculos entre os moradores, a sobrecarga financeira, emocional, física e do cuidado, enfatizados por Borba, Schwartz e Kantorski (2008).

Pensar em reabilitação psicossocial envolvendo o morar do sujeito requer que se tenha em mente estas duas dimensões: as mais concretas e as mais subjetivas. Esta sensibilidade e acuracidade, a fim de compreender o morar do outro mergulhado em seu cotidiano, é estratégica, tendo-se em vista a representação social que o manicômio tem, na figura de um “protetor” que afasta do cotidiano familiar o “fantasma da loucura”, na figura do louco morador (Ferreira, 2001, p. 85).

A experiência italiana, particularmente a de Trieste tem apresentado diferentes formas de morar, de serviços integrantes da rede formal de saúde mental. Passos (2009) destaca os equipamentos denominados Serviço-Residencial, Semi-Residencial de Habilitação e Reabilitação e Reintegração Social com estruturas residenciais.

Nestas estruturas, residem moradores escolhidos, ou sob proteção, do distrito de saúde. Em 1998, Passos (2009) descreve 28 casas, destinadas a 240 pessoas, distribuídas pelas cidades. O tamanho das casas varia, comportando de pequenos grupos de pessoas a casas maiores e, por conseguinte, mais coletivas. Não há tempo

de permanência fixo, mínimo, tampouco máximo, tudo é definido pelo processo terapêutico. No que se refere aos trabalhadores destas residências o que realmente importa, é a capacidade de cada profissional em mobilizar seus próprios recursos internos para vincular-se ao morador, assim a ênfase é dada à capacidade e qualidade de relação e não ao conhecimento.

Essas casas são administradas por trabalhadores do serviço de saúde mental, com o objetivo de tratarem as pessoas, possibilitando o aumento da autonomia e contato familiar. Todo o tipo de problemática, gravidade de patologias, faixa etária estão misturados, todavia a entrada dos pacientes obedece a dois tipos de residências, a saber:

- **Residências de integração social**: destinada a moradores com capacidade de vida autônoma rebaixada, geralmente para ex-pacientes de ex-hospitais psiquiátricos. A assistência dos profissionais é diurna, auxiliam na administração da residência e os moradores se beneficiam da vida comunitária.
- **Residências terapêutico-reabilitativas**: destinam-se a pessoas com elevado grau de desabilidades, pessoas com retardo mental, por exemplo, com laço social enfraquecido e sem suporte familiar. Trata-se de pessoas de 30 a 50 anos de internação psiquiátrica. O objetivo desta modalidade de casa é a aprendizagem da vida social e o fortalecimento da capacidade de convivência, com contínua supervisão e acompanhamento de profissionais (Passos, 2009).

A autora ainda registra um fato interessante. Muitos pacientes conseguiram adquirir seu próprio apartamento ou casa, com ajuda social, por preços simbólicos. Além disso, muitos destes pacientes, agora moradores, são acompanhados por cuidadores pagos com seus benefícios ou até mesmo remunerados pelas próprias famílias.

São no mínimo três formas diferentes de morar e de compor o cotidiano, que a autora discute na experiência triestina. Duas formas de residências que compõem formalmente os serviços da rede de serviços e outra podendo ser subsidiada com recursos públicos, que permitem ao ex-paciente, agora cidadão, ser proprietário de sua própria moradia. A estrutura do cotidiano ainda é organizada de acordo com a necessidade do sujeito, que varia caso a caso, de acordo com as possibilidades de cada indivíduo/família.

Ainda, no contexto italiano, outros dispositivos residenciais são por nós analisados, do ponto de vista concreto, por ocasião de visita técnica em Turim no ano de 2010 [iii]. Uma das possibilidades de morar é abarcada pelo Serviço IESA – "*Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti Sofferenti di disturbi Psichici".* Esta modalidade de suporte a pacientes psiquiátricos assemelha-se a uma espécie de adoção de famílias ou um único indivíduo, a uma ou mais pessoas com doença mental.

O processo desde a chegada dos interessados em adotar as pessoas com doença mental é intermediado por uma equipe específica do serviço territorial, sendo levados em consideração para cada adoção os mais diversos aspectos como: filosófico, cultural, gastronômico, religioso, emocionais, psicológicos, tanto do usuário quanto da possível família/indivíduo. Todo o processo é acompanhado pela equipe de profissionais, através de inúmeros encontros (antes, durante e depois) e aproximações entre todos os envolvidos no processo, até a sua efetiva concretização.

Durante todo o processo é evidenciado à família, que o fato de o paciente habitar sua casa, não o caracteriza como um trabalho remunerado. A periodicidade de adoção funciona em 3 modalidades: uma curta que pode variar de 1, 2 ou 3 semanas em média; uma média de cerca de 2,3,4 ou 5 anos e uma outra mais longa, destinada a idosos que se prolongam até o fim da vida.

Há outra forma de morar proporcionada pelo programa intitulado "*Parttime*" (do inglês, tempo parcial), o qual se destina a oportunizar uma adoção em finais de semana, e/ou feriados, ou então eventualmente. Nesta modalidade, o paciente pode conviver o dia ou o turno com uma família ou com uma pessoa que se sinta solitária.

Turim - Itália, ainda nos apresenta outra possibilidade de morar, o "*aloggio suportatti*" ou grupo apartamento. A estrutura física deve comportar no máximo cinco pessoas, por um tempo variável que pode chegar a quatro anos. Os moradores são supervisionados por uma equipe multiprofissional, que os visita diariamente ou semanalmente, de acordo com a necessidade dos moradores. Os moradores são incisivamente estimulados a incluírem-se no território, além de ser trabalhado, cotidianamente, que a estada na casa é temporária.

[iii] Ver em: Cortes JM, Coimbra VCC, Haerthel ML. Relatório do Estágio do Projeto de Cooperação Sanitária Itália-Brasil: formação de profissionais em reabilitação psicossocial. Turim: Hospital São Luiz Gonzaga, Universidade de Turim, 2010. Relatório de visita técnica. Disponível em: http://www.medicinasanluigigonzaga.unito.it/documenti/brasile/aggiornamento_13_06_2011/rgsul_relatorio_final_octubre2010_brasil.pdf

O Centro Diurno Semi-Residencial configura-se noutro dispositivo de viver o cotidiano na rede de saúde mental de Turim. Trata-se de um serviço comunitário que funciona 12 horas por dia. Possui uma equipe de profissionais que trabalha com o inusitado da vida cotidiana. Simulam a falta de luz, por exemplo e o que fazer nestas situações. No meio da oficina de culinária, falta propositalmente algum ingrediente e é estimulado o que se fazer nesta situação. Pedir apoio a um vizinho? Solicitar ao morador menos atarefado que providencie? Enfim, os moradores são estimulados a refletirem e treinarem a solução para alguns fatos imprevistos que acontecem na vida cotidiana de qualquer pessoa.

O morar numa casa é constituído por previstos e imprevistos, afetos e conflitos, organização e desorganização que permeiam o cotidiano. Saraceno (2001) considera que a reabilitação psicossocial está intrinsecamente ligada ao eixo do morar, enfatizando a apropriação simbólica e material dos espaços, desenvolvendo o poder de contratualidade. Conforto, privacidade, segurança, apropriação do espaço e aumento do poder contratual no espaço da casa são vértices do cotidiano das pessoas, que podem ser indicativos qualitativos do próprio processo reabilitatório.

A avaliação situacional dos SRTs no país, estudado por Furtado (2006), aponta que há um baixo envolvimento dos trabalhadores de saúde mental, o que requer um maior investimento em pesquisas, a fim de se compreender este fenômeno. O autor ainda destaca que os gestores municipais são os atores principais na expansão deste dispositivo, que já considera consolidado no Brasil.

Percebemos que os estudos citados discutem a relação entre o profissional/trabalhador e o morador, ainda de uma forma bastante heterogênea (num polo o morador e no outro, o profissional) e buscam uma aproximação do outro através de uma clínica que tem sido chamado de complexa.

Outros estudos centram sua discussão no processo de trabalho da equipe de profissionais do SRT. Há uma preocupação em discutir, se há (re) produção das práticas manicomiais naquele dispositivo ou se há um rompimento da lógica manicomial.

Por outro lado, muitos estudos nacionais trazem em seu lastro de discussão, aspectos descritivos relacionados a constituição histórica dos SRTs, descrevendo inclusive a relação que estes dispositivos ainda guardam com a instituição psiquiátrica que lhe deu origem. Estes estudos tensionam de forma substantiva as relações triangulares entre morador/SRT/hospital psiquiátrico, destacando desde a

proximidade física destes equipamentos até as relações de poder exercidas pelos profissionais e moradores.

Os estudos de base psicanalítica centram o foco de suas investigações no sujeito e sua relação com Outro, sua relação consigo mesmo, com a própria doença e a apropriação singular do espaço.

Outros estudos discutem os elementos estruturais de uma moradia (abrigo, segurança, conforto e privacidade), além de buscar entender qual a relação que o sujeito estabelece com o tempo.

Há aqueles de cunho avaliativo que têm centrado seus focos de análise nos aspectos estruturais dos serviços, estrutura física, recursos humanos, parâmetros de qualidade do serviço, relações estabelecidas na rede de serviços de saúde, os entraves políticos que dificultam as relações e que refletem diretamente no cuidado dos moradores.

Escassos estudos têm tido a preocupação de investigar o cotidiano dos moradores, do ponto de vista de qualidade do morar, de como este cotidiano está estruturado numa perspectiva de sucesso. A revisão de literatura apontou que os estudos têm o enfoque na discussão da qualidade de vida dos moradores ou da habitação em si, a partir da prática dos profissionais. Ou então, num cotidiano empobrecido que privilegia a psicopatologia e os tratamentos como cerne de suas investigações.

Na sua maioria, não trazem à tona o morador como centralidade do processo investigativo, no sentido de considerar as suas verbalizações, simbolismos, atribuições de significados e compreensões a respeito da estrutura cotidiana, que possa ser alicerce para a clínica do cotidiano pretendida.

Entendemos a necessidade de uma maior compreensão de todos estes aspectos, a fim de entender a vida cotidiana de pessoas com doença mental e que moram num dispositivo-casa encravado na comunidade. Portanto, consideramos que há uma lacuna na literatura quando pensamos na constituição histórica deste sujeito, enquanto peça central no processo de reabilitação psicossocial e que é protagonista de sua própria vida cotidiana.

Frente a análise da literatura exposta, verificamos que os estudos têm se preocupado com as relações entre a equipe e os moradores de serviços comunitários destinados a morar. Investigam uma prática de cuidado ora baseada na psicanálise ou outras vertentes teóricas como a própria reabilitação psicossocial, analisam a

historicidade destes dispositivos e como foi (é) a experimentação dos moradores no processo de morar fora do manicômio. Alguns outros estudos discutem o cotidiano no contexto subjetivo, numa perspectiva de encontros, trocas de afetos ou então trazem à tona a circulação dos moradores nos espaços urbanos, sem contudo, problematizarem se estes moradores experimentam um cotidiano de sucesso.

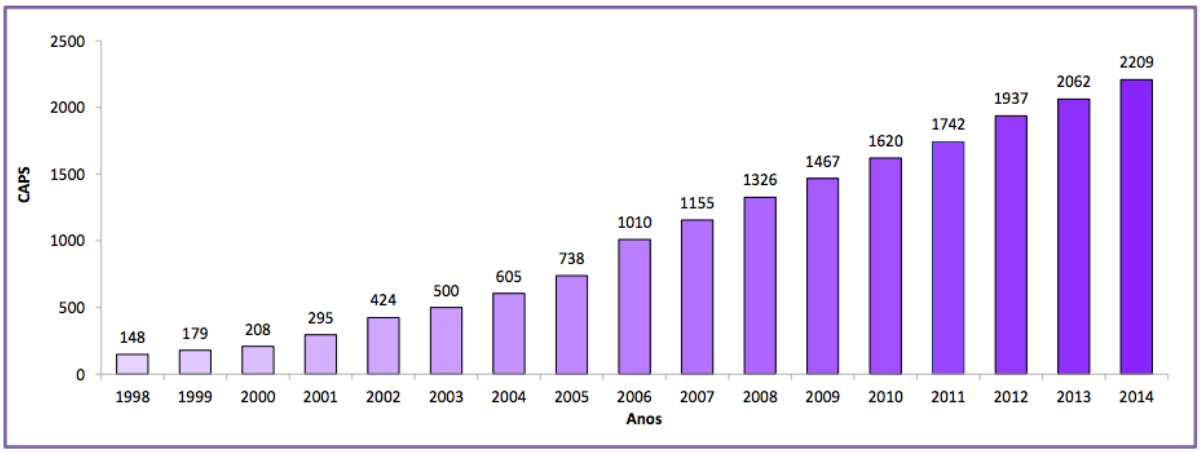
Assim, algumas questões se fazem presentes: como pode ser descrito um cotidiano de sucesso? De que forma os moradores se empoderam de seus cotidianos e de seu processo de morar?

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Com vistas à ampliação da rede de atenção em saúde mental constata-se que foram criados no país, centenas de serviços, visando adequar-se às orientações da política de saúde mental brasileira. Na expansão da rede de serviços, até 2006, foram criados 475 serviços residenciais terapêuticos e 862 ambulatórios de saúde mental. Os leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS, que em 1996 eram 72.514, diminuíram de 51.393 em 2002 para 39.567 em 2006, representando uma redução de 11.826 leitos financiados (Brasil, 2007).

O gráfico abaixo ilustra a expansão do número de CAPS de 1998 a 2011:

Gráfico 1 - Série histórica da expansão dos CAPS de 1998-2014.

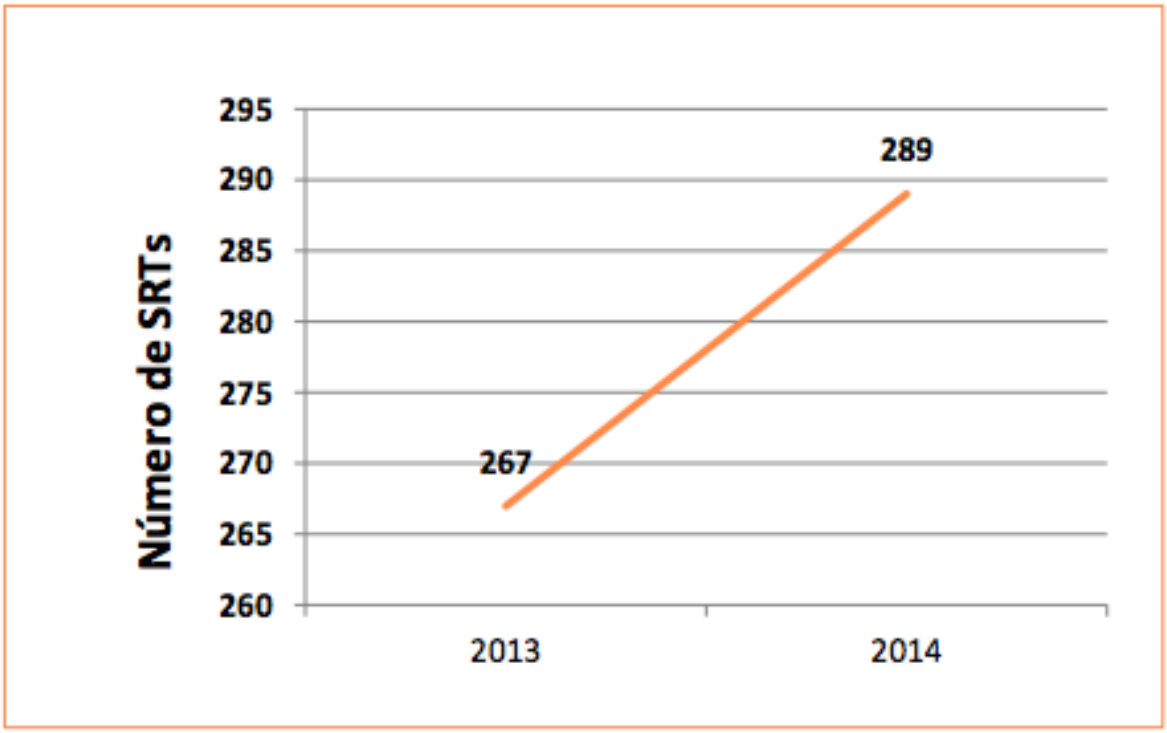


Fonte: Saúde mental em dados 12, 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

O gráfico mostra um crescimento regular ao longo dos anos do número de CAPS, chegando a marca de 2.209 serviços no final de 2014.

O recorte temporal, intencionalmente escolhido para ir delimitando o presente estudo, toma por base a aprovação da normativa da política de saúde mental no Brasil, que cria os SRTs em 2000, assomando-se à Lei Federal 10.708 de 2003 que institui recursos financeiros para a concretização de processos de desinstitucionalização. O gráfico abaixo ilustra o crescimento anual dos SRTs até 2014:

Gráfico 2 - Residências Terapêuticas de 2013 a 2014.



Fonte: Saúde mental em dados 12, 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013 houve o maior número de habilitações de SRTs, chegando a 289 serviços em 2014.

Com a promulgação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica no país de autoria do deputado Paulo Delgado (PT), a assistência à saúde mental é redirecionada.

A Lei recomenda o atendimento extra-hospitalar na comunidade, e ainda ressalta que a internação, se necessária, deve ser realizada em ambiente acolhedor com vistas à autonomia do sujeito. Seu cerne contempla a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental no Brasil.

A política nacional de Saúde Mental no Brasil privilegia a moradia no território, em SRT. A portaria GM nº 106 de fevereiro de 2000 institui as Residências Terapêuticas integrando a política nacional de Saúde Mental, sendo equipamentos centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pacientes egressos de longos anos de institucionalização. Desta forma, para cada paciente transferido para um SRT, um leito psiquiátrico, deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros devem ser realocados nos fundos estaduais ou municipais para a manutenção destas casas.

A fim de subsidiar o sujeito oriundo de longa internação psiquiátrica, outro projeto integrante da política nacional de desinstitucionalização, é o Programa de Volta para Casa (PVC), orientado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. O PVC está intimamente ligado com a rede de atenção psicossocial, com os SRTs, os CAPS, ou egressos de hospitais psiquiátricos ou de custódia, as ações de Saúde Mental na atenção básica e na ESF. São exigências para receber este benefício que o egresso esteja com alta hospitalar, seja morador de um SRT, ou ainda que more com sua família, mas sempre acompanhado por uma equipe da Rede de Saúde Mental (Brasil, 2003).

Destaca-se que em fevereiro de 2012, o PVC atingiu mais de 4.000 beneficiários no orçamento do Ministério da Saúde. O processo de fechamento de hospitais psiquiátricos, especialmente nos estados de Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro, foram os principais contribuintes para o aumento do número de beneficiários do programa (Brasil, 2012).

A precariedade social associada à doença mental revela-se como determinante no processo de institucionalização. No entanto, o fato de muitos destes moradores receberem renda, seja o benefício de Volta para Casa, Aposentadoria ou Auxílio Invalidez, oportuniza a estas pessoas a possibilidade de concretizar a moradia em uma casa, ou melhor, na sua casa, que não necessariamente é a de sua família (Barros; Bichaff, 2008).

Neste sentido, cabe considerar que a desinstitucionalização não se refere tão unicamente ao fechamento do hospício – desospitalização - ou à redução de seus leitos, mas sim a construção de novas bases epistemológicas e político-sociais, possibilitando a transformação cultural que aparta o louco e a loucura dos olhos visíveis (Rotelli; De Leonardi; Mauri, 2001).

No contexto de desinstitucionalização, segundo o Ministério da Saúde (2015), o Brasil contava, em dezembro de 2014, com cerca de 289 SRTs funcionando, num total de 2031 moradores, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 - Residências Terapêuticas por Unidade da Federação (UF): tipo e número de moradores

Região	UF	TIPO		Total SRT	Total de Moradores
		SRT Tipo I	SRT Tipo II		
CENTRO OESTE	GO	3	8	11	69
	MS		1	1	6
Subtotal Centro-Oeste		3	9	12	75
Nordeste	BA	3	5	8	56
	CE	3		3	24
	PB	1		1	5
	PE	50	3	53	393
	PI	4	1	5	28
	SE		5	5	35
Subtotal Nordeste		61	14	75	541
Norte	TO	1		1	7
Subtotal Norte		1		1	7
Sudeste	MG	33	36	69	525
	RJ	17	36	53	365
	SP	26	22	48	331
Subtotal Sudeste		76	94	170	1221
Sul	PR	8	2	10	72
	RS	10	10	20	107
	SC	1		1	8
Subtotal Sul		19	12	31	187
TOTAL		160	129	289	2.031

Fonte: Saúde mental em dados 12, 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

Embora tivéssemos 2031 moradores, 289 SRTs funcionando, há uma estimativa de que tenham 3475 moradores em todos os SRTs cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2015).

Cabe considerar que, em dezembro de 2014, 25.988 leitos psiquiátricos ainda estavam disponíveis e eram financiados pelo SUS. Só o estado de São Paulo contava com cerca de 9.539 leitos psiquiátricos em 52 hospitais psiquiátricos (Brasil, 2015).

A população de moradores em hospitais psiquiátricos neste estado é minuciosamente descrita no Censo Psicossocial de Moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.

Esta Unidade Federativa possuía 56 hospitais psiquiátricos localizados em 38 municípios, que contavam com cerca de 6.349 moradores (pessoas com mais de um ano de internação), com o seguinte perfil epidemiológico: em relação à idade, 30% dessas pessoas possuíam 60 anos ou mais à época do censo, sendo que a faixa etária de maior expressividade era de 50 a 60 anos de idade. Em relação à etnia 60,29% são da etnia branca, 38,36% são pardos ou negros, bem como foram encontrados 7 moradores indígenas. Em relação à religião 37,47% contam em seus prontuários serem católicos, 6,24% são evangélicos, 1,45% são espíritas, 16,2 constam não possuírem religião e 2,6% constam como outra denominação religiosa (Barros; Bichaff, 2008).

Em relação ao estado civil 82,49% são solteiros, 6,21% são casados, 2,27% são separados, 1,86% são viúvos, e a informação foi ignorada em 7,18% dos registros. Foi possível reconhecer a naturalidade de 84,63% dos moradores, não sendo possível ser dado a conhecer apenas 15,37% , sendo que 14,4% destes são naturais de São Paulo capital e 49% do interior desse estado. Já em relação à alfabetização 62,07% dos moradores dos hospitais psiquiátricos do estado de SP são analfabetos, 8,69% escreve apenas seu nome e o restante 29,04% sabe ler e escrever (Barros; Bichaff, 2008).

O grupo de doenças mentais de maior prevalência foi a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 a F29) com 42,66% dos moradores, seguido do grupo denominado Retardo Mental (F70 a F79). Em relação ao tipo de internação, 77,21% tiveram internação involuntária; internação voluntária representam 5,69%; internação compulsória 6,22% e informação ignorada com 10,88%. Evidencia-se que 3.031 moradores não tinham qualquer tipo de renda. Já em relação à frequência de visitas que o morador recebe, 52,62% não recebe visita de familiares e 86,93% não realiza visitas durante sua internação (Barros; Bichaff, 2008).

O censo também levantou aspectos como autocuidado, relacionar-se e participação nas atividades do cotidiano. No que se refere à aspectos relacionados à

higiene, 41,93% realizam por vontade própria a sua higiene pessoal. Em relação à alimentação, 70,33% alimentam-se à mesa e usam talheres por vontade própria. No que se refere ao aspecto de vestir-se 41,09% veste-se com roupas com boa higiene e alinhadas. Já no que se refere à comunicação, 41,25% comunica-se sempre e por vontade própria e 48% transita pelo hospital desacompanhado.

Especificamente, o município de SP possuiu o maior número de hospitais psiquiátricos (nove), sendo que em 2008 à época do censo apenas um não possuía moradores. (Barros; Bichaff, 2008).

Os dados apresentados a seguir revelam a baixa vontade institucional em investir para possibilitar novos cenários de vida no cotidiano destas pessoas. Neste sentido, 31,69% não sai sozinho e nem acompanhado; 48,42% não usa transporte coletivo; 55,58% não faz compras; 38,02% não participa de atividades fora do hospital. Segundo Barros e Bichaff (2008) são ações que interferem diretamente na vida das pessoas, mas que dependem da instituição e de políticas públicas para que seja concretizado o intrínseco direito de ir e vir no seu cotidiano. Neste contexto, 49,62% dos moradores de alguma forma demonstra vontade de morar fora hospital, 16,33% disseram que não e 34,05 estavam impossibilitados de responder.

Frente à gravidade do panorama apresentado, as evidências mostram que a maioria dos moradores tem excelentes recursos para o autocuidado, bem como se comunicam sempre, vestem-se adequadamente, transitam desacompanhados, além de demonstrarem o desejo de alguma forma de morarem fora do manicômio, são indicativos potenciais para a construção de projetos de reabilitação para estas pessoas.

E, embora 16,34% dos moradores referiram não ter vontade de morar fora do hospital psiquiátrico, essas pessoas têm o direito de ir e vir e de constituir o seu cotidiano, sem barreiras, sejam elas arquitetônicas ou não.

A marca da luta antimanicomial sempre foi o rompimento dos manicômios arquitetônicos e internos de cada um de nós. E quando os loucos ganham as ruas, retomam suas vidas, “prontos” para habitar suas casas, produzirem e reproduzirem socialmente e (re) construírem suas histórias de vida. Ao chegar ao SRT como seu lugar de moradia, emerge o questionamento: para uma pessoa ex-moradora de uma instituição total como se constitui uma casa? Também surgem outras questões: Quais mecanismos que os moradores/usuários utilizam para se apropriarem e transformar a residência em uma casa, para criar situações de segurança, privacidade, possibilidade

de ter conforto? Na perspectiva da Reabilitação psicossocial como se habilitam para o cotidiano?

Neste sentido, analisar, por meio de um estudo qualitativo o processo de morar e o cotidiano de pessoas com doença mental, moradores de um serviço emblemático no contexto da Reforma Psiquiátrica, poderá contribuir para a avaliação deste dispositivo de atenção em Saúde Mental.

Apesar do SRT ser um dispositivo destinado para que os moradores possam reconstruir seus cotidianos de vida, habitar este serviço, apropriando-se concreta e subjetivamente deste espaço e permitir que este aproxime-se de um cotidiano de sucesso, ainda podem, neste espaço, correr o risco de continuarem institucionalizados.

Saraceno (1999) diferencia estar de habitar, sendo que o primeiro refere-se a tão simplesmente ocupar um determinado lugar, sem que haja envolvimento na organização material e simbólica do espaço e do cotidiano. Já o habitar, refere-se a apropriação dos espaços, de maneira subjetiva e concreta do cotidiano, configurado nas trocas materiais, afetivas e simbólicas seja com o outro, seja com a comunidade.

Concordo com Barros e Bichaff (2008) quando afirmam que a construção de projetos de reabilitação psicossocial, considerando a dimensão particular do morar, precisa eleger o sujeito como centralidade do processo. Um processo dialógico, construtivista, concreto e que considere o sujeito como um homem histórico e protagonista de si mesmo. Compreende-se as dificuldades, sobrecargas e tencionamentos de convivência impostos pela doença mental à família e, portanto, não pressupomos qualquer obrigatoriedade de co-habitação.

Neste sentido, acreditamos nas múltiplas formas de habitar com o outro, na construção de sua casa, a partir de suas compreensões simbólicas e da sua história enquanto homem social. O que pode possibilitar formas concretas de construção de diferentes formas de morar.

As diferentes formas de morar são estruturadas no cotidiano de todo homem. É na vida cotidiana que o homem participa com toda a sua individualidade e personalidade. Todas as suas capacidades, compreensões, sentimentos, ideologias são colocadas em funcionamento (Heller, 2008).

Do ponto de vista de estrutura social é no desenvolvimento das habilidades do cotidiano que o homem firma-se enquanto ser social amadurecido. A aquisição de habilidades triviais, como usar talheres ou pegar um copo, significa o poder de

assimilação das coisas, noutras palavras, assimilação das relações sociais (Heller, 2008).

Nesta mesma linha de raciocínio, uma pesquisa com caráter qualitativo precisa não somente ouvir o que é dito por esses moradores, que são os sujeitos mais vulneráveis aos prejuízos de toda ordem, acarretados pelos longos anos de institucionalização, mas vivenciar junto com eles,

Aqueles para os quais o próprio conceito de tempo precisa ser ressignificado. Os que deixaram de ter abrigo, segurança, conforto e privacidade. Estes que desfrutaram o amargo sabor de subtrações de toda ordem. Assim, esta pesquisa tem por **objeto** o processo de morar e o cotidiano de moradores de um SRT.

Com esta compreensão e considerando a revisão de literatura, assim como o conhecimento de alguns SRTs, temos por ***tese***, neste projeto, que a vida cotidiana de pessoas com doença mental, moradores de dispositivos comunitários, embora possa ser objeto de estratégias e ações de reabilitação psicossocial dos profissionais deste serviço-casa, também pode ser subtraída e mesmo alienada por estes mesmos profissionais.

Numa dimensão estrutural, esta pesquisa tem a finalidade de contribuir com o processo de reforma, avaliando o processo de morar e o cotidiano de moradores de um SRT dando voz ao próprio morador desta casa-serviço, subsidiando desta forma, a consolidação de políticas públicas que abarquem a concretude dos desejos e sonhos destas pessoas.

Espera-se que os resultados fomentem a discussão e reflexão acadêmica, proporcionando além de sustentação teórico-prática, outros questionamentos e indagações que suscitem novas pesquisas acerca do morar do louco.

Pretendemos ainda, que os resultados deste estudo possam subsidiar a práxis do processo de reabilitação psicossocial do louco morador, mobilizando profissionais, técnicos e os próprios usuários, na construção de um cotidiano livre, onde o habitar seja de fato, uma possibilidade concreta.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVO

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o processo de morar e o cotidiano dos moradores de um SRT, além de propor diretrizes que possam ampliar a qualidade do cotidiano dos moradores, orientado pelas características do cotidiano proposto por Agnes Heller.

Para alcançar o objetivo geral desta pesquisa, será necessário especificamente:

- Caracterizar o cotidiano dos moradores na perspectiva das características hellerianas;
- Identificar os mecanismos utilizados pelos moradores para qualificar o processo de morar e os seus cotidianos;
- Descrever o perfil sóciodemográfico dos moradores de um SRT;
- Compreender as suas representações sobre histórias de sua vida.

3 MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso.

A pesquisa de natureza qualitativa tem na história o objeto principal das Ciências Sociais. Assim, as sociedades trazem em si as marcas e configurações históricas do passado, projetando para o futuro, dialeticamente, as marcas pregressas, numa constante reconstrução. O pilar da historicidade dos processos de construção social precisa ser respeitado, expressos nos bens materiais e nos bens simbólicos de cada indivíduo/coletividade (Minayo, 2008).

Do ponto de vista qualitativo, os dados empíricos precisam ser analisados de forma contextualizada, fundamentada teoricamente, de maneira aprofundada, a fim de apreender os símbolos e significados atribuídos pelos sujeitos ao objeto a ser compreendido. Do contrário, não passam de opiniões, crenças e queixas dos usuários no contexto dos serviços de saúde (Minayo, 2008).

A fim de compreendermos, qualitativamente, o objeto deste estudo, assumimos esta pesquisa, ainda, na perspectiva de um estudo de caso. Yin (1999) conceitua o estudo de caso como uma estratégia de pesquisa que procura examinar um objeto considerando profundamente o seu contexto.

O estudo de caso objetiva o conhecimento detalhado do objeto a ser estudado, o ambiente e o comportamento do próprio sujeito, de forma contextualizada, num período de tempo específico.

Merighi e Kimura (2004) enfatizam que a modalidade metodológica do estudo de caso vem aumentando nos últimos anos na área psicossocial. Neste sentido, pode ignorar a frequência dos eventos que caracterizam o fenômeno, detendo-se ou não na descrição e análise dos eventos cotidianos de um dado problema.

Em relação aos critérios de validade e confiabilidade, estes têm por finalidade chegar às mesmas conclusões, se outro pesquisador adotar os mesmos procedimentos assumidos neste estudo. Foram observados os critérios de confiabilidade e a validade, a fim de garantir a qualidade dos dados coletados.

A validade refere-se à capacidade de que o método empregado possibilite que os objetivos sejam alcançados fidedignamente e a confiabilidade permite que outro pesquisador possa chegar a iguais conclusões seguindo o mesmo rigor científico. Tanto a validade quanto a confiabilidade foram garantidas por meio da triangulação

de técnicas de coleta; da descrição clara, rica e minuciosa dos dados e por meio do feedback fornecido pelos sujeitos da pesquisa, a respeito dos dados que foram coletados (Paiva Junior; Leão; Mello, 2011).

Foi assumida a teoria do cotidiano proposta por Agnes Heller (2008) como referência teórica deste estudo e a categoria analítica da Reabilitação Psicossocial baseado em Benedetto Saraceno (2001).

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.1 A Teoria do Cotidiano de Agnes Heller

Coutinho e Konder (2008) no prefácio de “O cotidiano e a história” consideram que Agnes Heller é uma autora contemporânea e marxista que integra a chamada Escola de Budapeste. Lukács caracteriza a Escola de Budapeste como preocupada em estudar de modo individual os vários estágios sociais do desenvolvimento humano, situando de forma concreta as estruturas e suas mudanças no processo histórico e ontológico. Tem por base compreensiva uma assimilação correta do método de Marx.

A obra de Heller integra um marxismo de oposição. Faz uma análise filosófico-sociológica de aspectos negligenciados pelas ditas versões oficiais do marxismo.

Heller dedica-se a construção de uma teoria que dê conta de aspectos que não poderiam ser tratados por Marx, tendo em vista que se configuram em desafios atuais. Na compreensão de que a subjetividade, no sentido de individualidade do sujeito, foi extirpada do ideário do materialismo histórico, Heller a resgata e a coloca na centralidade do processo histórico do homem, que precisa ser entendida como a expressão dele mesmo em busca de sua humanização. Uma das principais contribuições de Heller ao marxismo contemporâneo dá-se ao fato de ter colocado o homem no centro das discussões (Coutinho; Konder, 2008).

Para a filósofa húngara, a vida cotidiana é a vida do indivíduo que é simultaneamente particular e também genérica. O ser social supõe um indivíduo que se constitui de um arcabouço histórico e que vive de acordo com uma sociabilidade dada, sem perder seu momento único e peculiar.

Estudar o cotidiano do ponto de vista teórico implica em compreendê-lo para além do prisma do dia-a-dia, das rotinas e do empirismo do viver de uma forma quase

banal. Guimarães (2002) afirma que a vida cotidiana para Heller é a reprodução e constituição do próprio indivíduo e, conseguintemente, da sociedade, através do que denomina de objetivações.

A objetivação implica numa ação do homem sobre o objeto, modificando-o para seu uso. A constituição das coisas por si mesma chama-se objetivações, ou seja, uma coisa é uma coisa porque não é outra coisa. Por exemplo, uma cadeira é uma cadeira, porque ela significa alguma coisa em nossa linguagem e em nossa cultura que lhe dá um uso dito social (Heller, 2008).

As objetivações em si compreendem a apreensão e apropriação dos produtos, costumes instrumentos e linguagem. Os instrumentos e os produtos estão a nossa disposição para a realização das tarefas na sociedade, por exemplo, o café, o microcomputador. Os costumes referem-se àquilo que é apropriado para determinada sociedade, como por exemplo, dar dois ou três beijos ao cumprimentar-se, ou beber chimarrão. E a linguagem é fundamental para comunicar-se, logo é questão de sobrevivência (Guimarães, 2002).

Graças a essas objetivações é que as pessoas conseguem viver em sociedade. Guimarães (2002) ainda exemplifica que, talvez, se um esquimó chegasse hoje em nossa sociedade teria, provavelmente, muitas dificuldades em fazer uma transação bancária ou então beber um chimarrão.

O conjunto de atividades que permitem a reprodução do indivíduo em sociedade, Heller (2008) denomina-se características da vida cotidiana. Essas características, por sua vez, dizem respeito à forma como os indivíduos agem, pensam e se relacionam na sociedade e podem ser assim denominadas: heterogeneidade, hierarquia, repetição, economicismo, espontaneísmo, probabilística, entonação, precedente, imitação, pragmatismo, analogia e juízos provisórios (preconceitos e ultragenralização).

A vida cotidiana é **heterogênea**. Ela exige nossas forças e capacidades em diversas direções, sem contudo, exigir com especificidade qualquer uma dessas forças ou capacidades. Em oposição à heterogeneidade, a homogeneização centra nossa atenção sobre uma única questão, empregando nossa inteira individualidade humana na resolução dessa tarefa. Quando examinamos uma pessoa em determinado campo profissional, a fim de qualificá-la, por exemplo, abstraímos todas as demais características da pessoa unifocando nossa atenção apenas na adequação ou inadequação na execução de determinado trabalho (Heller, 2008).

A heterogeneidade da vida cotidiana encontra ressonância com os preceitos da reforma psiquiátrica, à medida que esta valoriza a diferença do louco, com todas as suas peculiaridades objetivas e subjetivas, refutando toda a homogeneização que subtraia a diferença do outro.

A estrutura da vida cotidiana obedece a uma determinada **hierarquia**, visto que não se pode fazer e nem escolher tudo ao mesmo tempo. A escolha e seleção acabam determinando uma escala de valores e, conseguintemente, as ações resultantes (Heller, 2008).

A **repetição** também caracteriza a vida cotidiana. Ou seja, por meio dela movimentos já assimilados e treinados, podem ser realizados, mesmo sem lembrar conscientemente, por exemplo, os procedimentos mecânicos ao se tomar banho. O **economicismo** é caracterizado pela brevidade e rapidez na vida cotidiana, por exemplo, não plantamos a cana-de-açúcar, já compramos o açúcar pronto para consumo (Guimarães, 2002).

A característica dominante da cotidianidade é a e**spontaneidade**. São as ações que não foram planejadas, diz respeito aquele momento que está sendo vivenciado, sem considerar quaisquer consequências imediatas (Heller, 2008).

A **probabilidade** refere-se à possibilidade de uma ação empírica dar certo ou dar errado, e o sucesso que é alcançado passa a ser repetido. Ninguém calcula os ângulos de uma escada, por exemplo, simplesmente sobe cada degrau. A vida cotidiana também possui uma **entonação**, ou seja, é a característica de dar o ritmo de determinada ação. É a irrepetibilidade da singularidade de cada sujeito. É a marca de cada um (Guimarães, 2002).

O **precedente** é a característica da vida cotidiana que se opõe ao novo, à criação, está presa ao que já foi estabelecido. Nossa justiça funciona com esta característica, pois se baseia no que já aconteceu.

A **imitação** ou mimese pode ser considerada como a primeira ação da vida cotidiana, visto que antes do sujeito ter consciência ele já obedece a regras. Guimarães (2000) diz em termos hellerianos, que a mimese constitui-se nos primeiros momentos de relações sociais. A mimese é uma objetivação em si, pois a partir da imitação de um comportamento passo a me apropriar de algo, e que pode durar a vida toda.

A vida cotidiana é **pragmática**. É a ação baseada na prática, sem teorias que a expliquem, é a ação pela ação que confere sucesso na vida cotidiana. A **analogia**

também é uma característica da vida cotidiana, que se manifesta quando se tenta resolver determinadas situações sempre da mesma maneira, pois na situação precedente, resolver de tal forma, confere-nos sucesso (Guimarães, 2002).

Os **juízos provisórios** tem por base o senso comum, o empirismo; a experiência cotidiana das pessoas e a prática os confirmam como verdadeiros, de fato. Heller (2008) classifica os juízos provisórios de duas formas: os juízos **ultrageneralizadores** (baseados na confiança) e os **preconceitos** (baseados na fé).

A fé tem por característica sua inabalável certeza, é um acreditar cego e não há argumentos que se faça mudar de opinião. Exemplos típicos são os crentes que acreditam deter as chaves da salvação. A ultrageneralização baseia-se na confiança, é uma justificativa alicerçada na experiência própria, cujo conceito generaliza toda uma categoria. Se fui roubado por um mendigo, logo penso que todos os mendigos são ladrões, por exemplo. (Guimarães, 2002)

Neste sentido, Heller (2008) aborda a categoria preconceito como sendo inerente ao comportamento e ao pensamento cotidianos, que implica necessariamente ultrageneralizações. O afeto do preconceito é a fé, e é o que o difere das outras generalizações que são alicerçadas na confiança. A fé permite que o preconceito, de certa forma, permaneça inabalável frente a qualquer argumento racional. O preconceito serve para manter a integridade e a coesão de determinada classe dominante, a fim de manter de alguma forma uma estrutura cotidiana que a beneficie.

Chauí (1997) entende que é devido a multiplicidade de preconceitos das diferentes classes sociais, que existe a substituição desses por um único preconceito, por uma única ideologia, ou seja, a da classe dominante, que é responsável pela violência de inúmeras formas contra os mais desfavorecidos socialmente.

A própria filósofa húngara chama a atenção para o fato de que o preconceito trata-se de uma ultrageneralização, que é tão antigo quanto à própria humanidade.

Neste sentido, o entendimento da categoria preconceito encontra consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, quando esta entende a premência de aceitar o diferente no território. Os manicômios como estruturas de segregação do louco e da loucura fortalecem e cultuam o preconceito, que funciona como um mecanismo de proteção social e que retroalimenta o modelo biomédico-hegemônico.

O quadro abaixo sintetiza cada uma das características da vida cotidiana segundo Heller (2008):

Quadro 1 - Características da vida cotidiana segundo Heller (2008).

Característica do cotidiano	Definição	Exemplo
Heterogeneidade	É a característica de sermos todos diferentes, não sendo nenhum igual ao outro.	
Hierarquia	Escala de valores que escolhemos no cotidiano, pois não podemos fazer tudo ao mesmo tempo.	Escolho ir trabalhar, depois estudar e, por fim, passear. Estas escolhas determinam uma hierarquia de valores, e por conseguinte de ações.
Repetição	Procedimentos que se caracterizam por uma repetição de movimentos já assimilados e treinados.	Escovamos os dentes todos os dias, podendo realizar os movimentos mesmo "esquecendo-se". Trancarmos uma porta sem pensar, e retornarmos para averiguar se está fechada realmente.
Economicismo	Característica que permite que sejamos rápidos e breves na vida cotidiana.	Compramos alimentos prontos e não precisamos plantar, colher, etc.
Espontaneísmo	Caracteriza-se pelas ações não planejadas, espontâneas.	Na linguagem popular se diz "faz-se e depois vê-se o que acontece".
Probabilística	É a possibilidade de uma ação empírica dar certo ou errado.	Para atravessar a rua não calculamos a distâncias ou fazemos cálculos físicos. Simplesmente atravessamos e corremos o risco de estarmos certos ou errados. Se certo atravessamos, se errados seremos atropelados.
Entonação	É o tom da pessoa, é a marca da pessoa. É a irrepetibilidade da singularidade de cada indivíduo.	Entonação da pessoa quando dizemos "só podia ser coisa de tal fulano"
Precedente	É uma característica que se opõe ao novo. Fica preso ao já estabelecido, pois é mais fácil colocar tudo dentro de caixas quadradas.	Popularmente dizemos: "se deixar, o carro vai sozinho para casa".

Imitação ou mimese	Pode ser considerada a primeira característica do cotidiano, pois aprendemos por imitação desde os primeiros anos de nossas vidas.	Apendemos a comer, a vestir, a imitar gestos.
Pragmatismo	Baseia-se no exercício prático de uma ação empírica sem termos a preocupação de uma explicação teórica que a sustente.	Ação baseada na prática que permite sucesso na vida diária.
Analogia	Característica que se manifesta com a finalidade de manter a mesma repetição de um determinado procedimento. É a utilização de um saber provisório para enfrentar situações cotidianas.	Se resolvi uma problemática assumindo determinada conduta, logo vou tentar resolver as outras problemáticas iguais, assumindo a mesma conduta.
Preconceitos	Baseia-se na fé. É um acreditar cego, que nem sempre tem justificativa ou razão. Aquilo que acredita-se é o certo e os demais devem fazê-lo igualmente.	Os crentes que acreditam deterem os caminhos da salvação
Ultrageneralização	Baseia-se na confiança e seu significado engloba a todos.	Se fui roubado por um mendigo, vou achar que todos os mendigos são ladrões. O conceito generaliza a categoria mendigos e nunca mais terei confiança nesta categoria específica.

Fonte: Guimarães GTD. Aspectos da Teoria do Cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. Heller A. O cotidiano e a história. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

Estas características, no entendimento de Guimarães (2002, pg. 18):

> ...acabam dando sucesso, porque as ações do cotidiano são conseguidas. Todas as características se relacionam entre si e acabam reproduzindo o indivíduo porque se realizam através das objetivações em si.

Heller (1987) entende que a família deveria ser o lócus de reprodução da vida cotidiana por excelência, fato este assegurado inclusive pela característica cotidiana da imitação ou mimese. No entanto, esta função afetiva e social foi extirpada a partir do surgimento da sociedade civil e das conquistas dos direitos da mulher.

As configurações familiares têm mudado historicamente e as pessoas passam mais tempo na rua do que em casa. Isto implica que as formas de reprodução da vida cotidiana se originam de múltiplas fontes, todavia elas seguem se *reproduzindo e caracterizando as ações e pensamentos que compõem a particularidade da vida cotidiana de cada um e de todos* (GUIMARÃES, 2002, p. 18).

No contexto do adoecimento mental, Salles e Barros (2013) chamam a atenção que o trabalho constitui-se num eixo essencial que, permite a reprodução da vida material cotidiana (vestir-se, comer), das pessoas com doença mental.

É no entendimento de que a reprodução da vida cotidiana se dá em múltiplas dimensões e que as configurações das famílias e dos modos de conviver das pessoas tem se arranjado de formas diferentes e heterogêneas, que alicerçamos este projeto de pesquisa.

Neste estudo, elegemos como categoria analítica o eixo morar da Reabilitação Psicossocial.

3.1.2 Reabilitação psicossocial: o eixo morar

Concordo com Salles (2011) quando afirma que os conceitos de apropriação da realidade e da condução da vida cotidiana relacionam-se com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial, a qual entende que as pessoas com doenças mentais precisam ter sua autonomia respeitada, bem como sua individualidade para que pertençam e sejam pertencidas ao meio social.

Do ponto de vista conceitual, Saraceno (2001) nega-se a definir ortodoxamente a “reabilitação psicossocial”. Todavia, oferece-nos uma compreensão dos vocábulos “reabilitar psicossocialmente”, ou seja, precisa ser o conjunto de estratégias, técnicas e procedimentos destinados a aumentar as habilidades ou diminuir as desabilitações e deficiências.

A reabilitação psicossocial constitui-se em um processo complexo, que precisa da articulação de múltiplos saberes e setores sociais, ações políticas específicas e uma constante formação dos trabalhadores que atuam no campo da saúde mental, a fim de dar conta do fenômeno da loucura (Barros, 1996; Hirdes e Kantorski, 2004).

Assim, o processo de reabilitação precisa ser entendido como uma reconstrução na vida das pessoas e que possibilite a estas, um exercício pleno de

cidadania. A mera transformação de desabilidade para habilidade, ou ainda de incapacidade para a capacidade, não é suficiente, muito embora considerada como algo necessário, para que se possa considerar um processo de reabilitação (Saraceno, 1996, p. 15).

Saraceno (2001) deixa claro que não há e não pode haver uma fronteira rígida daqueles que passaram de um estado não apto para aptos, em qualquer dimensão da vida do sujeito, seja ela pessoal, familiar ou social.

Neste sentido, Saraceno (2001) propõe a reabilitação de pacientes psicóticos graves a partir de 3 eixos, a saber: casa, trabalho e rede social. Neste estudo, fizemos a opção metodológica de analisar os dados coletados, por meio da categoria Reabilitação Psicossocial: eixo morar, visto que o objeto desta pesquisa trata do cotidiano e do morar de pessoas de um SRT. E entendemos que é por meio deste eixo, que é possível compreender até que ponto estas pessoas podem "estar" ou "habitar" aquele espaço.

A reabilitação psicossocial a partir do eixo morar, evoca a ideia de casa, no sentido de práticas de cuidado, no cotidiano dos indivíduos acometidos por efeitos desabilitantes, decorrentes de doenças psiquiátricas cronificantes.

Saraceno (2001, p.115) elucida que a residencialidade para os doentes sempre ocupou centralidade na psiquiatria:

> "Aonde vamos? Sempre para casa", escrevia o romântico alemão Novalis, e certamente é verdade que a casa foi e é o eixo central da questão da psiquiatria: a história da psiquiatria é uma história de "casas", mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas".

Esta ideia, a da casa, traz em si experiências complexas e concretas de como reaprender a utilizar o tempo e o espaço no ritmo doméstico, o uso dos objetos concretos e simbólicos, afetivos, não epicentrados num cuidado normativo, mas sim orientados nas necessidades singulares de cada pessoa, como acontece com todos e qualquer morador de uma casa (Pitta, 2001).

A autora ainda destaca que para Saraceno, a Reabilitação Psicossocial vai desaparecendo, à proporção em que, for migrando da atenção/ambiente hospitalar para o espaço da cidade/comunitário.

Saraceno (2001) quando discute o eixo morar enfatiza a diferença entre estar ou habitar uma casa. O estar refere-se a nula possibilidade de troca e de poder contratual, material e simbólico do indivíduo no espaço. O habitar tem a ver com um

grau elevado de poder de contratualidade, seja material ou simbólica do indivíduo no ambiente em que vive. Se por um lado o manicômio nega o habitar e afirma o estar do sujeito, as nossas casas podem oferecer uma possibilidade de exercitar o poder do habitar.

Há uma grande diferença entre estar e habitar um espaço, uma casa, especialmente para as pessoas com alguma doença mental que trazem em si, as marcas do cárcere imprimidas nos longos anos de institucionalização no manicômio. A apropriação dos espaços está na razão direta da qualidade de vida das pessoas que trazem em si a experiência do sofrimento psíquico. A este respeito, Saraceno (2001, p.114) afirma que:

> Um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio "estar" em qualquer lugar se torna um "habitar" esse lugar.

O autor ainda chama a atenção de que a ênfase é sempre dada à casa muito mais do que o habitar, no contexto de doentes mentais, o que julga inevitável e natural. Evidencia, ainda, que é preciso encontrar alternativas ao manicômio para estas pessoas, como as casas-apartamento, casas para pessoas sozinhas, casas protegidas, casas com supervisão de profissionais, casas para grupos de pessoas.

A reabilitação precisa ocupar-se tanto da casa quanto do habitar das pessoas. A noção de casa refere-se às experiências concretas e simbólicas da reaquisição e reaprendizagem do uso do espaço, e do tempo em linhas não institucionais, na heterogeneidade da vida cotidiana. Mas, também, ter a possibilidade de revisitar a sua casa passada, as suas raízes e experiências passadas. A noção de casa, portanto, pressupõe a existência concreta de uma casa presente (Saraceno; Sternai, 1987).

E é nas dimensões concretas e subjetivas que iremos analisar o processo de morar e o cotidiano dos moradores de uma casa.

3.2 O MÉTODO E A COLETA DE DADOS

A coleta de dados, neste estudo, deu-se em dois momentos, a saber:

- **1.º momento: o instrumento e as características sóciodemográficas dos moradores**

Neste primeiro momento do estudo, a técnica eleita para a apreensão dos dados empíricos foi a aplicação de um instrumento composto por questões fechadas e abertas. As questões abertas tiveram a finalidade de compreender as representações dos moradores sobre fatos de suas vidas e, as questões fechadas, trataram de aspectos sóciodemográficos.

O instrumento único compunha-se, então, de uma parte com questões quantitativas e uma parte qualitativa com três perguntas, que caracterizaram a entrevista semiestruturada (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas após autorização do entrevistado.

Esta etapa da pesquisa foi realizada por uma aluna de graduação de enfermagem, que desenvolveu um subprojeto desta tese de doutorado, como requisito parcial de sua Iniciação Científica, sob nossa co-orientação. A coleta dos dados, desta etapa, deu-se durante três dias, no mês de julho de 2014, em uma residência terapêutica do município de São Paulo (SRT), sendo que no primeiro dia contou com dois entrevistadores, quando foi possível coletar, praticamente, todos os dados necessários. Porém, devido à chegada de um novo morador no SRT (Suj.6) e para aprimorar parte dos dados obtidos, realizaram-se mais dois dias de coleta.

Após esta etapa, as questões qualitativas foram transcritas e anexadas juntamente ao instrumento quantitativo do respectivo sujeito.

- **2.º momento: a observação participante e a estrutura do cotidiano**

Neste segundo momento da investigação, a técnica eleita para a apreensão dos dados empíricos foi a observação participante, a fim de aprofundar a compreensão acerca da estrutura do cotidiano dos moradores da residência terapêutica.

Para tal, um instrumento orientou a observação participante (Apêndice C) e os dados que o instrumento não deu conta de reter foram registrados em diário de campo (DC), como por exemplo, os gestos, as expressões faciais, costumes, linguagens e demais fatos cotidianos.

O cotidiano e o processo de morar dos sujeitos foram observados por 140 horas, nos turnos da manhã e da tarde, excetuando-se finais de semana e, logo após, foram registrados os dados no quadro síntese (Apêndice C). Com auxílio de DC, foram

descritos de forma minuciosa e exaustiva, todos os acontecimentos vivenciados, que envolveram o cotidiano destes sujeitos.

A coleta dos dados ocorreu em uma Residência Terapêutica do município de São Paulo, nos meses de julho e agosto de 2014, totalizando 140 horas de observação participante, a partir do que denominamos “caso-guia”. Para caso-guia foi eleito o morador mais velho da casa, como critério para disparar a observação participante, observando-se cada morador indicado por 3 dias consecutivos e excetuando-se os finais de semana.

Os procedimentos para a coleta dos dados, nesta etapa, deram-se da seguinte forma: sistematizamos a observação a partir do morador indicado pelo caso-guia e, assim, por diante. As interações permitiram observar o cotidiano de cada morador, as relações com os outros moradores e com seu entorno, buscando apreender as características do cotidiano propostas por Heller (Apêndice C).

Ao iniciarmos a coleta de dados, foi focada a atenção no caso-guia, sem desvincular-se do restante da rotina da casa. As cenas registradas no diário de campo não envolviam necessariamente o caso-guia, que era o centro da nossa atenção, mas registrava todos os outros atores que porventura participassem da cena que estava sendo observada, ou então, qualquer acontecimento na casa que pudesse interferir na estrutura cotidiana dos outros moradores.

No final do terceiro dia, o morador observado foi solicitado a indicar um próximo morador para participar da pesquisa. Todos eles, indicaram mais de um morador. A observação iniciou-se de acordo com a ordem dada pelo morador que estava sendo observado, naquele momento da solicitação. Todos os moradores foram indicados, entretanto, dois deles negaram-se a participar da pesquisa. A mesma conduta de observação/interação, e registro no diário de campo (DC), acompanhou os moradores indicados, sequencialmente.

Acompanhar cada morador implicou em participar de todas as tarefas cotidianas do sujeito, desde a hora que acordou, as idas aos supermercados, ao CAPS, às consultas médicas, visitas, passeios, compras, enfim, todas as atividades que preencheram o seu cotidiano no dia de observação.

Após cada dia de observação, os dados foram sistematizados no instrumento (Apêndice C) e o que não foi possível sistematizar, foi registrado em diário de campo, buscando relatar todos os eventos cotidiano vivenciados naquele dia, de forma

minuciosa. Durante as interações, nos acompanhamentos de cada morador, ia-se buscando identificar e registrar as características do cotidiano helleriano.

Todos os seis sujeitos que foram observados, tinham conhecimento de que estavam sendo acompanhados naquele dia e, por mais dois dias consecutivamente, excluindo-se os finais de semana.

Bardin (1992) nos esclarece que na observação participante, o pesquisador precisa necessariamente, colocar-se na posição de quem é observado, misturar-se com ele, fazer parte do contexto, a fim de que possa compreender com sucesso, a vivência do observado em dado contexto.

A apreensão da realidade, na observação participante, é possibilitada pela interação entre pesquisador e pesquisado, a partir de um roteiro sistematizado, ou da forma como os sujeitos serão observados (Querioz et al, 2007).

Segundo Souza, kantorski e Luis (2012) a observação participante tem sido uma técnica bastante satisfatória, empregada na compreensão científica dos fenômenos no campo da saúde mental. E nesta dimensão, as autoras fazem um destaque à importância do diário de campo, como uma ferramenta essencial para os registros dos dados do pesquisador.

Minayo (2001) nos esclarece que o DC constitui-se num instrumento potente para o registro de dados que as entrevistas, por exemplo, não deram conta de reter, como os gestos, expressões faciais, usos, costumes e fatos cotidianos que fogem da capacidade dos gravadores de áudio.

O momento de preparo da escrita do relatório exige recolhimento, que propicie um retorno à experiência vivenciada, a qual permanece em nível implícito. O diário de campo é instrumento importante para a construção dos textos e apresentação dos dados coletados na pesquisa (Barros; Kastrup, 2009).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram sujeitos deste estudo, seis moradores de um Serviço Residencial Terapêutico, localizado na Zona Oeste do município de São Paulo. Dois moradores recusaram-se a participar do estudo.

A participação dos sujeitos, neste estudo, obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- ser morador do SRT;
- estar presente no SRT durante o período de coleta de dados, ou seja, não estar viajando ou em internação hospitalar;
- concordar em participar do estudo.

Após o convite e aceitação para participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário foi um Serviço Residencial Terapêutico do tipo I, que neste estudo, foi designado apenas por “casa”. Localiza-se na região Centro-Oeste do município de São Paulo, sob a gestão da então Coordenadoria Regional Centro-Oeste da Secretaria de Saúde do município de São Paulo.

A escolha intencional do município de São Paulo, para a realização desta pesquisa, foi motivada pelo Censo Psicossocial dos Moradores de Hospitais Psiquiátricos do estado de SP realizado em 2008, que pela gravidade dos dados apresentados, configura-se em um lócus emblemático no contexto nacional.

O Censo Psicossocial dos Moradores de Hospitais Psiquiátricos do estado de SP - 2008 revelou a gravidade da assistência psiquiátrica no estado em questão. No momento de realização do Censo, somente na grande São Paulo havia 12 hospitais psiquiátricos, sendo que mais da metade dos pacientes destes grandes hospitais eram considerados “crônicos” e ou “moradores” (Barros; Bichaff, 2008).

Nesta época, estavam sendo fechados dois grandes HP: Hospital Vera Cruz e Clínica Charcot, que não atendiam as normatizações mínimas para funcionamento. Cabe dizer que, o SRT cenário deste estudo, foi criado para atender alguns destes moradores oriundos daqueles HP, a fim de assegurar a estes cidadãos institucionalizados, o direito à moradia e o direito à reabilitação psicossocial assistida prevista na Lei 10.216 (Barros; Bichaff, 2008).

O SRT escolhido deve-se ainda, a minha aproximação com este serviço, proporcionada pelo estágio de docência integrante do Programa de Apoio ao Ensino (PAE), no segundo semestre de 2012 e primeiro semestre de 1013.

Este cenário é base do “Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica”, firmados entre a Secretaria Municipal de Ensino e a Escola de Enfermagem da

Universidade de São Paulo. As unidades de saúde da CRS Centro-Oeste integram o "Programa de Integração Ensino/Serviço", abrigando atividades de formação de ensino e pesquisa, tanto de alunos da Graduação, quanto da Pós-Graduação em Enfermagem.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sendo aprovado com CAAE: 29721114.5.3001.0086, número do parecer: 675.574 e data da relatoria: 05/06/2014 (Anexo C).

O estudo foi previamente autorizado pela Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste (Anexo B). O Serviço Residencial Terapêutico foi informado, previamente, sobre os objetivos, finalidade e metodologia para o desenvolvimento da pesquisa neste local.

Todo o procedimento para coleta de dados foi explicado de forma clara e acessível aos moradores, sendo-lhes assegurado o direito de interromper a coleta em qualquer momento, se assim desejassem.

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os direitos éticos foram assegurados conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, através do Capítulo III [4], artigos 89, 90 e 91, os quais expõem aspectos sobre as responsabilidades e deveres; dos artigos 94 e 98 os quais tratam das proibições; e também de acordo com a Resolução nº 466/2012[5] do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

---

[4] Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Proibições: art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

[5] Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde: são diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

3.6 A ANÁLISE DOS DADOS

O material empírico analisado foi resultante da coleta de dados que ocorreu em duas etapas.

A primeira etapa da coleta com auxílio do instrumento (Apêndice B) resultou em dados quantitativos que permitiram fazer a caracterização sóciodemográfica dos moradores. Também resultou em dados qualitativos que conformaram as narrativas das histórias de vida dos moradores[6].

Os dados quantitativos originários do questionário foram tratados estatisticamente e as narrativas foram submetidas a análise de conteúdo temática, considerando o contexto social e histórico em que formam produzidas.

Os dados da caracterização sóciodemográfica foram apreendidos a partir do instrumento elaborado pela aluna de Iniciação Científica, e o tratamento dos dados foi realizado após organização e o armazenamento em uma planilha eletrônica no programa EXCEL 2003 (Office XP). Posteriormente, foram analisados através de variáveis quantitativas, as quais foram expostas em medidas descritivas, como: valores mínimos e máximos.

Para a análise dos dados qualitativos narrados, adotou-se a análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2008), e assumimos, metodologicamente, que aprofundamos os temas obtidos, considerando o contexto social e histórico de onde os dados foram coletados.

Na compreensão de que o homem é um ser histórico, a caracterização sóciodemográfica, bem como as histórias de vida de cada morador foi reconstruída por meio das narrativas de cada um deles.

A opção metodológica, por aprofundar a compreensão dos temas considerando a historicidade e o contexto social para tratar os dados, dá-se pelo motivo de que este tipo de tratamento dos dados converge com a concepção teórica deste estudo, tendo em vista que o referencial teórico que adotamos tem suas raízes no materialismo histórico-dialético. Heller (1982, 2000, 2002) traz o homem com seu conteúdo histórico-social em todo o momento em sua obra.

---

[6] Esta primeira etapa da coleta e da análise dos dados, foi desenvolvida por uma aluna de graduação em enfermagem da EEUSP, como parte de sua iniciação científica, sob co-orientação do autor desta tese.

Na perspectiva de que o discurso é produzido social e historicamente pelo indivíduo, Orlandi (2009) considera que analisar o discurso como um ente socialmente construído implica em revelar o que é dito e que não é dito, explicitamente pelos sujeitos. Trata-se de revelar a materialidade histórica e social que integram e perpassam o sujeito do discurso, considerando-se o recorte do fenômeno que está sendo estudado.

Vianna e Barros (2003) compreendem que os discursos estão intimamente ligados com a cultura de um grupo social, e este é reproduzido em seu próprio discurso, constituindo-se enquanto sujeito histórico e social.

Embora, trate-se de uma análise temática, por aprofundar os temas neste sentido – histórico e social - é que aproximamos a análise temática da análise de discurso produzida pelos sujeitos neste estudo.

Segundo Minayo (2008), a análise temática pode ser considerada como um método para descobrir os núcleos de sentido que permeiam uma comunicação.

Para realizá-la foram necessárias três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Pré-análise: foi a fase de escolha do material que seria analisado e a retomada das hipóteses e dos objetivos pensados inicialmente na pesquisa. Foram elaborados indicadores que nos guiaram em relação à compreensão do material e na interpretação final (Minayo, 2008);

Exploração do material: foi a fase em que buscamos os temas, para reduzir o texto às palavras e expressões significativas e formulação de categorias (Minayo, 2008).

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: foi a etapa de confrontar os achados à questão norteadora, aos objetivos e à literatura sobre o tema e subtemas revelados nos discursos (Minayo, 2008).

Após a coleta dos dados com o instrumento (Apêndice B) e análise dos dados, emergiram as seguintes categorias empíricas: Caracterização sóciodemográfica dos moradores do SRT; Hábitos pessoais e a percepção sobre o SRT; Processo saúde-doença e reabilitação psicossocial.

Os resultados desta etapa estão descritos no Capítulo 4, Itens 4.1 e 4.2.

A história de vida do morador, o seu trânsito no SRT e na comunidade, no CAPS, no território e as suas relações com todos estes entes em seus cotidianos foram analisados considerando o contexto histórico-social destes sujeitos, à luz da

teoria do cotidiano de Heller (2008) e da categoria analítica Reabilitação Psicossocial: eixo morar, concebida por Saraceno (2001).

A segunda etapa de análise foi relacionada aos dados resultantes da observação participante orientada pelo instrumento (Apêndice C), e dos registros dos diários de campo (DC).

Após leituras exaustivas dos registros nos DCs, a fim de sintetizar cada situação observada, foram identificadas cada uma das características do cotidiano hellerianas, a saber: repetição, economicismo, heterogeneidade, probabilística, espontaneísmo, probabilística, entonação, precedente, mimese, pragmatismo, analogia, preconceitos, e ultrageneralização (Apêndice C). A frequência e a qualidade da experimentação destas características cotidianas foram agrupadas e após, discutidas na perspectiva da teoria do cotidiano de Heller (2000).

Cabe ressaltar que este quadro (Apêndice C) é um instrumento que auxiliou o pesquisador a sintetizar, identificar e analisar as características do cotidiano investigadas. No entanto, a etapa de observação não se prendeu somente a esta síntese, sendo um processo mais amplo - que permitiu registrar os gestos, o que foi dito, as expressões faciais, os fatos cotidianos, as cenas que aconteciam no SRT - a fim de dar conta dos objetivos deste estudo.

A compreensão da vida cotidiana que pretendemos não está circunscrita apenas ao território físico e nem ao discurso produzido pelos próprios sujeitos, mas sim, ao campo de relações que envolvem a micropolítica de um SRT, em que o morador, foi o eixo central deste processo.

Assim, além de sintetizar, identificar e analisar as características do cotidiano investigadas, os registro do DC foram analisados a partir da construção de um caminho temático proposto por Minayo (2008). Buscou-se agrupar todos os trechos registrados referentes à vida cotidiana dos moradores, compondo um texto que foi tematizado. Realizada esta tematização, o texto foi novamente revisitado, com vistas a buscar pontos de conexão entre os temas, que pudessem conversar entre si, considerando-se o contexto histórico e social dos moradores. Logo após este agrupamento emergiram as seguintes categorias empíricas: características do cotidiano e a vida cotidiana.

Os resultados desta etapa estão descritos no Capítulo 4, itens 4.3 e 4.4.

Reafirmamos que esta pesquisa tem a finalidade de contribuir com o processo de reforma psiquiátrica, analisando o processo de morar e o cotidiano de moradores

de um Serviço Residencial Terapêutico dando voz ao próprio morador desta casa-serviço.

Entendemos que esta pesquisa, pelo seu caráter interventivo pode ter trazido benefícios aos sujeitos deste estudo, pelo fato de intervir pontualmente nas características estruturais do cotidiano, de modo a privilegiar a heterogeneidade e história de vida própria de cada morador.

Os sujeitos integrantes deste estudo, não sofreram danos ou prejuízos de quaisquer ordens.

Esta pesquisa contou com bolsa de auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

3.7 O ESTÁGIO DE DOUTORAMENTO SANDUÍCHE NO EXTERIOR

Terminada a coleta dos dados, foi realizado o estádio de doutoramento no exterior, com bolsa financiada pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O estágio teve duração de 06 (seis) meses, ocorrendo de outubro de 2014 à março de 2015, na Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa, em Lisboa – Portugal, sob orientação do Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida.

O relatório do estágio encontra-se no apêndice D.

4 RESULTADOS

4. RESULTADOS

Após a coleta com o instrumento (Apêndice B) e análise dos dados, emergiram as seguintes categorias empíricas: a caracterização sóciodemográfica dos moradores do SRT e as narrativas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS MORADORES DO SRT

Do total de 06 moradores do SRT , 04 são do sexo feminino e 02 são do sexo masculino; tem idades entre 34 e 64 anos, com procedência de São Paulo e Minas Gerais, sendo que 01 usuário não soube responder sobre a sua procedência. Quanto à raça/cor, 02 moradores referiram serem pardos, 02 moradores afirmaram ser morenos, 01 morador disse que é escuro e 01 que é branco. Para fins de análise dos dados, agrupamos a cor da pele referida, segundo duas categorias: brancos e não brancos. (Quadro 2)

A pesquisa indicou também que dentre os 06 usuários participantes, 05 eram solteiros e 01 era viúvo; 05 tinham alguma religião e 01 não tinha, sendo que 03 eram católicos, 01 era “crente” (evangélico) e 01 era mórmon.

Em relação à fonte de renda, 05 tinham alguma fonte de renda e 01 não sabia. Todos os sujeitos tinham o ensino fundamental incompleto, não tinham plano de saúde particular, não estavam trabalhando no momento. A administração do dinheiro de 03 moradores era realizada pelos profissionais do SRT, de 02 pelos familiares e 01 não soube responder. (Quadro 2)

Quadro 2 – Características sóciodemográficas dos moradores

Nome Fictício	Suj.1	Suj.2	Suj.3	Suj.4	Suj.5	Suj.6
Idade	34 anos	61 anos	64 anos	46 anos	Não sabe	40 anos
Procedência	São Bernardo do Campo	Itu	Minas Gerais	Osasco - SP	Não sabe	São Paulo – SP
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Raça/ Cor da Pele	Pardo	Moreno	Escuro	Branco	Pardo	Moreno
Religião	Católico	Evangélico	Católico	Católico	Não tem	Igreja dos Mórmons
Estado Civil	Solteiro	Solteiro	Viúvo	Solteiro	Solteiro	Solteiro

Trabalho Ativo	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Fonte de Renda	Aposentadoria	Não sabe	Aposentadoria	LOAS	Renda Familiar	LOAS
Administração do Dinheiro	Profissional do SRT	Não sabe	Profissional do SRT	Profissional do SRT	Familiar	Familiar
Plano de Saúde Privado	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Autorrelato dos moradores, 2014.

Entre os usuários entrevistados, 02 relataram que não tiveram qualquer internação psiquiátrica, porém ao sermos apresentados às histórias destes usuários durante as entrevistas, soube-se que apenas 01 não teve internação psiquiátrica. (Quadro 3)

Em relação aos transtornos psiquiátricos (Quadro 3), percebe-se que os usuários tinham pouco conhecimento do histórico de internações psiquiátricas que possuíam, sendo que apenas 01 soube responder o nome da doença em questão. Nenhum usuário soube dizer quais eram as substâncias psicoativas que faz uso diariamente, sendo necessário que buscássemos os registros das medicações diárias junto aos profissionais do SRT. Pode-se notar que 04 destes usuários relataram ter alguma comorbidade. (Quadro 3)

Quadro 3 – Características clínicas dos moradores

Nome Fictício	Suj.1	Suj.2	Suj.3	Suj.4	Suj.5	Suj.6
Internação Psiquiátrica	Sim	Não sabe	Sim	Sim	Não sabe	Sim
Transtorno Psiquiátrico	Esquizofrenia	Não sabe	Transtorno Depressivo Maior	Sistema Nervoso	Coisas que a pessoa ouve	Nervosismo
Comorbidades	Obesidade	Não tem	Hipertensão, problemas oncológicos	HAS/ DM/ Obesidade	Não tem	HAS/ Epilepsia

Fonte: Autorrelato dos moradores, 2014

4.1.1 Hábitos pessoais e a percepção dos moradores em relação ao morar no SRT

Nesta subcategoria são apresentados os hábitos pessoais, as atividades sociais, o tempo de moradia e a nota atribuída ao cotidiano, a interação dos moradores com o SRT, e o relato dos moradores sobre o que apreciam ou não na casa.

Quanto aos hábitos de vida (Quadro 4), todos os sujeitos referiram não fazer uso de drogas lícitas (bebidas e cigarros) e ilícitas. Porém durante a coleta de dados no SRT, observou-se que 01 usuário é tabagista. Apenas 02 usuários realizavam alguma atividade física rotineiramente.

Quadro 4 – Hábitos pessoais dos moradores

Nome Fictício	Suj.1	Suj.2	Suj.3	Suj.4	Suj.5	Suj.6
Bebidas Alcoólicas	Não, parei.	Não, nunca bebi	Não, nunca bebi	Não, parei.	Não, nunca bebi	Não, nunca bebi
Atividade Física	Não, nunca fiz	Não, nunca fiz	Sim	Sim	Não, nunca fiz	Não, nunca fiz
Tabagismo	Ex-tabagista	Nunca fumou	Nunca fumou	Ex-Tabagista	Nunca fumou	Tabagista

Fonte: Autorrelato dos moradores, 2014

Quanto a receber visitas no SRT, 04 usuários relataram que não recebiam visita alguma na casa e 02 que eram visitados por seus acompanhantes terapêuticos (AT). Em relação à atividades de lazer, 04 usuários relataram realizar alguma atividade e 02 disseram não realizar nenhuma atividade de lazer. (Quadro 5)

Quadro 5 – Atividades sociais dos moradores

Moradores	Suj.1	Suj.2	Suj.3	Suj.4	Suj.5	Suj.6
Visitas recebidas no SRT	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
Atividades de Lazer	Assistir TV, Brincar com a cachorra	Vai à praça	Não tem	Passear na pracinha c/ AT. Às vezes almoça com a AT fora da casa. Faz caminhadas/ Às vezes vai ao museu Ipiranga com moradores, zoológico.	Vai ao parque	Não tem

Fonte: Autorrelato dos moradores, 2014

Na avaliação do cotidiano e o processo de morar no SRT (Quadro 6), quando perguntados numa escala de zero a dez, 03 usuários deram nota 5; 02 atribuíram nota 10; e 01 atribuiu nota 0.

Quadro 6 – Tempo de moradia e nota atribuída ao cotidiano no SRT

Nome Fictício	Suj.1	Suj.2	Suj.3	Suj.4	Suj.5	Suj.6
NOTA COTIDIANO/ MORAR NO SRT**	5	5	5	10	10	0

Fonte: * Dados validados de acordo com o prontuário do morador; **Autorrelato dos moradores, 2014.

Quando perguntados se eram respeitados e tratados com dignidade no SRT (Quadro 7), 03 usuários responderam “às vezes”, 02 responderam que sempre se sentiram respeitados e 01 informou que geralmente se sente respeitado. Em relação à acolhida dos profissionais, 04 responderam que estes eram muito amigáveis, 01 que eram mais ou menos amigáveis e outro que eram pouco amigáveis. Já quanto a relação de amizade entre os moradores, 03 responderam que a relação era mais ou menos amigável, 01 (16,66%) que era muito amigável e outro que era pouco amigável. (Quadro 7)

Quanto ao conforto e aparência do SRT (Quadro 7), 02 usuários estão muito satisfeitos, 03 estão satisfeitos e 01 está insatisfeito. Em relação às condições gerais do SRT, 03 moradores relataram que são excelentes, 02 disseram que são boas e 01 que as condições são péssimas.

Quadro 7 – Interação dos moradores com o SRT

	Suj.1	Suj.2	Suj.3	Suj.4	Suj.5	Suj.6
Respeito e tratamento com dignidade	Mais ou menos	Mais ou menos	Sempre me senti respeitado	Sempre me senti respeitado	Sempre me senti respeitado	Mais ou menos
Acolhida dos profissionais	Pouco amigável	Mais ou menos	Mais ou menos	Muito amigável	Muito amigável	Muito amigável
Relação de amizade entre os moradores	Pouco amigável	Mais ou menos	Mais ou menos	Amigável	Muito Amigável	Muito Amigável
Conforto e aparência do SRT	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfeito
Condições gerais do SRT	Péssimas	Excelentes	Excelentes	Boas	Excelentes	Boas

Fonte: Autorrelato dos moradores, 2014

Verificou-se o que os usuários mais gostavam no SRT e o que menos gostavam (Quadro 8). Percebeu-se que o que mais gostavam era de assistir televisão, aparecendo nas respostas de 05 usuários. Porém, ainda, obteve-se outras respostas, como algumas atividades domésticas, dormir, ler, escrever e dançar. Quanto ao que menos gostavam, não houve uma resposta com maior frequência. Houve moradores que relataram não gostar de que homens e mulheres morassem juntos; há quem relatou não gostar de algumas atividades domésticas ou de alguma situação específica, mas há quem se pronunciou que não existe algo que menos gosta na casa.

Quadro 8 – Relato dos moradores sobre o que apreciam ou não na casa

Srt	
Mais Gosta*	**Menos Gosta****
Assistir televisão (5 vezes)	Homens morando no SRT
Cachorra	Não tem o que menos gosta
Dormir	Banheiros (Lavar)
Lavar louça	Banheiros (Não dão descarga)
Varrer a Cozinha	
Comprar o pão	Chão é difícil de limpar
Ler	
Escrever	Colchão velho
Comida	
Dançar	Brigas na casa
Ouvir rádio	
Fazer café	Chamam a polícia na crise
Conhecer moradores, profissionais	

Fonte: Autorrelato dos moradores, 2014
*Aproximadamente 3 respostas/ usuário
**Aproximadamente 1,33 respostas/ usuário

4.2 AS NARRATIVAS

As narrativas do moradores os colocaram como eixo central desta investigação, pois dar-lhes voz os tornam protagonistas de suas próprias histórias.

Foi por meio das narrativas que foram revelados os perfis dos moradores, experiências de institucionalização em instituições psiquiátricas e sua compreensão acerca da vida cotidiana.

Onocko-Campos et al. (2013) afirmam que as narrativas no campo da saúde mental comunitária, permitem conhecer como foi o processo de adoecer mentalmente,

quais as trajetórias dos sujeitos, quais as suas percepções acerca de si e de todo este processo vivenciado por eles.

Ao procedermos a análise temática (Minayo, 2008) das entrevistas, tendo como referência os objetivos do presente estudo e os conceitos da Reabilitação Psicossocial, emergiu uma gama de significantes os quais foram agrupados por temas. Posteriormente, estes temas foram reagrupados formando duas categorias empíricas, denominadas: Processo Saúde-Doença e Reabilitação Psicossocial.

A figura abaixo sintetiza as categorias empíricas a serem apresentadas:

Figura 1 – As narrativas

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">4.2 AS NARRATIVAS</td></tr>
<tr><td>4.2.1 - Processo Saúde-Doença</td><td>4.2.2 - Reabilitação Psicossocial</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TEMAS</td><td rowspan="6">4.2.1.1 Concepção Saúde-Doença</td><td>4.2.2.1 - Morar
4.2.2.1.1 Hospital Psiquiátrico
4.2.2.1.2 SRT
4.2.2.1.3 Outras experiências de morar</td></tr>
<tr><td>4.2.2.2 - Rede
4.2.2.2.1 Rede Familiar
4.2.2.2.2 Rede Social</td></tr>
<tr><td>4.2.2.3 Trabalho</td></tr>
<tr><td>4.2.2.4 Cotidiano</td></tr>
<tr><td>4.2.2.5 Direitos Humanos e Cidadania</td></tr>
</table>

Fonte: Análise dos resultados obtidos na coleta de dados, 2014.

4.2.1 Processo Saúde-Doença

As falas dos sujeitos evidenciaram a representação dos usuários sobre a sua doença, levando a conformação do tema “Concepção de Saúde-Doença”.

Historicamente, compreende-se de diversas formas o processo saúde-doença mental. Desde os primórdios até os tempos atuais, isso ocorre devido às diferentes culturas, às formas de perceber a vida e os seres humanos e, também, às transformações assistenciais ao longo do tempo.

O materialismo histórico-dialético entende que a sociedade está em constante transformação, sendo movida por contradições, cujos mecanismos de superação são mediados pelo trabalho humano (Silva; Barros, 2005).

No campo da assistência psiquiátrica, a partir da segunda metade do século XIX, Barros (1996) assinala que as práticas de cuidado avançam alinhadas com os acontecimentos sociais e de acordo com as ciências médicas.

A frase temática abaixo revela um entendimento que o morador tem de seu estado de adoecer que remete a uma concepção greco-romana, concebendo este processo como um desequilíbrio de forças naturais no corpo do indivíduo.

SUJ I/ F1 L28: O médico falou que eu estava com água grossa na cabeça e que eu ia ter que tirar, e Deus me revelou que ia sair pelo ouvido e pelo nariz. Aí saiu pus pelo ouvido e saiu o problema pelo nariz.

Esta concepção remete teoria hipocrática, que considera a loucura como um distúrbio de humores corporais, atribuindo os processos de alienações mentais a desordens físicas (Pessoti, 2000).

Da metade do século XIX ao início do século XX, os estudos de anatomia patológica ganham singular importância, sendo o corpo a sede dos desequilíbrios de toda a ordem. Assim, a concepção organicista do processo de adoecer física e psiquicamente ganha grande repercussão. Esta concepção do processo de adoecer mentalmente fica evidenciada na seguinte frase temática:

SUJ V/ F1 L1-3: Eu comecei a ter um ataque epilético, a mãe começou a me segurar para não cair embaixo da cama, fui parar embaixo da cama, pra tirar eu acho que só uma mulher com muita força...

Durante o Renascimento, o racionalismo pensado por Descartes entendia que os seres humanos poderiam ter duas formas de existência: os arrazoados e os desarrazoados. Pode-se verificar essa concepção racionalista de doença mental, a seguir:

SUJ I/ F3 L3-5: Por que se a gente não é louca, a gente tem cérebro, a gente tem consciência. E a pessoa fala que a gente é louca. Não, a gente pensa como todo mundo pensa.

Na metade do século XX, Basaglia (2005) propôs um novo modo de olhar para a loucura, colocando a doença entre parênteses e evidenciando o sujeito ao invés da doença. A forma de cuidar das pessoas com doença mental, não se dava mais dentro de um hospital, mas na comunidade onde se favorecia a troca social. Os moradores entendem que a doença mental é uma das dimensões de sua vida e não o contrário:

SUJ I/F1 L6: Meu pai me largou doente, e eu com depressão muito forte e um problema muito sério na cabeça, que é problemas mentais, eu enrolava a língua e era horrível. Não é que eu era horrível... era o problema.

A análise dos discursos, explicitada nas frases temáticas revelaram que os moradores de SRT e as pessoas de sua rede não tem uma única concepção da doença mental, além de esclarecer que as múltiplas compreensões do processo de adoecimento mental não é linear, ou seja, as mais distintas concepções que marcaram determinadas épocas históricas ainda estão presentes nas concepções das pessoas. Identificou-se diversas concepções de doença como: mágico religiosa; greco-romana; organicista; moral; médico moral pineliana e, também, basagliana.

4.2.2 Reabilitação psicossocial

A reabilitação psicossocial para Saraceno (2001) é alicerçada em três pilares os quais ele denomina “eixos”, e é sobre eles que é possível construir e aumentar a capacidade contratual dos usuários dos serviços de saúde mental. Nesta perspectiva, o autor concebe os três eixos reabilitatórios, a saber: morar, rede social (troca de identidades) e trabalho (produzir algo com valor de troca). Nos discursos dos sujeitos entrevistados surgiram temas que remetem a esses eixos.

4.2.2.1 Morar

A qualidade de vida de um sujeito e a sua capacidade contratual é demonstrada pelo quanto um indivíduo que “está” em qualquer lugar consegue “habitá-lo”. O sujeito

tem pouca ou nenhuma propriedade de um espaço quando apenas “está” em um lugar sendo que não tem poder de decisão. Ao habitar um lugar há uma grande contratualidade com a organização material e simbólica do próprio espaço e, também, dos objetos nele contidos; e é neste sentido que o eixo morar é compreendido (Saraceno, 2001).

Na compreensão do eixo morar, para os sujeitos entrevistados, emergiram os seguintes subtemas: Hospital Psiquiátrico, Serviço Residencial Terapêutico e Outras Experiências de Morar. Os usuários disseram como foi estar no hospital psiquiátrico; como era o processo de morar na casa (SRT) e o seu cotidiano e como foram suas outras experiências de residência.

4.2.2.1.1 Hospital Psiquiátrico

Saraceno (2001, p.62) define o Hospital Psiquiátrico como um lugar que propicia a reprodução da doença, ou seja, de iatrogenias. O autor inspirado na concepção basagliana entende que o Hospital Psiquiátrico por ser uma instituição total, é um *locus atemporal*, ou seja, trata-se de um lugar que por sua natureza nunca se modificou e nem irá modificar sua estrutura funcional.

As frases temáticas abaixo evidenciam como foi a experiência de estar no Hospital Psiquiátrico, sofrendo todo o tipo de supressão de direitos humanos, violências físicas, castigos, maus-tratos, à guisa de tratamento:

SUJ I/ F3 L1: [Como era no HP] Era muito ruim, porque a gente tomava injeção... Eles maltratavam a gente. Dava injeção do nada...

SUJ IV/ F17, 18, 19: [Como era no HP] Porque lá ia tomar até choque na cabeça... só não tinha chegado o choque ainda. Mas ia tomar...

SUJ VI/ F9 L1: [Como era no HP] Me amarravam, dava injeção, me deixa chumbado... Impregnado... Chumbado. Impregnado... De tanto tomar injeção... Era ruim, era ruim lá.

SUJ IV/ F5 L5-6: Não sei que doença era aquela... o médico que sabe né? Ele não contou pra mim que doença que era...

SUJ IV/ F5 L1-3: Tinha vez que não conseguia nem levantar da cama... os tempos que eu fiquei no hospital eu fiquei parecendo um esqueleto porque eu não conseguia beber água, eu não conseguia fazer nada, tampava minha garganta e eu não conseguir comer nada.

SUJ IV/ F17, 18, 19: [Como era no HP] Nós ficávamos amarradas lá, tomava sossega leão grandão... e quando fazia arte eles corriam e levava a gente lá pra baixo para tomar sossega leão... As meninas ficavam discutindo com elas e ia pra baixo..

SUJ VI/ F3, 4: [Como era no HP] Era amarrado... [...] Dava injeção e ficava amarrado. E batia, batia na cara. Ficava amarrado e ficava no corró. É cadeia. Uma cadeia fechada...

SUJ VI/ F3, 4: [O que fazia no HP] Trabalhava com caixa e com garrafa velha... com garrafa de guaraná. Pra vender, pra ganhar dinheiro... e caixa de remédio... caixa de papelão pra vender, pra ganhar dinheiro.

SUJ III/ F3 L1: [O que fazia no HP] Fazia nada só descansava...

4.2.2.1.2 Serviço Residencial Terapêutico

No contexto brasileiro, a política nacional de Saúde Mental institui como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, diversos serviços, dentre eles as moradias inseridas na comunidade.

O SRT precisa ser um dispositivo que introduza o sujeito na vida das cidades. Dentre as várias formas de habitar, no contexto da Saúde Mental, Rolim (2013) enfatiza, que as moradias comunitárias precisam ter por mote a inserção destes sujeitos na circulação das cidades.

Percebe-se no discurso dos sujeitos a importância do SRT para os mesmos, como é a experiência de morar nela e qual seu significado:

[Onde considera a sua casa] Eu considero aqui minha casa... Eu sou o homem da casa aqui.

SUJ I/ F19 L1: **[Onde considera a sua casa]** Aqui! Porque quando eu precisei de ajuda, ninguém me ajudou, quando eu precisei de carinho ninguém me concedeu. [...] É muito importante né? Que as pessoas saibam que eu sou feliz aqui e, ao mesmo tempo, é um pouquinho ruim, mas eu sei que dá...

SUJ IV/ F17, 18, 19: **[Onde considera a sua casa]** Eu estava no Vera Cruz [Hospital Psiquiátrico] internada. Eles me trouxeram pra cá. [...] Aqui é mil vezes melhor.

SUJ I/F11 L1: **[A casa em relação ao HP]** Aqui é melhor do que lá.

SUJ IV/ F31-32 L1: **[Onde considera a sua casa]** Aqui agora é minha casa... **[...]** Porque eu acostumei aqui....

SUJ III/ F15: Eu prefiro morar aqui, do que morar no hospital... Porque aqui é melhor, nós somos bem-vindos...

SUJ III/ F17, 18: Eu considero que aqui é a minha casa, porque aqui eles me acolheram no momento que eu mais precisava... porque eu ia ficar na rua...

SUJ V/F9: Aqui... aqui deve ser a minha casa... Porque as pessoas que moram aqui, convivem e aceitam eu aqui na minha casa.

SUJ II/ F12, 13, 14: **[O que achou de morar na casa]** Achei bom, porque eu nunca tive uma casa para morar...

SUJ I/F24 L1-3: **[Na casa]** Não, só falou que ia cuidar... falou a realidade. Falaram que ia ter regras, que eu ia ter que cumprir as regras... Não foi nada escondido. Isso já foi falado desde o começo... Que ia ter regras e tudo.

SUJ II/F20 L1: **[Onde considera a sua casa] Morador**: Eu moro aqui. [...] Porque eu moro aqui ué..

SUJ III/ F13 L1: **[A casa em relação ao HP]** Aqui é diferente.. é uma casa uma coisa grande...

SUJ I/ F8 L1-2: **[Como é morar na casa]** É mais ou menos bom e mais ou menos ruim. **[...]** O ruim são os homens aqui que não respeitam nenhuma mulher, porque eles assediam e ficam assediando as mulheres aqui.. Ficam querendo mexer nos seios da mulher, querendo tocar, com intenções...

4.2.2.1.3 Outras experiências de morar

Além desses dois modos de residir apresentados acima, pudemos evidenciar também outras experiências de residência que os usuários tiveram ao longo de suas vidas:

SUJ III/ F29 – 32: [Experiência de residir com esposo] Era bom, ele não me maltratava não... [...] Era tudo ótimo...

SUJ IV/ F8: **[Experiência no albergue]** Albergue lá era muito ruim... tinha que tomar café 5 horas da manhã.. daí tomava café 5 horas da manhã... daí às vezes tava na chuva e tinha que sair debaixo de chuva... me molhava toda!

SUJ II/ F3: **[Antes de morar na casa]** Eu morava na rua [...]

SUJ IV/ F12 L1-3: Minha irmã queria que eu arrumava dinheiro pra ela e tudo... Eu me virava pra arrumar serviço... [...] e ela não quis mais que eu ficasse lá. Aí eu voltei pro albergue de novo...

SUJ IV/ F38 L1-2: **[Na casa dos pais]** Não, foi porque eles me tocaram da casa... porque eu não estava trabalhando e eles não quiseram ficar comigo não.

4.2.2.2 Rede

Segundo Castells (2007) a rede é compreendida como uma interconexão de pontos comunicantes entre si, interligando-se mutuamente com flexibilidade, motivados pelos mesmos objetivos. A rede é um sistema aberto e disponível para a inovação. Assim, geralmente, a família tende a ser a primeira rede social constitutiva do sujeito e a se expandir para o meio social em que está inserida.

Para Kantorski et al. (2012) as redes sociais são como estruturas abertas, as quais podem se ampliar de forma ilimitada desde que haja um código de comunicação parecido. Ou seja, um grupo de sujeitos inseridos em uma população e as conexões realizadas por eles, em que cada sujeito possui conexões com outros e, por sua vez, estes estão ligados a outros, dando desta maneira, continuidade ao ciclo.

Fonseca (2005), compreende que a concepção de família depende da categoria social em que os indivíduos estão inseridas. A maior parte das pessoas de elite considera família como linhagem. Já a classe média compreende como a família nuclear. Os grupos populares baseiam o conceito de família pelo envolvimento das pessoas nas atividades domésticas do dia-a-dia e, nas redes de ajuda mútua.

A família enquanto rede social do sujeito estabelece laços entre seus integrantes, que se configuram em vínculos de várias intensidades. Cortes et. al. (2015) mostram as fragilidades e dificuldades que permeiam os vínculos entre os moradores e sua rede familiar, em um SRT no Sul do país.

4.2.2.2.1 Rede familiar

Pudemos identificar nos discursos dos sujeitos, o fraco vínculo entre eles e suas famílias:

SUJ IV/ F36 L1-2: Minha família falava que eu não existia... que era pra eu ficar no hospital, que não ia tirar eu não.

SUJ IV/ F32 L 1-4: Mas tem vez que eu falo que eu vou embora pra casa da minha irmã, mas minha irmã me joga no Juquery, no hospital de cabeça [referindo-se ao Hospital Psiquiátrico Juquery]... não dá para ir para lá, ela não fica firme comigo lá... ela me bota no hospital ela me vê meio nervosa e ela já quer internar eu.

SUJ I/ F5 L1: Daí eu vim para casa SRT, porque a minha família não me aceitou...

SUJ I/F 20 L1-4: Eu era uma criança e ele ficava nu na minha frente... eu não sabia de nada, eu era criança, pegava né? Brincando, tocando sem querer... E aí o tempo foi passando, passando e ele mandava eu sentar no colo dele, ele ficava com o negócio de fora e ele fazia eu sentar no colo dele e eu achava estranho...

SUJ I/ F19: ...E amor também...quando se dá amor, carinho, atenção que é uma coisa que aqui tem e que a família nunca deu.

Porém, o discurso, também, desvela a existência de um forte sentimento em relação aos familiares demonstrando pesar por não tê-los consigo:

SUJ III/ F21 L3-4: Eu saí de lá (casa dos pais) depois que minha mãe faleceu.. Meus pais já tinham moradia aqui e então, minha mãe faleceu, e eu tive que vir pra São Paulo, porque lá não tinha condições de morar. Então, ela faleceu e nós ficamos muito abatidos, muito sentido e resolvemos vir para São Paulo.

SUJ I/F27 L6-9: Eu mamava no peito da minha tia, porque minha mãe não tinha leite. Então, eu fiquei muito chocada quando ele me obrigou a fazer isso com ela. Aí realmente eu chorei, chorei no dia que ela faleceu...

SUJ IV/ F37 L1-3: Era bom, eles tratavam eu bem... meu pai e minha mãe. Tudo que eu queria eles compravam pra mim... eu estava com vontade de comer um salgadinho e eles iam lá e compravam salgadinho pra mim... sorvete... Mas agora eu não tenho pai e nem mãe, né? Já morreram.

4.2.2.2.2 Rede social

Evidenciou-se nas frases temáticas abaixo, a intensidade do vínculo entre o morador e sua rede social, antes das internações psiquiátricas:

SUJ I/ F1 L6-10: E as pessoas criticavam: "Ela vai morrer, tem que largar ela mesmo...". E a pessoa nunca acreditou que eu pudesse passar por cima, que eu pudesse me recuperar. E daí essa senhora, a vizinha, que chamava dona Maria, que é quase o nome da minha tia Maria... daí essa vizinha me pegou para cuidar.... E ela lutou muito, muito, muito para me ver saudável.

SUJ I/ F1 L14-15: "Você não vai deixar ninguém fazer mal pra mim?”. Ela falou: "Não, não vou deixar ninguém mexer com você e nem te fazer mal.". E ela cumpriu o que ela falou.

SUJ IV/ F29 L1-3: [Dia-a-dia] Eu penso num homem que eu morei com ele... Ele chamava A.... eu morei 1 ano com ele... mas eu não tive filhos com ele não. Mas eu tenho seis filhos com outro homem... Eu tenho 5 meninas e 1 menino.

A frase temática, abaixo, ilustra o conceito de desfiliação social concebido por Castel (2005), pois denota a exclusão social sofrida pelo sujeito como algo que foge a sua determinação individual:

SUJ I/F23 L1-2: Ah, foi legal, foi bacana (quando veio para a casa)... Eles falaram (a família): “É bobagem, sei lá...”. O que a minha família fala que é bobagem, 'ela vai ficar na rua ela vai ficar no mesmo jeito, ficar na rua...

4.2.2.3 Trabalho

O trabalho para Saraceno (2001) não deve ser visto como o simples desenvolvimento de tarefas delimitadas, já que isso pode ser uma forma de conter e restringir a pessoa com transtorno mental do campo existencial. Se visto pela perspectiva da inserção laboral pode incentivar o processo de mescla no campo dos desejos, das necessidades e dos interesses. Para Aranha e Silva (2012) o trabalho é a forma para superar as necessidades, de mudar a natureza e ser mudado por ela, de criar conhecimentos e se inventar.

O trabalho precisa ser compreendido como possibilidade de produção de produtos e serviços com valor de troca, ou noutras palavras, compreendido como trabalho produtivo. Andreade e Costa-Rosa (2014) identificam no Brasil, algumas experiências de articulação daqueles que experienciam o fenômeno loucura, com o trabalho produtivo, por meio da economia solidária, nos serviços de saúde mental comunitários.

Entretanto, as frases temáticas a seguir revelam a dificuldade que o morador já teve de conseguir um trabalho formal, os tipos de trabalho que eventualmente conseguiu e, de que forma se dava esse trabalho:

SUJ IV/ F12: (Minha irmã queria que eu arrumava dinheiro pra ela) e eu ficava procurando serviço e eu não arranjava serviço...

SUJ II/ F3: (Eu morava na rua) e catava papelão para vender...

SUJ IV/ F41 L1-7: Aí eu vim trabalhar em casa de família, de babá.. cuidar de criança.. eu cuidei do C., ele era bonzinho... dava mamadeira pra ele e ele já dormia. Trocava ele, não deixava mijado... E de tarde dava banho nele e ele dormia bastante. Ele tomava mingau... dava leite e ele bebia, mas ele ficava com muita fome... daí tinha que fazer mingau pra encher a barriga dele.

SUJ IV/ F9 L1-3: [quanto tempo ficou no albergue] Bastante tempo, mas não sei quanto tempo fiquei. Acho que um mês... depois eu arrumei uma casa de uma colega minha e eu fui morar com ela. Aí eu cuidava das crianças dela e ela ia trabalhar...

SUJ IV/ F40 L6-7: Eu tinha uma vizinha que gostava de mim.. Ela dava comida pra mim... daí eu fui na casa dela, ajudei ela e ela me deu umas roupas... Roupa e sapato.

A busca pelo aumento das oportunidades de troca de recursos e afeto através destes três eixos da reabilitação psicossocial, segundo Saraceno (2001), tem como finalidade perceber o sujeito com transtorno mental como alguém que se relaciona com a sociedade sendo, portanto, um sujeito de relação e de direitos.

4.2.2.4 Cotidiano

Compreendemos a reabilitação psicossocial, a partir da construção teórica de Saraceno (2001), como não sendo simplesmente a troca ou a substituição da desabilitação pela habilitação, mas sim como um repertório de tarefas com a finalidade de aumentar o poder de troca seja de recursos ou de afetos que envolvem o sujeito. Essas trocas acontecem no cotidiano.

Nesta primeira fase da pesquisa (Apêndice B), o subtema cotidiano englobou as falas dos moradores acerca de seu dia-a-dia no SRT, suas atividades, seu lazer e a forma de administração de seu próprio dinheiro.

A vida cotidiana dentro de um SRT possibilita a construção de uma identidade: a dos moradores – a de cidadão de direitos. O cotidiano no seu interior do assume uma singularidade importante a destacar, pois este espaço precisa ultrapassar a condição de um recurso terapêutico unicamente. Ele precisa ser o lugar onde os laços afetivo-sociais possam ser reconfigurados e reconstruídos (Ferreira et al., 2014).

Pudemos perceber que alguns moradores concebiam a casa (SRT) como seu lar:

SUJ I/ F12: Ah, (em um dia normal aqui na casa) eu fico descansando... fico feliz com a minha cachorrinha... às vezes ela apronta e eu começo a dar risada... ela é minha alegria!

SUJ IV/ F25 L1-2: [dia-a-dia] Acontece que a cachorrinha vem pra brincar comigo e eu vou brinco com ela, dou bolacha para ela comer...

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são realizadas no cotidiano do usuário junto ao seu entorno social e demonstram a capacidade do indivíduo levar uma vida independente na comunidade, como: utilizar meio de transporte, realizar tarefas domésticas, preparar refeições, cuidar das próprias finanças. (Brasil, 2006)

SUJ I/ F13, 14: **[O que faz desde a hora que acorda]** Eu tiro os cocozinhos dela [cachorra], dou água, dou comida... normal.. **[...]** Descanso um pouco, né? porque às vezes é um pouco corrido. Às vezes eu estou lavando louça até o meio dia...eu vou lá, vejo a R. [cachorra] pra ver se tá tudo bem...

SUJ VI/ F19-22: **[Um dia típico na casa]** Levanto, lavo a roupa, lavo a louça e vou dormir...

SUJ V/ F5: Lavo louça... Limpo a pia... Limpo o chão...varro o chão... enxugo a louça... É, enxugo as colheres, as escumadeiras, os garfos e as colheres...

Também, as frases temáticas destacadas ilustram as atividades de lazer dos moradores no seu dia-a-dia:

SUJ IV/ F24 L1-3: [dia-a-dia] É bom né? Quando acorda já tem um café da manhã para tomar... quando não tô com dor que aí eu tô bem... Eu começo a cantar... eu pego umas música do sertanejo e começo cantar...

SUJ IV/ F28 L1-3: [dia-a-dia] Tem vez que eu fico em casa, tem vez que não saio nem para fazer caminhada [...] Eu fico em casa fazendo o serviço.... se tem serviço, eu faço serviço... Se não tem serviço eu assisto televisão... Mas eu tô fazendo caminhada sim. A AT [acompanhante terapêutico] minha vem de terça-feira...

SUJ II/ F16, 17: **[dia típico]** Eu faço o café e, depois do café, eu limpo a cozinha... E depois eu vou andar... mais nada.

SUJ VI/ F18: [dia-a-dia] Tem cama, tem comida, tem café, tem pão.. **[...]** Durante o dia eu compro o pão, eu faço o café, eu tomo café, fumo cigarro... e depois do almoço eu fumo cigarro.

SUJ I/F15 L1-2: Eu tenho que ir pro CAPS todas as quintas-feiras para a reunião. Aí eu vou, pego o remédio e volto.

4.2.2.5 Direitos humanos e cidadania

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), direitos humanos são aqueles inerentes a todos os seres humanos, independente da raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra distinção.

Para Sawaia (1994, p. 147), a:

> Cidadania é comumente pensada e operacionalizada como a relação existente entre um pessoa e o Estado, na qual a pessoa deve obediência, e o Estado, proteção. [...] Pressupõe a igualdade de direitos, sendo que um dos mais importantes é o direito de viver a própria vida e ser único e diferente dos demais. [...] é a consciência dos direitos iguais, mas esta consciência não se compõe apenas do conhecimento da legislação e do acesso à justiça. Ela exige o sentir-se igual aos outros, com os mesmos direitos iguais [...].

O tema Direitos Humanos e Cidadania emerge nas frases temáticas que evidenciam a exclusão, a subtração dos direitos dos moradores durante o percurso de vida, mas ao serem reinseridos na sociedade, percebe-se uma reapropriação desses direitos:

SUJ V/F6, 7: Um dia meu na casa, deixavam eu sair e voltava só a noite. Eu saia com Y, que era meu ex-namorado, ele me trazia de ônibus aqui na casa... acho que é só...

SUJ IV/ F52 L17-20: Mas eu não tenho vontade de arrumar homem mais não... Primeiro eu tinha um fogo que dava uma vontade de homem, eu ia correndo procurar homem na cidade. Aí a polícia: "Você não veio aqui pra arrumar homem, não, né?". "Não, tô passeando aqui...". Eu nunca apanhei da polícia não...

SUJ I/ F6 L1-2: Porque ela ficou com uma raiva tremenda porque descobriu que eu estava com problema sério no cérebro e eu fui curada. E ela me internou por engano... Mesmo eu não estando

doente elas me internaram. Queria me interditar, pra eu não ganhar nada. Elas não queriam que ganhasse nada... pra me interditar... e o L. que é um psicólogo, ele entrou na justiça e pegou minha causa e eu estou aqui.

SUJ IV/ F36 L2-3: Um dia minha irmã foi lá tirar eu, para tirar tudo meus documentos de novo... e ela tá com meus documentos. Não sei o que ela está fazendo com os meus documentos...

SUJ IV/ F6 L1-2: [depois que saiu do hospital psiquiátrico] Aí depois que eu melhorei eu arrumei um albergue, porque não queria ir para minha casa não. Aí fiquei uns dias no albergue, mas depois voltei pra minha casa.

SUJ IV/ F48, 49: Eu queria ficar com o meu documento, mas eles falam que eu não posso ficar com meu documento. Porque eu perco o documento e daí dá um trabalhão pra tirar outro... É porque se a polícia baixar e quer ver meu documento e eu tô sem documento? Eu tô só com a cópia.

SUJ IV/ F40 L4-5: Eu tinha uma mala grandona cheia de roupa que eu levei lá no albergue... As meninas roubou tudo as minhas roupas. Roubou mala e tudo.

Embora os moradores tenham tido a oportunidade de morar numa casa, e terem a possibilidade da reapropriação de seus direitos como cidadãos, as frases temáticas evidenciam as duras marcas que os precedentes de estar no manicômio acarretaram em suas vidas cotidianas.

Na segunda fase da pesquisa, após a aplicação do instrumento (Anexo C) e a análise dos dados, emergiram as seguintes características empíricas: características do cotidiano e a vida cotidiana.

O cotidiano, ou seja, a vida cotidiana constitui-se na centralidade deste estudo. Heller (2008) afirma que o homem constrói seu cotidiano a partir de sua própria história, mas com condições históricas e sociais previamente estabelecidas.

Trazer o morador para a centralidade deste processo, implica considerar não somente sua história de vida e sua trajetória pelas instituições psiquiátricas, mas também a estrutura social e política vivenciada em dado momento.

A configuração do cotidiano dos moradores foi compreendida a partir das características que podem estar presentes ou não na vida cotidiana, bem como seus fatos e eventos.

Compreendemos a vida cotidiana como um processo dialético, permeada de contradições. Desta forma, os moradores apropriam-se deste cotidiano, em alguns

momentos, entretanto, em outros encontram-se alienados. Todavia, também foi verificado que os moradores buscam estratégias para superar a alienação cotidiana.

4.3 CARACTERÍSTICA DO COTIDIANO

Esta categoria é expressa por meio do quadro sinóptico a seguir (Quadro 9), o qual mostra a presença de fatos cotidianos (+) – ou a ausência deles (-) - que representam as características do cotidiano hellerianas, ou ainda que marcam o estar ou o habitar, identificadas na vida cotidiana dos moradores do SRT.

Quadro 9 - Quadro sinóptico das características do cotidiano (Repetição, economicismo, heterogeneidade, probabilística, espontaneísmo, probabilística, entonação, precedente, mimese, pragmatismo, analogia, preconceitos, ultrageneralização, estar, habitar).

Características do cotidiano	Sujeito 1	Sujeito 5	Sujeito 2	Sujeito 4	Sujeito 6	Sujeito 3	Comum a todos os moradores	Profissionais do SRT
Repetição (+)	Suj1 começa a limpeza da louça após o almoço e diz estar cumprindo a sua escala diária de tarefas						A coordenadora do SRT explica que quase todos os moradores tem acompanhantes terapêuticos que vão até a casa uma vez por semana por uma hora, para trabalharem aspectos como passeios ou atividades da vida diária que o morador esteja necessitando	1. Suj.3 cozinha alguns alimentos, corto legumes e é auxiliada na medida e adequação de algumas formas para cozinhar, e ela repete. 2. Suj 6. verifica todos os pertences das pessoas […] pede tudo o que as pessoas portam o tempo todo… [o cuidador trabalha isto com ele inúmeras vezes]
não-repetição (-)			1.Hoje é dia de Suj.2 limpar o banheiro segundo a escala, entretanto está resistente e a cuidadora me olha e diz sorrindo, olha só como eu faço a negociação, e diz para Suj.2 mostrando a chave…					
Economicismo (+)			1.Durante o corte da barba, tanto Suj.2 quanto o barbeiro permanecem em silencio. Suj.2 traz o recibo no valor de quinze reais, automaticamente, para que os cuidadores guardem em sua pasta.				1.De repente, Suj.1 levanta-se e resolve ir embora e todos levantam-se, moradores da casa, e postam-se junto a porta para ir embora, e chama-me a atenção que a cuidadora W e T organizam todos de forma escolar" organiza a todos e me diz no final "quem quer ficar fica".	
não-economicismo (-)								

Heterogeneidade (+)			1. Suj.2 transita muito pelo bairro e sai toda hora de casa a dar uma volta, costumando ir à barbearia, ou a uma mecânica para tomar o café, ou então a uma praça do bairro onde senta e admira o movimento.				1.O passeio no Parque Ibirapuera – fomos eu, Fran e Eduardo ao Parque Ibirapuera a fim de conhecer o Centro de Convivência. Chegando lá, após a ida de ônibus guiados por Eduardo (pragmatismo) que transita bem pela cidade e localiza-se por entre ruas e ônibus. 2. No quintal ela aborda questões jurídico-financeiras com um dos moradores que não quis participar do estudo. E vai conversando pontualmente com alguns moradores, assuntos amenos no sentido de organizá-los nas atividades diárias que envolvem o morar na casa.	1.Chega a AT de Suj.3 e planeja algumas compras com ela, e depois sentam-se na sala à frente do ventilador. Cuidadora W estimula Suj.3 a caminhar com a AT, mas Suj.3 nega-se e diz que vai no sábado. A AT pergunta como foi a semana e o final de semana, e conversa sobre a sua vontade de perder peso, convida Suj.3 para dar uma volta, mas rapidamente.
não-heterogeneidade (-)		1.Suj.5 tem um cotidiano bastante empobrecido e não sai do quarto, e neste momento a cuidadora diz que ela sempre foi assim, e que isso pode ser resquícios do hospital psiquiátrico. 2.Suj.5 passa o dia inteirinho deitada em seu quarto abraçada a uma boneca. 3.Suj.5 permanece do quarto para o quintal de forma quase que mecânica, transitando a maior parte do tempo.		1.Durante o retorno, ainda dentro do Parque Suj.4 irrita-se por eu não saber o caminho exato do retorno e me pergunta por que eu não me informei, e eu rebati dizendo que todos deveríamos ter-nos informado, pois o interesse é do grupo e não somente meu [...]				1. Cuidadora passa nos quartos e chama todos os moradores nos quartos para pegarem um “pouco de ar”. 2.Cuidador X “tentar adiantar as coisas” na cozinha para Suj.3. 3 .As cuidadoras resolvem ir embora para a casa de táxi, e quando chegam no ponto de táxi e organizam todos sentados de forma organizada nos bancos de frente do ponto.

Hierarquia (+)				1.Suj.4 acorda no final do almoço, e diz que depois pentea-se, pois o que importa agora é almoçar		1.Chego na casa e Suj.3 me recepciona, hoje ela está cozinhando seguindo sua escala. 2.Suj.3 quando assume as tarefas domésticas da cozinha, acaba assumindo o controle da casa, quando Suj.2 quis sair de casa pela manhã para transitar pelo bairro ela rapidamente falou que ninguém vai guardar comida para ele no almoço se ele sair agora, pois é quase meio dia. 3.Suj.3 permanece na sala assistindo TV [...]. Suj.3 intervém e diz que a hora do café é depois do almoço e uma pequena discussão foi gerada...	1.Havíamos combinado de ir ao Cento de Convivência no Parque Ibirapuera hoje, mas Érika verifica comigo a possibilidade de irmos amanhã, pois hoje Suj.2 e Y tem atividades no CAPS à tarde. Eu então, pergunto aos moradores e, principalmente, a Suj.4 com quem tinha combinado, se podemos transferir o passeio ao Centro de Convivência amanhã, ela concorda e marcamos com os demais moradores que também quisessem ir conhecer as atividades oferecidas amanhã	1.Chega a coordenadora do SRT ao meio dia, e Suj.4 conta que está feliz, pois um antigo namorado ligou, e a coordenadora incentiva-a a conseguir um trabalho ou voltar a estudar, pois se ela quer constituir uma família. 2. Suj.3 tira a mesa e limpa a louça do café após acabar de assistir à novela de seu interesse, pois passa grande parte do dia deitada no sofá da sala vendo tv. 3.Cuidador W lembra aos moradores, de alguns atendimentos e agendamentos que eles tem no CAPS, e solicita que Suj.3 conduza Suj.2 de ônibus até lá.
não-hierarquia (-)								
Espontaneísmo (+)	1. Suj.4 conta que na sexta-feira Suj.6 novamente teve uma crise e que quebrou o vaso que enfeita a mesa da sala. Suj.1 espontaneamente diz que ele precisará comprar um novo, pois o vaso é da casa. 2. Suj.3 insinua que as brigas com x podem não ser por ódio e sim por amor. Tomamos um café conversando e Suj.1, que é sempre bem quietinha, espontaneamente, disse que pode ser a madrinha.		1. Suj.2 conta que conhece a história de um conde que veio da Itália chamado Francesco Matarazzo, e me diz que todo dia ia a cemitérios visitar seu túmulo e de alguns amigos PM [policiais militares]. [...] João conta esta história, e é uma pessoa que quase não fala, e quando se comunica verbalmente fala balbuciando apenas ou pequenos monossílabos 2. Suj.2 espontaneamente se oferece para ir até o supermercado mais próximo, onde fazem as compras. 3. Suj.2 espontaneamente tira os lixos dos banheiros e organiza os lixos do quintal, embora [...] não seja o dia de sua escala.	1.Suj.4 estende as roupas limpas da máquina de lavar roupas, esta é a primeira vez [...] pois sempre quem faz são os cuidadores 2. Suj.4 [...] conta espontaneamente fragmentos de sua história dizendo que também já teve vontade de matar-se, mas por motivos de fé e de ajuda de uma vizinha não o fez.	O CAPS permanece fechado e há 3 guardas da guarda municipal que foram chamados para intervir com o mesmo usuário que está proibido de entrar no serviço antes da hora marcada (?). Enquanto a guarda municipal pactua com o usuário, o enfermeiro o coordenador do serviço e um outro auxiliar de enfermagem participam desta pactuação. [...] os demais usuários que ficam agitados. Suj.6 diz que assim era igualzinho no hospital psiquiátrico e que isto é muito ruim acontecer aqui no CAPS também. 2. Suj.6 após a crise prepara o café da tarde e pede elogios ... 3. Suj.6 começa a transitar pela casa e começa a conversar com os demais moradores [...] trata-se de seu primeiro dia na casa	1.A coordenadora do SRT procede uma reunião com os moradores e a pauta é as atividades com a semana, e Suj.3 sugere 3 novos assuntos: a dificuldade de lidar com Suj.6 e o medo de perder a casa, o fato de a casa não ter um suporte do CAPS adequadamente e, as coisas materiais da casa que estão sendo quebradas, pelos motivos das constantes crises de Suj.6 que é novo morador da casa.		

não-espontaneísmo (-)								1. A coordenadora fala com profissional X do CAPS, relatando que Suj.6 voltou bem, e ao telefone o CAPS informa que o CAPS Y não quer que Suj.6 vá na próxima segunda-feira, e a coordenadora é enfática ao dizer que Suj.6 retornará sim ao CAPS Y, pois foi o combinado e nem que ela tenha que falar com a coordenadoria regional de saúde precise ser acionada, para mediar esta situação...
Probabilística (+)			1. [...] pede para fechar o portão, pois ele vai até a mecânica buscar Suj.2, pois a chance é grande dele estar lá tomando o café da mecânica, o que irrita o mecânico e pode fazer com que ele venha até a casa novamente queixar-se ...					
não-probabilística (-)								
Entonação (+)	1. Suj.1 assa pães de queijo. A cuidadora tenta verificar se os pães estão prontos e diz que isto ela não pode resolver e tem que chamar Suj.1, pois a cozinheira de mão cheia é ela. 2. Ao chegar na casa, Suj.2 tenta sentar no colo de Dona Suj.1, que grita como faz rotineiramente nesta situação. 3.Espontaneamente, o motorista do CAPS diz que Dona Suj.1 é uma cozinheira de mão cheia, relatando que semana passada comeu um frango feito por ela. 4. Dona Suj.1 almoça na cozinha sentada com o prato na mão, como se fosse a dona da cozinha		1. No supermercado, os atendentes o conhecem e já sabem o jeito que Suj.2, gosta de ser tratado. 2. Suj.2 tem sorri o tempo inteiro.		1. Suj.6 [...] tem um jeito bastante extrovertido que lhe é característico. 2. Após a ligação telefônica Suj.6, fica muito mais tranquilo, e fica brincando como lhe é característico, com os outros moradores.	1. Suj.3 conversa sobre sua dificuldade que está tendo em enxergar [...] Mas Suj.3 só ri e sempre diz a todos que não vai fazer o que lhe é sugerido, este é o jeito de Suj.3 no dia a dia.		1. Suj.2 segue durante a manhã brincando com a cachorrinha R. ou então "sacaneando" Suj.4, ameaçando que vai sentar-se no colo dela, enquanto ela grita exageradamente. A cuidadora diz que "este é o Suj.2 de sempre ". 2. Suj.4 parece dançar acompanhando um programa de TV, a cuidadora potencializa, dizendo que na festa de aniversário de Suj.3 os moradores do SRT de SRT Y vieram e, Suj.4 "dominou como sempre". 3. Suj.6 fala bem alto, e Suj.4 irrita-se pedindo para que ele fale baixo, o cuidador intervém e pede para Suj.4 "pegar leve", pois este é o jeito de Suj.6, pois ele é descendente de

								italiano e fala alto mesmo... 4. Cuidador comenta que quando os moradores chegaram do HP eram muito estranhos, ficavam pelos cantos, de olho arregalados, cabelos raspados, e diz que hoje em dia eles tem vida aqui na casa, e diz que muitos acompanhantes não aguentaram muito tempo. E que com o tempo se vai percebendo que não tratam-se de sintomas psiquiátricos mas sim é o jeito das pessoas mesmo.
não-entonação (-)		1.Vê-se Suj.5 beijando uma boneca, que ela diz ser sua filha, e isto ocorre várias vezes ao dia. O quarto é todo decorado em cores róseas, bonecas por todo o lado….						
Precedente (+)	1.. Dona Suj.1 permanece sentada nos escuros da cozinha e ou escorada na parede… 2. Dona Suj.1 e Suj.2 assistem TV na sala. Suj.1 ora transitando pela casa, retorna, deita e vai-e-vém do quarto inúmeras vezes, senta em algum canto isolada .	1.Suj.5 passa grande parte da tarde fazendo desenhos e pintando álbuns infantis à mesa da sala e, depois caminha em círculos em solilóquios no galpão por muito tempo.. 2. Acontece um pequeno conflito no quintal,... Suj.5 rouba o cigarro que Suj.6 fuma e a cuidadora tenta mediar o conflito, dando o cigarro de Suj.5 que está em seu poder no armário da equipe para Suj.6 3. Suj.5 comeu todas as fatias de bolo e x diz que é sempre assim, embora não esteja com fome, ela come tudo até o final, como se ainda estivesse no hospital psiquiátrico.	1. Suj..1 está usando uma camiseta marcada com seu nome no colarinho. 2. Suj.1 tenta servir-se com as mãos diretamente no prato e, Suj.1 o repreende dizendo que aqui é uma casa e ele precisa ter educação…		1. Suj.6 ainda está bastante solicitante, pedindo tudo para todos o tempo todo. 2. .A crise de Suj.6: de repente escuta-se gritos no galpão da casa, Suj.4 discute com Suj.6 que mantém um relógio de parede na mão, a discussão verbal começou após ele chamá-la de "Bernardão" em alusão a seu jeito grandalhão. Suj.6 sai do galpão e joga vassouras pelo quintal, vira o lixo e joga um botijão pelo ar que preciso conter para não desconectá-lo da cozinha. [...] após Suj.6 vai a cozinha e pega uns dois pratos tentando jogá-los na parede, vai a seu quarto e quebra seu rádio no chão, quebra seu cabide de madeira e tenta virar o guarda-roupas, as cuidadoras ficam sem saber muito o que fazer.	1. Chegando no quarto, Suj.3 estava deitada, sem as próteses dentárias que guarda dentro do travesseiro.		1. A cuidadora impõe a Suj.2 qe tome banho antes do almoço e caso não o faça, não almoçará. Suj.2 finge ir ao banheiro tomar banho e retorna para o quarto, e a cuidadora fica furiosa e impõe a Suj.2 o banho e reafirma que caso não o faça de fato não vai almoçar, e fica muito irritada. 2. A cuidadora diz que enquanto Suj.1 não limpar o banheiro não tem passeio para ele, e diz que com Suj.1 é só assim, a negociação, ou então, hoje não terá café enquanto ele não cumprir as tarefas domésticas de sua escala. 3. Suj.4 disse que o médico deu dois vidrinhos de medicação para a cuidadora e, o cuidador W disse que depois ela vai colocar lá no armário onde são guardados os medicamentos. 3. No egundo dia de ompanhamento de Suj.6 o

					3. Suj.4 relata que o final de semana foi muito difícil com Suj.6, pois segundo ela, ele passou o final de semana todo pedindo cigarros, e pegando os objetos dos outros moradores e os guardando em sua mochila, o que causou bastante tumulto na casa 4. Chegam Suj.6 e uma cuidadora, vindos do CAPS e, segundo o próprio Suj.6 ele quebrou um quadro e surtou novamente, no CAPS hoje. 5. Suj.6 guarda tudo consigo, é extremamente solicitante e pede tudo o tempo todo a todos. 6. Suj.6 ao sair do quarto para o banheiro [...] nu, tranquilamente 7. O motorista da prefeitura, comenta na sala da casa que, Suj.6 está “causando” no CAPS e, que estava roubando alguns pertences de outros usuários. 8. [...] diz que agora com Suj.6 na casa é preciso tomar cuidado com seus objetos pessoais, pois se ele não quebra na hora da crise ele pega tudo e coloca dentro de seu armário ou embaixo de seu travesseiro. 9.a cuidadora chama a atenção de Suj.6 que pega grande quantidade de biscoitos do pote coletivo, e diz que ele não mora mais no HP e sim numa casa 10.Suj.6 hoje está com a fala enrolada, [...] e pergunta inúmeras vezes se não trouxe-lhe nada de bom, ou algum presente.			encontro confuso, e ele diz que hoje está “chapado” que tiveram que lhe dar um "sossega leão", pois ele agitou muito. 4. [suj.6 estava esperando o cartão bancário que estava em poder da família] A psicóloga insiste com Suj.6 que o cartão bancário será entregue diretamente a Coordenadora da casa (SRT) para que ela possa comprar as vidraças por ele quebradas. Suj.6 diz que não entende esta lógica, pois se o cartão bancário é dele, precisa ficar com ele. 5. A cuidadora pega a caixa de medicamentos de plástico e chama rispidamente os moradores para administrar as medicações por via oral, reforçando o nome de Suj.3 inúmeras vezes. 6. Suj.3 disse que não quer ir para a fisioterapia e a cuidadora diz rispidamente, que ela precisa ser tratada como criança , e que se não for a fisioterapia ficará sem assistir à novela, como castigo. 7. No almoço, a cuidadora procede coordenando os moradores a servirem-se na forma de fila dizendo que é preciso fazer filas “para pessoas educadas ”. 8. A cuidadora, surge na sala com uma caixa plástica, com repartimentos para comprimidos, cada um deles com o nome de cada morador e chamando os moradores pelo nome [...]

não-precedente (-)				1. Suj.4 conta que chegaram na casa inicialmente Suj.4, Suj.5, Suj.3 e Dona Suj.1 e que o início foi bem difícil, e me fala que ganhar a liberdade no início e muito difícil.				
Mimese ou imitação (+)	1.Dona Suj.1 sai com as cuidadoras X e Y e, vão com o motorista do CAPS fazer as compras da casa . 2. Dona Suj.1 na segunda semana, prepara um cardápio mais elaborado para o almoço; strognoff de frango, arroz, feijão e saladas, copiando do esquema sugerido para aquele dia.				1. [numa lancheria] Suj.6 comporta-se socialmente como as demais pessoas que lá estão. 2. Observo que algumas atitudes eleja costuma a assimilar do cotidiano da casa, por mimese, como as regras e as escalas de limpeza da cozinha.		1. a cuidadora reflete que o trabalho na casa é muito diferente dos serviços de saúde mental, pois é repetitivo e no cotidiano, tendo que explicar inúmeras vezes a mesma coisa para as pessoas e isto cansa, por ser um trabalho pedagógico de repetição	
não-mimese (-)								
Pragmatismo (+)	1. Suj.1começa a movimentação para a preparação da janta é rápida, e conversa muito pouco. 2.Chego na casa e Dona Suj.1 está cozinhando com agilidade e destreza 3. Como nos outros dias quando as pessoas saíram, Dona Suj.1 guarda café e separa o lanche da tarde para todos.			1.Chego na casa e Suj.4 que não tem disposição para as tarefas domésticas, está descascando legumes e temperos para o almoço que hoje a escala é sua para as tarefas da cozinha.		1.Chegamos da consulta de fisioterapia e, no caminho Suj.3 dá a direção para o motorista de forma espontânea e bastante prática, indicando que a rua da casa não consta nem na internet... 2. Suj.3 diz que vai lavar a louça pois já cozinhou, e vai deitar-se, recusa a ajuda de x para lavar a louça.	1.O almoço transcorre normalmente e, pelo primeiro dia hoje, cada morador serve-se diretamente nas panelas sem a intervenção de nenhum cuidador, inclusive, Suj.2, que costumeiramente é mais lento.	1. Chego na área externa do CAPS e a psicóloga está abraçada em Suj.6 e combinam de ligar para sua irmã, a fim de saber quando ela irá vir ao serviço para conversar com a equipe e, trazer cigarros e alguns pertences para Suj.6. A psicóloga) chama Suj.6 para falar com sua irmã ao telefone e, esta diz a ele que virá somente amanhã, o que deixa-o bastante decepcionado. A psicóloga pede para que ele espere pacientemente até o próximo dia.

não-pragmatismo (-)				1. Suj.4 hoje é a responsável pelo almoço, entretanto espera o cuidador para decidir algumas coisas de ordem prática, como decidir a carne que irá fazer. 2. A cuidadora assim que termina de falar ao telefone, diz que na sexta-feira, domingo e segunda-feira a comida tem que ser feita pelos acompanhantes, pois Suj.4 é muito preguiçosa e faz tudo pela metade; e a cuidadora acaba assumindo o almoço, enquanto conversa com os demais moradores.			1. Toca o telefone e cuidadora me pede para atender, enquanto isto os moradores permanecem sentados, sem sequer tomarem a iniciativa de tentarem atender o telefone, pois já sabem que os profissionais atendem. 2.A cuidadora está no galpão preparando as notas para as prestações de contas dos moradores, e depois vai até a cozinha e assume o almoço no lugar de Suj.3. 2. A cuidadora recomenda que enquanto ela não estiver, eu devo atender o telefone e dizer que ela foi ao CAPS, quando ela me diz isto, não se dirige em nenhum momento aos moradores da casa. 3. Cuidadores realizam algumas atividades como lavar e estender as roupas, tomar a frente e ir preparando as refeições, fazer as compras no supermercado semanalmente, atender o telefone sempre, distribuir as medicações nas horas programadas. 4. Suj.4 lava louças e é a responsável pela cozinha hoje, mas foi a cuidadora que fez o almoço. 6. A cuidadora recebe o malote do correio e ajuda nos desembaraços administrativos, no lugar de algum morador.	1.Dona Suj.1 fala que os AT é que fazem as compras para a casa, como queixando-se e comenta também que é de Minas Gerais. 2. A cuidadora assume a maior parte das tarefas e parece comprometer o pragmatismo de Suj.4 que, é a escalada para fazer o almoço.
Analogia (+)		1. [...] disse ainda que Suj.5 relatou ao sair, que não sai mais com Suj.4 pois ela sempre dá vexame e ia fazer o X passar vergonha na rua.		1. Suj.4 começa a relembrar que ontem as portas do CAPS foram fechadas por causa de Suj.6 e Y que brigaram e agitaram todo o CAPS e diz que isto a lembrou o hospital psiquiátrico.				1. A cuidadora diz a "mãe" está aqui para Suj.5 [a cuidadora tem uma filha adolescente]. 2. Suj.2 recusa-se a tomar banho e a cuidadora diz que é preciso fazer uma combinação com café antes e após o banho, pois se não for assim não há banho.

não-analogia (-)								
Ultrageneralização: preconceitos (+)			1.. Embora o barbeiro seja conhecido de Suj.2, dirige-se a mim perguntando o que será hoje e eu respondo que em mim nada, e digo para ele conversar com Suj.2.	1. Suj.4 indica Suj.5 para que eu possa acompanhar após amanhã. Entretanto, antes de chegar no nome de Suj.5 ela diz que ninguém na casa tem capacidade para ajudar a compreender o cotidiano e o viver no SRT, pois todos tem retardo mental. 2. A cuidadora me diz que no início de quando mudaram-se para a casa, Suj.4 costumava ser bastante agressiva com novos moradores e que no início da casa, brigava muito com Suj.3 chegando numa oportunidade, a terem que chamar cerca de 6 viaturas da polícia para separarem as duas moradoras. 3. Fala que seu pai a batia muito, maltratava e deixava sem comida, diz sofrer pelo fato de sua família não a aceitar por ter doença mental. 4. Suj.4 chega da rua aos prantos por ter sido maltratada no ônibus e sentiu-se tratada grosseiramente pelo motorista. 5.Seu padrasto a maltratava muito por ter "problemas de cabeça" e matou seu irmão com um pé de cabra na cabeça e neste episódio Suj.4 fugiu de casa e foi morar na rua.			1. A reunião pareceu transcorrer em clima mais leve, após a elaboração e um melhor entendimento da crise de Suj.6 pelos moradores. Todos ficaram mais à vontade e, mais solidarizados com esta situação, especialmente quando se falou na transição das internações psiquiátricas, ou do rechaço familiar pela doença mental para a morada no residencial, e do difícil processo de apropriar-se deste espaço. 2. A cuidadora deixa o laudo da medicação comigo, e pede para receber esta medicação, na casa já que ela vai ter que ir ao CAPS. 3. A cuidadora separa as roupas, as classifica e as estende no varal, sem a ajuda de nenhum morador, e diz que os moradores não tem o hábito de lavar e diz que se todos mexerem é capaz de estragarem a máquina de lavar roupas 4.Durante a sessão de fisioterapia, a coordenadora do SRT liga da casa para o cuidador ir buscar Suj.6 no CAPS após a saída do acolhimento integral hoje. [...] O motorista diz estar com muito medo de buscar Suj.6.	

não-ultrageneralização: preconceitos (-)								
Estar (-)				1. Suj.4 conta que pai e irmão tentavam também abusar dela, o que motivou-a a fugir de casa. Ficou mais de 12 anos na rua, 2 anos e meio na casa de uma vizinha, depois conselho tutelar, ficou num abrigo para crianças e adolescentes dos 14 até os 18 anos e a tutela ficando com o juiz, neste período.	1. A coordenadora do SRT destaca também que a família de Suj.6 o trata desta forma e que esta mesma família não deixou Suj.6 se apropriar da casa dele, ou melhor, que seria dele, logo aquela casa não o pertencia e que agora ele está construindo uma nova forma de viver, tendo que aprender hábitos diferentes de como é o adequado de morar numa casa e todos relembram do quanto é difícil este início, de acostumar-se com uma nova forma de apropriar-se do espaço, de ter a liberdade de sair para a rua a hora que quiser. Todos participam deste momento e acolhem o sofrimento de crise...	1.Suj.3 conta que morava na Vila Z com sua irmã, e que depois foi morar na rua e num albergue, e depois voltou a morar na casa da irmã, que sempre exigiu que ela trabalhasse mas ela disse que não dava conta de sustentar um trabalho formal.	1. A profissional relativiza um pouco a crise de Suj.6 e diz que esta é a forma que ele aprendeu para sobreviver trazendo marcas de ter morado por 20 anos no HP Juqueri, e todos os moradores sem exceção contam exemplos de como eram maltratados durante suas internações psiquiátricas, amordaçados, urinados na roupa, eletrochoqueterapia em excesso e que eram obrigados a ajudar nas tarefas domésticas de como arrumar as camas e lavar roupas, e caso não cumprissem chegavam a apanhar do pessoal da enfermagem. 3. A cuidadora telefona no meio da manhã, e diz estar preocupada pois a casa “está sozinha” como diz Suj.4.	

habitar (+)		1. São pactuadas novas formas de higiene com Suj.5, pois ela não está colaborando com a higiene do ambiente coletivo e ela […] depois aceita as combinações com o grupo de moradores.		1.Suj.4 diz que no início da casa foi muito difícil, que para compreender Suj.3 foi preciso muita paciência, pois ela era muito agressiva. Com o passar do tempo ela ficou mais paciente e elas começaram a se dar melhor. Suj.4 diz que no HP brigavam todos os dias, com agressão física e na casa tiveram a oportunidade de conhecerem-se, mas foi muito difícil. 2.O morar na casa – Suj.4 diz sentir-se um pouco só, não tem com quem conversar, diz que chora sozinha, e que seu namorado a abandonou, e sua AT vem apenas na sexta-feira. Diz que tem privacidade na casa, pode trocar-se no quarto, tomar seu banho tranquila. Sente-se segura na casa.	1. Suj.6 parece estar exercitando o espaço da casa, e parece estar sendo um aprendizado que não fácil. 2. Suj.6 como morador novo, parece ainda estar apropriando-se do espaço e lidando aos poucos com o fato de ter seu espaço privado. 3. Suj.6 disse que a cuidadora é muito folgada, e ela rebate dizendo que folgado é ele, pois a casa é dele não dela e ela precisa decidir e operacionalizar ações e pergunta o que ele acha disso... 4. A coordenadora do SRT lê em voz alta para Suj.6, a escala que encontra-se fixada na geladeira e explica cuidadosamente, como é o esquema que divide-se as tarefas domésticas, e diz que agora a casa também é sua, com direitos e deveres.	1. Suj.3 vai até o salão de beleza para que pagar a cabelereira, e esta fica devendo dez reais para ela. Suj.3 parece ser sua conhecida e conversa espontaneamente com a profissional.	1. Suj.1 faz um bolo e faz um café para todos na parte da tarde, Suj.3 assiste TV deitada na sala, e Suj.2 hoje está de mau humor, pois precisa lavar a louça de acordo com a escala. 2.O entardecer na casa parece tranquilo, X canta alto suas músicas de cds novos, Suj.4 recolhida em seu quarto, Suj.5 no dela e dona Suj.1 preparando o jantar, e Suj.3 na sala vendo TV. 2. Suj.6 chega bastante tranquilo do CAPS como cuidador, e Suj.5 o recepciona e dá-lhe um beijo no rosto e ele diz que vai "cair duro", dizendo que ela está apaixonada, os dois permanecem conversando como que namorando por bastante tempo na área externa da casa.O cuidador conta que em outros momentos relações afetivas, em nível mais íntimo já ocorreram na casa, com X e Suj.3, mas que esta relação foi caminhando por um lado mais de amizade com o tempo, e isto foi trabalhado pela equipe de forma natural, sem moralismo ou proibição, mas procurando preservar o morar e o cotidiano futuro deles mesmos na casa. 3.Chega a cuidadora com Dona Suj.1 e Suj.4 com as compras do mês do supermercado e Suj.6 do CAPS. Descarregaram as compras, todos os moradores...4. Suj.4 e a cuidadora permanecem olhando e discutindo assuntos da TV. Suj.1 deita-se cedo, todo dia em torno das 18 horas e hoje não foi diferente.	

4.4 A VIDA COTIDIANA

Esta categoria empírica permite conhecer a dinâmica da vida cotidiana dos moradores do SRT, os fatos cotidianos que permitem que eles concretizem o seu processo de morar, seja pela linguagem, pelos costumes ou pelos instrumentos bem como as situações cotidianas que revelaram alienação cotidiana, ou ainda, mostraram estratégias para superá-la.

Os registros dos diários de campo resultantes das observações participantes que não foram categorizados no quadro sinóptico (Quadro 9), por não tratarem-se de características hellerianas do cotidiano, foram agrupados e configuraram esta categoria empírica.

Por meio dos temas, originados dos registros dos diários de campo, é possível compreender de que forma que o cotidiano dos moradores é objetivado. Seja por meio dos instrumentos, dos usos, dos costumes ou da própria linguagem. A alienação da vida cotidiana destes moradores causada pelos longos anos de institucionalização no manicômio; os mecanismos encontrados por eles próprios ou então facilitados pela equipe de profissionais, para superar esta alienação e, algumas contradições, são encontrados na esfera não cotidiana dos moradores.

A seguir, são apresentados os temas que compõem esta categoria empírica, a saber:

- ✓ objetivações da vida cotidiana;
- ✓ objetivações da vida cotidiana: linguagem;
- ✓ objetivações da vida cotidiana: instrumentos/ objetos;
- ✓ objetivações da vida cotidiana: usos/ costumes;
- ✓ alienação da vida cotidiana;
- ✓ superação da alienação da vida cotidiana;

4.4.1 Objetivações da vida cotidiana

Neste tema, são apresentados os resultados referentes às 3 objetivações da vida cotidiana, alicerçadas em Heller. A vida cotidiana, para Heller (1994) é

estruturada a partir de 3 tipos de objetivações que constituem o indivíduo no contexto social, a saber: a linguagem, o uso, os costumes e os objetos, que são os instrumentos da vida cotidiana.

A vida cotidiana é formada pela reprodução individual e social por meio das objetivações. A objetivação, nada mais é do que, a ação do homem sobre o objeto, a fim de transformá-lo para seu próprio uso no cotidiano (Guimarães, 2008).

4.4.1.1 Objetivações da vida cotidiana: linguagem

Heller (2008) entende que o indivíduo, que vive sua cotidianidade, precisa apropriar-se da linguagem como forma elementar de comunicação entre os indivíduos e a sociedade, mesmo que esta linguagem seja mediada por um terceiro.

Os registros dos diários de campo a seguir, evidenciam algumas formas de linguagem que objetivam os indivíduos na cotidianidade:

DC1L31-33: A coordenadora da casa chega e, diz que precisam conversar sobre os combinados da casa com Suj.6, e todas as rotinas que a envolvem.

DC1.L39-41: cuidador lava a louça e Suj.4 e Suj.2 e os demais moradores permanecem na cozinha conversando.

O Suj.6 chegou ao SRT há pouco tempo, e utiliza-se da linguagem falada com os demais moradores, no sentido de apropriar-se do espaço da casa, como fica evidenciado fragmento do diário de campo:

DC1L101-103: Suj.6 começa a transitar pela casa e começa a conversar com os demais moradores tentando conhecê-los [...] suj.6 é muito espontâneo, e trata-se de seu primeiro dia na casa.

DC1L65: [sujeito recém-chegado para morar na casa] Suj.6 está bem falante com todos.

O Suj.1, transforma o seu “riso sardônico”, que poderia ser entendido como um sintoma pela psiquiatria tradicional, em uma forma de linguagem, pois permite ser compreendido pelos demais moradores e profissionais do SRT.

DC.1L76-78: O Suj. 1 apresenta um “riso sardônico”, e não responde verbalmente aos questionamentos....

DC2L32-36: Suj.2 conta que conhece a história de um conde que veio da Itália chamado Francesco Matarazzo, e diz que todo dia ia a cemitérios visitar seu túmulo e de alguns amigos policiais militares.

O trecho do diário de campo, a seguir, mostra que a crise pode ser uma forma de linguagem na apropriação objetiva do cotidiano. O Suj.6 é oriundo recente de HP, e morou cerca de alguns meses na casa de familiares, que o rejeitaram e o encaminharam para a SRT.

DC2L11-15: [crise como uma forma linguagem] uma cuidadora conta que Suj.6 ameaçou jogar um tijolo numa porta de vidro da casa, e ameaçou pegar uma faca e se matar, e agora dorme no quarto, os moradores estão nervosos. Fala que hoje, nem é dia da coordenadora vir a casa, mas está vindo juntamente com uma psicóloga do CAPS e um auxiliar de enfermagem, para atenderem Suj.6 durante a crise.

DC3L45-53: [crise de Suj.6] Suj.4 discute com Suj.6 que mantém um relógio de parede na mão, a discussão verbal começou após Suj.6 chamá-la de “Ricardão” [apelido fictício] em alusão a seu jeito grandalhão. Suj.6 sai do galpão e joga vassouras pelo quintal, vira o lixo e joga um botijão pelo ar que preciso conter para não desconectá-lo da cozinha. [...] Suj.6 vai a cozinha e pega um dois pratos tentando jogar na parede, vai a seu quarto e quebra seu rádio no chão, quebra seu cabide de madeira e tenta virar o guarda-roupas [...].

DC4L15-17: Suj.3 e a cuidadora contam que ontem à noite, Suj.6 novamente agitou-se e quebrou o ventilador do quarto, o cesto do lixo e vidros de tempero da cozinha, e que tudo motivado por uma discussão com Suj.4.

Suj.3 já é moradora da SRT há algum tempo, e o discurso abaixo revela que as crises ocorriam no início de sua chegada na casa, da mesma forma que o Suj.6 está vivenciando por ocasião de sua chegada neste espaço. A crise é compreendida como uma forma de linguagem que permite a objetivação dos espaço da casa.

DC5L35-36: [...] e conta que no início da casa Suj.3 batia muito nos outros, e que numa de suas crises correu “Y” a cadeiradas para seu quarto [...]

A boa aparência visual, como forma de autocuidado, é evidenciada como uma forma de linguagem, que objetiva o cotidiano dos moradores.

DC3L1-4: [aparência como forma de linguagem] [...] Suj.3, após “novo visual”, está com o cabelo arrumado após tratamento no salão de beleza [...].

4.4.1.2 Objetivações da vida cotidiana: instrumentos/objetos

Objetivar a vida cotidiana por meio de instrumentos ou objetos significa que, o indivíduo que vive sua cotidianidade, precisa aprender e apropriar-se, para saber como manipular os objetos, as ferramentas, os utensílios que são utilizados em sua cultura (Guimarães, 2008).

As atividades da vida diária aparecem como instrumentos potencializadores da apropriação do cotidiano dos moradores:

DC1L56-58: Suj1 prepara cuidadosamente a salada e arruma no prato para todos os moradores, bem como corta a carne de porco em fatias regulares e as dispõe, numa travessa para que todos possam servir-se durante o almoço.

DC1L85: O cotidiano da casa gira em torno das atividades diárias.

DC1L47-48: [...] o motorista do CAPS diz que Dona Suj.1 é uma cozinheira de “mão cheia”, relatando que semana passada comeu um frango feito por ela.

DC1L69-70: A coordenadora fala ainda que Suj.4 tem planos de um dia ir morar sozinha e, por isto, é preciso que ela aprenda a fazer “as coisas” da melhor maneira possível.

O cuidado, numa perspectiva de reabilitação psicossocial, emerge como um instrumento utilizado pelos profissionais, que possibilita a apropriação do cotidiano dos moradores:

DC2L74-76: A coordenadora da casa explica que quase todos os moradores tem acompanhantes terapêuticos, que vão até a casa uma vez por semana, por uma hora, para trabalharem aspectos como passeios ou atividades da vida diária que, o morador esteja necessitando.

DC4L46-49: Suj.4 está esperando sua AT [acompanhante terapêutica] chegar de viagem para que possa conversar e transferir seu quarto, e diz que agora divide com Dona Suj.1 e Suj.3, para o andar de cima do galpão, onde será introduzida uma repartição, que será paga com seu próprio dinheiro, constituindo-se assim seu quarto individualizado.

A escala de tarefas diárias também, possibilita a objetivação da vida cotidiana dos moradores:

DC1L144-146: A coordenadora da casa diz que a escala será revista, com a inclusão de Suj.6 que chegou há pouco na casa para morar. Alguns discutem sobre as dificuldades em realizar as tarefas domésticas, a coordenadora reforça que a casa precisa ser cuidada pelos seus donos .

DCL43-45: na escala diária fixada na geladeira, Suj.1 hoje é responsável por comprar o pão, lavar a louça e cozinhar, mas explica que hoje Suj.2 foi comprar o pão para ela, enquanto ela adiantava o almoço.

DC1L76-77: Suj.1 começa a limpeza da louça após o almoço cumprindo a sua escala diária de tarefas, com agilidade.

DC1L15-17: Suj.1 levanta quase meio dia e vem me cumprimentar, senta-se na sala e hoje diz que não tem programação nenhuma e vai ficar em casa mesmo. Fala alegre que hoje está livre da escala da cozinha.

As conversas individuais dos moradores com os profissionais e também os profissionais de referência constituem-se em instrumentos que, podem ajudar o morador a apropriar-se de seu cotidiano:

DC.2L30-34: a coordenadora faz algumas conversas individuais com os moradores, no galpão, tratando de assuntos mais particulares. [...] vai conversando pontualmente, com alguns moradores, assuntos amenos , segundo ela, no sentido de organizá-los nas atividades diárias que envolvem o morar na casa.

DC.4L25-27: Profissionais de Referência são responsáveis por levar ao médico, CAPS, e por ter conversas mais particulares com os moradores de suas referências, explica o cuidador W.

DC.1L58-60: Suj.2 tenta servir-se com as mãos diretamente no prato e, Suj.2 o repreende dizendo que aqui é uma casa e ele precisa ter educação.

4.4.1.3 Objetivações da vida cotidiana: usos/ costumes

Todo o indivíduo precisa apropriar-se dos usos e costumes que originam as regras e normas que balizam as condutas sociais de seu agrupamento. Apropriar-se destes regras ou normas sociais, significa objetivar a vida cotidiana por meio dos usos e costumes (Heller; 2008).

O trecho do diário de campo, a seguir, mostra que o estímulo a um determinado costume é utilizado como ferramenta pelos profissionais do SRT:

DC1L140-142: A cuidadora chama a atenção de Suj.6 que pega grande quantidade de biscoitos do pote coletivo, e diz que ele não mora mais no Hospital Psiquiátrico e, sim numa casa.

Na casa, existem algumas regras que todos chamam de “combinados” a fim de tornar o cotidiano organizado. Os combinados aproximam-se a regras que balizam as condutas cotidianas dos moradores:

DC1L54-58: [...] Suj.4 diz que todos tem direitos e deveres na casa e não dá para apenas ficar escutando música e brincando de “dj” ... Suj.4 já adianta os “combinados da casa” que a coordenadora da casa disse que iria fazê-lo no início da tarde.

DC2.L85-87: ... a maior parte do dia dos moradores gira em torno de alimentação, ou comprar alimentos, ou realizar refeições, tomar café, comprar pão, ou **pactuar** a compra deste ou daquele alimento.

O costume de todos realizarem as refeições em horários fixos e com a presença de todos os moradores, constitui-se num momento de reorganização do cotidiano da casa.

DC2L64-66: [costume como forma de objetivação do cotidiano] o café da tarde: todos tomam café com bolo e pipoca, preparados por Dona Suj.1e a cuidadora ajuda a servir, na sala de estar. Suj.2 assiste televisão e brinca com a cadelinha R., que corre pela casa.

Suj.6 como novo morador, passa a acostumar-se a guardar seus pertences no guarda-roupas, e não embaixo da cama ou do travesseiro como fazia quando estava no Hospital Psiquiátrico.

Suj.2L96-99: [Suj.6 começar a guardar objetos em seu guarda-roupas] Suj.6 como morador novo [...] tudo guarda(va) em sua cama ou embaixo de seu travesseiro.

Acostumar-se a ter liberdade, não é um processo fácil, no entendimento do morador:

DC3L14-17: Suj.4 e Suj.5 vão até a loja de conveniência do posto de gasolina tomar um café e transitar rapidamente pelos arredores, e Suj.4 conta que chegaram na casa inicialmente Suj.4, Suj.5, DC3 e Dona Suj.1 e que o início foi bem difícil, e fala que ganhar a liberdade no início é muito difícil.

DC4L35-39: Suj.4 diz que no início do processo de morar na casa foi muito difícil, que para compreender Suj.3 foi preciso muita paciência, pois ela era muito agressiva. Com o passar do tempo ela ficou mais paciente e elas começaram a se dar melhor. [...] Suj.4 diz que no Hospital Psiquiátrico brigavam todos

os dias, com agressão física e, na casa tiveram a oportunidade de conhecerem-se, mas foi muito difícil para ela.

4.4.2 Alienação da vida cotidiana

Heller (2008) explica que pode-se considerar alienação da vida cotidiana, quando as relações sociais impedem ou rompem a relação do indivíduo com as objetivações cotidianas.

Os trechos dos diários de campo, a seguir, ilustram dificuldades que os moradores tem em romper um cotidiano hipertrofiado, ou ainda, contraditoriamente um cotidiano em que, os próprios profissionais dificultam que os moradores possam interromper mecanismos cristalizados ou cronificados.

Esta hipertrofia ou alienação é compreendida como as consequências dos longos anos de institucionalização nos Hospitais Psiquiátricos, traduzida na forma de comportamentos estereotipados / cronificados, expressos nos trechos a seguir:

DC1L3-5: Suj.6 hoje está com a fala enrolada, não se entende o que ele diz, e pergunta inúmeras vezes se não trouxe-lhe “nada de bom”, ou algum presente.

DC2L21-22: o motorista da prefeitura comenta que Suj.6 está “causando” no CAPS e, que estava roubando alguns pertences de outros usuários.

DC2L74-77: Suj.6 é verifica todos os pertences das pessoas, pede para verificar minha mochila [do pesquisador] constantemente, pede tudo o que as pessoas portam o tempo todo, e isto é trabalhado com ele durante todo o tempo na casa, pelos profissionais.

DC.4L44-58: [durante passeio no Parque Ibirapuera] durante o retorno, ainda dentro do Parque Suj.4 irrita-se por eu não saber o caminho exato do retorno e me pergunta por que eu não me informei, e eu respondi dizendo que todos deveríamos ter nos informado, pois o interesse é do grupo e não somente meu [pesquisador].

DC.5L13-15: Suj.5 tem um cotidiano bastante empobrecido e não sai do quarto, e [...] uma cuidadora me diz que ela sempre foi assim...

DCL60-63: [...] no quarto ao lado da cozinha Suj.5 beija uma boneca, que ela diz ser sua filha, e isto ocorre várias vezes ao dia. O quarto é todo decorado em cores róseas, bonecas por todo o lado, e cortinas lembrando o quarto de uma adolescente.

DC1L38: Suj.2 transita pela casa e Suj.5 volta a deitar-se e beija a boneca eventualmente.

O déficit no autocuidado e no cuidado com o meio que se encontra, traduz-se num “sintoma” de cronificação, que não foi abandonado, como fica expresso nos trechos abaixo:

DC1L57-59: Dona Suj.1 corta legumes para o almoço, tem cabelos muito desarrumados, olhos estalados. Cuidadora diz que no próximo plantão irão cortar seu cabelo.

DC1L51-52: Suj.5 fuma no pequeno quintal e despreza o toco de cigarro no chão, cuspindo logo em cima...

O Suj.5 apresenta um comportamento infantilizado, brincando com bonecas, e tendo um quarto decorado como se fora uma adolescente. Este comportamento é reforçado pelos profissionais quando a tratam como uma criança, quando dizem ser a “tia” ou a “mãe”, como fica evidente nos trechos dos diários de campo abaixo:

DC1L37-46: Suj.5 antes de sair para consulta tranca-se no banheiro e todos tentam convencê-la / orientá-la a abrir enquanto a coordenadora da casa passa outras instruções para dois dos cuidadores. Suj.4 tenta convencê-la a abrir a porta dizendo a “tia” está aqui, após a cuidadora e dizer a mesma coisa. A cuidadora diz a “mãe” está aqui [...].

DC1L63-64: Suj.5 sai vestida para a consulta de forma infantilizada e, abraçada a mesma boneca que dificilmente larga. [acompanhada do cuidador]

DC3L98-100: Suj.5 passa grande parte da tarde fazendo desenhos e pintando álbuns infantis à mesa da sala e, depois caminha em círculos, em solilóquios, no galpão por muito tempo, e a cuidadora incentiva este comportamento dizendo que ela é uma “mocinha”.

A subtração da vida cotidiana, em muitos momentos é, contraditoriamente, provocada pela equipe de profissionais, como no exemplo a descrito a seguir:

DC1L48-50: Toca o telefone até cair na sala da equipe [...] nenhum dos moradores atende na sala, pois os profissionais sempre atendem na sala de equipe.

Contraditoriamente, os profissionais do SRT que estão em um serviço que se propõe a desinstitucionalizar, contribuem para a alienação do cotidiano dos moradores, com práticas asilares - desempenhadas pela enfermagem psiquiátrica no asilo historicamente - que tendem a homogeneizar o sujeito no todo, não respeitando sua heterogeneidade.

DC1L105-110: A cuidadora surge na sala com uma caixa plástica, com repartimentos para comprimidos, cada um deles com o nome de cada morador e chamando os moradores pelo nome e [...] e após, lê o livro de “Ordens e ocorrências” que ela chama de “ata”, e explica que cada um dos cuidadores preenche a cada plantão.

DC1L71-74: [sobre o dinheiros dos moradores] a cuidadora explica que cada morador tem uma pasta no galpão, no armário onde é guardado todo o dinheiro, ficando em poder da equipe. Toda a movimentação é realizada como uma prestação de contas contidas num caderno.

DC1L33-36: [**na festa junina no CAPS**] De repente, Dona Suj.1 levanta-se e resolve ir embora e todos levantam-se, moradores da casa, e postam-se junto a porta para ir embora, e [...] as duas cuidadoras “organizam todos de forma escolar”, quase que em fila para ir embora, e me diz no final “quem quer ficar, fica”.

DC1.L75-79: [**visão cristalizada do cuidador**] a cuidadora estende as roupas no varal e diz que em sua opinião apenas um morador teria habilidades que o permitisse viver sozinho numa casa, sem a presença de equipe. Fala que nos encontros das residências eles entendem que estão no caminho, pois noutros SRT os moradores não usam facas e não as têm a seu dispor, por exemplo.

DC1L65-67: Todos aproximam-se na cozinha para o almoço, cuidadora, Suj.2, Suj.5, Suj.1, Suj.3 aglomeram-se na cozinha enquanto a cuidadora serve-os e almoça.

DC1L43-47: Todos aglomeram-se na frente do fogão, Suj.1, Suj.2, Suj.6, e Suj.4 que sentam-se a uma mesa na cozinha e dizem que é seu lugar de almoçar, enquanto isto, o cuidador chama a atenção dizendo que está cedo para almoçarem e o melhor é almoçarem meio dia em ponto, para não chegar em torno das 15 horas e, todos já estarem com fome, novamente.

DC2L10-15: é dia de Suj.2 limpar o banheiro segundo a escala, entretanto, ele está resistente e a cuidadora me olha e diz sorrindo, olha só como eu faço a negociação, e diz para Suj.2 mostrando a chave, enquanto você não limpar o banheiro não tem passeio para você, e me diz que com Suj.2 é só assim a negociação, ou então, hoje não terá café enquanto, ele não cumprir as tarefas domésticas de sua escala...

DC3L12-18: Toca o telefone e a cuidadora me pede para atender, enquanto isto os moradores permanecem sentados, sem tomar a iniciativa de tentarem atender o telefone.

DC3L14-15: no armário do galpão, onde são guardados os medicamentos e fichas dos moradores, estão guardadas as facas maiores de cozinha.

DC4L29-31: [CAPS induzindo a alienação cotidiana] Suj.4 começa a relembrar que ontem as portas do CAPS foram fechadas por causa de Suj.6 e outro usuário que brigaram e agitaram todo o CAPS, e isto o lembrou o Hospital Psiquiátrico, na sua opinião.

DC4L55-56: [...] o galpão permanece fechado a chave enquanto o cuidador não está na casa.

DC6L5-16: A irmã de Suj.6 traz seu cartão magnético do banco, que este era o principal motivo de suas solicitações, e a profissional Y do CAPS fala que ela estava bastante confusa e agressiva, e que quase não se via diferença nela e em Suj.6. [...] A profissional Y insiste com Suj.6, que o cartão será entregue diretamente a Coordenadora da casa (SRT) para que ela possa comprar as vidraças por ele quebradas. Suj.6 diz que não entende esta lógica, pois se o cartão bancário é dele, precisa ficar com ele.

DC1L91: Suj.1 fala que os AT (acompanhantes terapêuticos) é que fazem as compras para a casa.

DC2L3-4: A cuidadora telefona, no meio da manhã, para saber se eu [pesquisador] estou na casa, diz estar preocupada, pois a casa "está sozinha", como diz Suj.4.

DC3L57-63: uma cuidadora diz que segundo a coordenadora da casa (terapeuta ocupacional) não posso [pesquisador] acompanhar a consulta médica dos moradores, somente nas consultas com os outros profissionais, por não saber o histórico dos moradores...

DC3L73-76: uma cuidadora liga para a coordenadora, em tom impositivo, falando sobre a consulta médica marcada para a próxima quinta-feira, dizendo que terão poucos acompanhantes e, que a regra da casa é que tenha um funcionário da casa acompanhando os moradores na rua sempre.

4.4.3 Superação da alienação da vida cotidiana

Os seguintes trechos dos diários de campo, mostram os mecanismos utilizados pelos moradores ou facilitados pelos profissionais do SRT, que permitem romper com a alienação da vida cotidiana.

A não–interferência dos profissionais do SRT a todo momento na vida cotidiana dos moradores, contribui para o espontaneísmo e, desta forma, possibilita a superação da alienação cotidiana, como ficar parado à frente do fogão esperando que o cuidador sirva as refeições.

DC2L16-17: O almoço transcorre normalmente e, pelo primeiro dia hoje cada morador serve-se, diretamente nas panelas, sem a intervenção de nenhum cuidador.

A possibilidade de relacionar-se afetivamente, em um nível mais íntimo, possibilita que o morador rompa com a alienação cotidiana, cultuada no hospício, de

que o louco não tem o direito de ter relações sexuais. Esta superação fica materializada nos trechos, a seguir:

DC2L69-73: [possibilidade de relacionar-se intimamente na própria casa] o cuidador Z conta que em outros momentos, relações afetivas, em níveis mais íntimos, já ocorreram na casa, com um morador e com Suj.3, mas que esta relação foi caminhando por um lado "mais de amizade" com o tempo, e isto foi trabalhado pela equipe, de forma "natural", sem moralismo ou proibição, mas procurando preservar o morar e o cotidiano futuro deles mesmos na casa.

DC.2L79-88: Suj.5 e Suj.6 estão flertando, e beijam-se no rosto eventualmente [...] pergunto para a coordenadora, [...] como é o procedimento da equipe no caso de relações ficarem mais estreitas, e ela me disse que não há regras na casa para tal, o que fazem é preservar os moradores, pois eles vão seguir morando juntos, na situação de um caso amoroso, por exemplo, mas que vão trabalhando com os cuidadores e com os envolvidos à medida que as situações forem acontecendo.

DC2L27-29: Chega a coordenadora meio dia, e Suj.4 conta que está feliz, pois um antigo namorado ligou, e a coordenadora incentiva que Suj.4 a conseguir um trabalho, ou voltar a estudar, pois se ela quer constituir uma família...

DC3L85-88: No caminho Suj.3 fala que tem vontade de "se juntar" com um homem, e ir morar com ele noutro lugar e disse que vai pedir para sua AT [acompanhante terapêutica] que vem todo sábado na casa providenciar passeios que lhe permitam conhecer alguém noutros espaços, talvez na Praça da Sé, segundo ela.

Morar implica em necessariamente ter meios materiais (financeiros) para subsidiar-se. A apropriação concreta do morador, de seu próprio dinheiro, ajuda a romper com um cotidiano alienado, em que o sujeito não consegue estabelecer relação com o mundo concreto (poder de compra).

DC3L25-28: Y e Suj.6 estão no CAPS, e hoje é a reunião de Suj.6 com seus familiares, para definirem questões relativas ao seu dinheiro, pois quem detém são suas irmãs...

Ter a possibilidade de estudar e qualificar-se para o mundo do trabalho, alavanca o morador no seu cotidiano.

DC3L35-36: [...] Suj.4 mostra um "diploma" que logrou numa instituição espírita, de um curso de oficina e escrita.

A vida cotidiana dos moradores é permeada de fatos que objetivam o cotidiano, ou seja, que possibilitam ao sujeito morador ocupar / assimilar / apossar-se da sua

casa. Entretanto, algumas outras situações no dia a dia mostram o quanto o cotidiano ainda está alienado, seja pelas marcas deixadas pelo manicômio ou ainda induzidas pelos próprios profissionais do SRT. Contraditoriamente, estes mesmos profissionais possibilitam aos moradores, estratégias para a superação desta alienação cotidiana.

5 DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A caracterização do perfil sóciodemográfico revelou que a maioria dos moradores são do sexo feminino, de cor de pele não branca, solteiros, católicos, sem trabalho, sem plano de saúde privado, com ensino fundamental incompleto. As suas representações sobre fatos de suas vidas mostrou que o SRT é visto pela maioria dos moradores, como o lugar em que moram e recebem afetos; onde são aceitos por todos. Alguns veem o SRT como o lar que nunca tiveram e, apesar de todas as dificuldades da convivência nesta casa mista, o que se percebe neste híbrido "serviço-casa", é que estes moradores, que antes eram completamente estranhos uns aos outros, hoje tem uma interação bem semelhante, ao que vemos na maioria das casas: períodos alegres, de brigas, de afetos.

As frases temáticas evidenciaram que os indivíduos moradores de SRT e as pessoas de sua rede não tem uma única concepção da doença mental. Percebeu-se que em seus discursos, aproximavam-se de diversas concepções de doença como: mágico religiosa; greco-romana; organicista; moral; médico moral pineliana e, também, basagliana.

As falas remetem à época da pré-história (divindades sagradas), das civilizações greco-romanas (doenças do espírito) e até a contemporaneidade, em que a concepção médico moral da doença mental prevalece e cujo tratamento era composto pela exclusão dos indivíduos e tratamentos medicamentosos (Aranha e Silva, 2012; Kantorski, 2011).

As frases temáticas apontam que há moradores que tem o entendimento da doença como se fosse algo fora de si mesmo, ou seja, ela não faz parte da pessoa em si, mas representa apenas uma porcentagem de sua vida; outro morador entende que não tem doença mental.

As narrativas dos sujeitos, atribuindo à doença mental como apenas um ente de seu todo, vai ao encontro da concepção basagliana, quando diz que a doença mental existe, mas precisa ser deixada em suspensão - ou entre parênteses – a fim de que o sujeito possa ser evidenciado por meio de suas potencialidades e habilidades (Basaglia, 2005).

O entendimento de que a doença é apenas uma das dimensões da vida do ser humano, e não a sua totalidade, ou seja, o ser humano não é a própria doença

aproxima-se da concepção holística que tem conduzido a enfermagem, enquanto a ciência do cuidar.

Basaglia (2005) assume uma postura crítica à psiquiátrica clássica e, à hegemonia do poder biomédico centrado, defendendo que a complexidade do fenômeno da loucura precisa necessariamente da intervenção de múltiplos campos do saber. Nesta linha de raciocínio, a política nacional de Saúde Mental brasileira, balizada pelo SUS, preconiza a inter e multidisciplinaridade e o tratamento de base comunitária para pacientes psiquiátricos.

Basaglia (2005) nos ensina que o médico psiquiatra investe-se de poder ao determinar esquemas psicopatológicos e classificar as patologias por meio dos diagnósticos psiquiátricos. Desta forma, ele utiliza-se do poder deste “etiquetamento” para decretar aquilo que a sociedade já se encarregou de excluir, caracterizando esta atitude por um mero juízo de valor do profissional médico.

As concepções do processo de adoecimento das pessoas remetem às mais variadas compreensões que o resgate histórico nos permitiu rever. Vale ressaltar que estas compreensões não são lineares no tempo, ou seja, embora uma determinada concepção do processo de adoecer mentalmente tenha sido característico em uma época específica, ela pode tornar a aparecer noutros momentos, considerando que os processos históricos não são lineares, mas sim são dialéticos.

Apesar da mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial - no qual os usuários são tratados na comunidade - a exclusão social do louco e o estigma em relação à doença ainda estão presentes em nossa sociedade. Isso nos mostra que não é apenas a partir da desconstrução do hospital psiquiátrico que se auxiliará a inclusão social dessas pessoas. Devido a isso, é importante pensarmos de que forma conseguiremos incluí-las em nosso contexto social e diminuir o estigma em relação à doença (Salles; Barros, 2013).

Portanto, alinhamos nosso entendimento com os princípios da Reabilitação Psicossocial, que entende que para incluir as pessoas no mundo da vida, necessariamente, precisamos emancipar o louco e seu modo diferente de existir.

Esta emancipação precisa partir desde o acolhimento ao entendimento que o próprio sujeito tem de seu processo de adoecer mentalmente, independentemente da concepção que ele tenha de si e deste processo. A nós, outros – profissionais, educadores, cidadãos enfim – cabe balizarmos as nossas relações partindo da

premissa de que se trata de um cidadão que também tem uma doença, o que é muito diferente de o considerar com uma pessoa doentia e incapaz.

Dentro do Hospital Psiquiátrico os moradores sofriam com a falta de direitos e de cuidados, a violência física e psicológica do tratamento. O manicômio é um lugar do estar e não do habitar, sendo que esta diferença se dá na perspectiva de troca e poder contratual, concreto e subjetivo do homem (Saraceno, 2001). Em relação ao estar, não se tem nenhuma perspectiva de troca do indivíduo com seu lugar de permanência, já o habitar implica em um grande poder de contratualidade e de troca.

O Hospital Psiquiátrico como instituição total gerencia as dimensões da vida do morador levando-o a introduzir em sua vida – durante os longos anos inserido no contexto da instituição – uma posição de dependência em relação à instituição. Por isso, a desinstitucionalização se torna mais difícil devido a integração do indivíduo às amarras institucionais (Goffman, 1974).

Na experiência de desinstitucionalização italiana, a instituição asilar é percebida como o lugar onde há nula possibilidade de troca e todo o esforço para ultrapassar este modelo demonstra o hiato e a violência proporcionado pelo hospital psiquiátrico. Para criar um novo modelo assistencial e dar fim ao modelo de poder é necessário gerar e fortalecer as relações, expandir os espaços de convivência, para que cresçam as possibilidades de troca social, propiciem uma nova rede de relacionamento, modifiquem as maneiras de estar e se relacionar com o meio (Marques; Mângia, 2012).

Em contrapartida, privilegiando as políticas de Saúde Mental no Brasil atual, verificou-se a partir das falas dos moradores, que a maior parte dos usuários se apropriaram da casa e a veem como um lugar onde se sentem acolhidos, bem-vindos e aceitos. Apesar da maioria apreciar o SRT, há usuários que não gostam da falta de privacidade na casa, devido à moradia não ser exclusivamente feminina ou masculina.

É importante desenvolver uma visão mais apurada para os menores eventos cotidianos dos moradores, pois estes podem denotar um acontecimento cheio de significados e compor sentido à vida dos sujeitos. Para isso é necessário lançar-se no cotidiano, a fim de restaurar e dar novos significados para as ações do dia-a-dia as quais reintegram o macrocosmo dos usuários (Marques; Mângia, 2012).

Uma das frases temáticas, chama a atenção que o próprio morador verbaliza a concretude de morar neste momento no SRT e diz literalmente, que esteve no hospital psiquiátrico.

Nesta direção, encontramos outro estudo realizado no Brasil que comprova esta premissa de Saraceno, ao se estudar a constituição do laço social de moradores de dois SRTs, que pode ou não impulsioná-los a constituir sua rede social. O estudo conclui que, os laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico, moradores deste serviço-casa denominado SRT, podem ser fortalecidos inserindo-os na rua, no comércio local, no bairro, na cidade, na comunidade. Como mecanismos de fortalecimentos, identificamos as trocas sociais entre os próprios moradores, através da convivência no cotidiano, em relações de parceria, de amizade, de afeto, bem como em relações conflituosas por vezes, visto que a vida de relações de qualquer pessoa é pautada por conflitos e afetos. Destaca-se que é a equipe de profissionais que os impulsiona para uma vida fora do SRT, o que, a nosso ver, contribui para introduzir o morador a uma vida de pertencimento ao meio social, depois dos longos anos dentro das instituições asilares (Cortes et al., 2015).

O apoio da rede familiar aos moradores era insuficiente, pois percebeu-se a discriminação, a negação da existência e a falta de afeto pelos seus entes, na percepção dos próprios usuários, mas que, apesar de tudo isso, os moradores sentem um forte vínculo com seus familiares.

O elemento mais complexo de ser enfrentado e aceito pela família é a dificuldade de interação com a pessoa com transtorno mental e, também, a vida em conjunto com ela, a qual pode trazer consequências para a saúde de todos os familiares (Cortes et al., 2015).

A família é de fundamental importância na intervenção com o usuário de saúde mental, porém um dos fatores que influencia na sensação de incapacidade e desamparo aos familiares, é o reduzido conhecimento do conceito apropriado da doença. Os profissionais de saúde mental fortalecem sua relação com esses familiares ao compreenderem suas angústias e, assim converter-se em um aliado para a coabitação familiar (Almeida; Felipes; Dal Pozzo, 2011)

Os familiares de usuários de saúde mental precisam se expressar, dividir experiências, ter com quem compartilhar suas angústias e os ganhos que obtiveram no tratamento, na relação com o ente adoecido e nos descobrimentos das estratégias de enfrentamento. Trabalhar na assistência aos familiares de pessoas mentalmente doentes significa ajudar com suas angústias, com a negação e aceitação da doença, pois essa relação muitas vezes é difícil. Com isto, entendemos as dificuldades que a

doença mental impõe seja para cuidadores ou mesmo para os próprios familiares, em muitas vezes pode traduzir-

se em abandono, maus-tratos.

Entendendo ainda, que a vivência na comunidade também pode auxiliar o cotidiano dos usuários de saúde mental, um estudo aponta que as redes sociais foram importantes para o fortalecimento da inclusão social dessas pessoas. Percebeu-se também que as mudanças sociais que ocorrem ao aceitar as diferenças entre as pessoas podem ser resultado da diminuição do estigma e do preconceito em relação à doença (Salles; Barros, 2015).

A análise dos discursos indica que apesar da grande vontade dos moradores ter contato com seus familiares e amigos, estes não aceitam, negam sua existência ou até mesmo os violentam. As trocas sociais são prejudicadas devido a família se sentir sobrecarregada financeiramente, pelo morador não conseguir um trabalho formal e não auxiliar no pagamento das despesas domésticas. Estes fatos contribuem para que os moradores apontem o SRT como um local de grande afeto, o qual representa o lar nunca dado pelos familiares.

Um estudo analisou o que os familiares pensavam sobre o trabalho como fator de inclusão social dos usuários de saúde mental e sobre se envolver com o processo. Ficou evidente que os familiares percebem o trabalho como fator fundamental para implementar espaços para trocas sociais e materiais; de sentidos e, também, de conservação de qualidade de vida. O trabalho pode ser visto como expressão da cidadania e forma de edificação da vida, dos sonhos e dos projetos das pessoas mentalmente doentes (Filizola; Teixeira; Milioni; Pavarini, 2010).

Os antigos empregos dos moradores não tinham, em sua maioria, um caráter formal e, além disso, eles têm uma grande dificuldade para conseguir um trabalho formalizado. Assim, devido a essa dificuldade e, não ter uma fonte de renda, alguns moradores foram expulsos de suas casas pelos familiares.

Os usuários de saúde mental fazem parte de um conjunto que têm seus direitos humanos e liberdade violados; têm seus direitos civis, políticos, sociais e culturais negados, se constituindo como um grupo vulnerável (Kehl, 2010).

Antes de irem morar no SRT, quando estavam no Hospital Psiquiátrico, eles tiveram os direitos subtraídos não apenas pela instituição, mas também por sua família. Fora destes convívios, pode-se verificar uma maior autonomia e liberdade de ir e vir desses usuários, apesar de estarem sujeitos às dificuldades do dia-a-dia na

comunidade. Alguns moradores ainda falam dos empecilhos que enfrentaram em outras formas de estar, como nos albergues, nas ruas. Todavia, sabe-se que os problemas enfrentados por essas pessoas, como a falta de direito à privacidade, a violência, perpetuam-se nas instituições totais como um todo.

Entendemos que a liberdade além de ser terapêutica, é direito de toda a pessoa. Dudley, Silove e Gale (2012), OMS (2010) e Waidman et. al (2012) afirmam que promover os direitos humanos se baseia em apoderar-se dos direitos sociais. E nesta direção, o SRT propicia aos moradores a possibilidade de ir e vir no território que habitam, exercitando seus direitos e deveres como qualquer outro cidadão.

Os resultados indicam a necessidade de melhorar as políticas públicas para os usuários de saúde mental, favorecendo a inclusão social desses indivíduos na comunidade e garantindo-lhes seus direitos de ir e vir.

A vida cotidiana dos moradores é fortemente impactada pela contradição dialética entre um cotidiano espontâneo e a entonação e, os velhos precedentes resquícios do Hospital Psiquiátrico.

A espontaneidade é a característica que predomina no cotidiano, caracterizando todas as motivações de ordem particular. Já a entonação, refere-se ao tom do sujeito no cotidiano, exprime nossos pensamentos e suscita a avaliação do outro (Heller, 2008).

Os precedentes são mais importantes para o conhecimento de determinada situação, do que para o conhecimento do indivíduo em si. É o uso do conhecimento já adquirido e pode ser prejudicial se nos impede de captar novos conhecimentos (Guimarães, 2002; Salles, 2011).

A vida cotidiana dos moradores apresenta muitos momentos de espontaneísmo e entonação, que foram verificadas nas seguintes situações: nas iniciativas tomadas nas conversas ou contar histórias, mesmo que raramente o sujeito fale; ou então, este mesmo morador ofereceu-se para acompanhar alguém até o supermercado, sem ninguém solicitar ou induzir; quando o morador tomou a iniciativa de estender as roupas da máquina ou limpar o banheiro sem ser seu dia na escala de tarefas; preparou um café para todos os moradores ou interferiu na reunião da casa, fez três solicitações de inclusão de pauta ou ainda, espontaneamente criticou uma postura do CAPS, comparando-o ao Hospital Psiquiátrico.

A entonação foi verificada outras vezes quando, por exemplo, a moradora foi reconhecida como uma “cozinheira de mão cheia”; quando este ou aquele eram muito

alegres e brincalhões; quando o morador falava sempre mais alto que os outros; também outro morador foi conhecido por ser mais quieto e, outra ainda, por gostar de festas e sempre “dominar”.

Por outro lado, o cotidiano é repleto dos velhos precedentes que foram desenvolvidos nos longos anos de internação psiquiátrica, que marcam o cotidiano dos moradores e foram verificados, nas situações cotidianas a seguir: a moradora encontrava-se sentada nos escuros ou mal vestida com o “cabelo em pé”; outro morador transita pela casa sem parar; a moradora passa o dia desenhando álbuns infantis ou com uma boneca no colo, mesmo sendo uma jovem senhora; a camiseta do morador é identificada com seu nome no colarinho; o morador serve-se sem o auxílio de talheres; o morador pede tudo de todos ou rouba objetos e guarda sob seu travesseiro; a moradora guarda sua dentadura no travesseiro, para que ninguém a roube.

A história do aprisionamento do louco e da loucura é repleta de descrições de violências de toda a ordem e, da supressão dos direitos humanos, que marcam e marcaram a vida de pacientes psiquiátricos, no Brasil e no mundo (Foucault, 2004; Pessoti, 2000). Saber reconhecer as minúcias da vida cotidiana das pessoas num SRT, seja na forma de pequenas objetivações, ou por outro lado, de fatos que conduzam a uma alienação cotidiana, precisa ser o pano de fundo do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental, especialmente nestas moradias comunitárias para pacientes psiquiátricos.

Acreditamos que, é por meio de intervenções psicossociais, nestes pequenos detalhes cotidianos, que os profissionais dos SRT podem ter a possibilidade de reabilitar psicossocialmente os moradores.

Chamamos a atenção ainda, que o processo de trabalho de enfermeiros e demais profissionais de enfermagem em saúde mental, precisa ser ancorado nos fatos cotidianos e nas necessidades individuais do sujeito, opondo-se totalmente às sistematizações rígidas de cuidado que tendem a homogeneizar o outro, no nosso entendimento.

Entretanto, os profissionais do SRT também contribuem para um cotidiano permeado de precedentes asilares quando, por exemplo, obrigam o morador a cumprir uma tarefa doméstica sob a pena de receber pequenos castigos. Outros precedentes de práticas asilares são evidenciados quando, os profissionais detém o dinheiro e o

cartão magnético do morador; no caso de uma crise deixam-no hipermedicalizado, ou ainda, quando organizam os moradores em fila para voltar para casa.

Entendemos que as atitudes espontâneas, bem como as características particulares de cada morador precisam permear o cotidiano destas pessoas, no sentido de reforçar-lhes suas identidades, sem os homogeneizar, num contexto que privilegie a heterogeneidade dos sujeitos.

Um cotidiano com atitudes espontâneas e, com cada morador marcando-o com seu jeito particular, pode embasar a formação de novos precedentes diferentes dos que foram expostos.

Heller (2008) diz que a vida cotidiana é heterogênea, pois somos obrigados a apontar as nossas habilidades em múltiplas direções no cotidiano. A autora toma emprestada a expressão de Georg Lukács e afirma que trata-se do homem como um todo, do homem inteiro.

Em algumas ocasiões, do dia a dia, foram verificadas características heterogêneas, como as que seguem: quando o morador foi reconhecido no bairro em que transita como alguém que tem características diferentes, mas que não as impede de relacionar-se; quando o profissional do SRT conversava individualmente com cada morador, auxiliando-o em suas necessidades particulares; ou ainda quando os ATs auxiliavam na organização das tarefas diárias de cada morador.

Entretanto, também foram identificadas outras situações que impulsionam a homogeneização dos moradores no todo, quando os profissionais, por exemplo, organizavam-os em fila para voltar para casa ou chamavam todos dos seus quartos para “tomarem um ar”.

Pinho et al. (2014) consideram que as práticas em saúde mental precisam ir além das necessidades reais verificadas. Trata-se de envidar esforços e trabalhar numa perspectiva clínica que, esteja em constante transformação, de forma a emancipar o sujeito e fortalecer o vínculo dele com o serviço de saúde. A velhas práticas asilares precisam ser abandonadas e, inclusive, as práticas psicossociais precisam ser constantemente reavaliadas e ressignificadas, a fim de que todos possam rever seu papel frente à diferença e ao diferente.

Repetição, probabilística e economicismo também foram características da vida cotidiana identificadas.

Salles (2011) nos diz que é necessário que o homem se utilize da repetição para organizar a sua vida e o meio social em que encontra-se submergido. Na vida

cotidiana, existe uma relação objetiva provável entre a ação e suas consequências logo, a probabilística refere-se a este possibilidade. Agir com base na probabilidade possibilita que atuemos com economicismo (Heller, 2008).

Os moradores organizavam seu cotidiano na casa por meio de escalas que davam conta das tarefas domésticas, entretanto, em alguns momentos os profissionais auxiliavam nestas tarefas. Os ATs também ajudavam os moradores em seus arranjos cotidianos. Outro exemplo de repetição foi verificado quando os profissionais trabalhavam inúmeras vezes, o fato do morador Suj.6, que era novo na casa, querer roubar pertences dos outros moradores, ou ainda, quando ficava pedindo cigarros o tempo todo.

Como, provavelmente, os profissionais fossem pedir as notas fiscais das compras realizadas pelos moradores, o morador Suj.2 por economicismo já levava as notas antes de ser cobrado. Ainda por economicismo, antes que as cuidadoras chamassem todos os moradores para ir embora do CAPS, a maior parte deles já levanta-se e posta-se para ir embora. Em relação à probabilística, o Suj.2 foi procurado na mecânica, pois provavelmente estaria lá, tendo em vista que passa grande parte do dia bebendo café neste estabelecimento do bairro.

Os fatos cotidianos relacionados a estas três características cotidianas – repetição, economicismo e probabilística –ocorreram em uma frequência menor que as outras características, então, faz-se necessário que sejam estimuladas no cotidiano dos serviços. As atividades diárias de moradores de SRT, precisam ser organizadas mesmo que com suporte de AT e de escalas de tarefas, pois os moradores precisam ter a capacidade de agir com base em uma probabilidade mínima que seja, para que possam tornar suas vidas mais pragmáticas.

Pragmatismo, mimese ou imitação, hierarquia e analogia também foram características verificadas no contexto cotidiano dos moradores.

O pragmatismo caracteriza-se na ação pela ação, ou agir sem pensar, pois a prática confirma que a reação será de sucesso. É por meio da mimese ou imitação que começamos a aprender as relações sociais, por exemplo, o bebê aprende a segurar o copo para beber vendo o adulto fazê-lo. Selecionamos as atividades diárias com base em valores que atribuímos como mais importante naquele momento, noutras palavras, atribuímos um grau de hierarquia às atividades cotidianas. Já a analogia é a característica que nos permite repetirmos uma ação com base noutra ação semelhante que, tenha resultado em sucesso (Guimarães, 2002).

Heller (2008) nos ensina que a hierarquia constitui a vida cotidiana como um todo. Muitas escolhas dos moradores revelaram que eram baseadas em valores atribuídos a tais atividades, como por exemplo: antes de realizar qualquer atividade a moradora resolve pentear-se; outra moradora chama a atenção de um morador que quer tomar o café antes do almoço; desmarcou-se a ida ao Centro de Convivência em função de um compromisso no CAPS; a profissional conversa com a moradora que para ter sua casa própria é preciso que ela trabalhe e tenha meios de sustentar-se.

O pragmatismo no cotidiano dos moradores foi identificado nos fatos cotidianos, a seguir: quando a moradora cozinhava com agilidade e destreza ou descascava os legumes mesmo sem ser sua escala de tarefas; quando os moradores transitavam no bairro; ou ainda quando serviam-se no almoço sem a ajuda dos profissionais; o profissional também estimula o pragmatismo do morador auxiliando-o a entrar em contato telefônico com sua família.

O aprendizado por mimese ou imitação, e a resolução de problemas por analogia foram identificados em menor frequência no cotidiano dos moradores.

Por mimese, os moradores realizam as compras semanais no supermercado, ou ainda um morador imitou comportamento social das outras pessoas num evento numa lancheria. Os profissionais referem, que o processo de trabalho dos cuidadores é baseado na repetição e quando não atingem os objetivos com os moradores, realizam as tarefas até que eles os imitem com sucesso.

Este processo de trabalho, baseado na imitação e na repetição, foi verificado por Cortes e Kantorski (2011), em dois SRT em Caxias do Sul – RS. Os profissionais daqueles SRTs evidenciaram que as estratégias pedagógicas utilizadas no cotidiano demandavam muito da equipe, pois era necessário muita paciência para repetir fatos, resolver por analogia os problemas e induzir que os moradores imitassem este ou aquele fato cotidiano.

Os preconceitos são exemplo de ultragenerizações (juízos provisórios), e são baseados na fé, ou seja, na crença em algo. Para Heller (1985) os preconceitos são originários de processos históricos e não de processos individuais dos sujeitos. Miranda (2012), numa perspectiva helleriana, entende que:

> O preconceito é entendido [...] como uma categoria fundamental de pensamento e comportamento da vida cotidiana, quando estes se alienam. Falsos juízos de valor caracterizam o preconceito, na medida em que o caráter pragmático da atividade cotidiana orienta-se em juízos já elaborados, esquemas, recepção do todo social. Dessa maneira, os objetos e conteúdos

> de preconceito podem apresentar um caráter comum, concordando com concepções morais ou religiosas de um determinado grupo ou categoria social.

Historicamente, a intolerância com a diferença e o diferente, o louco e a loucura é espraiada em nosso meio social. Alguns fatos cotidianos permeados de preconceitos com os moradores, foram identificados:

- quando o barbeiro perguntou ao pesquisador ao invés, de dirigir-se ao morador que ia cortar a barba;
- o profissional cuidador do SRT tem a crença de que a moradora é incapaz de realizar tarefas ou de conseguir morar sozinha;
- a polícia foi acionada pelos profissionais do SRT, quando o morador entrou em crise;
- a família do morador não o aceitou em casa pelo fato de ter uma doença mental;
- a moradora foi mal tratada pelo profissional do transporte público por ter um "jeito diferente de comportar-se";
- a profissional do SRT deixou o laudo para a aquisição de medicação do morador com o pesquisador, ao invés de deixar com o próprio morador;
- a profissional do SRT manipulou a máquina de lavar roupas ao invés do morador, com receio de que este pudesse estragá-la;
- o motorista da prefeitura demonstrou muito medo, ao ter que transportar um morador que estava apresentando episódios de crise.

Estudos nacionais conduzidos por Barros (1996; 2001), tem se preocupado em discutir a exclusão / inclusão social e o estigma sofrido por pessoas com doença mental, ocasionados pelo preconceito social e histórico com o louco e com a loucura: Barros (1996; 2001), Leão e Barros (2011), Salles e Barros (2013), Barros et al. (2014).

Os referidos estudos discutem um arcabouço de estratégias de inclusão social para as pessoas com doença mental, todavia entendemos que além destas são necessárias outras que permitam a desconstrução pré-concebida daquele que adoece mentalmente. Entendemos que é necessário que estas desconstruções acompanhem a sociedade em todos os momentos históricos. É preciso ser um movimento educativo dinâmico e constante que permita ao sujeito com transtorno mental ser acolhido, aceito e respeitado em sua forma diferente de viver e estar no mundo.

Todas estas características cotidianas permeiam o processo de morar dos usuários do SRT, e por este motivo consideramos incluir aqui, fatos cotidianos que caracterizaram o processo de “estar” ou “habitar” dos moradores, segundo Saraceno (2001).

No contexto da reabilitação psicossocial, o “estar” refere-se a uma nula possibilidade contratual do sujeito com o espaço, tanto simbólica quanto material. Entretanto, quando consideramos que o sujeito “habita” um espaço, estamos dizendo que ele apropria-se concreta e subjetivamente de onde vive (Saraceno, 2001).

Características cotidianas relacionadas ao “estar” dos moradores em alguns espaços e mesmo no próprio SRT, foram evidenciadas nos fatos cotidianos, quando por exemplo, a moradora conta que ficou por anos em um abrigo quando fugiu de casa; outro morador ao sair do HP tentou morar com seus familiares, entretanto não foi possível apropriar-se do espaço da casa, indo parar no SRT.

Esta transição de estar para habitar a casa de fato, não estava sendo um processo fácil para o morador e para os profissionais. Ressignificar seu cotidiano, estabelecer novas relações, desenvolver rotinas diárias e tonar o espaço “seu”, habitando-o, demanda tempo e trabalho.

Outra situação que também chama a atenção, quando uma profissional telefonou para o SRT perguntando quem (profissionais) estava na casa, desconsiderando a presença de quem são, inclusive, os moradores de fato e de direito. No nosso entendimento, atitudes como esta, desapropriam o sujeito morador de seu próprio espaço enquanto uma casa que deve ser, sendo contraditório ao que acreditamos ser reabilitatório no campo da atenção psicossocial.

Por outro lado, outro fato, proveniente de outra profissional empodera o sujeito e o torna “dono da casa”. Num evento cotidiano, o morador solicitou que a profissional tomasse as decisões pelos moradores, e ela rebate dizendo que ele precisa decidir, pois a casa é sua e precisa fazer jus quando diz que é o “homem da casa”.

Habitar uma casa significa tornar-se parte dela, estabelecendo relações e pactuando combinações com os demais moradores, para que seja possível uma convivência agradável e saudável (Saraceno, 2001). Duas moradoras relataram, em mais de uma oportunidade, que quando estavam no HP brigavam diariamente, no entanto, ao mudarem-se para o SRT conheceram-se melhor e foi possível estabelecerem uma relação amistosa e até afetiva.

Viver numa casa com outras pessoas, demanda organização das tarefas domésticas que são orientadas pelos profissionais e pactuadas no coletivo de moradores, em sua grande maioria. Os combinados de quem vai realizar esta ou aquela tarefa, como lavar a louça ou limpar a sala são estabelecidos por uma escala diária de tarefas. Já em situações adversas como quem vai trocar a lâmpada que queimou, são discutidas no momento em que acontecem, mediados pelos profissionais.

Alguns moradores são conhecidos no bairro, na vizinhança, na barbearia. O dono da padaria conhece-os, a cabeleireira também os conhece e combina com a moradora que fica devendo para pagar depois. Ser conhecido no bairro, como morador da casa ao lado, por exemplo, dá uma identidade às pessoas que moram naquela casa específica e acabam por compor aquele grupo social.

Marques e Mângia (2011) recomendam que os profissionais trabalhadores de SRT, precisam organizar seus processos de trabalho, de modo a privilegiar a vida cotidiana das pessoas, baseando suas práticas nas necessidades apresentadas pelos indivíduos. A qualidade de vida cotidiana está intimamente ligada às transformações concretas da vida, no resgate da cidadania, no resgate das histórias de vida dos sujeitos e no ressignificado das atividades cotidianas.

As características da vida cotidiana dos moradores deste SRT, nos permitem considerar que ele parece ser uma casa / serviço híbrida, ou noutras palavras, em transição. Ao mesmo tempo que não é totalmente uma casa, pois tem a presença de profissionais de saúde, também não é um totalmente um serviço, pois tende (ou deve tender) a ser livre das amarras institucionais.

Entendemos, que por aspectos ideológicos, alguns profissionais têm resistência em considerar o SRT como um serviço de saúde. No entanto, precisamos considerar que os moradores destes dispositivos tem marcas profundas, originadas nos velhos precedentes asilares que foram mostrados.

Nesta mesma direção, não podemos conceber processos de trabalho de cuidadores / profissionais de SRT baseados nos precedentes das práticas asilares.

Não estamos buscando uma definição ou um enquadre para o SRT ou Residências Terapêuticas, longe disso, até porque o manicômio sim, é o local das duras certezas. É justamente o contrário, estamos tensionando para que se compreenda que o SRT não precisa ter um local fixo definido, do ponto de vista conceitual. Precisa sim continuar sendo um serviço / casa híbrida, uma casa / serviço

em transição, e deve continuamente ser tensionado quanto a seu papel terapêutico e social.

A vida cotidiana é definida por Heller (2008) como a vida de todo e qualquer homem, independentemente da posição que ocupe no mundo do trabalho, seja ele mais físico, ou então, mais intelectual. Todo homem é ativo e receptivo na vida cotidiana, entretanto, é impossível que consiga ser absorvido de modo intenso e completo em todos estes aspectos. "*A vida cotidiana é o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais, por sua vez, criam a possibilidade da reprodução social*" (1983, p. 19).

A teoria da vida cotidiana explicitada por Heller (2008), encontra convergência com a teoria da Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2001), ao compreender que são partes do cotidiano: a vida privada, a organização do trabalho, o descanso e o lazer e as atividades sociais.

Um homem é considerado adulto, quando desenvolve todas as habilidades para viver no mundo material. Precisa dominar a linguagem para que possa estabelecer a comunicação com o outro; aprender a manipular os instrumentos como o copo para beber; conhecer e apropriar-se das regras do grupo social que está inserido. A estas apropriações, dá-se o nome de objetivações da vida cotidiana, ou seja, o domínio do homem sobre a matéria para que possa ter sucesso na vida cotidiana (Heller, 2008).

Os moradores apropriam-se do processo de morar e de sua vida cotidiana por intermédio de objetivações. Elas podem ser por meio da linguagem, da manipulação de instrumentos e objetos ou ainda, ou pela apropriação de usos e costumes da casa. O quadro a seguir, sintetiza os fatos cotidianos observados que ilustram estas objetivações:

Quadro 10 – Síntese das objetivações da vida cotidiana do SRT

Objetivações da vida cotidiana	Fatos cotidianos
Linguagem	- as conversas informais entre os próprios moradores e com os profissionais do SRT; - a crise como forma de expressão da linguagem; - Linguagem não-verbal: “risos”.
Instrumentos / objetos	- as atividades da vida diária; - o cuidado dispensado pelos profissionais do SRT; - a figura do profissional de referência; - o Acompanhante Terapêutico (AT).
Usos / costumes	- as pactuações / combinados (PTS); - a hora da alimentação (almoço / jantar / café da manhã e tarde).

Fonte: elaborado pelo autor, 2015.

Estas objetivações, sejam por meio da linguagem, dos instrumentos/ objetos, ou dos usos e costumes, contribuem para que os moradores possam apossar-se concreta e simbolicamente da casa, noutras palavras, possam habitar o espaço que é seu. Em sua grande parte, verificou-se que os moradores desenvolveram estratégias ou mecanismos para esta apropriação e, em outros momentos os profissionais do SRT, também facilitaram este processo.

A vida cotidiana pode ser objetivada a partir das diferentes formas de linguagem utilizadas pelos sujeitos nos seus contextos. E é a partir destas objetivações que Heller (1977) afirma que a cultura humana pode existir, sem elas, torna-se impossível, por mais primitiva que seja tal cultura.

Para que a ordem dos objetos apreendidos na vida cotidiana faça algum sentido, faz-se necessário que o indivíduo aproprie-se da linguagem que é utilizada na vida cotidiana. São nas trocas, por meio da linguagem que o mundo ganha algum sentido para o sujeito.

O morador do SRT pode objetivar seu cotidiano pelo uso da linguagem, por meio das conversas individuais com os profissionais do serviço ou ainda, pela possibilidade de trocas que a linguagem permite, entre os moradores em si.

As conversas individuais dos moradores com os profissionais do SRT, permitem que os primeiros se instrumentalizem para o enfrentamento da vida cotidiana. No entendimento helleriano, todo homem “vive a vida” cotidiana e, portanto, objetiva seu cotidiano. Também por meio da linguagem, é possível, por analogia, entender que, na casa de qualquer pessoa, os momentos de conversas mais pontuais ajudam a enfrentar problemáticas e mediar conflitos, extravasam sentimentos e auxiliam concretamente na organização da vida material.

Um estudo realizado num SRT, por Matos e Moreira (2013), evidenciou que as conversas com a equipe de profissionais e também com os outros moradores, permitiram a mediação de conflitos e o estabelecimento e (re) criação de vínculos no contexto da vida cotidiana. O estudo mostra ainda, que em muitos momentos, as relações conflitivas com os demais pares da casa, foram também mediadas por meio de conversas com o técnico de referência.

O morador recém-chegado no SRT, parece tentar conquistar seu espaço na casa, utilizando o exercício da linguagem e conversando com todos os moradores boa parte do dia. Porém, em outros momentos ele se desorganiza e entra em crise.

Entendemos que esta é uma forma de linguagem que o morador utiliza para ir comunicando-se com o novo mundo concreto do SRT, que agora pode ser seu.

A crise aqui, é entendida, como uma forma de expressão da linguagem. Se por um lado é um momento de expressão da subjetividade, por outro, pode ser um momento de objetivação da própria vida cotidiana do sujeito ao (re)-organizar o espaço simbólico e concreto em que está inserido. Amarante (2013), afirma que a crise pode ser encarada com um momento de desenvolvimento e crescimento para o sujeito.

Esta premissa é confirmada na fala dos moradores quando relatam que no início de sua mudança do Hospital Psiquiátrico para o SRT, não foi um momento fácil e as crises eram frequentes. Com o passar do tempo ao irem se apropriando do cotidiano da casa, os episódios de crise cessaram.

No campo da atenção psicossocial, a crise é compreendida como um evento que pode envolver terceiros, como familiares, amigos, empregadores, ou até mesmo pessoas desconhecidas ao sujeito. O rompimento de um limiar de solidariedade entre os sujeitos, a falta de recursos necessários para dar o suporte necessário na casa ou na comunidade podem levar o indivíduo a desorganizar-se. Por estes motivos, a crise além de ser um processo psicológico e biológico é um evento muito mais social (Amarante, 2008).

Em contrapartida, a crise para a psiquiatria tradicional é um evento decorrente, necessariamente, do agravamento de um quadro sintomatológico da doença. Como forma de contenção do sujeito em crise, a resposta pode ser agarrá-lo a qualquer preço e dopá-lo com fortes medicações que atuam no sistema nervoso central.

Chama a atenção, que num momento de crise, o Suj.6 foi encontrado no interior do CAPS, “babando”, hipermedicalizado, após ser contido quimicamente num momento de crise, pois o mesmo estaria “agitado” ou “causando”, nas palavras de um profissional do CAPS; o morador diz que nos tempos do Hospital Psiquiátrico era assim também. Neste evento, o próprio morador se dá conta da contradição desta prática executada no CAPS.

Da mesma forma, o “riso imotivado” apresentado pelo Suj.4 poderia ser caracterizado pela psiquiatria tradicional como um sintoma da doença. Louzã Neto e Elkis (2007) explicam que os episódios de risos imotivados podem ser alterações do afeto, típicos de pacientes com esquizofrenia hebefrênica. Todavia, entendemos aqui que os “risos imotivados” do morador referem-se a sua entonação no cotidiano para

comunicar-se e estabelecer suas relações com os outros moradores e profissionais, ou seja, o riso objetiva em muitas ocasiões as suas relações na casa.

Assim como o riso de um morador, o autocuidado demonstrado por outra moradora, rompendo com o estereótipo do louco mal cuidado, também é uma forma de linguagem que permite aos sujeitos usarem-na em seu benefício, marcando a vida cotidiana e o processo de morar no SRT.

Heller (2008) ensina que a apropriação da linguagem, em qualquer nível que seja, é fundamental para a própria existência do homem. Do ponto de vista social, sem o domínio das formas de comunicação em qualquer cultura, a existência humana torna-se quase que impossível.

Os utensílios e o aprendizado de sua manipulação guiam a atividade cotidiana concreta. Todo o homem precisa aprender a manipular os objetos e instrumentos como um processo formativo em si mesmo. O bebê, por exemplo, precisa aprender a pegar o copo para que possa beber a água. Ou seja, estas objetivações são o que Heller chama de genéricas em si, que nada mais são do que a apropriação dos códigos sociais que o homem precisa apropriar-se para viver em seu meio que é histórico e social (Guimarães, 2002).

No contexto da reabilitação psicossocial, Salles e Barros (2009) frisam que é necessário um esforço para que o olhar técnico - seja dos profissionais ou dos gestores – esteja atento para que possa enxergar e possibilitar uma vida cotidiana inserida socialmente, valorizando as pequenas atividades de vida diária dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Preparar um jantar especial, ter a possibilidade de realizar as compras da casa, ir ao barbeiro e ficar devendo, passear pelo bairro sem hora para voltar, limpar o banheiro, cuidar da casa, sair para trabalhar e voltar, são atividades diárias que precisam permear o cotidiano destes moradores e dos sujeitos egressos de institucionalização em HP, pois estas situações é que precisam compor o cotidiano concreto e subjetivo de qualquer pessoa.

Entendemos, que é neste cotidiano plural e concreto, que o cuidado de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental se dá e precisa ser ancorado. A partir das necessidades da pessoa com transtorno mental é que este cuidado deve prevalecer, sem fórmulas pré-definidas, sistematizações e rígidas amarras.

Nesta direção, o cuidado de enfermagem assume os pressupostos da reabilitação psicossocial, que entende o sujeito em sofrimento mental como um cidadão de direitos.

Na experiência descrita por Silva et al. (2013), o cuidado de enfermagem tem assumido um protagonismo significativo, no suporte às residências terapêuticas em um município do Rio de Janeiro, considerando que o cuidar é objeto de trabalho específico da enfermagem.

Em contrapartida, diversos autores estudaram este tema no interior das instituições psiquiátricas. Os estudos mostram que o cuidado de enfermagem, nestas instituições era (é) centrado na disciplina dos espaços e dos corpos, na administração de medicações, na contenção mecânica e química, no relacionamento interpessoal terapêutico, na nutrição, na higienização e assistência nas terapias somáticas como eletrochoqueterapia e insulinoterapia que exigiam das enfermeiras habilidades de enfermagem médico-cirúrgica (Barros, 1996; Goffmann, 2001; Foucault, 2004; Kantorski e Silva, 2000).

No contexto do cuidado em saúde mental, os moradores do SRT contam com o apoio de um profissional de referência que integra a equipe de cuidadores, e também com um acompanhante terapêutico que os acompanha algumas horas por semana.

O manual de residências terapêuticas recomenda que os SRTs tenham em sua equipe um ou, até mesmo, mais de um profissional de referência para cada morador, além da figura do AT como elemento importante na reapropriação dos espaços e no trânsito pelas cidades (Brasil, 2004).

A figura do AT é defendida por Sereno (2013), no contexto dos SRTs, problematizando o cuidado por ele dispensado ao morador que tem uma doença mental. O AT mune-se de conhecimentos “psi”, entretanto, desempenha as múltiplas demandas cotidianas como a busca por emprego, acompanhar o sujeito no curso de informática ou ainda, encontrar um namorado.

Matos e Moreira (2013) ao estudarem um SRT, constatam a importância do profissional de referência ao ajudar os moradores a mediar conflitos, no desempenho das tarefas cotidianas e no estabelecimento de vínculos interpessoais que caracterizam o habitar de uma casa.

Cortes et al. (2015) constataram que a equipe de profissionais de um SRT possuía vínculos importantes com os moradores, que os alavancava para uma vida

mais autônoma, fortalecendo os laços sociais que foram rompidos ou fragilizados pelos anos de institucionalização.

Compreendemos que a realização das atividades diárias, o cuidado dispensado pela equipe de profissionais, o suporte mais individualizado dado pelo técnico de referência ou pelo AT, configuram-se como instrumentos que os moradores se servem, no sentido de objetivarem e apropriarem-se de seus próprios cotidianos.

As regras para conviver em grupo são inerentes a qualquer sociedade. O indivíduo, desde cedo, deve aprender algumas regras de comportamento e/ou sociais para que possa viver inserido no grupo coletivo (Heller, 2008).

Apropriar-se socialmente e historicamente dos usos e costumes do grupo que compomos, é necessário para a formação individual do sujeito, bem como para sua reprodução social.

As pactuações, o contrato terapêutico que pode integrar o Projeto Terapêutico Singular, ou os “combinados” representam estas normas sociais ou limites, que balizam as condutas dos moradores no cotidiano da casa.

Pinto et al. (2011) defendem que os contratos terapêuticos precisam ser encarados de forma horizontal e democrática, e precisam ser necessariamente pactuados com o usuário, a fim de compor o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de uma construção coletiva entre o indivíduo e os profissionais, tendo por base as necessidades dos moradores, com vistas a reabilitação psicossocial.

Meirelles, Kantorski e Hypolito (2011) defendem a interdisciplinaridade na composição do PTS, por meio da participação dos diversos profissionais que possam compor as equipes, através da interconsulta, visitas domiciliares, oficinas, entre outros, sobretudo privilegiando o território e a gestão local em saúde.

O PTS no contexto do SRT é uma recomendação do Ministério da Saúde e precisa ser constantemente repensado e reconstruído a cada situação cotidiana que demande mudanças (Brasil, 2008). Os profissionais dos SRTs precisam ter em mente que as regras, os contratos terapêuticos, os combinados, as escalas de tarefas da casa, bem como as próprias normas sociais requerem mudanças, para que o cotidiano possa tornar-se um campo fecundo à reprodução social. A este respeito, Heller nos ensina que:

> nenhuma sociedade pode existir sem que o homem particular se reproduza, assim como nada pode existir sem reproduzir-se simplesmente. Por conseguinte, em toda sociedade há uma vida cotidiana e todo homem, seja

> qual for seu lugar ocupado na divisão social do trabalho tem uma vida cotidiana (HELLER, 1987, p. 19)

Consideramos que, este constante tencionamento integre o processo de trabalho dos profissionais que atuam no contexto das residências terapêuticas, para que a apropriação dos usos e costumes pelos moradores, seja uma plataforma de inserção no meio social e, não, o contrário. Ou seja, que as normas de convivência ou os costumes fiquem enrijecidos, aprisionando os moradores em seu próprio processo de morar.

A assimilação da vida cotidiana para Heller (1985) é a própria assimilação das relações sociais. A apreensão dos costumes de um grupo social revela que este homem está amadurecido socialmente. Vestir-se, por exemplo, é uma atividade da vida cotidiana, mas vestir-se de determinada forma em determinadas ocasiões, o homem está materializando a norma social e incorporando, o que Elias (1990) chama de um “processo civilizador” (Aguiar; Herschmann, 2014).

Grande parte do cotidiano dos moradores gira em torno dos momentos de alimentação, como o almoço ou o café da tarde. Eles utilizam este tempo para organizar o seu dia. São momentos de troca dos moradores entre si e com os profissionais, em que discutem combinados, as tarefas domésticas do dia, relatam o que fizeram no turno passado, enfim o horário do almoço ou do jantar, é muito mais do que realizar a refeição simplesmente.

Cortes (2011) constatou em outro SRT no Sul do Brasil, o mesmo fenômeno, que caracterizava o horário do almoço como um ritual entre moradores e profissionais, quando os comensais organizavam seu cotidiano naquele momento. A antropologia da alimentação tem se ocupado a estudar este fenômeno.

Urge que os moradores dos dispositivos de moradia comunitária para pacientes psicóticos graves, apropriem-se das regras sociais de seu meio na época em que estão vivendo, para que possam dentro de sua diferença, alcançarem um cotidiano de sucesso. Noutras palavras, é preciso que os moradores objetivem o seu cotidiano por meio dos usos e costumes, como nos ensina Heller (2008).

Obviamente que estamos considerando pessoas que tem uma doença mental que é grave, crônica, severa e persistente e, que por estes motivos, demandam que a pessoa por si tenha uma forma diferente de colocar-se no mundo. É por isso que defendemos todas as formas diferentes de existir do outro.

Todavia, estamos desenvolvendo a ideia de que é necessário que todo cidadão, domine e exercite algumas normas sociais, como por exemplo, para fazer uma operação bancária ou pagar uma conta no supermercado é preciso aguardar a sua vez na fila; em nossa cultura costumamos tomar banho diariamente; na sua própria casa, ter seus momentos de privacidade e a possibilidade de guardar seus próprios pertences. O domínio destes costumes pode ser aprendido e desenvolvido nas atividades cotidianas do SRT, por meio das regras que são combinadas no contexto de todo processo de morar.

Ainda, é necessário discutirmos a alienação da vida cotidiana, que se explicita na vida desses moradores, pelas consequências de anos de internação psiquiátrica, e na contradição da indução, a esta cristalização de comportamento no cotidiano dos moradores, pelos profissionais do serviço.

A alienação aqui é compreendida de forma concreta, e fica materializada nos comportamentos hipertrofiados, cristalizados, cronificados que podem aprisionar o morador em seu próprio cotidiano, sem consciência de si mesmo e de seu entorno.

Para Fernandes (2002, pg. 47), a alienação da vida cotidiana ocorre quando:

> Há uma certa tendência a cristalizarmos por determinado tempo, mais ou menos longo, algumas situações desagradáveis, de opressão, de aprisionamento. Como se o nosso ser estivesse alheio, estranho a nós mesmos, nele não nos reconhecemos e repetimos a história até que um dia tenhamos consciência da possibilidade de transformar as condições que nos sufocam, inúmeros são os exemplos do cotidiano que demonstram este fato. Em psicanálise isto foi chamado de 'repetição neurótica', para Marx um processo de 'alienação', um estranhamento do sujeito na relação com a sociedade e consigo mesmo.

No campo da saúde mental, Salles (2011) chama a atenção para a possibilidade de a vida cotidiana dos usuários cristalizar-se, quando o indivíduo cumpre as regras que lhe são impostas, de forma engessada e inflexível, sem consciência, alienando-se.

As profundas marcas deixadas nos moradores pelos longos anos em que “estavam” no hospício, podem ser traduzidas por inúmeros comportamentos estereotipados, dependência dos profissionais para conduzir seu dia a dia e falta de iniciativa para gerenciar aspectos de sua vida cotidiana.

A materialização destas marcas puderam ser constatadas nos trechos discursivos apresentados, quando alguns moradores relataram: falta de privacidade; aglomeração na frente do fogão para serem servidos pelos cuidadores; quando

moradores andavam nus pela casa; roubo de pertences de outros moradores; comportamento infantilizado; autocuidado prejudicado ou ainda, estando mergulhados em cotidianos bastante empobrecidos, homogêneos e muito pouco hierárquicos. A história da psiquiatria está repleta de estudos que comprovam estas marcas impressas pelos manicômios nos pacientes internados.

Borges (2013) estudou o cotidiano asilar do Hospital Colônia Sant'Ana e a Assistência Psiquiátrica em Santa Catarina, nas décadas de 1970 a 1990. O estudo revelou a superlotação do HP, obrigando os pacientes a dormirem nos "leitos-chão"; pacientes nus e rastejando pelo chão; sujos com dejetos humanos e, invariavelmente, amarrados no leito.

Barroso e Silva (2011) por meio da historiografia, fizeram um retrospecto da reforma psiquiátrica brasileira, tendo a desinstitucionalização como eixo norteador do estudo. A cronificação dos pacientes, a iatrogenia, as denúncias de maus-tratos nos Hospitais Psiquiátricos são evidenciados pelas autoras.

Pitta (2011) ao analisar a reforma psiquiátrica brasileira, evidencia os maus-tratos sofridos pelos pacientes psiquiátricos nos manicômios, na efervescência da década de 1970. A autora descreveu as iniciativas de modificações políticas e práticas nos anos 1980, recordou experiências exitosas como a de Santos – SP, e culmina analisando os dez anos após a promulgação da Lei Paulo Delgado, sem deixar de evidenciar as marcas que a institucionalização deixou nos pacientes internados nos HP do país.

Carrion, Margoto e Aragão (2014, pg. 1331-1333) descrevem as causas de internação em um HP da grande Vitória – ES, como "histórias criminais", tatuagens pelo corpo associadas ao comportamento da pessoa, onanismo, pederastia ou ardor sexual. Todos estes motivos de internação psiquiátrica imprimiram nos sujeitos marcas para uma vida inteira, excluindo-os socialmente e os estigmatizando, impulsionando-os a uma vida cotidiana alienada.

Estas e outras graves marcas foram desveladas no estado de SP, por ocasião da realização do Censo Psicossocial em 2008. Cabe assinalar que, no Estado de São Paulo, aproximadamente 43%, ou seja, 2.741 (dois mil, setecentos e quarenta e um), dos pacientes dos HP, tinham como causa de sua atual internação, a transinstitucionalização decorrente, do fechamento dos HPs entre 1990 a 2000, e o descredenciamento dos leitos psiquiátricos pelo SUS, no PNASH de 2005 e 2007 (Barros; Bichaff, 2008).

Santos e Barros (2013) apontam que o estigma e o preconceito com o doente e com a doença mental são construídos culturalmente e da mesma forma precisam ser desconstruídos. Evidenciam ainda, que esta hipertrofia no cotidiano – o estigma – dificulta as ações que poderiam incluir socialmente as pessoas com doença mental.

Marx (1996) nos ensina que o capitalismo transforma o homem em coisa. Coisificação significa a transformação de conceitos e teorias em algo concreto. O capitalismo transforma os sujeitos em coisas, quando não reconhecemos o Pedro, o Tiago e a Maria, mas sim o pedreiro, o marceneiro e a louca.

Chama a atenção uma contradição dialética verificada no presente estudo. O processo de trabalho alienado dos cuidadores induz a um cotidiano coisificado dos moradores. Se por um lado, o processo de trabalho dos profissionais do SRT ajuda o morador a objetivar o seu cotidiano e até mesmo superar a alienação deste, por outro lado, em outros momentos, este processo de trabalho subtrai o cotidiano do morador, alienando-o.

Esta subtração foi constatada quando os profissionais executam as tarefas diárias “pelos” moradores e não “com” os moradores. Também foi possível verificar que o cotidiano dos moradores ficou alienado quando os profissionais os tratavam de forma infantilizada, ou ainda, quando demonstraram ter a crença de que o morador seria incapaz de morar sozinho ou desempenhar tarefas diárias na casa.

As práticas manicomiais / asilares configuram-se como instrumentos do processo de trabalho alienado dos profissionais do SRT e, que em muitos momentos, neste estudo, são responsáveis pela hipertrofia do cotidiano dos moradores, alienando-os. O cotidiano que sofre a ação de uma prática alienada, consequentemente, torna-se alienado.

Em relação ao processo de trabalho alienado no SRT- mesmo que apenas em momentos pontuais – verifica-se uma contradição, pois as práticas asilares, a título de práticas de cuidado, são desempenhadas por cuidadores que sequer tiveram contato com a ciência de enfermagem em sua formação profissional. Cabe dizer que, houve uma opção da gestão em não compor com profissionais de enfermagem a equipe para trabalhar no SRT, deste seu início de funcionamento, justamente para tentar se evitar que esses profissionais não reproduzissem aquelas práticas asilares institucionalizadas. Entretanto, embora não existam profissionais de enfermagem trabalhando no SRT, estas práticas asilares permeiam os processos de trabalho e

foram nitidamente verificadas, como, por exemplo, nas situações cotidianas que seguem:

a) o cuidador trata o morador de forma infantilizada;
b) o cuidador atende o telefone do SRT (casa) a maior parte das vezes;
c) o cuidador dispensa as medicações, em uma bandeja, no mesmo horário para todos os moradores;
d) o cuidador serve as refeições para todos os moradores;
e) o dinheiro dos moradores é controlado pelos profissionais por meio do registro no Livro “Pode”;
f) O profissional cuidador tem a crença de que o morador é incapaz de morar sozinho;
g) o profissional cuidador institui castigos, quando o morador recusa-se a realizar uma tarefa doméstica, a qual ele estava escalado;
h) o profissional cuidador mantém as facas da casa em seu poder;
i) o profissional do CAPS fecha, literalmente, as portas do serviço quando o morador entra em crise;
j) o profissional do SRT mantém os pertences (cartão magnético bancário) do morador em seu poder, mesmo contra a vontade deste;
k) o profissional cuidador considera a casa sozinha, se não houver profissionais nela, mesmo que haja moradores;
l) o profissional cuidador não permite o acompanhamento do pesquisador nas consultas médicas, mas permite o acompanhamento nas consultas com outros profissionais (terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas).

Estas contradições confirmam as convicções de Santos (2014) e de Vianna e Barros (2002) quando afirmam que o entendimento do processo saúde-doença-mental é determinado culturalmente, estando circunscrita social e historicamente. É atestado pelo senso comum, reproduzindo-se nas teias sociais e relacionais em que os indivíduos se encontram inseridos.

Sabe-se que o cuidado é objeto específico, mas não exclusivo da Enfermagem, e considerando-se que também é ensinado culturalmente, mesmo no senso comum, é que precisa-se ter a compreensão da origem da sua construção em saúde mental, pela óptica histórica.

Fraga e Olschowsky (2015) relembram que o trabalho da Enfermagem psiquiátrica nasceu dentro do próprio hospício. E durante o século XIX, os cursos que ensinavam Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, não adotavam o sistema nightingeliano e eram conduzidos, quase que exclusivamente, por profissionais médicos. O processo de trabalho dos enfermeiros psiquiátricos acompanhou, portanto, o processo de medicalização do hospício.

Entendemos, portanto, que estas práticas asilares foram transmitidas e aprendidas culturalmente, de modo a se reproduzirem hoje no contexto do SRT, mesmo sem a presença de profissionais de Enfermagem em seu quadro de profissionais.

Desta maneira, compreendemos que, possibilitar a construção de uma vida cotidiana não alienada, independe de o SRT conter ou não esta ou aquela categoria profissional; o que interessa sim, é que as pessoas que lá estejam trabalhando, tenham destruído em si as amarras manicomiais, culturalmente instituídas.

Heller (1985) entende que a vida cotidiana é a esfera da cotidianidade que mais tem propensão a ser alienada, entretanto, que não seja necessariamente, alienada. A filósofa húngara pondera que a superação da alienação da vida cotidiana se dá na dimensão da superação da sociedade capitalista. Para que esta transformação seja possível, é preciso e fundamental que se invista ao máximo na luta pelo desenvolvimento da individualidade humana que for possível, como assinala Rossler (2004). Heller (2008) diz que a superação da alienação da vida cotidiana é parte da construção de uma sociedade socialista, e esta superação é possível e necessária.

Entendemos que, a superação da alienação da vida cotidiana encontra convergência com os princípios da reabilitação psicossocial ao buscar romper com comportamentos cristalizados e a partir daí, possibilitar o impulso do sujeito com doença mental para inserir-se ao meio social.

Embora na maior parte do tempo observado, a vida cotidiana dos moradores apresente-se alienada, ou pelas profundas marcas deixadas pelas internações psiquiátricas, ou ainda pela práticas asilares imprimidas pelos profissionais do SRT, foram identificados alguns escassos mecanismos para a superação desta alienação. Estes mecanismos são construídos pelos próprios moradores, ou contraditoriamente, facilitados pelos profissionais do SRT, a saber:

a) a não-interferência dos profissionais, a todo instante, no cotidiano dos moradores, facilita o desenvolvimento das características cotidianas como espontaneísmo, pragmatismo e hierarquia;
b) o morador ter a possibilidade de relacionar-se intimamente, com outra pessoa que pode ser morador ou não, dentro de sua casa (SRT) ou fora dela;
c) Ter meios financeiros para subsidiar-se e relacionar-se com o mundo concreto (poder de compra) como LOAS, Benefício de Volta para Casa, Aposentadoria;
d) Ter a possibilidade de manter o próprio dinheiro em seu poder e controlar seus gastos pessoais;
e) Ter a possibilidade de estudar como um direito de todo cidadão;
f) Ter a possibilidade de qualificar-se pessoalmente e inserir-se no mundo do trabalho.

A não-interferência dos cuidadores de forma rotineira, constante e sistemática no cotidiano dos moradores, possibilita que os mesmos tomem a iniciativa, espontaneamente para realizar algumas tarefas, como por exemplo, servirem-se nas horas da refeições, sem ficarem aglomerados em frente ao fogão, esperando que o cuidador os sirva.

O simples fato, de os moradores poderem servir-se à mesa, sem a presença do cuidador, de tomarem a iniciativa de fazer uma comida diferente no domingo, ou ainda, atenderem o telefone sem que alguém o faça por eles, permite que a vida cotidiana dessas pessoas possa ser permeada de momentos de espontaneísmo, por tomarem a iniciativa; de pragmatismo, por tornarem-se dinâmicos e considerarem que há outras atividades a serem realizadas em seu cotidiano; e de hierarquia, por entenderem que naquele momento é aquilo que precisa ser feito em detrimento de outra atividade ou não.

O espontaneísmo é a característica cotidiana em que a pessoa age no ato para satisfazer a sua vontade, sem racionalizar. O pragmatismo refere-se à agilidade em executar uma ação também sem pensar, num primeiro momento, porque a prática já ensinou ao sujeito que a ação resulta numa reação desejada ou não. O cotidiano é hierárquico, pois não se pode fazer tudo ao mesmo tempo, logo a pessoa determina o que fará, de acordo com uma escala de valores que ela atribui (Guimarães, 2002).

Realizar a maior parte das tarefas pelos moradores pode ser, num primeiro momento mais fácil para o profissional cuidador, pois desta forma, não terá que lidar

com situações inusitadas, como mediar conflitos ou então, ajudar o morador a pensar estratégias para resolver outros problemas domésticos. Todavia, este é um cuidado que tutela, aprisiona e aliena o sujeito em seu próprio cotidiano.

Superar esta alienação implica em arriscar, em tentar fazer sozinho ou com o outro colega morador, esta ou aquela atividade; procurar resolver problemas que surjam naquela hora; expor-se; reconhecer seus limites e recorrer ao cuidador se necessário, em algum momento. Permitir que o morador vivencie a experiência de errar e acertar no cotidiano, é dar-lhe o direito mais óbvio e concreto de viver o cotidiano, que lhe foi subtraído nos anos internado no asilo.

Segundo Rinaldi (2013), desde o século passado, na maior parte do mundo, as críticas ao modelo asilar como detentor do saber psiquiátrico, exclusivamente, já não têm mais razão de ser. O campo da saúde mental tem procurado, por intermédio de saberes e práticas do âmbito psicossocial, conceber o louco como um cidadão de direitos, e proporcionar-lhe um cuidado que o torne cada vez mais autônomo e empoderado de si mesmo, tendo a cidadania como eixo norteador. O cuidado proporcionado ao louco precisa ser pautado na premissa de que a loucura é uma questão da existência do cidadão em sofrimento.

Em relação ao cuidado de pessoas com transtorno mental - moradoras de dispositivos comunitários - os estudos internacionais têm inclinado-se para as boas práticas em saúde mental comunitária (Thornicroft ; Tansella, 2010).

Tsemberis e Eisenberg (2014) em um estudo realizado em Nova Iorque, mostraram que, inclusive pessoas em situação de rua, quando são acolhidas e cuidadas de forma a privilegiar sua autonomia no cotidiano, conseguem apropriar-se de suas casas e as habitarem.

Em relação ao cuidado de pessoas com doença mental no cotidiano, Thornicroft e Tansella (2014) recomendam que os profissionais precisam desenvolver métodos que estimulem a autonomia, diminuam o estigma e a discriminação das pessoas; utilizem e desenvolvam métodos para avaliar a satisfação dos moradores, para que possam juntos tomar decisões de forma compartilhada e ofereçam um cuidado de fácil acesso para que o morador e seus familiares sintam-se aceitos.

Além do cuidado com o cotidiano do morador-cidadão para preservá-lo de forma autônoma, os profissionais do SRT (casa) referem que é possível que os moradores relacionem-se intimamente na casa, fora dela ou entre si, inclusive.

Alinhando o raciocínio com a perspectiva da Reabilitação Psicossocial, a possibilidade de relacionar-se intimamente pode ser considerada um mecanismo de superação da alienação do cotidiano, facilitado pelos profissionais do SRT.

Observou-se também que dois moradores estavam flertando, tendendo a uma relação afetivo-sexual. Verificou-se uma superação da alienação, na postura ética dos profissionais, no sentido de preservarem os moradores, já que moram na mesma casa, sem os proibirem, como antes era (e é) feito no manicômio – negando a expressão da sexualidade do louco.

A história mostra que a sexualidade do louco foi negada no interior e fora do manicômio, tendo vista que a psiquiatria considerava o sexo como desencadeante dos processos de loucura. A relação entre sexo e loucura foi inicialmente controlada pela Igreja e, posteriormente, a ciência médica assume o controle das práticas sexuais, ditando normas e valores (Souza, 2014).

Souza (2014) ao estudar as representações sociais de pessoas com doença mental, recomenda que os profissionais de saúde mental coletiva tenham formação específica para lidar com a sexualidade dessas pessoas, a fim de assegurar-lhes uma vida afetivo-sexual segura, sem culpas e, naturalmente, que lhes é de direito.

Assim, como o direito à vida afetivo-sexual é compreendido como um mecanismo de superação da alienação cotidiana dos moradores, também verificou-se que ter meios financeiros para subsidiar-se, como o benefício de Volta para Casa, LOAS e Aposentadoria, constituem-se noutros mecanismos que podem romper com as cristalizações do cotidiano[7].

Cada SRT precisa construir junto aos seus moradores a melhor maneira de lidar com o seu dinheiro. O SRT que foi palco deste estudo, adota uma estratégia de controle por meio do registro em um livro chamado “Livro-Pode”, onde são acompanhados todos os gastos do morador a cada utilização do dinheiro que também fica em poder dos profissionais.

Outro estudo, num SRT do Sul do país, verificou que o dinheiro dos moradores também é mantido em poder da equipe e, naquele serviço, adotam a estratégia denominada Banco Pedagógico, que é similar aos registros de controle do Livro-Pode (Kantorski et al., 2014).

---

[7] Para ver mais sobre Benefício de Volta para Casa e Loas: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf e http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/10/saiba-quem-pode-receber-beneficios-assistenciais-previstos-na-lei-organica-loas

Entendemos que, independe da estratégia que o serviço adote para auxiliar o morador a controlar seus gastos, ter um rendimento que lhe permita subsidiar-se, que lhe dê poder de compra no território que habite - seja proveniente dos benefícios estatais ou não - pode ser um mecanismo concreto para a superação da alienação da vida cotidiana.

Além do direito de receber os recursos financeiros estatais, como o benefício LOAS e o de Volta para Casa, um morador aponta que teve a possibilidade de estudar e tem vontade de qualificar-se para ingressar no mundo do trabalho.

O trabalho é uma categoria importante para Heller. A filósofa húngara explica que o trabalho é a manipulação da natureza pelo homem, objetivando-a, e produzindo algo com valor de uso e de troca. O pensamento cotidiano compreende o trabalho também como gasto ou consumo, que entende-se estar ligado ao desgaste mental e físico do trabalhador, ao produzir algo com valor de uso (Guimarães, 2002; Heller, 2001).

Concordo com Fernandes (2002), quando afirma que o **trabalho** permite que o sujeito saia da dimensão das suas necessidades e da alienação cotidiana, ressignificando seu cotidiano e possibilitando a apropriação de sua cidadania.

Neste estudo, no contexto dos moradores de um SRT, compreendemos a categoria trabalho, conforme Aranha e Silva (2012, pg. 104) nos ensina:

> O trabalho [...] é a forma mais humanizada da humanidade. Somente os humanos fazemos o que queremos, quando precisamos e para o que nos interessa. Esta é a dimensão emancipatória, criativa, protagonista, exploradora das potencias intelectuais, desafiadora dos limites e vulnerabilidades, propulsora dos limites e realizações.

Aranha e Silva (2012) apresenta exemplos concretos de “trocas de identidades” dos trabalhadores do empreendimento de economia solidária O` Bar Bibitantã, como por exemplo; o trabalhador protestante que serviu num evento no Centro de Diversidade Sexual; saber ler e escrever basicamente e servir num coquetel da USP e explicar o seu processo de trabalho para professores titulares.

Este tema é discutido por Saraceno (2001) como um direito dos pacientes psiquiátricos e, como conquista de cidadania quando diz que o trabalho daqueles em cooperativas sociais, não é entendido apenas como uma forma de dar respostas as suas necessidades, mas sim, de integrá-los ao mundo do trabalho como sócios e empreendedores, correndo todos os riscos que as negociações impõem. As cooperativas sociais de trabalho são recomendadas por Saraceno (1999), como uma

alternativa para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, pois permitem uma maior desvinculação do mercado de trabalho.

No contexto da reabilitação psicossocial, muitas publicações nacionais e internacionais, como a de Aranha e Silva (2012), Barone, Bruschetta e D'Alema (2013), Brasil (2005), De Leonardis et al. (1994), ECOSOL (s/d), Heal (2000), Salles e Barros (2014), têm mostrado experiências exitosas de trabalho como um direito de usuários de serviços de saúde mental.

Embora, nenhum morador esteja inserido no mercado de trabalho, uma moradora referiu ter tido a possibilidade de realizar um curso para qualificar-se e desejava ter um trabalho. Entendemos que estas duas possibilidades constituem-se como mecanismos de superação da alienação cotidiana. Pois é por meio do trabalho, que o sujeito se (re)coloca no mundo, trocando a identidade de louco incapaz, pela de trabalhador produtivo.

Frisamos que, a superação da alienação cotidiana pelo trabalho, precisa ser compreendida no contexto do trabalho protegido que, produz algo com valor de troca, seja por meio das oficinas de geração e renda e/ou por meio das cooperativas sociais.

Neste estudo, não negamos os aspectos subjetivos da vida cotidiana, mas optamos por analisá-la nos moradores do SRT, considerando os aspectos concretos, materiais, ou seja, as objetivações que envolvem este cotidiano, e que desenrolam-se num meio social e historicamente construído.

Embora os moradores deste SRT, objetivem concretamente os seus cotidianos, ainda existem muitas dificuldades, sejam elas relacionais; pragmáticas (como ir pagar uma conta); hierárquicas (como decidir o que fazer primeiro); ou mesmo quando contraditoriamente, o cotidiano é induzido à alienação pelos próprios profissionais deste serviço.

Morar num lugar protegido, para estas pessoas que carregam em si os precedentes manicomiais, precisa significar ter o direito da (re) construção de uma vida cotidiana alicerçada no princípio de cidadania, que é preocupação central da Reabilitação Psicossocial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta investigação foi analisar o processo de morar e o cotidiano dos moradores de um SRT por meio da caracterização do perfil sóciodemográfico; da caracterização do cotidiano na perspectiva das características hellerianas; da identificação dos mecanismos utilizados pelos moradores para qualificar o processo de morar e os seus cotidianos e da compreensão das suas representações sobre os fatos de suas vidas.

Escrever uma tese de doutorado é uma tarefa complexa e permeada de muitos desafios. Delimitado o objeto de estudo, o maior e mais delicado desafio foi procurar eleger o método que melhor contemplasse a realidade a ser estudada. Entre idas e vindas, entendemos que a aplicação de entrevistas e um largo período de observação participante, dariam conta desta captação.

As redes familiar e social destes usuários são bastante escassas e, em relação ao trabalho, nenhum morador o realiza e há poucos com motivação para tal. Esta caracterização já indicou que muito do que se vê como característica das pessoas residentes, tem a ver com o longo tempo de internação em Hospital Psiquiátrico a que estiveram submetidas. Isso é consequência da institucionalização e, e que a reabilitação psicossocial é um processo necessário na vida desses sujeitos.

Analisar o processo de morar e o cotidiano de moradores de um SRT foi um trabalho de captar minúcias e um desafio de grande porte.

O entendimento das representações dos moradores sobre os fatos de suas vidas e a caracterização sóciodemográfica, foram possibilitadas pelas entrevistas e pela análise minuciosa de seus discursos, na busca pelos significados acerca do processo de adoecer mentalmente.

A teoria do cotidiano da filósofa húngara - Agnes Heller e a reabilitação psicossocial, iluminaram o olhar das características da vida cotidiana dos moradores, por meio da observação participante, com registros minuciosos e exaustivos em diários de campo, nos permitiu obter resultados que caracterizaram um cotidiano objetivado, ou contraditoriamente, por vezes alienado.

Também foi possível compreender os mecanismos que os profissionais do SRT e dos próprios moradores utilizaram para qualificar este processo de morar e o cotidiano, superando a alienação que os impulsionava a uma coisificação.

Analisar as características da vida cotidiana dos moradores, por meio do referencial teórico adotado, permitiu explicitar uma contradição. Se por um lado, o cotidiano dos moradores é permeado de situações espontâneas, ou ainda, eles conseguem dar um “tom” particular (entonação) a estas situações, por outro, este mesmo cotidiano é encharcado pelos velhos precedentes do Hospital Psiquiátrico. Isso ocorre, seja pelas sequelas da institucionalização ou estimulados por práticas asilares, dispensadas pelos profissionais, mesmo sem nunca terem trabalhado no manicômio.

Cabe dizer que, algumas marcas deixadas pelo manicômio, são traduzidas na forma de comportamentos cristalizados ou cronificados dos moradores, mesmo sem a indução dos profissionais do SRT. Algumas delas parecem ter acompanhado os moradores deste o Hospital Psiquiátrico e outras eram reforçadas pelos profissionais do SRT.

Aqui cabe enfatizar que o fato da gestão ter optado por não contratar profissionais de Enfermagem para compor o quadro de profissionais do SRT, que foi cenário deste estudo - a fim de proteger os moradores das práticas asilares tradicionalmente instituídas que pudessem ser a eles dispensadas por tais profissionais - não afastou o senso comum predominante na sociedade sobre o louco e a loucura. Dessa forma, os moradores do SRT conviveram com tais práticas de maneira indiscriminada, pois mesmo sem ter profissionais de enfermagem, as práticas asilares eram dispensadas aos moradores no cotidiano do SRT.

Compreendemos que é importante que os profissionais que trabalham nos SRTs tenham desconstruído em si os precedentes manicomiais que são socialmente e historicamente ensinados. Neste sentido, sugere-se capacitações periódicas e oficinas técnicas de sensibilização, aos trabalhadores que atuam neste serviço.

A ideologia manicomial, dominante em nosso meio social, é a força motriz que alimenta e retroalimenta estas práticas asilares, internalizadas e dispensadas pelos profissionais do SRT. Assumimos claramente, uma postura ética, estética e política da contraideologia balizada pela Reforma Psiquiátrica, que entende o sujeito como um cidadão de direitos.

Defendemos ainda, que as moradias protegidas, são um direito das pessoas que carregam em si, os precedentes oriundos das instituições psiquiátricas, que são as responsáveis por estes processos de alienação cotidiana.

O cotidiano alienado foi verificado quando os moradores demonstravam ter uma dependência excessiva dos cuidadores ou quando o morador que havia se mudado há pouco para o SRT, roubava pertences dos outros e os guardava embaixo de seu travesseiro.

O preconceito social com o louco-morador sempre permeou suas histórias de vida nos seus relatos, desde a própria família, quando obrigou uma moradora a ir morar na rua; outra, a ir para Hospital Psiquiátrico por não ter condição de trabalhar e levar dinheiro para a casa, ou até outro episódio em que o motorista do ônibus mal tratou a moradora por ser "grandona e desajeitada", demandando maior tempo para descer na parada de ônibus.

Frente a tese, defendida neste estudo, de que "*a vida cotidiana de pessoas com doença mental, moradoras de dispositivos comunitários, embora possa ser objeto de estratégias e ações de reabilitação psicossocial dos profissionais deste serviço-casa, também pode ser subtraída e mesmo alienada por estes mesmos profissionais*", os resultados obtidos nos permitem considerar que:

- a vida cotidiana dos moradores do SRT, palco deste estudo, é concretizada e objetivada por meio da linguagem, de instrumentos e dos usos e costumes. Em alguns fatos cotidianos, estas objetivações foram facilitadas pelas ações e estratégias utilizadas pelos os profissionais e, também pelos próprios moradores;
- contraditoriamente, estes mesmos profissionais, noutros fatos cotidianos verificados, induzem a um cotidiano alienado, coisificando os moradores, homogeneizando-os;
- no entanto a superação deste cotidiano alienado e coisificado, está em processo pois tanto os moradores quanto os próprios profissionais do SRT, desenvolviam ações e estratégias de superação para esta alienação.

A não-interferência dos profissionais nas atividades de vida diária cotidiana, possibilitou um cotidiano mais pragmático, heterogêneo, espontâneo. Habitar, concretamente, uma casa implica em gastos financeiros. Alguns moradores recebem o auxílio LOAS; outros o Benefício de Volta para Casa e, outros ainda, são aposentados. Ter meios financeiros para subsidiar-se contribui para superar a alienação cotidiana, pois reposiciona o sujeito no meio social, estabelecendo poder

de compra, de troca concreta no meio social capitalista. Embora a gestão municipal seja a responsável pelo aluguel do imóvel, pelas despesas de água e luz e subsidie-os com alguns gêneros alimentícios, entendemos que os benefícios sociais são fundamentais, porém o valor pago a cada um destes beneficiários, ainda está aquém do mínimo necessário.

Urge uma política pública que regulamente, rigorosamente, os benefícios devidos aos pacientes egressos de longas internações psiquiátricas e/ou que tenham uma doença mental grave, severa e persistente que, porventura, impossibilite-os para o trabalho. Fica a sugestão para outros estudos, que possam verificar os custos das longas internações psiquiátricas, comparando-os com os custos das moradias em dispositivos na comunidade para pacientes psiquiátricos.

Cabe dizer que, muito embora a compreensão de tais custos seja interessante numa dimensão financeira, entendemos que o Estado tem a obrigação legal e ética de arcar com as despesas da vida cotidiana dos pacientes oriundos das longas internações psiquiátricas, pelo fato de que este mesmo Estado é responsável pela supressão e aprisionamento de vidas inteiras atrás dos muros dos manicômios, que não voltam mais.

Podemos considerar como um mecanismo de superação da alienação, a possibilidade concreta de trabalhar e estudar. É necessário que os profissionais da saúde mental, do ponto de vista reabilitatório, concebam a ideia de trabalho concreto - que seja capaz de inserir o sujeito no meio produtivo - possibilitando-lhe o ganho de dinheiro, por algo que produza com valor de troca. Assim, opõem-se a ideia de trabalho terapêutico que remete a uma construção ideológica manicomial.

Na experiência portuguesa, há prioritariamente, dois dispositivos para moradia de pacientes psiquiátricos na comunidade, a saber: a Unidade de Vida Apoiada e a Unidade de Vida Protegida. Do ponto de vista estrutural, em princípio, estas casas não diferem da experiência brasileira, pois são moradias para no máximo dez pessoas, tendo uma equipe de cuidadores e um coordenador.

Numa dimensão particular, a experiência portuguesa chamou-nos a atenção, pois as práticas de cuidado parecem buscar, a todo o momento, privilegiar a autonomia do morador e, em noutros momentos, o profissional interfere na dinâmica cotidiana de funcionamento da casa, que é dos moradores.

No SRT que foi cenário deste estudo, embora os profissionais tenham tido um discurso politizado, debatendo elementos importantes da reabilitação psicossocial

como autonomia, cidadania e direitos humanos, as práticas de cuidado, em muitos momentos, tendiam a ser reducionistas e favoreciam a institucionalização do morador. Essas práticas diferem da realidade portuguesa acompanhada, pois os profissionais sequer tem este "discurso falado", pelo menos quando acompanhados, muito embora a discussão em Portugal tenha girado em torno dos direitos humanos para os usuários de saúde mental.

Considerando os resultados obtidos, é possível realizar algumas recomendações nas dimensões estrutural, particular e singular, no contexto das moradias comunitárias para pacientes psiquiátricos.

Numa dimensão *estrutural*, recomenda-se:

- A instituição de uma política pública que regulamente a concessão de uma "*bolsa-moradia",* para pacientes psiquiátricos com ou sem história de internação psiquiátrica. Esta bolsa deve ser compatível com as despesas de aluguel de imóveis e despesas com água e esgoto, energia elétrica e gastos com alimentação, minimamente;
- A instituição de uma política pública educacional a ser implementada desde o ensino fundamental, abordando temas como loucura, o diferente e a tolerância à diferença, facilitando a desconstrução social preconceituosa com o louco e a loucura;
- Estudos de custo-benefício e custo-efetividade das moradias comunitárias para pacientes psiquiátricos com ou sem história de internação psiquiátrica;
- Estudos avaliativos acadêmicos e institucionais que possibilitem a tomada de decisão, enfocando a qualidade do processo de morar nos SRTs.

Numa dimensão *particular*, recomenda-se:

- Supervisão clínico-institucional para o SRT;
- Supervisão para os profissionais que atuam no SRT, especialmente os cuidadores;
- Interlocução constante, entre os serviços de saúde da rede que deem suporte ao SRT, especialmente da Estratégia de Saúde da Família e do CAPS;
- Interlocução do SRT com as escolas do bairro e, com as escolas de formação profissional, com vistas à capacitação profissional dos moradores.

- O SRT deve capacitar o seu quadro de profissionais, abordando temas como doença mental, reabilitação psicossocial e estratégias pedagógicas para o cotidiano, minimamente;

Numa dimensão *singular*, recomenda-se:

- Capacitação em Saúde Mental para todo profissional que for trabalhar em um SRT. A capacitação pode ser realizada na rede ou no próprio serviço;
- O cuidado dispensando aos moradores deve ser pautado nas necessidades individuais de cada um;
- As estratégias pedagógicas a serem adotadas pelos profissionais devem ser pautadas na autonomia e na cidadania com vistas a preparar o indivíduo para um cotidiano heterogêneo, pragmático, com capacidade de estabelecer hierarquias que preserve a *marca* (entonação) de cada um.

Entendemos que estas recomendações, assim como o próprio entendimento histórico e social do processo de adoecer mentalmente, são processos dialéticos, com avanços e retrocessos, que precisam ser refletidos e superados, constantemente.

Embora a vida cotidiana possa até ser alienada, ela não o é totalmente, como nos ensina Heller (2001) e, cabe aos profissionais dos serviços de saúde, aos gestores e aos próprios usuários dos serviços de saúde mental, construírem estratégias para a superação da coisificação cotidiana.

Entendemos que, as recomendações sugeridas nas dimensões estrutural, particular e singular só terão algum êxito - se e somente se - o homem destruir em si as amarras manicomiais que foram histórica e socialmente instituídas. Compreender, aceitar e respeitar que a “casa de louco” é a casa de qualquer pessoa, pois cada cidadão deve ter o direito de escolher a sua melhor forma de habitar o mundo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Aguiar MLSR, Herschmann M. Vida Cotidiana: em torno de Agnes Heller e Michel de Certeau. Rev Eletrôn Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano. 2015; 5(5).

Amarante P, Lima R, coordenadores. Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório final./Coordenado por Paulo Amarante e Ricardo Lima. [Rio de Janeiro]: s.n, 2008. 105 p.

Almeida ACMCH, Felipes L, Dal Pozzo VC. O impacto causado pela doença mental na família. Rev Portuguesa Enferm Saúde Mental. 2011*;* (6):40-7.

Amorim AK, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto dos serviços residenciais terapêuticos. Ciênc Saúde Colet. 2009; 3(11):195-204.

Aranha e Silva ALA. construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária. 2012. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina,2009. p.52-75.

Barros S, Egry, EY. O louco, a loucura e alienação institucional: o ensino de enfermagem *sub judice*. São Paulo: Cabral; 2001.

Barros S. Bichaff R, organizadores. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP/Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.

Barros S, Batista LE, Dellosi ME, Escuder MMl. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. Saúde e Sociedade. 2014; 23:1235-47.

Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev SPAGESP. 2011; 12(1),66-78.

Basaglia F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: Amarante P, editor. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

Belini MG, Hirdes A. Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(4):562-9. [citado 2013 Mar 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a03.pdf

Benevides de Barros RD, Passos E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psicologia: teoria e pesquisa. 2000; 16(1):71-9.

Borges RF, Luzio CA. Qualitative research in mental health: some issues. Rev Psicologia UNESP. 2010; 10(1):14-23.

Borges VT. Um "depósito de gente": as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2013; 20(4):1531-49.

Braga FS, Olschowsky A. Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Rev Enferma UFPE On Line. Recife. 2015; 9(3):7086-94.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

Carrion CTP, Margotto LR, Aragão, EAM. As causas das internações no Hospital Adauto Botelho (Cariacica, ES) na segunda metade do século XX. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro. 2014; 21(4):1323-40. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401323&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept. 2015.

Certeau M. A invenção do cotidiano 1: as artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.

Chauí M. Senso comum e transparência. In: Lerner J. organizador. O preconceito. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 1996/1997; p.115-32.

Cortes JM. O laço social de indivíduos em sofrimento psíquico [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas - Faculdade de Enfermagem; 2011.

Cortes JM, Kantorski LP, Barros S, Antonacci MH, Magni CT, Guedes ADC. Social ties of individuals in psychic distress: contributions for psychiatric nursing. J Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007], 2015; 9(4):7322-9.

Cunha LSH. Trabalhadores de um Serviço Residencial Terapêutico de Porto Alegre a reforma psiquiátrica. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.

Dalmolin BM. Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

Dudley M, Silove D, Gale F. Mental health and human rights: vision, praxis, and courage. UK: Oxford University Press; 2012.

ECOSOL. Rede de saúde mental e economia solidária. São Paulo. Disponível em: http://saudeecosol.org/

Elias, N. O processo civilizador. Uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

Estrella R. O lugar dos sujeitos nos serviços residências terapêuticos [dissertação]. Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2010.

Fassheber VB, Vidal CEL. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. Psicol cienc prof. 2007; 27(2):194-207. [citado 2013 Set 02]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n2/v27n2a03.pdf

Fernandes I. A dialética dos grupos e das relações cotidianas. In: Guimarães GD. Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

Filizola CLA, Teixeira IMDC, Milioni DB, Pavarini SCI. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):418-25.

Figueiredo AC, Frare AP. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rev Lat-Am Psicopat Fund. 2008; 11(1):82-96.

Foucault M. (1961). A história da loucura na idade clássica. Editora Perspectiva: São Paulo; 2004.

Furtado JP, Pacheco RA. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas. Análise de uma experiência. J Bras Psiquiatria. 1998; 4(3):179-84.

Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3):785-95.

Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. Interface (Botucatu). 2013;

17(46):635-47. [citado 2013 set. 02] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n46/aop1913.pdf

Generoso CM. A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados – uma pequena construção. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2008; 8(1):67-73.

Goffman, E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 2001.

Guattari F. Transversalidade. In: Guattari F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981. p.88-105.

Guerra AMC, Generoso CM. Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica. Rev Lat-Am Psicopat Fund. 2009; 12(4): 714-730. [citado 2013 Set 02] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n4/v12n4a07.pdf

Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica. Rev Lat-Am Psicopat Fund. 2004; 7(2):83-92.

Guimarães GD. Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

Guimarães J, Saeki T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). Hist Ciênc Saúde Manguinhos. 2001; 8(2):357-74.

Heal A. Mental health and work. http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf

Heller A. O cotidiano e a história. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

Heller A. O homem do Renascimento. Lisboa: Editorial Presença, 1982.

Heller A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Edicions 62, 1987.

Heller A. Uma teoria da história. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.

Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Texto Contexto Enferm. 2004; 13(4):593-8.

Kantorski LP, Mielke FB, Teixeira JR. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. Trab educ saúde. 2008; 6(1):87-105.

Kantorski LP. REDESUL – Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. Pelotas, 2011.

Kantorski LP, Silva GB. A Reforma psiquiátrica em questão. In: ____. organizadores. Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica. Pelotas: Editora UFPel, 2001, p.141-210.

Kantorki LP, Cortes JM, Cruz Guedes A, Franchini B, Aquino Demarco D. O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. Rev Eletrôn Enferm. 2014; 16(4):759-68.

Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

Kehl MR. Direitos humanos: a melhor tradição da modernidade. In: Venturi G. Direitos humanos: percepções da opinião pública. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2010.

Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Interface (Botucatu) [serial on the Internet]. 2011 Mar [cited 2014 Apr 21] ; 15(36): 137-152. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100011&lng=en.

Lee S, Wong Y-LI, Rothbard AB. Factors associated with departure from supported independent living programs for persons with serious mental illness. Psychiatric Services. 2009; 60(3):367-73.

Leff HS, et al. Does one size fit all? What we can and can't learn from a metaanalysis of housing models for persons with mental illness. Psychiatr Serv. 2009; 4(60).473-82.

Leite LS, Pielke IO, Furtado JÁ, Picolli LM, Furini LG, Melo D, et al. Clínica Complexa: a experiência clínica em um residencial terapêutico de caráter temporário. PSICO, Porto Alegre, PUCRS. 2012; 43(4):517-23.

Livieres CF, Aranha e Silva AL. O projeto moradia assistida do centro de atenção psicossocial: de uma questão clínica a outra. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(2):188-95. [citado 2013 Set 02/]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/05.pdf

Louzã Neto, MR, Hélio Elkis. Psiquiatria básica. Artmed, 2007.

Machado LD, Lavrador MCC. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. Vivencia (Natal). 2007; 32:79-95.

Machado R, Loureiro Â, Luz R, Muricy K. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

Mairesse D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Fonseca TMG, Kirst PG, organizadores. Cartografias e devires: a construção do presente Porto alegre: UFRGS, 2003. p.259-71.

Mângia EF, Marques ALM. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2004; 15(3):129-35.

Mângia EF, Rosa CA. Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2002; 13(2).

Marcos CM. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rev Psychê de Psicanálise. 2004; 8(14):179-90.

Marques ALM, Mângia EF. Organização e práticas assistenciais: estudo sobre centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. Rev Ter Ocup USP. 2011; 22(3):229-37.

Marques AL, Mângia EF. Ser, estar, habitar. Rev Ter Ocup USP. 2012; 23(3):245-52.

Marx K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996a. Livro I, tomos 1 e 2. (Coleção Os Economistas).

Matos BG, Oliveira Moreira LH. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. Escola Anna Nery Rev Enferm. 2013; 17(4):668-76.

Meirelles MCP. Kantorski LP, Hypolito ÁM. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial. Rev Enferm UFSM, 2011; 1(2):282-9.

Mello AP. Entre a cruz e a espada. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 2010; 20(1):106-11. [citado 2013 Set 02]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/14.pdf

Merighi MAB, Kimura AF. Enfocando estratégias de ensino de pesquisa qualitativa utilizada no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. REME. Rev Mineira Enferm. 2004; 8(3):398-401.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Miranda SF. O “cotidiano” e a “crítica”: uma análise do preconceito sob dois posicionamentos teóricos. Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. ISSN 1413-4063. 2012; 21(1):45-58.

Nelson G, Aubry T, Hutchison J. Housing and Mental Health. In: Stone JH, Blouin M, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. 2010. [cited 2011 Ago 30] Available from: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/article.php?id=132&language=en.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas; 2003.

Nordentoft M, Pedersen MG, Pedersen CB, Blinkenberg S, Mortensen PB. The new asylums in the community: severely ill psychiatric patients living in psychiatric supported housing facilities. A Danish register-based study of prognostic factors, use of psychiatric services, and mortality. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012; 47(8):1251-61.

Onocko-Campos RT, et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamim e da antropologia médica. Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18(10):2847-57.

Passos E, Benevides R. Clínica, política e as modulações do capitalismo. Lugar Comum; 2004; 19-20:159-71.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulinas, 2009.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

Paulon SM, Resende V, Knijinik C, Oliveira ES; Abreu MC. Das múltiplas formas de habitar uma morada: a produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico. Vivencia (Natal). 2007; 32:119-37.

Piat M, et al. Housing for persons with serious mental illness: consumer and service provider perspectives. Psychiatr Ser. 2008; 59(9):1011-7.

Piat M, Sabetti J. Residential housing for persons with serious mental illness: the fifty year experience with foster homes in Canada. In: Stone JH, Blouin M, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. 2010. [cited 2001 Ago 30]. Available from: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/article.php?id=236&language=en.

Pinho LBD, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Lacchini AJB. Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(1):65-73.

Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-26.

Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas An assessment of Brazilian Psychiatric Reform: Institutions, Actors and Policies. 2011.

Resende H. (1990) Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000. p.15-73.

Rinaldi DL. Clínica do sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2013; 3(1):97-100.

Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.

Romagnoli RC, Paulon SM, Amorim AKMA, Dimenstein M. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. Interface (Botucatu). 2009; 13:199-207.

Romagnoli RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. Psicologia & Sociedade. 2009; 21(2):166-73.

Rossler JH. O desenvolvimento do psiquismo na vida cotidiana: aproximações entre a psicologia de Alexis N. Leontiev e a teoria da vida cotidiana de Agnes Heller. Cad. Cedes. 2004; 24(62):100-16.

Rotelli FLSO, Mauri D. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Salles MM. Vida cotidiana de usuários de Caps: a (in)visibilidade no território. Tese de Doutorado. EEUSP: São Paulo, 2011.

Salles MM, Barros S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1):11-6.

Salles MM, Barros, S. Exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(3):704-12.

Salles MM, Barros S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. Physis. 2014; 24:1275-92.

Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2002.

Santos IMM. Projetos culturais e saúde mental: promoção de inclusão social e qualidade de vida. Tese de Doutorado. EEUSP: São Paulo, 2014.

Santos JC. O estigma da doença mental: compreensão e ações dos profissionais do CAPS. Dissertação de Mestrado. EEUSP: São Paulo, 2013.

Saraceno B. Libertando identidades. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-8.

Sawaia B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: As artimanhas da exclusão. Petrópolis: Vozes, 2004.

Sawaia BB, Spink MJP. "Cidadania, diversidade e comunidade: uma reflexão psicossocial." A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez. 1994; p.147-56.

Sereno D. Sobre a ética no acompanhamento terapêutico (AT). Psicologia Rev. ISSN 1413-4063. 2013; 21(2):217-32.

Silva, MLS, Martins GDCS, Almeida Peres MA, Almeida Filho AJ. A enfermagem na rede de apoio às residências terapêuticas para moradores com transtorno mental. Referência: Rev Cient Unid Investig Ciências da Saúde: Domínio Enferm. 2013; (11).

Souza J, Kantorski L, Luis M. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. Rev Baiana Enferm. 25, out. 2012. Disponível em: http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469. Acesso em: 05 Out. 2014.

Souza MCMR. S729r Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtorno mentais [manuscrito]. / Marina Celly Martins Ribeiro de Souza. Belo Horizonte: 2014.

Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? Saúde Soc. 2007; 16(3):102-10.

Thornicroft G, Tansella M. Boas práticas em saúde mental comunitária. In: Boas práticas em saúde mental comunitária. Manole; 2013.

Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. Brit Med J. 1999; 319(6):13-6.

Tsemberis S. L'intégration sociale des patients psychiatriques désinstitutionnalisés: l'expérience de New York. In: Beaulieu A, Dorvil H, organizadores. L'habitation comme déterminant social de la santé mentale. Montreal: Acfas, 2004. p.55-62.

Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. Psychiatric services. 2014.

Vianna PCM, Barros S. A análise do discurso: uma revisão teórica. Rev Min Enferm. 2003; 7(1):56-60.

Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(1):70-9.

Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Nursing care for people with mental disorders, and their families, in Primary Care. Acta Paul Enferm. 2012 [cited 2015 May 07]; 25(3): 346-351. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000300005&lng=en.

Wong Y-LI, Poulin S, Lee S, Davis M, Hadley TR. Tracking residential outcomes of supported independent living programs for persons with serious mental illness. Evaluation and Program Planning. 2008; 31(4):416-26.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(a):_____

Meu nome é Jandro Moraes Cortes, sou aluno do Programa de Doutoramento em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), e estou convidando-o a participar de um estudo sobre o morar e o cotidiano de pessoas que moram numa Residência Terapêutica na perspectiva da reabilitação psicossocial. O objetivo geral desta pesquisa é analisar do processo de morar e do cotidiano dos moradores de um SRT.

Portanto, estou propondo observar o cotidiano do SRT por um mês, durante os turnos da manhã e da tarde. Os dados serão registrados em Diário de Campo e coletados apenas por mim e por uma aluna graduanda em Enfermagem, na forma de observação participante, por meio de registros que farei ao final de cada dia de observação e de um instrumento.

Desta forma, convido você a participar (voluntariamente) desta pesquisa, garantindo o sigilo das informações, de modo que seu anonimato seja preservado. Ressalto que você, enquanto participante, terá total liberdade de recusar e interromper, a qualquer momento, sua participação, sem qualquer tipo de ônus/ prejuízo.

Disponho-me a esclarecer, sempre que necessário qualquer aspecto relacionado à pesquisa, durante o seu desenvolvimento, a fim de eliminar possíveis dúvidas. Informo que uma via deste TCLE ficará com o participante do estudo e outra com o pesquisador.

Agradeço sua atenção e sua participação.

_____

Jandro Moraes Cortes

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa: "*Casa de louco": um estudo cartográfico do morar e do cotidiano do louco na perspectiva da reabilitação psicossocial*".

Nome: _____

Data:_____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Pesquisador: Jandro Cortes - email: jandrocortes@usp.br (11-951394345)

Comitê de Ética e Pesquisa da EEUSP: edipesq@usp.br (11-30617548)

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados

1. Nome: _____ _____
2. Data de Nascimento:____/____/_____
3. Idade: _____ anos
4. Naturalidade: _____
5. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
6. Cor da Pele/Raça: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo
   ( ) Amarelo ( ) Indígena
   ( ) Outro: _____
7. Religião: ( ) Sim ( ) Não
   - Se sim,
   8. Qual?) Católico ( ) Evangélico
      ( ) Espírita ( ) Outros:

9. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado
   ( ) Divorciado ( ) Viúvo
   ( ) Desquitado ou separado judicialmente
10. Nível de Instrução:
    ( ) Sem Instrução e Fundamental Incompleto
    ( ) Fundamental Completo e Médio Incompleto
    ( ) Médio Completo e Superior Incompleto
    ( ) Superior Completo
11. Trabalha: ( ) Sim ( ) Não
    - Se sim,
      12. Com o quê? _____
13. Situação do Trabalho:
    ( ) Formal ( ) Informal
    ( ) Desempregado ( ) Aposentado
14. Qual sua principal fonte de renda?
    ( ) Emprego ( ) Auxílio-doença
    ( ) Seguro-desemprego ( ) Pensionista
    ( ) Renda do cônjuge/ companheiro ( ) LOAS
    ( ) Aposentadoria ( ) Renda familiar
    ( ) Atividade de Geração de Renda ( ) Outro, Qual? ____

15. Quem administra o seu dinheiro? ( )

Eu próprio (usuário)

( ) Familiar

( ) O profissional do SRT

( ) O técnico de referência do CAPS

( ) Outro:_____

16. Faz uso de bebidas alcoólicas?

( ) Não, nunca bebi.

( ) Não, parei.

- Se parou,

17. Qual tipo de bebida consumia? _____

18. Há quanto tempo parou?_____

( ) Sim.

- Se sim,

19. Qual tipo de bebida consome? _____

20. Com que frequência? _____

21. Há quanto tempo? _____

22. Realiza atividade física?

( ) Não, nunca fiz.

( ) Não, parei.

- Se parou,

23. Há quanto tempo parou?_____

( ) Sim.

- Se realiza,

24. Há quanto tempo começou? _____

25. Com que frequência realiza atividade física? _____

26. Qual tipo de atividade física realiza? _____

27. Fuma?

( ) Nunca fumou. ( ) Ex-tabagista.

- Se ex-tabagista,

  28. Há quanto tempo parou? _____

( ) Tabagista.

- Se tabagista,

  29. Há quanto tempo fuma? _____

  30. Quantos cigarros por dia? _____

31. Faz uso de outro tipo de droga ou substância psicoativa (excetuando-se medicação):

    ( ) Não ( ) Sim

32. Teve internação psiquiátrica? ( ) Não ( ) Sim

- Se sim,

  33. Onde: _____

  34. Quanto tempo:_____

  35. Mora na residência há quanto tempo: _____ meses

36. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico? ( ) Não ( ) Sim

- Se Sim,

  37. Qual é o diagnóstico?

( ) Esquizofrenia ( ) Álcool ou Drogas

( ) Transtorno Depressivo Maior ( ) Síndrome do Pânico

( ) Transtorno Bipolar ( ) Outro, qual? _____

38. O(a) Sr. (a) faz uso de alguma medicação psicotrópica? ( ) Não ( ) Sim

39. Quais as medicações psicotrópicas que o(a) Sr. (a) está usando atualmente?

_____

_____

_____

40. O(a) Sr. (a) tem alguma doença clínica ou outro problema de saúde?

    ( ) Não ( ) Sim

- Se sim,

41. Qual?

a) Hipertensão arterial ( ) Não ( ) Sim
b) Diabetes ( ) Não ( ) Sim
c) Obesidade ( ) Não ( ) Sim
d) Problemas oncológicos ( ) Não ( ) Sim
e) DST/ AIDS ( ) Não ( ) Sim
f) Outro: _____ ( ) Não ( ) Sim

42. Atualmente, o(a) Sr. (a) usa medicação para este problema? ( ) Não ( ) Sim

- Se sim,

43. Qual?

_____

_____

_____

_____

44. O(a) Sr. (a) possui plano de saúde privado? ( ) Não ( ) Sim

45. O Sr. acha que o seu tratamento no CAPS poderia ser melhorado? ( )Não ( ) Sim

- Se sim,

46. Como?

47. Marque na escala abaixo como o(a) Sr. (a) se sentiu a respeito de como é tratado no CAPS:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

48. O(a) Sr. (a) já participou de alguma atividade de geração de renda?

( ) Não ( ) Sim

49. Qual a sua opinião sobre a maneira como o(a) Sr. (a) é tratado, em termos de respeito e dignidade, no SRT?

( ) Nunca me senti respeitado
( ) Geralmente não me senti respeitado

( ) Mais ou menos

( ) Geralmente me senti respeitado

( ) Sempre me senti respeitado

50. Em geral, como o(a) Sr. (a) classificaria a acolhida dos profissionais do SRT?

( ) Nada amigável

( ) Pouco amigável

( ) Mais ou menos

( ) Amigável

( ) Muito amigável

51. Em geral, como o(a) Sr. (a) classificaria sua relação de amizade com os outros moradores do SRT?

( ) Nada amigável

( ) Pouco amigável

( ) Mais ou menos

( ) Amigável

( ) Muito amigável

52. Quais são as atividades de vida diária que o Sr (a) desempenha no SRT?

_____

_____

_____

_____

_____

53. O senhor(a) realiza alguma atividade de lazer dentro ou fora do SRT? ( ) Sim ( ) Não

- Se sim,

54. Qual e onde?

_____

_____

_____

55. O senhor (a) recebe visitas no SRT? ( ) Sim ( ) Não

- Se sim,

56. Quem costuma visitá-lo?

_____

_____

_____

57. Marque na escala abaixo como o(a) Sr. (a) se sentiu a respeito do seu cotidiano e de morar aqui no SRT, nas últimas 4 semanas.

_____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

58. O(a) Sr. (a) está satisfeito com o conforto e a aparência do SRT?

( ) Muito insatisfeito

( ) Insatisfeito ( )

Indiferente ( )

Satisfeito

( ) Muito satisfeito

59. Como o(a) Sr. (a) classificaria as condições gerais das instalações do SRT (p.ex., instalações de banheiro/cozinha, refeitório, prédio, etc.)?

( ) Péssimas

( ) Ruins

( ) Regulares

( ) Boas

( ) Excelentes

60. De que o(a) Sr. (a) mais gosta no SRT?

_____

_____

_____

_____

_____

61. De que o(a) Sr. (a) menos gosta no SRT?

_____

_____

_____

_____

_____

62. Na sua opinião, o que pode ser melhorado no SRT?

_____

_____

_____

_____

_____

63. Conte sobre a sua vida após ter adoecido.
64. Descreva uma situação que considera como exemplo de um dia típico do Sr (a) aqui no SRT.
65. Onde o Sr (a) considera sua casa?

Obrigado

APÊNDICE C – Quadro síntese das características do cotidiano

Características do cotidiano	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6	Sujeito 7	Sujeito 8
repetição								
economicismo								
heterogeneidade								
probabilística								
espontaneísmo								
Probabilística								
entonação								
precedente								
Mimese								
pragmatismo								
analogia								
preconceitos								
ultrageneralização								

Repetição, economicismo, heterogeneidade, probabilística, espontaneísmo, probabilística, entonação, precedente, mimese, pragmatismo, analogia, preconceitos, ultrageneralização.

APÊNDICE D - Relatório final do Doutorado Sanduíche

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem
Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem

RELATÓRIO FINAL DO DOUTORADO SANDUÍCHE

Título do Projeto: "Casa de louco": um estudo do morar e do cotidiano do louco na perspectiva da reabilitação psicossocial

Co-orientador em Lisboa: Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida – Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa, Portugal.

Orientador no Brasil: Profa. Dra. Sônia Barros – Professora titular e Coordenadora do Grupo de Pesquisas Políticas e Práticas de Saúde Mental e Enfermagem do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.

Doutorando contemplado pelo PDSE: Jandro Moraes Cortes

Estudante: Jandro Moraes Cortes

Período: outubro de 2014 a março de 2015.

Local: Lisboa – Portugal – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Barros - EEUSP

Co-orientador (supervisor – Portugal): Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida – UNL

1. Cronograma de atividades (inicialmente proposto):

Período	Atividades
Outubro	- Integração à realidade portuguesa; - Integração e participação no Grupo de Pesquisas; - Início do Estágio de Observação nos serviços de saúde mental (Unidades de Convalescença; Residências de Treino de Autonomia; Residências de Apoio Máximo, Residências de Apoio Moderado e Residências Autônomas; Unidades Sócio-Ocupacionais, Equipes de Apoio Domiciliário, Serviços Regionais de Internamento para Doentes Inimputáveis)
Novembro	- Apresentação e discussão do Projeto de Tese no Grupo de Pesquisas; - Apresentação dos dados coletados para discussão com o co-orientador; - Participação no Mestrado em Política e Serviços de Saúde Mental; - Início do Estágio de Observação nos serviços de saúde mental; - Participação em eventos científicos;
Dezembro	- Participação das atividades do Grupo de Pesquisas; - Apresentação do Relatório Parcial do Estágio de Doutoramento; - Estágio de Observação nos serviços de saúde mental; - Participação em eventos científicos; - Visita técnica à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

Janeiro	- Apresentação de um Seminário sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, com ênfase em moradias comunitárias para pacientes psiquiátricos; - Estágio de Observação nos serviços de saúde mental; - Participação em eventos científicos; - Visita técnica à Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica; - Elaboração de Artigo sobre as moradias comunitárias para pacientes psiquiátricos, comparando a situação no Brasil e Portugal, conjuntamente com os orientadores.
Fevereiro	- Participação das atividades do Grupo de Pesquisas; - Estágio de Observação nos serviços de saúde mental; - Visita técnica à outras instituições de ensino de Enfermagem. - Discussão com o co-orientador sobre a análise parcial dos dados da tese.
Março	- Participação das atividades do Grupo de Pesquisas; - Estágio de Observação nos serviços de saúde mental; - Participação em eventos científicos; - Visita técnica à outras instituições de ensino de Enfermagem. - Elaboração do Relatório Final do Estágio; - Discussão dos resultados do estágio na perspectiva da discussão dos resultados da tese de doutoramento. - Elaboração de Artigo Científico sobre a experiência do estágio de doutoramento sob a orientaão de ambos os professores orientadora e co-orientador.

2. Atividades realizadas durante o estágio

No dia 03/10/14, encontrei-me com o Prof. Dr José Miguel Caldas de Almeida. pNeste encontro inicial, de boas-vindas, conversarmos sobre o cronograma inicialmente proposto, a fim de operacionalizarmos o mesmo. Então, marcarmos uma próxima reunião para o dia 07/10/14.

No dia 07/10/14, em reunião com o co-orientador, que reorganizou o cronograma proposto, adaptando de acordo com a realidade da Universidade Nova de Lisboa, propôs-me então, algumas atividades, especialmente na área da formação, como o Fórum Internacional Gulbenkian.

O referido fórum teve por temática tratar de políticas de saúde mental, em nível mundial e, ainda, sugeriu minha participação no *5th International Master in Mental Health Policy and Services*, conduzido primordialmente, pelo Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida e pelo Prof. Dr. Benedetto Saraceno – cabe dizer que, a produção bibliográfica deste último, constitui-se em uma categoria analítica de minha tese de doutorado.

Participei, juntamente com o Prof. José Miguel Caldas de Almeida, de uma reunião técnico-comemorativa do CEDOC (Centro de Doenças Crônicas da Universidade Nova de Lisboa), momento em que foi exposta a estrutura do Centro e aspectos relativos ao financiamento. O Pólo de Investigação em Saúde Mental fica atrelado ao CEDOC.

No dia 08/10, acompanhei o Prof. Dr. Pedro Mateus durante uma aula de graduação do curso de Medicina, o qual buscou explanar sobre a saúde mental comunitária. Foi interessante vivenciar a didática utilizada em sala de aula, bem como a estrutura e a forma que este curso trabalha na área da saúde as questões de saúde mental comunitária, durante a formação dos alunos na graduação.

No dia 10/10/14, participei da reunião do projeto "*Joint Action*" – Grupo de Pesquisas - em que presidiu o Prof. José Miguel Caldas de Almeida, participando ainda, a Profa. Dra. Marta discursando ainda.

Foi tratado que o Grupo de Pesquisas está em fase de apresentação do relatório final da pesquisa, para depois ter início a produção dos artigos científicos, todos já concebidos em língua inglesa. O Grupo de Pesquisa, segundo José Miguel Caldas de Almeida, não tem reuniões fixas, até pelo motivo de que os integrantes são

oriundos de muitos países, e reúnem-se por Skype muitas das vezes, trocando a maior parte de informações via e-mail.

Aqui faço o registro, da importância da escrita dos artigos em inglês e, a necessidade que, ainda temos, especialmente, na área da enfermagem psiquiátrica de publicar em periódicos internacionais.

No dia 13/10/14, permaneci no Pólo de Investigação e trabalhei na monografia da aluna de graduação, que desenvolveu seu trabalho com um dos objetivos de minha tese de doutorado, tendo como suporte, o acesso aos periódicos da biblioteca do pólo.

No dia 15/10/14, participei de outra reunião com o Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida, quando apresentei meu projeto de tese, embora ele tenha me explicado que as pesquisas de cunho qualitativo não são uma realidade para o Grupo de Pesquisas liderado por ele, no Pólo de Investigação, ele sugeriu-me que eu apresentasse após a análise dos dados, um capítulo com "*estratégias pedagógicas"*, direcionados para os cuidadores de pacientes psiquiátricos na comunidade, a partir dos dados encontrados.

Discutimos acerca de meus objetivos no Estágio Sanduíche, e ele falou da possibilidade de coletar os dados, em Portugal, nas moradias comunitárias conduzidas pela ÁRIA (http://www.aria.com.pt/).

Do dia 20/10/14 ao dia 24/10/14 e, de 30/10/14 a 31/10/14, participei das aulas expositivas do *5th International Master in Mental Health Policy and Services*. Estas aulas foram fundamentais, no sentido das discussões relativas a saúde mental global e de base comunitária, oportunidade esta que foi ímpar, pelo fato de apreciar as aulas diretamente com o Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida e com o Prof. Dr. Benedetto Saraceno, aprofundando as compreensões teóricas que embasam minha tese de doutorado.

As discussões desenvolveram-se em torno da formação política das estratégias em saúde mental, em vários países, com exposição de Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida e com o Prof. Dr. Benedetto Saraceno, que fez questão de comentar sua visita à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, ocasião em que foram recepcionados pelas Profa. Dra. Sônia Barros e Profa. Dra. Marcia Aparecida Oliveira.

Nos dias 6/11/14 e 7/11/14 – participei do *International Forum on Promoting the Rights of Children with Mental and Intellectual Disabilities - Mind Rights Film Festival*. Neste fórum, foram apresentados dezenas de filmes curta-metragens, com a temática de saúde mental, para que o público selecionasse os melhores.

As discussões giraram em torno da necessidade de se assegurar os direitos das pessoas com doença mental, e de academicamente fomentar pesquisas que envolvam a temática dos direitos humanos destas pessoas.

No dia 10/11/14, no Pólo de Investigação em saúde mental conversamos, eu e o co-orientador, sobre os eventos ocorridos e o Prof. Dr Caldas de Almeida reafirmou a sua intenção de colocar-me em contato com pessoas de outros países, a fim de possibilitar o trabalho em saúde mental global.

Expliquei a ele que a ARIA entrou em contato, marcando uma visita técnica somente dia 18/11/2014 e, ele me explicou que os trabalhadores da Ária estão sobrecarregados, tendo em vista uma verba em que foram contemplados, para realizar pesquisas de cunho avaliativo.

Contactei a Escola Superior de Enfermagem de Évora, cujo diretor é *expert* em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, a fim de realizar uma visita técnica para conhecer a estrutura e funcionamento tanto da graduação, quanto da pós-graduação. Mandei e-mail também para a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a fim de realizar outra visita técnica com o mesmo intuito.

No dia 11/11/14, assisti a defesa de Mestrado em Saúde Mental do médico Daniel Silves Ferreira de Cabo Verde, pertencente à primeira turma do Mestrado Internacional, orientando do Prof. Dr. Caldas de Almeida.

Título: **Avaliação das necessidades, incapacidades, qualidade de vida e satisfação com os serviços de indivíduos com esquizofrenia em Cabo Verde**. Utilizou 4 instrumentos quantitativos (Escala de necessidades de Camberwel / Wooquol – Bref / Satisfação VSSS / Incapacidade psiquiátrica). Amostra constituída por 122 indivíduos. Metodologicamente, foram realizados grupos focais para a adaptação cultural dos instrumentos naquele país.

Após a conclusão, foram apresentadas “recomendações” de ordem prática, na forma de um capítulo, oriundos e depreendidos dos resultados da pesquisa, como por exemplo, adoção de pacotes mínimos de cuidados para doentes com esquizofrenia, moradas protegidos, trabalho protegido. Esta é uma forma diferente de configurar o trabalho escrito de dissertação de mestrado, que possibilita sugestões de cunho prático.

No dia 17/11/14, realizei uma visita técnica de intercambio na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, da Universidade de Évora, com o Professor Dr. Manuel Lopes (diretor e responsável pela área de saúde mental).

Apresentei o material promocional da EEUSP, conversei sobre a estrutura da graduação e pós-graduação, e expus o interesse em estabelecer parcerias de intercâmbio, tanto na graduação quanto alunos de pós-graduação.

Prof. Dr. Manuel Lopes explicou que a escola tem uma formação clínica muito forte, e que os mestrados são profissionalizantes e formam “especialistas”, para atuarem nos serviços.

Os focos de investigação do Prof. Dr. Manuel Lopes giram em torno de envelhecimento e violência, incluindo gênero. Todavia, o grupo liderado por Lopes, faz um trabalho anual de avaliação de políticas de saúde mental, sua aplicabilidade e cumprimento nos serviços em Portugal.

Falamos nas possibilidades de pós-doutorado, no que foi bastante receptivo, e na necessidade da construção de um projeto concreto. Conheci as instalações da Escola e conversei com 2 doutorandos que fazem o Estágio Sanduíche na Escola de Enfermagem da Universidade de Évora, nas áreas de transplantes nefrológico e estudos quantitativos em hipertensão arterial.

No dia 18/11/14, realizei uma visita técnica na residência da Ária e fui recebido pela Psicopedagoga Silvia. Ela me explicou a estrutura da ÁRIA, enquanto ONG que mantem 2 residências. Uma configura-se como uma casa grande, contendo dois andares, de propriedade da ARIA, onde moram 7 usuários. Alguns deles tiveram história de internação psiquiátrica, mas não todos.

Há uma sala de equipe, que é composta por “monitores“, que lembram nossos cuidadores no Brasil. As tarefas da casa são organizadas por escalas e os monitores fiscalizam a sua execução. Chama a atenção que, somente um morador está em casa, pois os outros ou estão no Fórum Sócio-Ocupacional (para 30 pessoas no máximo) ou, estão trabalhando. Todos pagam um valor para morarem neste local.

Dra. Silvia me explicou que, esta trata-se de uma Unidade de Vida Apoiada, que tem apoio de técnicos 24 horas por dia, para 8 pessoas no máximo.

Há ainda Unidade de Vida Protegida, com apoio de técnicos das 18 às 9 horas da manhã, diariamente.

Há ainda as Unidades de Vida Autônoma, que não contam com apoio de profissionais.

Expliquei para Dra. Silvia meu interesse em coletar dados numa das residências e, ela ficou de entrar em contato com a direção da ARIA que, posteriormente, solicitou-me um pedido formal via e-mail. Adiantei para Dra. Silvia, o

interesse de coleta em janeiro de 2015 para dar tempo de passar o projeto em Comitê de Ética e Pesquisa, na Universidade Nova de Lisboa.

No dia 20/11/14, participei do “Encontro da 8ª. Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde.

De 09/12/14 a 12/12/14, por conta própria, participei do International meeting / Incontro Internazionale, em Trieste - Itália. “Franco Basaglia’s vision: mental helath and complexity of real life. Pratice and reaserch”.

Dia 09/12/14, houve uma rodada de conversa entre todos os participantes sobre o conhecimento da rede de serviço triestina, realizada pela manhã, coordenada pelo Prof. Dr. Mezzina, Roberto. Pontos importantes, a serem destacados:

- Trieste não é uma experiência única de transformação, entretanto foi um esforço regional para tal, para a transformação de todo um sistema;

- a questão não é exportar o modelo triestino, o problema é que ainda existem manicômios em outros países.

No dia 06/01/2015, realizei uma visita técnica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a Profa. Msc. Isabel Costa Silva e a Profa. Dra. Maria Deolinda Antunes da Luz – diretora do Departamento de Relações Internacionais, oportunidade em que me foi apresentada a estrutura curricular e física da escola e demonstrado profundo interesse em estreitar laços de pesquisa e cooperação com a EEUSP.

Durante o mês de fevereiro/2015, após encaminhar o projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, iniciei a coleta de dados com abordagem etnográfica na Unidade de Vida Protegida da Ária, acompanhando intensamente cada morador por cerca de 2 dias durante a sua jornada cotidiana, incluindo suas atividades de trabalho.

Como resultado temos um amplo diário de campo que está em fase de análise para posterior publicação conjunta entre o co-orientador do exterior e o orientador do Brasil, atendendo à proposta do cronograma inicial. No dia 04/03/15, houve um jantar de despedida com moradores da Unidade de Morada Protegida.

Durante o período de coleta de dados, foi possível conhecer os outros serviços da ÁRIA, como o Fórum Sócio-Ocupacional e também outra Unidade de Vida Protegida.Também participei de uma reunião técnica com a direção da ARIA em 25/02/15, quando foi discutido a estrutura dos serviços, gerenciamento, financiamento, estrutura física, recursos humanos e as boas práticas empregadas.

Também já foi escrito outro Artigo Científico em parceria com os dois orientadores – Brasil e Portugal – no formato de uma nota prévia acerca de minha tese de doutorado incluindo, as sugestões do co-orientador do exterior (este artigo está em fase de finalização).

Em março de 2015, por conta própria, retorno a Itália, desta vez para Turim, a fim de realizar um curso sobre Metodologias Qualitativas em Ciências Sociais, especificamente sobre a Teoria da Argumentação, com o sociólogo Prof. Dr. Mario Cardano, na Università degli Studi di Torino.

Devo dizer, à guisa de conclusão, que a experiência vivenciada no PDSE em Lisboa, constituiu-se numa oportunidade ímpar, de amadurecer os conhecimentos teóricos científicos propostos, pelo contato com o co-orientador – privilegiando conceitos alinhados com as recomendações propostas pela OMS - e as múltiplas possibilidades que só a vivência *in lócu*, oportuniza.

Posso dizer, que saio deste estágio, com profundidade de conhecimento teórico e prático acerca da reabilitação psicossocial e do processo de morar na comunidade para pacientes psiquiátricos, o qual será materializado na análise dos dados de minha tese de doutorado.

São Paulo – SP , 19 de abril de 2015

Jandro Moraes Cortes
Doutorando PDSE

Profa. Dra Sônia Barro

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Casa de louco": um estudo cartográfico do morar e do cotidiano do louco na perspectiva da reabilitação psicossocial (provisório)

Pesquisador: Jandro Moraes Cortes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29721114.5.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 623.140

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Curso de Doutoramento em Enfermagem Interunidades (EEUSP- EERPUSP,)intitulado provisoriamente "Casa de louco": um estudo cartográfico do morar e do cotidiano do louco na perspectiva da reabilitação psicossocial", que tem por finalidade compreender o processo de morar e o cotidiano de pessoas com doença mental grave, moradores de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município de São Paulo. A pesquisa será conduzida pelo método qualitativo, nos moldes de um estudo de caso, com 8 moradores de uma Residência Terapêutica, localizada na Zona Oeste do município de São Paulo. A coleta de dados será feita a partir de registros em diários de campo, obtidos pelo método de observação participante, realizada pelo pesquisador e por uma graduanda de Enfermagem. O cotidiano e o processo de morar dos sujeitos serão observados pelo período mínimo de um mês, nos turnos da manhã e da tarde. A análise dos relatos será realizada sob o enfoque teórico de relações cotidianas. Critérios de inclusão dos sujeitos: ser morador do SRT; estar presente no SRT durante o período de coleta de dados (não estar viajando ou em internação hospitalar), concordar em participar do estudo e assinar o TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: analisar o processo de morar e o cotidiano dos moradores de um SRT.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o cotidiano dos moradores;
- Identificar os mecanismos utilizados pelos moradores para qualificar o processo de morar e os seus cotidianos.
- Analisar os elementos estruturais de moradia (abrigo, segurança, conforto, privacidade).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Embora os sujeitos da pesquisa possam ser considerados vulneráveis, por estarem institucionalizados, têm autonomia para decidir pela participação na pesquisa, uma vez que administram o cotidiano nas residências terapêuticas. Os possíveis riscos foram contornados com a aplicação do TCLE e a autorização institucional para o desenvolvimento da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a atenção em saúde mental. Os resultados têm potência para aprimorar a atenção em saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No que diz respeito à forma, TCLE está de acordo com o preconizado pela resolução 466/12 da CONEP. No tocante ao conteúdo, apresenta os objetivos com a mesma terminologia acadêmica que consta do projeto. Será necessário descrever os objetivos com terminologia adequada aos sujeitos de pesquisa.

Recomendações:

Reescrever, no TCLE, os objetivos com terminologia adequada aos sujeitos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, há inadequação na descrição dos objetivos. O pesquisador deve reescrever os objetivos no TCLE, ficando dispensado de reapresentar o projeto neste CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co- participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SÃO PAULO, 23 de abril de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar SP **CEP:** 05.403-000
Município: SÃO PAULO

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO OESTE
RUA DR. RENATO PAES DE BARROS, N. 77 -ITAIM BIBI-- FONE/FAX. 3078-6808

São Paulo, 17 de Março de 2014.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SMS

Manifestamos parecer favorável à realização do Projeto de Pesquisa:

Título: "CASA DE LOUCO": UM ESTUDO CARTOGRÁFICO DO MORAR E DO COTIDIANO DO LOUCO NA PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisadora(s): Jandro Moraes Cortes, sob orientação de Prof.ª. Dra. Sônia Barros - Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP.

Campo de Pesquisa: SRT vinculado CAPS ITAIM III / SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE LAPA-PINHEIROS

Informamos que esta Autorização está condicionada ao parecer de APROVADO do CEP/SMS.

Recomendamos que a referida Pesquisa, bem como resultados obtidos sejam inseridos na Biblioteca Virtual em Saúde- BVS/SMS.

Atenciosamente,

ALEXANDRE NEMES FILHO
COORDENADOR REGIONAL
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO OESTE

ANF/mam