

POTY COLAÇO FONSECA

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE A REINserÇÃO SOCIAL DE
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM BELO
HORIZONTE-MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2008

POTY COLAÇO FONSECA

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE A REINSERÇÃO SOCIAL DE
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM BELO
HORIZONTE-MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 16 de dezembro de 2008.

Prof^ª Regina Célia Tomaso Miotto
(Co-Orientadora)

Prof^ª Neide Maria de Almeida Pinto

Prof^ª Karla Maria Damiano Teixeira

Prof^ª Rita de Cássia de Souza

Prof^ª Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

Ao Magnus, meu companheiro, parceiro, amigo e amor, pelo incentivo constante nestes dez anos de convivência. O seu carinho e apoio foram fundamentais para que eu conseguisse percorrer este caminho.

Ao Felipe, tão pequenino e tão importante em minha vida. A sua existência é o suficiente para me fortalecer nos momentos difíceis. Ao Cauan, que surgiu como uma sementinha na reta final desta caminhada e que virá ao mundo com muito amor e carinho.

Aos meus pais e irmãos, pelos bons momentos juntos e pelo amor incondicional, sempre.

Aos amigos que fiz em Viçosa, sempre me apoiando e trazendo uma palavra amiga.

Aos colegas e professores do mestrado em Economia Doméstica, pelos momentos ricos de discussão e de aprendizagem.

À Dalva, querida amiga, um exemplo de determinação que me incentivou e me inspirou durante esta trajetória.

À professora Dorinha, minha orientadora, que além das contribuições acadêmicas no decorrer deste processo me acolheu com muito carinho.

À professora Regina Célia, por aceitar o convite de uma co-orientação e contribuir de forma tão competente e enriquecedora para o desenvolvimento deste trabalho.

À professora Rosângela, também pelo empenho na co-orientação deste trabalho.

Ao Humberto, pelas ricas e doces palavras no debate do meu seminário de mestrado.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, em especial à Aloísia, sempre dedicada ao cuidado com as nossas questões acadêmicas e disposta a ajudar todos os estudantes.

À UFV, universidade pública, gratuita e de qualidade, fundamental para o desenvolvimento de pesquisas sérias e comprometidas com a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

À CAPES, pelo financiamento de parte do meu curso de mestrado, possibilitando a dedicação integral ao estudo e à pesquisa do tema aqui trabalhado.

À antiga Diretoria de Recursos Humanos da UFV, hoje Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, pelo apoio no período de finalização do mestrado.

A toda a equipe do Serviço Psicossocial da UFV, pelo apoio e pela amizade construída no nosso ambiente de trabalho.

Em especial, agradeço à Silvana e à Conceição, pelo apoio à realização desta pesquisa, pela disponibilidade, pelo carinho e pela amizade com que abriram as portas para o campo de estudo investigado.

Por fim, e principalmente a todos aqueles que aceitaram participar desta pesquisa (ex-moradores da moradia protegida, familiares e equipe profissional), contribuindo não apenas para a análise do tema proposto, mas para o meu crescimento pessoal e profissional.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	vi
ABSTRACT	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Contextualização do problema e justificativa.....	1
1.2 Objetivos.....	4
1.2.1 Objetivo geral	4
1.2.2 Objetivos específicos.....	4
1.3 Estrutura da dissertação	5
2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	7
2.1 Contextualização das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil	7
2.2 A política de saúde mental no município de Belo Horizonte - Minas Gerais..	16
2.3 Os serviços substitutivos em saúde mental.....	19
2.4 A família no contexto da saúde mental	23
2.5 Reinserção social	28
3. A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA	31
3.1 Natureza da pesquisa	31
3.2 Local e sujeitos da pesquisa	32
3.3 Procedimentos de coleta de dados	38
3.4 Técnica de análise dos dados.....	40
	Página
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	44
4.1 As repercussões da reforma psiquiátrica	44
4.2 Rotina e atividades dos portadores de transtorno mental	50
4.3 Formas de participação e relacionamento com as famílias	56

4.4 Aspectos da reinserção social: autonomia e qualidade de vida.....	58
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICES	72
ANEXOS	86

RESUMO

FONSECA, Poty Colaço, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2008. **Um estudo de caso sobre a reinserção social de portadores de transtorno mental em Belo Horizonte-MG.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-orientadoras: Regina Célia Tamaso Miotto e Rosângela Minardi Mitre Cotta.

No final da década de 1970 teve início a reforma psiquiátrica no Brasil, que propunha a substituição da internação hospitalar, como única alternativa para a abordagem da crise, por novas alternativas de tratamento para os portadores de transtorno mental (PTM), como as moradias protegidas. A moradia protegida propõe construir dispositivos que possam auxiliar na construção da autonomia possível para os PTM e na sua real inserção social a partir do respeito à sua subjetividade e da crença da sua capacidade de convivência e produção, ainda que marcadas por uma história de exclusão. A presente pesquisa teve como objetivo analisar o processo de reinserção social dos usuários de uma moradia protegida, construída sobre os pressupostos da reforma psiquiátrica. A pesquisa realizada é de natureza qualitativa, tendo sido utilizado o método de estudo de caso em que os instrumentos de coleta de dados foram a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, em especial a análise temática, tendo como unidade de significação “vivenciando o processo de reinserção social”. A pesquisa apontou que os sujeitos entrevistados possuem posicionamentos diferentes em relação à reinserção social dos PTM. Do ponto de vista da equipe profissional da moradia protegida e dos ex-moradores, o processo de desospitalização preconizado pela reforma psiquiátrica e a vivência na moradia protegida possibilitaram um ganho importante de autonomia, a possibilidade de conviver no social e de se relacionar com o outro. A moradia protegida aparece nas falas dos ex-moradores como o local que possibilitou o retorno ao convívio social, favorecendo o desenvolvimento das condições necessárias para a autonomia e a inclusão social. Pode-se afirmar que a autonomia diante do sofrimento foi conquistada por esses sujeitos, embora

condicionada a uma autonomia social “vigiada”, uma vez que ainda requerem dispositivos assistenciais do entorno social mais próximo, com limitações em termos da liberdade, criatividade e participação. Conclui-se que os ex-moradores da moradia protegida pesquisada passaram por um processo limitado de reinserção social, definida como a possibilidade do sujeito fazer parte do contexto social, estando incluído nos diversos setores e acontecimentos da vida cotidiana, uma vez que existem inúmeras questões que perpassam a realidade dos PTM, sejam elas biológicas, psíquicas ou sociais. Ocorre um processo de reapropriação pessoal, mas com limitação na criação de espaços próprios e na consolidação dos laços afetivos, principalmente familiares. Enfim, a responsabilização da família pela reinserção social do PTM que passou pela moradia protegida restringiu-se à administração dos recursos e das situações de crise ou conflitos. Nesse sentido, deve-se rever o posicionamento da reforma psiquiátrica de desinstitucionalização, por meio de um olhar multidimensional acerca dos modos de ser e de querer do PTM, da forma de viver e conviver na comunidade e em família, bem como das condições das unidades familiares e das redes sociais.

ABSTRACT

FONSECA, Poty Colaço, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, December, 2008. **A case study on social rehabilitation of individuals with mental illness in Belo Horizonte-MG.** Advisor: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-Advisors: Regina Célia Tamasso Miotto and Rosângela Minardi Mitre Cotta.

At the end of the 70s the Psychiatric Reform began in Brazil. Its purpose was the hospitalization replacement, as the only alternative to the approach of the crisis, for new devices for treatment of individuals with mental illness - IMI, as the protected housing. Protected housing proposes building devices that can assist in possible autonomy's construction for the IMIs and their real social integration, from their subjectivity's respect and belief in ability of acquaintanceship and production, although marked by a history of exclusion. This research aims to analyze the social rehabilitation process of protected housing users, built on the psychiatric reform assumptions. The conducted research is a qualitative one, being utilized the case study method, in which the instruments for data collection were documentary research and semi-structured interviews. For data analysis was utilized the content analysis technique, in particular the Thematic Analysis, having "experiencing the social reintegration process." as unit meaning. The research showed that interviewed subjects have different positioning on the IMI's social rehabilitation. From a professional team of protected housing and from its former residents' point of view, dehospitalization process, advocated by psychiatric reform, and experience in protected housing allowed a significant autonomy gain, the ability to live in social and connect with the other. Protected housing appears in former residents' speeches as the place that allowed the return to social interaction, encouraging the development of necessary conditions for autonomy and social inclusion. Can be said that the autonomy, in the face of suffering, was conquered by these individuals, although conditioned to a "supervised" social autonomy, since they still require devices care of closest social environment, with limitations in terms of freedom, creativity and participation. It is concluded that the former residents of the protected housing searched, went through a limited process of social rehabilitation, defined as the subject's possibility to be part of the social context, being included in the various sectors and events of daily life, since there are many issues that permeate IMI's reality, whether biological, psychological or social. It

occurs a personal reappropriation process, but with limitations on the personal spaces creation and consolidation of emotional ties, especially family ones. Finally, the family accountability for IMI's social rehabilitation, which was in protected housing, was restricted to the resources and situations of crisis or conflict administration. Accordingly, the positioning of the Mental Illness of deinstitutionalisation must be reviewed, by a multidimensional look about the IMI's ways of being and want to, how to live and cohabit in community and family, as well as the conditions of the family units and social networks.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e justificativa

No Brasil, no período de 1930 a 1970, a política de saúde privilegiava o modelo hospitalocêntrico (atendimento voltado para dentro dos hospitais, sendo estes considerados como a “porta de entrada” aos sistemas de saúde) e biologicista (saúde obtida, essencialmente, através do tratamento com atos médicos e medicamentos).

No entanto, a partir de 1970 os sistemas de saúde passaram a ser questionados, surgindo novas concepções de saúde e, em decorrência, novos modelos de atenção. A partir daí o conceito de saúde é ampliado, e ela passa a ser entendida como resultante de condições biológicas, sociais e econômicas (MENDES, 1999). A Organização Mundial da Saúde define saúde como uma situação de bem-estar físico, mental e social.

No que se refere às políticas de saúde mental no Brasil, esta é uma possibilidade recente. De acordo com Borges e Baptista (2008), foi nos anos de 1960 que se iniciou o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência, buscando a humanização dos hospitais e incorporando propostas desenvolvidas na Europa, como a psiquiatria preventiva e comunitária, através da expansão de serviços intermediários e por meio das comunidades terapêuticas.

O processo de reforma psiquiátrica, que ganhou força com um forte movimento no final da década de 1970, propôs a substituição da internação hospitalar, única alternativa para a abordagem da crise, por novos dispositivos de tratamento para os portadores de transtorno mental, buscando a melhoria da sua qualidade de vida.

A partir desse movimento surgiram propostas e leis, principalmente a Lei nº 10.216/2001, que “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*” (BRASIL, 2001, p. 1). O Ministério da Saúde passou, então, a regulamentar novos recursos e dispositivos de tratamento em saúde mental, no âmbito da saúde pública, embora a saúde suplementar (considerada como complementar à saúde pública, representada pelas empresas de planos e seguros de saúde privados) não tenha, ainda, regulamentação específica para a área da saúde mental.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil indicaram a utilização de recursos de maior complexidade no tratamento dos portadores de transtorno mental, como: leito-crise, hospital-dia, internação psiquiátrica em hospital geral, oficinas terapêuticas, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos (moradias protegidas) e acompanhantes terapêuticos.

Assim, algumas internações hospitalares vêm sendo substituídas por outros recursos, como as moradias protegidas. Trata-se de locais desvinculados do espaço físico do hospital psiquiátrico, que se encontram localizados em área residencial e que têm por finalidade básica abrigar pessoas com histórico de perda significativa dos laços sociais e, ou, história de distanciamento familiar, em decorrência do processo de adoecimento psíquico.

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu da experiência profissional que tive na área da saúde mental. Trabalhei durante quatro anos fazendo o acolhimento e o acompanhamento de pessoas portadoras de transtorno mental e seus familiares, em uma clínica de saúde mental em Belo Horizonte – MG. Nesse período, atuei durante 11 meses como coordenadora de uma moradia protegida de caráter privado, experiência pioneira no Estado de Minas Gerais, caso que está em foco nesta pesquisa. Essa experiência me proporcionou conhecer uma realidade carregada de riquezas e complexidades, que ainda necessita de pesquisas, principalmente no sentido de avaliar os efeitos que as moradias protegidas promovem na qualidade de vida dos portadores de transtorno mental e de seus familiares.

Após a experiência prática mencionada e o aprofundamento teórico nos pressupostos da reforma psiquiátrica, cresceu o desejo de realizar uma pesquisa que pudesse envolver os profissionais que atuam nesse serviço substitutivo de saúde

mental^{1/}, os portadores de transtorno mental que passaram pela moradia protegida e seus familiares.

A partir do contexto ora apresentado, tem-se como problema da presente pesquisa: em que medida a moradia protegida favorece a reinserção social e promove melhoria na qualidade de vida dos portadores de transtorno mental?

A relevância desta pesquisa pode ser justificada mediante dois argumentos. O primeiro diz respeito à sobrecarga financeira, social e emocional sofrida pelas famílias brasileiras que se depararam, a partir da reforma psiquiátrica, com o desafio e a imposição social de cuidar de uma pessoa portadora de transtorno mental. Trata-se de um desafio na medida em que existe pouco investimento para a qualificação do cuidado na família, passando este cuidado, na maioria das vezes, a ser leigo, despreparado e, ainda, carregado de emoções contraditórias. Não há preparação suficiente do cuidador, nem tão pouco há informação sobre como lidar com o portador de transtorno mental, tornando a relação cada vez mais complexa e delicada. Pode-se considerar, também, o cuidado como uma imposição social, pois com o advento da reforma psiquiátrica e o fim das instituições psiquiátricas tradicionais, no modelo manicomial, a família passa a ser responsável pelo cuidado, inclusive através de leis. Existe, ainda, a responsabilização da família pela reinserção social e qualidade de vida do portador de transtorno mental.

Essa realidade é discutida por Souza e Scatena (2005, p. 174), que afirmaram que:

as propostas advindas da Reforma psiquiátrica têm produzido desassistência, com a devolução do doente mental à família sem o devido conhecimento das suas reais necessidades e condições, em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida.

É nesse contexto que surgem as moradias protegidas, que se estabelecem como espaço intermediário entre a internação psiquiátrica e o retorno dos portadores de transtornos mentais para a casa de seus familiares.

O segundo argumento, que destaca a importância do tema, está relacionado à própria política de saúde mental instituída pelo Ministério da Saúde. Considerando se tratar de uma série de serviços e procedimentos colocados em prática recentemente no Brasil, aproximadamente duas décadas, e que apresentam um crescimento progressivo

^{1/} Os serviços substitutivos são aqueles propostos para substituir a internação hospitalar como única alternativa para o tratamento dos portadores de transtorno mental, apresentando serviços de atenção à saúde mental de caráter ambulatorial e comunitário.

da cobertura assistencial em saúde mental^{2/}, torna-se necessário avaliar os efeitos dessa política, ou seja, é importante que se avalie como se apresentam, atualmente, os aspectos que foram questionados pelo movimento da reforma psiquiátrica, como os direitos humanos dos portadores de transtorno mental, a qualidade de vida e a reinserção social dessas pessoas antes excluídas.

Apesar da importância da política de saúde mental para o bem-estar do portador de transtorno mental, são poucos os estudos direcionados ao real efeito dos novos dispositivos em saúde mental na vida dos seus usuários. Esta situação justifica que se ampliem as discussões sobre as moradias protegidas, considerando a escassez de estudos, do ponto de vista científico e técnico, principalmente pelo fato de essa política pública estar ganhando força na iniciativa privada, além de ser expressiva a parcela da população brasileira que sofre de doença mental^{3/}.

Dessa forma, analisar os efeitos de um novo modelo de cuidado e atenção aos portadores de transtorno mental (PTM) em um serviço substitutivo torna-se pertinente, considerando que permite o aprofundamento nos pressupostos da reforma psiquiátrica, com ênfase em questões como reinserção social, autonomia e qualidade de vida.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a reinserção social dos portadores de transtorno mental que residiram em uma moradia protegida, construída sobre os pressupostos da reforma psiquiátrica.

1.2.2 Objetivos específicos

- Examinar as repercussões da reforma psiquiátrica no Brasil, na realidade prática de uma moradia protegida.

^{2/} O Ministério da Saúde apresentou, em pesquisa recente, uma série de dados que mostram a expansão dos serviços ambulatoriais de assistência em saúde mental, no Brasil. Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) aumentaram de 16 estabelecimentos na década de 1980 para 1.123 estabelecimentos, em 2007. Os Serviços Residenciais Terapêuticos cresceram de 85 unidades em 2002 para 479 em 2007. Por outro lado, entre 2003 e 2006, ocorreu uma redução média de 2.184 leitos psiquiátricos ao ano (BRASIL, 2007). Esses dados mostram o crescimento do investimento público nos serviços ambulatoriais, priorizados pela reforma psiquiátrica.

^{3/} Segundo pesquisa realizada em conjunto pela ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e o IBOP, em 2007, 9% da população brasileira, cerca de 17 milhões de pessoas, sofrem de doença mental grave (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

- Descrever a rotina e as atividades desenvolvidas pelos PTM que passaram por uma moradia protegida.

- Identificar as formas de participação no processo de tratamento e o relacionamento das famílias com os PTM.

- Analisar a reinserção social dos PTM no que diz respeito aos aspectos da sua autonomia e qualidade de vida.

1.3 Estrutura da dissertação

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos, além das referências, dos apêndices e dos anexos. O primeiro capítulo contextualiza o tema e o problema da pesquisa, bem como apresenta a justificativa e os objetivos propostos pela dissertação.

O segundo capítulo compreende uma pesquisa bibliográfica acerca das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil, contextualizando as reformas sanitária e psiquiátrica, que ocorreram nas décadas de 1970 e 1980. A compreensão da proposta de mudança na forma de conceber e de tratar as questões de saúde torna-se fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que o serviço de saúde mental estudado atua na perspectiva da reinserção social do sujeito. Neste capítulo está caracterizada, ainda, a política de saúde mental do município de Belo Horizonte – MG, por ser este o local onde a moradia protegida pesquisada está situada. Em seguida, são apresentados os serviços substitutivos em saúde mental, surgidos a partir da reforma psiquiátrica. A família do portador de transtorno mental também aparece no foco das discussões, que busca situar as questões que perpassam as relações familiares e a participação da família no processo de tratamento do seu familiar. Por fim, o capítulo 2 discute a reinserção social, abordando aspectos como a autonomia e a qualidade de vida, considerados fundamentais para contemplar o objetivo geral da pesquisa.

O capítulo 3 apresenta a construção metodológica da pesquisa, no qual são destacadas questões como a natureza, o local e os sujeitos da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados e a técnica de análise dos dados. O detalhamento dos procedimentos metodológicos, incluindo as técnicas e os instrumentos utilizados na pesquisa, está presente no capítulo 3, itens 3.3 e 3.4.

No quarto capítulo são realizadas a apresentação e a discussão dos resultados da pesquisa. Os resultados são apresentados de acordo com as categorias de análise descritas na metodologia (item 3.4). Para a discussão dos resultados foram destacadas as

principais questões relativas ao processo de reinserção social do portador de transtorno mental, considerando o seu percurso desde a internação em um hospital psiquiátrico até a saída da moradia protegida.

O capítulo 5 apresenta as considerações finais da dissertação, levantando os pontos mais relevantes da pesquisa, destacando os resultados encontrados e apontando caminhos e sugestões para a construção teórica e o desenvolvimento de práticas pautadas em uma abordagem mais humana, digna e cidadã das questões de saúde mental no Brasil.

2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Solo es posible transformar la realidad viéndola de otra manera. (Franz Kafka)

Neste capítulo desenvolve-se a contextualização das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil, buscando destacar as transformações recentes ocorridas no setor. Em seu primeiro tópico, o capítulo tem como foco de observação as reformas sanitária e psiquiátrica, destacando seus processos instituintes e de consolidação. O segundo tópico faz um recorte sobre a política de saúde mental, apresentando a realidade no município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Após contextualizar a política de saúde mental do município no qual a moradia protegida pesquisada está inserida, é feita a apresentação dos serviços substitutivos em saúde mental, buscando apontar a sua origem, alguns dados estatísticos, além das normas e diretrizes que os conduzem.

No quarto tópico é realizado um debate sobre as relações estabelecidas entre os familiares e os portadores de transtorno mental, bem como os desafios que as propostas da reforma psiquiátrica representam para as famílias desses sujeitos.

Por fim, é apresentada a definição utilizada para tratar a reinserção social, destacando alguns aspectos, como a cidadania, autonomia e qualidade de vida

2.1 Contextualização das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil

O conceito de saúde como simplesmente ausência de doença precisa ser superado, principalmente quando se busca uma alteração na estrutura do sistema de

saúde. Ao analisar a crise que se abateu sobre os sistemas de saúde nas sociedades ocidentais e apontar a importância da construção social de um novo sistema de saúde, Mendes (1999) coloca a necessidade de rediscutir a concepção do processo saúde-doença e da prática sanitária a partir dos planos político, ideológico e cognitivo, ressaltando que:

a mudança será política porque envolve distintos atores sociais em situação, portadores de diferentes projetos devendo, para hegemonizar-se, acumular capital político. Tem, também, uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por nova concepção de processo saúde-doença e por novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Por fim, apresenta uma dimensão cognitivo-tecnológica que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os supostos políticos e ideológicos do projeto da produção social da saúde (MENDES, 1999, p.234).

No século XX, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos de 1980, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui como sistema público o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso tem, de um lado, uma determinação econômica e, de outro, a concepção de saúde que vigora na sociedade, num determinado momento (MENDES, 1999).

A partir do descontentamento da população e de estudos e pesquisas que apontavam a fragilidade do modelo de desenvolvimento e, ainda, caracterizavam o sistema de saúde adotado durante a Ditadura Militar como centralizador, hierarquizado e, principalmente, ineficiente e irracional, surge, na década de 1970, o movimento sanitário^{4/}.

O movimento sanitário discutia os efeitos perversos do sistema implantado sobre a saúde da população. Através da união entre os movimentos sociais, os sindicatos, professores, as lideranças políticas e os próprios profissionais da saúde, o movimento cresceu e ganhou visibilidade política e social. A sua característica principal foi a construção da proposta de um novo modelo, o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria substituir os sistemas de saúde até então adotados pelo governo e que tem como diretrizes a universalização e integralidade do atendimento, a descentralização do poder de decisão, a racionalidade, eficácia e eficiência na qualidade dos serviços e a

^{4/} O movimento sanitário surgiu entre os profissionais de saúde, denunciando a irracionalidade do sistema de saúde implantado pela Ditadura Militar, bem como os interesses envolvidos. O movimento também apresentou propostas construtivas através de um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

democracia, no sentido de garantir a participação popular nas decisões, principalmente através dos Conselhos de Saúde.

Essa nova proposta, chamada de reforma sanitária, que tinha por base a democratização da saúde, começou a ser discutida em diversos fóruns, tanto no âmbito governamental, como entre organizações representativas da sociedade civil, ligadas ao setor saúde.

Mais tarde, com a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), na perspectiva da unificação dos serviços, buscando ações mais eficientes e eficazes, por meio do repasse de recursos federais para os estados e municípios e de programas de atenção universal à saúde. Para Noronha e Levcovitz (1995, p. 86),

as AIS viabilizaram concretamente a expansão da capacidade instalada da rede pública, sobretudo ambulatorial, e contribuíram para a articulação institucional, através da organização de comissões interinstitucionais de saúde; apesar de êxitos localizados em alguns municípios, não foram capazes de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório no âmbito federal.

Segundo Médici (1997), durante as décadas de 1960 a 1990 os sistemas de saúde, no Brasil, passaram por três grandes fases. A primeira foi entre 1967 e 1983, que ele denomina “previdencialista”, em que somente os trabalhadores, que contribuíam para o sistema de previdência social, e suas famílias estavam protegidos. A segunda fase vai de 1983 a 1988, quando o sistema passou por uma transição para o universalismo. Na terceira fase, que ocorreu a partir de 1988, criou-se uma nova estrutura, na qual a sociedade política apresenta um sistema de saúde marcado pela universalidade e integralidade do atendimento.

O marco na história da saúde no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que contou com cerca de 5.000 pessoas, ocasião em que foi discutida a situação de saúde no País e aprovado o Projeto de Reforma Sanitária, que tinha como características fundamentais: a alteração e ampliação do conceito de saúde como sendo determinada socialmente e estando vinculada à qualidade de vida das pessoas, e não apenas à ausência de doença; ampliação da responsabilidade social com a saúde, vista como direito social, de cidadania e responsabilidade do Estado; e a não-mercantilização da saúde, não devendo ser definida e determinada pelo mercado.

Em 1987 foi criado, pelo governo federal, o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, que implementou algumas propostas do movimento sanitário, buscando, principalmente, a descentralização do sistema.

Logo depois, o Projeto de Reforma Sanitária foi levado à Assembleia Nacional Constituinte e aprovado, quase em sua totalidade, na Constituição Federal de 1988 – CF/88, que adotou a proposta do SUS. A CF/88 trata da saúde, do art. 196 ao art. 200, sendo o ponto mais importante a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como o seu acesso universal e igualitário, além da sua inclusão no tripé da seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social. Porém, a Lei Orgânica da Saúde só foi aprovada em 1990.

O SUS vem se configurando como um processo social em permanente construção. Esse modelo alternativo de atenção à saúde associou descentralização com democratização, sendo os direitos sociais de cidadania ampliados, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Esse processo se fez por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios. Na área da saúde, a opção passa a ser pela municipalização.

Esperava-se, portanto, que esse novo sistema de saúde estimulasse o desenvolvimento de uma prática sanitária mais holística, gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde da comunidade e promovesse a melhor organização do sistema, tornando menos oneroso e mais eficiente o serviço de saúde. Este processo permitiu experimentar modelos tecnológicos e assistenciais alternativos, baseados na medicina comunitária, que embora marcados pelo baixo custo mostraram sucesso no interior das instituições públicas (SOMARRIBA, *apud* MERHY e QUEIROZ, 1993).

A evolução do conceito de saúde vai influenciar a forma como a comunidade científica codifica o paradigma sanitário. Para Mendes (1999, p. 237), *“o paradigma vai sendo reconstruído, também, por força de inovações na teoria geral da ciência, na teoria da saúde, nos métodos e nas práticas sanitárias”*.

Destarte, é a partir do SUS que ocorre a superação do biologismo dominante – caracterizado na área da saúde, essencialmente pela atenção centrada no médico, no medicamento e no hospital, pela naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico –, passando a ser considerados outros elementos significativos para o marco conceitual da saúde coletiva. Segundo Paim e Filho (1998, p. 310), *“o fenômeno saúde passa a ser também concebido como*

expressão do modo de vida (estilo e condições de vida), capaz de explicar, juntamente com as condições de trabalho e do meio ambiente, o perfil epidemiológico da população”.

No que diz respeito às respostas sociais ao processo saúde-doença, a vigilância à saúde constitui uma prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território determinado. O modelo da vigilância em saúde contempla o processo saúde-doença na coletividade e fundamenta-se na epidemiologia e nas ciências sociais, ao contrário do modelo da história natural das doenças, que privilegia o indivíduo e a fisiopatologia. Ao considerar as necessidades e determinantes sociais da saúde, a vigilância em saúde permite orientar intervenções, visando o controle de agravos e abrindo espaço para a reflexão e ação no que se refere à promoção da saúde e à qualidade de vida (PAIM e FILHO, 1998).

A mudança no paradigma da saúde, que passa a ser entendida como um conjunto de fenômenos interligados entre si, foi expandida para todos os seus campos, inclusive para a saúde mental. Assim, no decorrer da história, acontece uma transformação também na forma de conceber o sujeito que apresenta alguma alteração no seu funcionamento psíquico.

Retomando a história da loucura, temos mudanças de conceito, no qual, no final do século XIX, o “louco” deixa de ser um caso de falta de moral e passa a ser visto como um ser doente, que não possui funcionamento normal e, por isso, necessita de tratamento médico. Assim, os médicos passam a ter autonomia para o diagnóstico e a condução do tratamento da doença mental. No entanto, os “doentes mentais” permaneciam excluídos do convívio social, em ambientes desumanos, como destaca Amarante (1995, p. 491):

O asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades.

No que se refere às políticas de saúde mental no Brasil, a inclusão social dos PTM é uma possibilidade recente, conquistada a partir do processo de reforma psiquiátrica. De acordo com Borges e Baptista (2008, p. 456-457):

... a assistência psiquiátrica brasileira surgiu da função saneadora dos primeiros hospícios, assumindo um papel excludente, sem fazer-se acompanhar dos psiquiatras. É em 1890 que é criada sob administração

pública a Assistência Médico-Legal aos Alienados, de caráter predominantemente asilar. Nos anos 1960, inicia-se o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação de propostas desenvolvidas na Europa, como a psiquiatria preventiva e comunitária – expandindo serviços intermediários; e as comunidades terapêuticas – buscando a humanização dos hospitais.

A partir do século XX, vários hospitais psiquiátricos foram criados nos Estados brasileiros, com predominância de instituições públicas no modelo de colônias agrícolas. Porém, a partir dos anos de 1960, ocorreu o aumento do número de leitos e de instituições privadas. Assim, como em outras áreas da saúde, a psiquiatria passa por um processo de privatização.

Na década de 1970, no contexto das lutas contra o Estado autoritário, surgiram críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo brasileiro. Surgiram, também, denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e de abandono, violência e maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do País. As críticas eram dirigidas aos excessos cometidos, e não aos pressupostos do asilo e da psiquiatria.

A partir dessas denúncias, o Ministério da Saúde passou a analisar a situação dos hospitais psiquiátricos, abrindo espaço para as discussões sobre as formas de assistência à saúde mental.

Os profissionais da saúde mental e os próprios familiares dos doentes começaram a questionar a exclusão do convívio social imposta pela estrutura das instituições psiquiátricas. Outros segmentos sociais, como as universidades, os intelectuais e a imprensa, reivindicavam mudanças e reforma na assistência psiquiátrica brasileira.

Em 1978, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Segundo Tenório (2002), o MTSM combinava reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, alcançando grande repercussão e liderando, nos anos seguintes, as lutas que se fizeram avançar até seu caráter definitivamente antimanicomial.

Em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Seguindo as diretrizes da reforma sanitária, a conferência propôs a integração entre a política nacional de saúde e o desenvolvimento social do País, defendendo a melhoria da qualidade assistencial, mediante processo participativo e democrático.

Em seu relatório final, a I Conferência Nacional de Saúde Mental apontava que a doença mental poderia ser compreendida como resultante do processo de exclusão

social de significativos setores da população. O modelo de atenção instituído, até então, servia para mascarar os problemas sociais e, assim, contribuir para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos. Ao discutir os direitos, os deveres e a legislação do doente mental, o relatório propõe que:

Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor. (BRASIL, 1988, p. 21)

Defendia-se a redução progressiva dos leitos para internação em hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando reverter a lógica hospitalocêntrica e dar prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização.

É importante destacar que a reforma psiquiátrica está sendo entendida aqui como o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Segundo Amarante (1995), a reforma psiquiátrica no Brasil é um processo que surge mais concretamente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, que não está fundado apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas principalmente na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social, que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental representou uma nova trajetória para o movimento da reforma psiquiátrica, que além de buscar a transformação do sistema de saúde procurou desconstruir, no cotidiano das instituições e da sociedade, as formas arraigadas de lidar com a loucura. A proposta de desinstitucionalização era defendida por meio do lema: “*Por uma Sociedade sem Manicômios*”. A partir daí, foram formuladas novas estratégias para o setor, pensando-se não apenas em macrorreformas, mas nas relações que envolvem profissionais e usuários. O foco da mudança não seria apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano e as mentalidades. Tenório (2002) discute a incorporação de novos aliados, entre eles os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, ou mesmo através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.

A Luta Antimanicomial, movimento que cresceu no bojo da reforma psiquiátrica, passou a denunciar as condições de segregação social dos portadores de transtorno mental. A proposta era de mudanças na concepção sobre a doença mental, como no modelo de atenção terapêutico hegemônico, o hospitalocêntrico, e, também, no direito à cidadania. O horizonte desse movimento revela a busca da ampliação ou criação de espaços participativos e democráticos (DIAS, 2007).

O direito à saúde mental passou a integrar o direito à saúde e ficar sujeito ao mesmo disciplinamento e à mesma racionalidade que permeia o direito à saúde, previsto na CF/88.

No contexto da redemocratização do País e com o fortalecimento dos movimentos sociais, a reforma psiquiátrica foi tentada sem sucesso, pela via legislativa, em 1989, por meio da proposição do Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado.

Na década seguinte, os movimentos de reforma no setor saúde cresceram, ganhando força e visibilidade. Em 1990, o SUS foi regulamentado e, em 1992, foram aprovadas portarias para o setor de saúde mental, que estabeleceram o financiamento de recursos nas comunidades, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O modelo centrado unicamente na internação psiquiátrica começou a ser modificado.

A Declaração de Caracas, aprovada em 1990, passou a ser um importante parâmetro na elaboração de políticas na área de saúde mental, propondo que a reestruturação na assistência psiquiátrica priorizasse a atenção primária à saúde e que fizesse uma revisão crítica ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, a reformulação dos recursos, cuidados e tratamentos realizados e, ainda, o ajustamento das legislações dos países, buscando assegurar os direitos humanos dos portadores de transtorno mental.

No Brasil, foi somente em 2001 que o governo federal aprovou a Lei nº 10.216, que prevê, em seu artigo 2º, o direito da pessoa portadora de transtorno mental “*ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade*”. E, em seu artigo 4º, a lei prevê que “*A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*” (BRASIL, 2001, p. 1).

Vasconcelos (2002) apresenta alguns determinantes históricos que influenciaram os processos de desinstitucionalização psiquiátrica em diversos países, inclusive no Brasil. O autor destaca alguns processos históricos, como: os contextos de guerra (o

investimento na reabilitação de soldados e civis, principalmente após a 2ª Guerra Mundial); a própria conjuntura de escassez da força de trabalho (investimento na reabilitação de grupos considerados improdutivos); o processo de transição demográfica e o surgimento de novos arranjos familiares; a conjuntura política de participação democrática (emergência de movimentos sociais, antipsiquiatria, movimento dos trabalhadores da saúde mental); o desenvolvimento dos sistemas de bem-estar social (afirmação dos direitos humanos e sociais através da ampliação de programas sociais); as políticas neoliberais de desinvestimento social (desospitalização, buscando reduzir os gastos com a manutenção das instituições psiquiátricas); as mudanças nas formulações teóricas e práticas no campo da psiquiatria e psicologia (crítica aos paradigmas da psiquiatria e formulação de novas epistemologias, como a psicanálise de Freud, a psicoterapia, a psiquiatria democrática de Franco Basaglia, etc.); e o desenvolvimento da psicofarmacologia (surgimento de inúmeras drogas medicamentosas e novas tecnologias para o tratamento dos portadores de transtornos mentais).

Esses contextos e suas características influenciaram toda a discussão acerca da assistência em saúde mental no País, fortalecendo o movimento pela reforma psiquiátrica e determinando a política de saúde mental, adotada desde a década de 1990, no Brasil. Tenório (2002, p. 31) comenta a esse respeito, afirmando:

O lugar estratégico que a expressão 'saúde mental' ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais.

A reforma psiquiátrica surgiu, assim, como uma tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar, ou seja, evitar a internação como único destino possível e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário. O que se propõe é uma forma de agenciar o problema social da loucura, de modo a permitir que os PTM possam conviver socialmente, como cidadãos.

Tenório (2002, p. 56) chama a atenção para a importância da adesão aos valores da reforma, que nos compele a uma posição contrária à segregação social da loucura: “Reconhecer aí a base de nosso trabalho é um passo importante para que possamos fazê-lo com eficiência e para que possamos orientar eticamente nossas ações”. Existe uma tensão entre a sociedade e a ‘loucura’, na qual os profissionais e os serviços de saúde mental atuam a todo o momento como intermediadores.

Ao discutir a desinstitucionalização, Rotelli (1990, p. 33) afirma que:

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas no entanto seguramente se cuida. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde Mental, vem redirecionando, paulatinamente, os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária e incentivando a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado. No Brasil, a política está baseada em diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, bem como nas recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Declaração de Caracas^{5/}, de 1990.

2.2 A política de saúde mental no município de Belo Horizonte - Minas Gerais

Para abordar a política de saúde mental de Belo Horizonte procurou-se apresentar, previamente, alguns dados mais gerais acerca do município. Sua população estimada, em 2007, era de 2.412.937 (IBGE, 2008), sendo a quinta cidade mais populosa do País. De acordo com um recente estudo do IBGE, Belo Horizonte é o quinto maior PIB brasileiro, representando 1,32% do total das riquezas produzidas no Brasil.

Segundo o PNUD (2008), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belo Horizonte, medido em 2000, equivalente a 0,839, apresenta os seguintes resultados, em relação à Renda, Saúde e Educação: IDHM-Renda (0,828); IDHM-Longevidade (0,759); e IDHM-Educação (0,929). Esses índices colocam o município na 71^a posição do *ranking* nacional de IDHM, que considerou os 5.560 municípios do Brasil.

^{5/} A Declaração de Caracas é um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Trata-se de um posicionamento adotado pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. A Declaração propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, enfatizando o atendimento primário da saúde e a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.

Apesar de ter os mesmos problemas que afligem todas as grandes metrópoles, o município apresenta um sistema de saúde considerado bom, segundo os dados recolhidos no banco de dados do SUS e no Atlas do Desenvolvimento Humano de 2000, do PNUD.

Em relação ao sistema de saúde, existem quatro médicos para cada 1.000 habitantes da capital. No Brasil, por exemplo, a média é de 0,27 médico para cada 1.000 habitantes. A mortalidade infantil até 1 ano de idade na capital mineira é de 27,25 mortes por 1.000 nascidos vivos.

O município dispõe de um total de 69 hospitais, sendo um hospital público municipal, 11 públicos estaduais, um público federal, e os demais filantrópicos e privados. Há cerca de 8.719 leitos na capital, uma média de 3,2 leitos por 1.000 habitantes. A rede também conta com 141 postos de saúde, 150 ambulatórios e 507 equipes do Programa Saúde da Família, que dão cobertura a 76% da população da capital (IBGE, 2008).

Em relação à saúde mental, o Estado de Minas Gerais acompanhou a evolução e as transformações ocorridas na política de saúde mental, em nível nacional. Em 1995, foi promulgada a Lei nº 11.802, que

dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. (BRASIL, 2004, p. 37)

Em seguida, em 1997, a Lei nº 12.684 alterou a lei anterior em alguns pontos, principalmente no que diz respeito à limitação das internações psiquiátricas e da ampliação de unidades de tratamento psiquiátrico, tentando restringir o tratamento aos novos dispositivos ambulatoriais e priorizando ações de inclusão social. Finalmente, em 2002, a Lei nº 11.802, alterada pela Lei nº 12.684, foi regulamentada através do Decreto nº 42.910.

Belo Horizonte conta com um Projeto de Saúde Mental da Prefeitura Municipal, que teve início em 1992, quando foi inaugurado o primeiro CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental). O projeto

tem como premissa básica a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços abertos, articulados e mutuamente dependentes (CERSAM, Centro de Convivência, Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos). (PEQUENO, 2002).

Em 1991, 70% das internações realizadas em hospitais psiquiátricos do município eram de residentes em BH, e em 1998 esse número caiu para 35%, quando já havia quatro CERSAM na cidade. Em 1993, o número de leitos era 2.100, passando para 1.200 em 2002 (neste período foram realocados R\$504 mil/mês). O Fundo Municipal de Saúde de Belo Horizonte gastava, em 2002, em torno de 1 milhão de reais por mês com internações psiquiátricas, que, além da contraposição à finalidade do Projeto de Saúde Mental da Prefeitura, era um custo elevado, com baixa resolutividade no tratamento do portador de transtorno mental.

Com o surgimento do Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP) e a publicação da Portaria nº 054/2000 da Secretaria Municipal de Saúde/BH, cresceram os custos de Serviços Residenciais Terapêuticos e bolsas para as famílias, em torno de 260 mil reais/mês, para cerca de 683 pacientes crônicos.

Pequeno (2002, p. 1) conclui que o Projeto de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte “*demonstrou grande impacto social, eficácia do ponto de vista clínico e viabilidade econômica*”. Segundo a autora, trata-se de um projeto que ganhou legitimidade e reconhecimento diante da sociedade municipal e nacional, através dos usuários e seus familiares, devido à eficácia e qualidade dos serviços substitutivos implantados.

Segundo dados do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em 2006 a rede de saúde mental^{6/} do município era constituída por diversos serviços, descritos na Tabela 1.

Todo o processo de ampliação da rede de saúde mental do município de Belo Horizonte está sustentado pelo SUS e pela Luta Antimanicomial, que trazem a fundamentação das propostas de alteração do modelo de assistência em saúde mental, com a possibilidade de integração desde o planejamento até a operacionalização das políticas. A política de saúde mental do município vem buscando priorizar formas de abordagem pautadas na compreensão da saúde como um direito de cidadania, através da ampliação da rede dos serviços chamados substitutivos.

^{6/} Para maiores informações acerca dos objetivos, do público-alvo e das atividades desenvolvidas pelos serviços que constituem a rede de saúde mental do município de Belo Horizonte, cf. BRASIL (2006).

Tabela 1 – A rede pública de saúde mental de Belo Horizonte, 2006

Especificação do Serviço	Quantidade
Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM)	7
Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna	1
Centros de Convivência	9
Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental	65
Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários	1
Moradias Protegidas	10 (com cerca de 90 usuários)
Programa do Ministério Público “De volta para casa”	1 (78 egressos de hospitais psiquiátricos)
Equipes Complementares de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente	9

Fonte: BRASIL (2006).

2.3 Os serviços substitutivos em saúde mental

A partir do avanço da reforma psiquiátrica depara-se, cada vez mais, com uma clientela que precisa de vários recursos que extrapolam os muros assistenciais e os tratamentos tradicionais. Segundo Generoso (2002), existe uma parcela dessa clientela que perdeu os vínculos afetivos, sociais, familiares e com o próprio corpo, seja pela exclusão imposta pelo tratamento ou pela segregação, influenciada por seu quadro clínico.

Assim, outros meios são necessários para a reabilitação psicossocial, entendida como estratégia e não como programa a ser cumprido. Torre e Amarante (2001) destacam a importância da construção de uma relação de contrato com o sujeito, que irá substituir a relação de tutela estabelecida pela psiquiatria tradicional.

A partir da década de 1990, foram criados os serviços substitutivos, que possuem características extra-hospitalares e estão localizados principalmente nas regiões metropolitanas, próximos aos domicílios dos usuários. Podemos entender como serviços substitutivos aqueles que vão oferecer uma outra forma de tratamento e cuidado aos portadores de transtorno mental, substituindo o hospital psiquiátrico, até então entendido como a única forma de tratar o PTM. Franco (2002) define como função desses serviços atender as pessoas que necessitam de auxílio na área da saúde mental, buscando a reinserção social dos portadores de transtorno mental e a garantia de seus direitos e deveres como cidadãos.

Nesse contexto, os serviços substitutivos surgem como alternativa para a crise. As propostas da reforma psiquiátrica, colocadas em curso nos últimos 30 anos no Brasil, apresentam outra concepção de doença, como relatam Breda *et al.* (2005, p. 451):

O processo de reforma da assistência psiquiátrica defende, ainda, uma nova forma de pensar o processo saúde/doença mental/cuidado. Fortalece a substituição da concepção de doença pela de “existência-sofrimento”, na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania.

Alguns autores propõem, em lugar de comunidade, que seja utilizado o conceito de território, como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso, representando o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura do cotidiano, do projeto de vida, da inserção do portador de transtorno mental no mundo (TENÓRIO, 2002).

A proposta atual é que o tratamento mantenha o paciente na comunidade, fazendo disso um recurso terapêutico que, ao contrário de normalizar o social, propõe que o portador de transtorno mental possa habitar o social, por meio da aceitação da diferença e, ao mesmo tempo, do reconhecimento das características, que são comuns a todos os seres humanos.

Em documento do Ministério da Saúde (MS) sobre a saúde mental no SUS, a rede de saúde mental é descrita como “*complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços*” (BRASIL, 2007, p. 11). Dentre os serviços substitutivos que fazem parte da rede de saúde mental do SUS, regulamentada a partir da Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde, têm-se: os Centros de Atenção Psicossocial; as Residências Terapêuticas, Serviços Residenciais Terapêuticos ou, ainda, as Moradias Protegidas; os Ambulatórios de Saúde Mental; os Centros de Convivência e Cultura; os Hospitais-Dia; e o Programa de Volta para Casa.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades assistenciais de saúde, regionalizadas e estratégicas para a organização da rede de atenção à saúde mental, num determinado território. A expansão desses serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. São serviços ambulatoriais que se constituem também como porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. A assistência prestada por esse serviço inclui uma série de atividades individuais, coletivas, comunitárias e com as famílias. O Brasil conta, atualmente com

cinco tipos de CAPS: CAPS I (cobertura de 50.000 habitantes), CAPS II (cobertura de 100.000 habitantes), CAPS III (cobertura de 150.000 habitantes), CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil, com cobertura de 100.000 habitantes) e CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, com cobertura de 100.000 habitantes). Em 2006, o número total de CAPS no Brasil era de 1.011 unidades (BRASIL, 2007).

As residências terapêuticas, serviços residenciais terapêuticos (SRT) ou, ainda moradias protegidas, são casas localizadas no espaço urbano, com o objetivo de atender às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, com histórico de institucionalização ou não. Este serviço exige uma permanente articulação com a comunidade, a vizinhança, com outros cenários e as pessoas do território. A expansão desses serviços, embora permanente, mostrou ter um ritmo próprio e acompanhou, de modo geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos. Em 2006, existiam no País 475 residências terapêuticas públicas, com aproximadamente 2.500 moradores (BRASIL, 2007).

Os Ambulatórios de Saúde Mental prestam assistência principalmente às pessoas com transtornos mentais menores, através de atendimentos psiquiátricos e psicológicos. O seu funcionamento está pouco articulado à rede de atenção à saúde e a sua resolutividade tem sido baixa. Trata-se de um serviço utilizado em municípios maiores, onde há maior demanda. Em 2006, no Brasil, esses serviços somavam um total de 862 unidades (BRASIL, 2007).

Os centros de convivência e cultura têm papel efetivo na inclusão social dos PTM, configurando-se como espaços territorializados que oferecem oficinas, trabalhos educativos e artístico-culturais individuais e, ou, coletivos. É um serviço que teve sua inclusão muito recente na rede de atenção à saúde mental do Ministério da Saúde, contando, em 2006, com aproximadamente 60 unidades no País (BRASIL, 2007).

Os hospitais-dia representam um dos primeiros equipamentos do SUS a garantir o cuidado em meio aberto às pessoas com transtornos mentais. Atualmente é um serviço em processo de superação, especialmente em face do papel desempenhado pelos CAPS. A proposta do Ministério da Saúde é que os hospitais-dia públicos transformem-se em Centros de Atenção Psicossocial, assumindo sua função estratégica de ordenamento da rede de atenção em saúde mental em seu território. Dessa forma, atualmente existem apenas 24 serviços cadastrados no MS (BRASIL, 2007). Porém, existem no Brasil muitos serviços de hospital-dia pertencentes à rede privada de saúde.

O Programa de Volta para Casa, criado pela Lei nº 10.708/03, é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da reforma psiquiátrica brasileira. O auxílio reabilitação para pessoas egressas de hospitais psiquiátricos realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 ao beneficiário ou ao seu representante legal, se for o caso, com duração de um ano, sendo possível a sua renovação. Em 2006, havia 2.519 beneficiários do programa (BRASIL, 2007).

Além dos serviços ambulatoriais e dos programas apresentados, a rede pública de saúde mental do Brasil conta também com os serviços de assistência psiquiátrica hospitalar, que englobam os serviços de urgência psiquiátrica em hospitais gerais, os leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais e os hospitais especializados em psiquiatria.

Dentre os serviços de saúde mental apresentados, os dispositivos residenciais (as moradias protegidas) destacam-se como um dos elementos essenciais para o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. É importante ressaltar os fundamentos éticos, políticos e metodológicos que direcionam e condicionam o funcionamento de uma moradia protegida, independentemente da sua caracterização como serviço da rede pública ou da rede privada de assistência em saúde mental.

As moradias protegidas buscam proporcionar aos seus usuários o desenvolvimento de um processo de reapropriação pessoal, constituído por elementos fundamentais de seu bem-estar físico e psíquico, retomando as noções reais e simbólicas das dimensões do corpo, do espaço, do tempo e da criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana. É importante compreender que essas vivências foram, muitas vezes, empobrecidas com o institucionalismo, causado por longas internações^{2/}, quando os vínculos pessoais e sociais foram quebrados ou, até mesmo, deixaram de existir.

Essas moradias apresentam-se como base fundamental dos processos de reinserção, além de apresentarem uma relação de custo-efetividade mais interessante que os serviços hospitalares. Nesse sentido, comenta Vasconcelos (2002, p. 109):

^{2/} Consideramos como longas internações psiquiátricas aquelas que representam um corte significativo no convívio social do PTM, ou seja, internações que representaram um longo período de exclusão social, diferente das internações em períodos de crise, com curta duração e retorno imediato para a casa dos familiares.

No contexto brasileiro, a possibilidade de terceirização de uma parcela pequena de serviços residenciais para o Terceiro Setor pode ter aspectos interessantes, como o de aumentar a flexibilização, a despadroneização, a ampliação mais rápida de experiências piloto, e a maior capacidade organizacional de combinar e integrar recursos estatais, privados não lucrativos, comunitários e dos próprios usuários e moradores.

O objetivo principal das moradias é proporcionar aos portadores de transtorno mental uma melhora do seu funcionamento social, do autocuidado e da qualidade de vida. Porém, para o bom funcionamento desse dispositivo é necessário contar com o suporte de profissionais qualificados que irão auxiliar com o orçamento doméstico, as compras e a manutenção da casa, além do acesso à rede de serviços de atenção psicossocial.

Os serviços substitutivos, como as moradias protegidas, por exemplo, procuram atender uma “clientela” que possui os vínculos familiares desgastados, seja pela rejeição e pelo abandono causados por longas internações, ou mesmo por dificuldades no convívio doméstico, causadas por repetidas situações de crise e agressões. Esses serviços buscam modificar a relação que a família possui com o processo de tratamento do portador de transtorno mental, proporcionando maior inclusão da família na sua abordagem e a participação dos familiares no processo de reinserção social dos usuários.

Trata-se de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, que redirecionam o modelo de atenção em saúde mental, tendo como proposta o tratamento ambulatorial, a humanização das relações com o portador de transtorno mental e a inclusão da família no processo de tratamento.

2.4 A família no contexto da saúde mental

No século XX, com o surgimento do movimento de higiene mental^{8/}, a família é colocada como responsável pela educação e pelo aconselhamento dos filhos, tendo como perspectiva regras normalizadoras e preventivas ao surgimento de transtornos mentais.

^{8/} O Movimento de Higiene Mental surgiu nos Estados Unidos, em 1908, dando ênfase às questões relacionadas à maternidade e à educação infantil, buscando de forma preventiva intervir no ambiente familiar para superar as adversidades e aprimorar a personalidade dos membros da família. (ROSA, 2003, p. 58)

A partir da década de 1930, a Psicanálise ganha novo impulso e a família passa a ser culpabilizada pelo aparecimento de algum transtorno mental entre seus membros. Os terapeutas passaram a ocupar cada vez mais espaço na intermediação das relações e dos conflitos familiares e, muitas vezes, a família era destituída de seus saberes, passando a ser vista como agente patológico. Pode-se dizer que esta abordagem está restrita aos aspectos intrapsíquicos da família conjugal, muitas vezes deslocada das condições históricas e da rede de sociabilidade que influenciam o grupo familiar. Ao falar da função da patologia, Rosa (2003:61) cita alguns autores como Pichon Rivière, que “*coloca o portador de transtorno mental como depositário e porta-voz da enfermidade de toda a família*”.

A vertente da Terapia de Família também apontava os membros familiares como responsáveis pelo surgimento de transtornos mentais na família, passando a tratar das patologias familiares. Segundo Aun (2006:19), a família era ao mesmo tempo valorizada pela influência no desenvolvimento do indivíduo e condenada pelos sofrimentos mentais do mesmo. A autora destaca que “*O paciente psiquiátrico foi definido como vítima da família – especialmente da mãe –, da internação hospitalar e das outras instituições sociais, todas consideradas negativamente coercivas*”.

Entretanto, foi a partir da perspectiva de Franco Basaglia, surgida na Itália, na década de 1960, que o paradigma clínico vigente passou a ser questionado. Esta perspectiva, chamada de psiquiatria democrática, critica as instituições psiquiátricas existentes e propõe a criação de novos espaços de base comunitária, além de reforçar o poder de vários profissionais, da equipe de saúde mental, dos próprios usuários e de seus familiares. Nessa perspectiva, a família passa a ser vista como responsável pela reconstrução das relações cotidianas e pelo fortalecimento dos laços sociais, buscando manter a autonomia e a emancipação do portador de transtorno mental.

Nesse contexto de responsabilização da família, ela passou a desempenhar várias funções no campo social, acumulando diversas funções além de garantir o cuidado e o tratamento do PTM.

Essa sobrecarga sofrida pelas famílias, articulada ao processo de redemocratização do País, ao crescimento e à notoriedade dos estudos feministas, à própria reforma psiquiátrica e aos questionamentos sobre o avanço, na década de 1980, das políticas neoliberais (de enxugamento do Estado), faz com que a relação da família com o portador de transtorno mental se torne mais complexa.

Por um lado, a conjuntura social traz reflexos para a reprodução do grupo familiar, interferindo em questões do cotidiano, como no tempo, na renda e na socialização, etc. Por outro lado, o provimento de cuidados também está em pauta, sendo considerado atividade exclusivamente feminina e retomando o amor como qualidade essencial da relação com o portador de transtorno mental. O cuidado na esfera doméstica é qualificado por Balbo, *apud* Rosa (2003, p. 77), como “*invisível, pessoalizado, gratuito, leigo, solitário, requerendo qualidades relacionais, psicológicas e emocionais, historicamente atribuídas ao sexo feminino*”.

As mudanças ocorridas na conjuntura política, econômica e social do País e o próprio processo histórico vivenciado pelo Brasil trouxeram várias consequências para as relações familiares. Nessa perspectiva, considera-se a família como aquela que “*representa a principal instituição balizadora das relações sociais, da construção da identidade pessoal, bem como espaço de solidariedade e reprodução material e ideológica*” (VASCONCELOS, 2002, p. 263).

As evidências empíricas têm mostrado que a presença de um portador de transtorno mental em casa produz grande impacto na família, aumentando a responsabilidade dos familiares com o tratamento e os cuidados para com ele. Ao pensar a relação entre a família e o portador de transtorno mental, deve-se considerar o grau de sobrecarga vivido pelos familiares, além dos encargos financeiros, sociais e subjetivos causados pela doença. Há forte tendência de as famílias se isolarem do ambiente social, evitando comparecer a eventos e afastando-se de amigos e outros familiares, devido ao grande preconceito existente na sociedade contra os portadores de transtorno mental. Essa situação é relatada por Mellman, *apud* Souza e Scatena (2005, p. 174), da seguinte forma:

Para essas famílias, o aparecimento da enfermidade mental e suas consequências fazem agravar eventuais conflitos e dificuldades do cotidiano, anteriormente enfrentados por elas. Não há dúvidas de que precisam de ajuda para lidar com essas questões e outras, como a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para eles quanto para a pessoa que adoece.

Apesar da tendência de essas famílias evitarem a exposição e se fecharem cada vez mais em seu ambiente doméstico, é a interação das pessoas na sociedade, criando laços de amizade e solidariedade, e com a comunidade que vai constituir bases importantes de apoio tanto ao portador de transtorno mental quanto à própria família,

em momentos de crise. Em relação a essa rede que se estabelece a partir das relações sociais, Sluski, *apud* Vasconcelos (2002, p. 255), menciona que:

Esse nível intermediário da estrutura social se revela crítico para uma compreensão mais inteira dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e de consolidação dos potenciais de mudança, e, conseqüentemente, também ilumina os processos psicossociais de desintegração, de mal-estar e de adoecer, de transtornos e identidade, e de perturbação dos processos de adaptação construtiva e de mudança. Constitui assim uma instância necessária para poder desenvolver um trabalho clínico no campo da saúde mental, mantendo uma óptica eco-sistêmica responsável.

No entanto, o portador de transtorno mental e sua família sofrem com a estigmatização e o preconceito que a sociedade apresenta em relação à loucura, por desconhecer as condições de vida desses sujeitos. Este fato intensifica os conflitos na esfera familiar, resultando em frequentes reinternações psiquiátricas.

Essa situação tem sustentado, por longa data, as instituições psiquiátricas no modelo manicomial de asilamento, que se constituem historicamente como espaços de segregação e violência, passando a sofrer críticas e denúncias após a 2ª Guerra Mundial. Mais tarde, essas instituições passaram a ser julgadas, no plano ético e jurídico, como violadoras dos direitos humanos dos portadores de transtorno mental. Do ponto de vista clínico, os manicômios são vistos como:

[...] pela sua ineficácia terapêutica, tornou-se um espaço patogênico e cronificador; na sua face institucional reproduz a violência por sustentar-se em relações de poder desigual e em relações impessoais, desumanas, massificadoras e burocratizadas, figurando assim como uma instituição total – que fecha os indivíduos na lógica e no tempo construído organizacionalmente. (VASCONCELOS, 2002, p. 265)

Atualmente, as internações psiquiátricas são propostas para os períodos de crise. Portanto, fora da crise, a família é orientada a seguir o tratamento ambulatorial e o portador de transtorno mental deve se reintegrar ao convívio familiar e social. Porém, Vasconcelos (2002) chama atenção para os pacientes que não possuem família ou aqueles com o vínculo familiar instável, que constituem grande parte dos usuários de serviços psiquiátricos, apresentando quadros clínicos graves, necessidade de cuidados e abordagem com duração prolongada. Ao discutir a relação entre a família, a necessidade de cuidados e o PTM, Vasconcelos (2002, p. 269) aponta:

a relação entre a família e o portador de transtorno mental está longe de qualquer unilateralidade e é mais complexa que a mera necessidade de controle e repressão sobre os seus membros desviantes. Envolve também muitos fatores (diagnóstico; número de reinternações; sexo; idade; condições materiais e psíquicas para o seu cuidado).

A partir das mudanças ocorridas no modelo de atenção em saúde mental no Brasil, nas duas últimas décadas, algumas questões, como o processo de desospitalização do portador de transtorno mental, ganham destaque. Vários fatores estão envolvidos nesse processo, entre eles o retorno para casa e para o convívio familiar. Miles (1982, p. 102), ao falar sobre o papel social do “ex-paciente mental”, lembra que “*um retorno completo ou mesmo parcial aos papéis previamente desempenhados talvez não seja possível ou, em alguns casos, sequer desejável para o paciente mental que recebeu alta*”.

Na maioria das vezes, as famílias buscam os serviços psiquiátricos sem saber como lidar com o portador de transtorno mental, apresentando-se angustiadas, estressadas e carregando um sentimento de culpa em relação às condutas e ao convívio com o enfermo. Aqui surge um grande desafio para os serviços substitutivos à internação psiquiátrica, uma vez que:

o distanciamento prolongado, a falta de convívio direto entre o portador de transtorno mental e sua família, a desinformação e o despreparo moldam condutas e cristalizam posições. A família perde o pouco traquejo que tinha com o portador de transtorno mental e as condições emocionais para o convívio. O portador de transtorno mental, por sua vez, perde paulatinamente, com as frequentes reinternações, seu espaço no âmbito doméstico [...]. Perda real, objetiva, que se reproduz simbolicamente na ruptura das condições relacionais para o convívio (VASCONCELOS, 2002, p. 280).

Além das questões relativas às dificuldades de convívio, algumas mudanças ocorridas na família, na contemporaneidade, influenciam diretamente a sua condição de cuidar do PTM. As diversas configurações de famílias, diferentes do modelo tradicional, e a saída da mulher do ambiente doméstico para o trabalho, a quem é atribuída socialmente a função do cuidado, fazem com que ela tenha menos condições de exercer este cuidado. Dessa forma, torna-se necessário repensar a organização do grupo familiar, suas possibilidades de assumir a responsabilidade pelo cuidado e as alternativas de assistência em saúde mental.

Assim, em função desse contexto de mudanças do processo de reforma psiquiátrica e das relações familiares e sociais estabelecidas pelo portador de transtorno mental, os serviços substitutivos aparecem como alternativas fundamentais ao processo de reinserção social. Na medida em que os PTM e seus familiares podem usufruir de serviços que atuam na perspectiva da reabilitação psicossocial, a reinserção social passa a ser uma possibilidade real, que pode ser pensada a partir da retomada da autonomia e da conquista da cidadania, buscando a melhoria da qualidade de vida desses sujeitos.

2.5 Reinserção social

A identidade e o estereótipo atribuídos historicamente à loucura fizeram com que o tratamento em saúde mental fosse visto como sinônimo de exclusão social, considerando necessária a retirada do PTM do convívio social, até que ele apresentasse condição de se readaptar à convivência social, mantendo um comportamento considerado convencional.

Até meados do século XX, a relação estabelecida entre a sociedade e o PTM estava atrelada a uma ordem política, que privilegiava as pessoas consideradas aptas ao trabalho.

Segundo Franco (2002, p. 19), “*em nome da ordem social, do harmonioso e do desenvolvimento econômico, todos que não correspondiam à nova concepção política deveriam ser excluídos*”. Dessa forma, iniciou-se um processo de aviltamento e exclusão social, em que o sujeito, PTM, era visto como desprovido da razão e transgressor das regras sociais.

É no contexto de redemocratização e transição política, ocorrida nos anos de 1970 no Brasil, que surgem os movimentos em defesa da reestruturação da assistência psiquiátrica. Assim, tendo em vista a história de exclusão sofrida pelos PTM, torna-se importante pensar que a reinserção social dos pacientes psiquiátricos requer um conjunto de intervenções coordenadas em diversas dimensões da vida desses sujeitos, paralelamente ao tratamento medicamentoso, como os programas de acompanhamento e de readaptação psicossocial, necessários à sua reinserção na comunidade.

A compreensão do processo de exclusão social dos PTM nos permite definir a reinserção social como a possibilidade do sujeito fazer parte do contexto social, estando incluído nos diversos setores e acontecimentos da vida cotidiana, agindo como cidadão de direitos e deveres. Dessa forma, a definição de reinserção social, aqui, irá se aproximar do conceito de cidadania.

Ao debater sobre cidadania e saúde mental no Brasil, Medeiros e Guimarães (2002, p. 577) apontam que “*o direito de cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser pura e simplesmente jogado em depósitos...*”.

Assim, o conceito de cidadania pode ser entendido como a participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e seu acesso aos bens materiais e culturais da sociedade, em um determinado contexto histórico.

Um dos componentes considerados como essenciais à reinserção dos PTM é a autonomia, que pode ser conquistada através de um processo de aprendizagem ou retomada das habilidades sociais e das habilidades instrumentais básicas, necessárias à sua vida cotidiana. Moreira e Andrade (2003), considerando que a autonomia é a capacidade do sujeito gerar normas para a própria vida, a partir da ampliação das suas relações sociais, mencionam que a produção de autonomia representa:

o processo em que o sujeito passa a relacionar e interagir com a comunidade de maneira que requer menos dispositivos assistenciais, seja do próprio serviço, seja do entorno social mais próximo (familiares, vizinhos, amigos, etc.), mantendo-se numa rede de relações sociais que possibilitam viver em comunidade. (MOREIRA e ANDRADE, 2003, p. 251).

Ferreira (2008), ao discutir os riscos da autonomia, enfatiza que a emancipação do sujeito deve estar associada ao cuidado, portanto é necessário auxiliar os PTM a se libertar das forças coercitivas e a promoverem novos comportamentos. A busca da autonomia não está dissociada da liberdade, da criatividade e da participação. A autora sugere duas buscas distintas por autonomia: a busca da autonomia social e da autonomia diante do sofrimento. A autonomia diante do sofrimento seria aquela na qual o PTM consegue se conduzir de forma criativa na busca de uma saída, ao se deparar com o tumulto das emoções. A autonomia social seria aquela em que o PTM constroi o seu transitar pela cidade, conseguindo, na medida do possível, sua diversão, seu sustento e sua moradia.

Nessa perspectiva é preciso que os muros da instituição de tratamento sejam virtuais; que possam se expandir e se contrair sobre a cidade. A instituição passa a pertencer à cidade como um centro, de onde o sujeito parte para o seu transitar.

Em um país onde as desigualdades são acentuadas, como no Brasil, a cidadania e a qualidade de vida são uma questão social, na medida em que são representadas por um contexto de dimensões variadas no qual se incluem percepções, experiências de vida, oportunidades sociais, recursos sócioeconômicos, acesso à educação, à saúde, ao transporte, à habitação, dentre outros. Segundo Minayo *et al.* (2000, p. 8):

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Outra definição de qualidade de vida foi feita pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, que a definiu como "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (FLECK, 2008).

Os serviços substitutivos, como as moradias protegidas, estão centrados em práticas desinstitucionalizantes e contribuem para o fortalecimento de uma política de saúde mental centrada numa ética de equidade e respeito aos direitos humanos dos seus usuários. A partir daí, torna-se importante pensar as práticas pautadas pelo direito de cidadania e melhoria da qualidade de vida, socializando as informações, debatendo no plano conceitual e dando consistência à política de saúde mental implementada no Brasil.

3. A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

Os procedimentos metodológicos procuram ressaltar a natureza da pesquisa, o local do estudo, a população e amostra, o método de coleta dos dados, as variáveis analíticas e os procedimentos de análise dos dados.

3.1 Natureza da pesquisa

O delineamento desta pesquisa, de natureza qualitativa, é caracterizado pelo método de estudo de caso^{2/}, do tipo descritivo *in loco*, especificamente sobre uma moradia protegida situada no município de Belo Horizonte – MG. Tal tipologia, de acordo com Triviños (1987), é compatível com o tema do estudo em questão e permite analisar não só os aspectos objetivos, mas também os aspectos subjetivos, como a percepção das pessoas envolvidas (famílias, portadores de transtorno mental, profissionais da saúde, etc.).

Segundo Gil (1994), o método de estudo de caso é caracterizado pela pesquisa profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. Vale destacar que a opção pelo modo de investigação, denominado estudo de caso, também se justifica pelo fato de o problema formulado evidenciar a importância de compreender “como” certos fenômenos ocorrem dentro de

^{2/} Segundo Yin (2001), o estudo de caso tem o foco em fenômenos contemporâneos e trata-se de uma estratégia escolhida pelo pesquisador quando se tem pouco controle sobre os eventos e não se pode manipular o comportamento dos sujeitos envolvidos.

circunstâncias, em que a possibilidade de controle sobre os eventos estudados é mínima (GODOY, 1995).

O tipo de pesquisa é também descritivo, pois, como destacam Selltiz *et al.* (1987), intenciona conhecer a natureza, a composição e os processos que compõem o problema de pesquisa que o constituem ou nele se realizam, para assim permitir a descrição de suas características.

3.2 Local e sujeitos da pesquisa

A moradia protegida pesquisada foi criada a partir da concepção de uma clínica de saúde mental, que atua em Belo Horizonte desde 1995, com o objetivo de atender o paciente portador de transtorno mental grave fora da estrutura hospitalar. Havia a proposta de construir dispositivos que pudessem auxiliar na construção da autonomia possível para esse sujeito e na sua real inserção social, a partir do respeito à sua subjetividade e na crença da sua capacidade de convivência e produção, ainda que marcadas por uma história de exclusão.

Em 1996 essa clínica assumiu, junto à empresa de um plano de saúde, a tarefa de construir um projeto para a desospitalização de sua clientela psiquiátrica. Naquele momento, constatou-se que havia um grande número de reinternações, e que 32 pessoas encontravam-se internadas há mais de cinco anos, devendo-se ressaltar que a internação mais longa excedia os 30 anos. Constatou-se, também, que seria necessário construir um projeto terapêutico individual para cada caso. No decorrer desse processo, percebeu-se que alguns casos necessitavam de uma estrutura intermediária entre o hospital e o retorno para a casa de seus familiares. A partir daí foi desenvolvido o projeto da moradia protegida, implementado em 1998 (MAIA *et al.*, 2002).

Essa experiência retoma a ideia de pessoas morando juntas como em uma república, dividindo, assim, o espaço e o cotidiano de uma casa por algum tempo, embora este espaço necessite de alguma proteção.

Durante o primeiro ano, a empresa do plano de saúde que deu início ao projeto financiou toda a estrutura da moradia e, nesse período, havia uma coordenação administrativa responsável pela contratação de pessoal, pelas despesas e pela manutenção da casa. Havia outra coordenação técnica, separada da administrativa, cuja responsabilidade era da clínica de saúde mental contratada, visando a articulação e o

direcionamento clínico referente aos moradores, por exemplo, sustentar o projeto terapêutico individual, intermediar as relações entre funcionários e moradores, etc.

Após um ano de funcionamento da moradia, as famílias assumiram o pagamento dos gastos (aluguel, luz, água, telefone, alimentação e funcionários) e a clínica de saúde mental passou a administrar os pagamentos e a contratação de pessoal, bem como continuou na coordenação técnica do projeto. A moradia configura-se, portanto, como um serviço substitutivo em saúde mental, de caráter privado, subsidiado pelos familiares dos moradores.

Os quatro primeiros moradores possuíam história de longas internações psiquiátricas. Com o passar do tempo, surgiram outros candidatos a moradores, que não tinham história de internação hospitalar de longa permanência. Eram casos marcados pela dificuldade de convivência familiar.

A presente pesquisa foi realizada em julho de 2008, quando a moradia protegida completou dez anos de existência. Durante esses anos passaram pela moradia protegida 12 moradores, todos com diagnóstico de psicose^{10/}. Desses 12 moradores, apenas quatro possuem história de internações psiquiátricas de longa permanência. Nesse período, alguns moradores retornaram para a casa de seus familiares, alguns foram morar em outras estruturas protegidas e novos moradores foram encaminhados para a moradia. Atualmente, existem três moradores na moradia protegida, nenhum deles com história de longas internações.

Para um morador participar dessa estrutura é importante que ele esteja inserido em uma rede de tratamento, sendo a moradia mais um recurso da rede, bem como deve haver o consentimento dele em residir nesse espaço, pois é um lugar que pretende ser uma casa, e não uma instituição fechada.

Entende-se por rede de tratamento um conjunto de serviços de atendimento prestados por profissionais e instituições da saúde que interagem entre si, sem que se estabeleça uma relação hierarquizada. Busca-se atender à demanda apresentada pelo indivíduo e desenvolver todo o potencial terapêutico dos serviços envolvidos. Além da equipe que atua diretamente na moradia, a rede de tratamento também engloba profissionais, como médico psiquiatra, psicoterapeuta, terapeuta ocupacional,

^{10/} Neste trabalho não serão abordadas questões relativas ao diagnóstico psiquiátrico dos portadores de transtorno mental. Vale ressaltar, apenas para esclarecimento, que a moradia protegida pesquisada delimitou sua abordagem aos sujeitos que possuem um transtorno psiquiátrico grave, diagnosticados como psicose.

acompanhantes terapêuticos, bem como serviços ambulatoriais, como o hospital-dia e os centros de convivência.

Um “Contrato de Adesão” é discutido com o morador e a família. Nesse contrato algumas regras são inicialmente estabelecidas para todos: o respeito mútuo pelo espaço de cada um, o não uso de bebida alcoólica dentro da moradia e a necessidade de seguir um tratamento, que é proposto conforme cada caso. As regras são aceitas por cada morador em um momento anterior à sua entrada na casa. Outras regras e normas para melhor convivência vão sendo construídas no dia a dia, com a participação de todos.

Maia *et al.* (2002, p. 15), ao escreverem um artigo sobre a moradia protegida abordada nesta pesquisa, apontam algumas características que sinalizaram que o projeto da moradia era viável no momento de sua implantação e que poderia beneficiar os PTM e suas famílias:

Os quatro primeiros moradores faziam parte do projeto de desospitalização do plano de saúde e, portanto, tinham histórico de internações de longa permanência (variando entre seis e vinte e cinco anos), o que comprometeu em algum grau as suas habilidades em gerir o próprio cotidiano, fazer escolhas, lidar com o inesperado, além de estabelecer vínculos sociais, dado o período em que permaneceram excluídos da coletividade, nas instituições fechadas. Os laços afetivos estavam empobrecidos ou inexistiam e a circulação pela cidade era limitada e dependente de um terceiro. O retorno imediato para a casa dos familiares também era inviável naquele momento; Todos tiveram a indicação para outros dispositivos da rede, além do tratamento psiquiátrico com uso de medicação atípica. O acompanhamento terapêutico foi necessário em todos os casos, uma vez que, variando caso a caso, todas as pessoas apresentavam algum comprometimento que dificultava a organização da própria rotina de forma independente e a administração dos bens pessoais e do dinheiro; A formação heterogênea do grupo em relação à idade, sexo, nível cultural e evolução do adoecimento oferecia grandes possibilidades de realmente ocorrerem trocas; sendo os moradores os grandes parceiros no projeto, a diversidade facilitaria o processo de crescimento do grupo e de cada um, já que a contribuição de todos seria fundamental no processo. Como o instrumento regulador da convivência são “contratos” diários, todos podem participar da “negociação”.

A moradia protegida propõe uma prática coletiva de respostas e intervenções, que não pode se limitar a um determinado momento do dia e nem a uma só pessoa, pois a forma de endereçamento das questões relacionadas à convivência diária que o morador faz necessita frequentemente de uma intervenção imediata, não devendo ser adiada.

A prática cotidiana na moradia procura propiciar outro tipo de relação, diferente de uma hierarquia rígida, buscando não reproduzir as relações vivenciadas por cada um em seus lares originais ou nas instituições por onde passaram. Pretende-se estabelecer

um campo de trocas, embora as funções exercidas por cada um sejam fundamentais no delineamento do seu papel na casa.

A organização da moradia foi pensada de forma a ser uma dinâmica em que os moradores participassem da construção de seu cotidiano, resguardando as particularidades de cada um dentro de uma coletividade. Dentro do cotidiano incluem-se os cuidados básicos de higiene e com os objetos pessoais, as relações com o outro, a circulação pelo bairro e a adesão ao tratamento. Os membros da equipe participam como intermediadores e agenciadores das relações do grupo. Periodicamente, acontecem reuniões com os moradores, seus familiares e os membros da equipe que trabalham na casa. O objetivo principal das reuniões é que seja um momento de encontro para convivência, solução de problemas, divisão de responsabilidades, decisões coletivas quanto ao cotidiano da casa (compras, cardápios, horários, funções, etc.) e para apresentação de propostas de lazer, dentre outros assuntos. Permite, em suma, um exercício do poder de contratualidade de cada morador.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram divididos em três grupos. O primeiro grupo é formado pelos PTM que, após vários anos de internação em hospitais psiquiátricos, passaram pela experiência de viver em uma moradia protegida e, atualmente, residem com familiares ou em outras estruturas protegidas. Para este estudo foram desconsiderados os ex-moradores que não possuem história de longas internações psiquiátricas, bem como os atuais moradores. A escolha pela pesquisa apenas com os ex-moradores da moradia protegida que possuem história de longas internações tornou possível descrever e analisar a trajetória da vida e do tratamento dos portadores de transtorno mental, desde a primeira internação em um hospital psiquiátrico até a saída de um serviço substitutivo em saúde mental. Buscou-se enfatizar, nas diferentes etapas da vida dessas pessoas, aspectos da sua inserção social, autonomia e qualidade de vida. Porém, foi necessário excluir do estudo um ex-morador com história de longa internação, pelo fato de ele residir com a família em outro Estado, o que dificultaria o acesso do pesquisador. Desta forma, fizeram parte da pesquisa três ex-moradores.

O segundo grupo de sujeitos envolvidos na pesquisa é composto pelos familiares responsáveis por cada ex-morador, totalizando três pessoas.

Buscando caracterizar o funcionamento da moradia protegida, a pesquisa envolveu, ainda, um terceiro grupo, formado pela equipe de profissionais que trabalham atualmente na casa, oito pessoas. Os cuidadores e acompanhantes terapêuticos (AT) são os profissionais que mantêm contato direto com os moradores, sendo responsáveis pelas

questões do cotidiano doméstico, além da constante mediação dos conflitos que possam aparecer. A coordenação e a supervisão clínica da moradia são responsáveis pelo apoio e pela supervisão técnica e clínica, respectivamente.

A seguir serão caracterizados os sujeitos envolvidos na pesquisa.

O ex-morador 1 é do sexo masculino, tem 51 anos de idade, é solteiro e possui o 1º grau completo. Ele passou por vários anos de internação psiquiátrica (mais ou menos seis anos) e, após a sua desospitalização, residiu na moradia protegida pesquisada por três anos, devendo ser ressaltado que nesse período ocorreram algumas tentativas de residir na casa de seus familiares. Os pais do ex-morador 1 são falecidos; ele é interdito judicialmente e a sua curadora é uma irmã. Em períodos de crise ele passou e passa por internações breves, e atualmente reside sozinho num bairro residencial de Belo Horizonte, em uma estrutura protegida que conta com cuidadores diurnos e noturnos. Possui boa condição financeira, pois conta com uma pensão razoável deixada por seu pai, que é administrada pela irmã.

A ex-moradora 2 é do sexo feminino, tem 57 anos, é divorciada, tem três filhos e possui o 2º grau completo. Ela passou 11 anos internada em hospital psiquiátrico, e após a desospitalização foi residir na moradia protegida, permanecendo lá por oito anos. Nesse período, a ex-moradora 2 passou pelo processo de divórcio e atualmente tem uma irmã como familiar responsável. Hoje ela reside em um apartamento em um bairro residencial de Belo Horizonte, com mais duas moradoras. A sua residência atual é considerada uma estrutura protegida menor e menos vigiada, onde existem poucos cuidadores, que não permanecem 24 horas por dia na casa. Ela recebe uma pensão do ex-marido, que já foi administrada por ela, mas que atualmente é administrada pela irmã.

O ex-morador 3 é do sexo masculino, tem 46 anos, é solteiro e estudou até a 4ª série. Ele passou mais de 20 anos internado em hospitais psiquiátricos, e após ser desospitalizado foi residir na moradia protegida, onde permaneceu por quase dois anos. Os pais são falecidos e atualmente ele reside com uma tia no interior de Minas Gerais. Ele recebe uma quantia de dinheiro da pensão dos pais, que divide com outro irmão, também PTM. O dinheiro é administrado pela tia.

A familiar do ex-morador 1 é sua irmã, com 59 anos, casada e com duas filhas. Atualmente ela reside com o marido em Belo Horizonte – MG. Ela é do lar e responsável por administrar o dinheiro e a residência (pagamento de contas, contratação dos cuidadores e regras da casa) do ex-morador 1. Mantém contato frequente por

telefone com o ex-morador 1 e poucos encontros pessoais. Seu contato com a rede de tratamento é restrito.

A familiar da ex-moradora 2 também é a sua irmã, tem 48 anos, é casada e tem dois filhos. Desde o início do processo de divórcio da ex-moradora 2 sua irmã assumiu as responsabilidades com o acompanhamento do seu tratamento. Ela reside no interior de Minas Gerais com o marido e mantém contato frequente por telefone e alguns encontros com a ex-moradora, seja em Belo Horizonte ou em sua casa no interior. Possui bom contato com a rede de tratamento.

A familiar do ex-morador 3 é sua tia materna, tem 68 anos, é viúva e não tem filhos. Desde o início do processo de desospitalização do ex-morador 3 ela assumiu o cuidado e a responsabilidade pelo seu tratamento. É a única familiar que atualmente reside na mesma casa que o ex-morador e é responsável pelo seu cuidado dentro do cotidiano doméstico. Os dois vivem no interior de Minas Gerais, na mesma cidade dos demais familiares.

A equipe da moradia é composta por: coordenador, médico psiquiatra de referência (supervisor clínico), acompanhantes terapêuticos e cuidadores. Todos os membros da equipe atuam de forma a intermediar as relações entre os moradores, visando possibilitar sua maior negociação e autonomia, respeitando a singularidade de cada morador.

O coordenador tem a função de facilitador, aquele que está presente no cotidiano da moradia como uma ponte para que coisas possam ser ditas e pensadas, mas que não deve ter respostas prontas ou soluções, que possa ajudar cada indivíduo no grupo a encontrar suas soluções, ou o próprio grupo a movimentar-se para mudanças importantes. O coordenador é um profissional da área da saúde, de nível superior, que atua também na mediação das relações entre os familiares, os moradores e a equipe de profissionais que atua na casa.

O médico psiquiatra é o responsável clínico pela moradia protegida e serve de referência para as urgências psiquiátricas que possam surgir no cotidiano da casa. Ele também é responsável pela supervisão clínica dos acompanhantes terapêuticos e da coordenação da moradia. Em momentos pontuais, o psiquiatra de referência acolhe e orienta as famílias dos moradores, em grupo ou individualmente.

O acompanhante terapêutico (AT) também é um profissional da área da saúde, com formação de nível superior em psicologia ou terapia ocupacional (na proposta desta

moradia protegida^{11/}), indicado pelo psiquiatra ou terapeuta que assiste o PTM. A função do AT é favorecer a reinserção social e produtiva do seu acompanhado, principalmente a partir da reapropriação dos espaços da cidade. “*O AT desempenha várias funções, a partir do objetivo clínico a ser alcançado. Inicialmente, propõe-se uma mudança na maneira que o indivíduo circula na cidade e na forma como ele estabelece suas relações sociais*” (MAIA *et al.*, 2002, p. 9).

Os cuidadores são profissionais de nível médio e fundamental, responsáveis pelas tarefas domésticas da moradia protegida e pelo cuidado básico com o morador, incluindo a higiene pessoal e o controle da medicação (quando o morador não possui condições de realizar essas tarefas sozinho). O cuidador também atua como mediador das relações no cotidiano da casa, sendo o contato direto entre os familiares e os moradores.

Ressalta-se que a moradia atua como um espaço de passagem, de movimento, que não seja o da inércia ou da segregação, no sentido de que cada morador possa construir saídas criativas na sua relação com o mundo, seja morando sozinho, em outra estrutura protegida, voltando para a casa da família ou de uma família substituta. A moradia serve como referência, podendo o ex-morador retornar a ela quando for necessário.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados neste estudo envolvem dois tipos de dados: primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e de um questionário fechado, direcionado aos ex-moradores, tendo como foco alguns indicadores de qualidade de vida (Apêndice F). Para a confecção do questionário sobre qualidade de vida foi utilizada como referência a versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL, 1998), considerando cinco dos seis domínios propostos pela estrutura do instrumento. São eles: domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente (FLECK, 2008).

As entrevistas foram utilizadas com a equipe de profissionais da moradia protegida, tanto os cuidadores (Apêndice A), como a coordenadora e os AT

^{11/} Em outros projetos de moradia protegida, como é o caso de alguns serviços no Estado de São Paulo, também são admitidos outros profissionais de nível superior, por exemplo, os assistentes sociais.

(Apêndice B), e a supervisora clínica (Apêndice C), servindo de instrumento que permitiu identificar os pressupostos da reforma psiquiátrica no cotidiano doméstico da moradia, enfatizando a sua rotina e o seu funcionamento.

As entrevistas semiestruturadas, direcionadas aos ex-moradores e seus familiares, procuraram apontar questões referentes às diferentes experiências vivenciadas pelos PTM, considerando os espaços do hospital psiquiátrico, da moradia protegida e da residência atual (Apêndices D e E). As entrevistas buscaram identificar, inclusive, a participação dos membros familiares em todo o processo de tratamento e a percepção dos ex-moradores e seus familiares sobre a sua própria qualidade de vida.

Laville e Dionne (1999) caracterizam a entrevista semiestruturada como uma série de perguntas abertas, que são feitas de forma verbal em uma ordem prevista, mas que podem gerar desdobramentos, caso o entrevistador acrescente perguntas de esclarecimento. A entrevista semiestruturada, mesmo que seja mais demorada e exija maior habilidade do entrevistador, permite encorajar os entrevistados a detalhar situações da vida cotidiana, a exprimir seus sentimentos e crenças e a expor características pessoais e experiências passadas. Como se trata de uma abordagem que buscou aprofundar a trajetória dos PTM, foi possível analisar as mudanças ocorridas em sua vida a partir do processo de reinserção social, sustentado pela moradia pesquisada.

Os locais de realização das entrevistas foram diversificados. A equipe de profissionais da moradia protegida foi entrevistada na clínica de saúde mental, aqui denominada clínica X, responsável pelo projeto inicial de implantação da moradia. Como a supervisora clínica, a coordenadora e os acompanhantes terapêuticos da moradia estão vinculados a essa clínica, é lá que ocorrem as supervisões clínicas e as reuniões da equipe.

Os ex-moradores 1 e 2 e a família do ex-morador 1 foram entrevistados em suas residências atuais, em Belo Horizonte - MG. Apenas a família da ex-moradora 2, que reside no interior do Estado de Minas Gerais, foi a Belo Horizonte para ser entrevistada na clínica X. O ex-morador 3 e a sua familiar responsável foram entrevistados na sua residência atual, no interior de Minas Gerais.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa - MG, para sua análise e parecer. Todas as entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identificação da moradia protegida pesquisada foi preservada e os nomes dos entrevistados foram

substituídos por números, buscando salvaguardar o sigilo dos dados e proteger a privacidade dos sujeitos.

Os dados secundários foram coletados por meio de pesquisa documental sobre os pressupostos da reforma psiquiátrica, na realidade prática da moradia protegida pesquisada, por meio de documentos (projeto, contratos, atas de reuniões, artigos e textos apresentados em eventos), a fim de descrever o histórico e caracterizar a estrutura da moradia.

Todos os instrumentos e técnicas utilizadas na coleta de dados buscaram apontar fatores relacionados à reinserção social dos PTM, procurando alcançar o objetivo geral da pesquisa.

3.4 Técnica de análise dos dados

Para Babbie (1999), um delineamento satisfatório de uma pesquisa científica é aquele que apresenta precisão na definição de suas categorias de análise, para que não ocorra ambiguidade, com relação ao termo e seu respectivo uso. Conforme Kerlinger (1980), as categorias de análise devem ser definidas de forma constitutiva e de forma operacional, a fim de subsidiar o processo de coleta de dados.

Para atender aos objetivos desta pesquisa foram utilizadas algumas categorias formuladas com base no referencial teórico apresentado. Estas categorias foram operacionalizadas a partir dos indicadores que compuseram os instrumentos de coleta dos dados utilizados na pesquisa.

Ao finalizar o levantamento dos dados, iniciou-se a etapa de análise dos dados, buscando confrontar os dados coletados com a literatura exposta.

Conforme Gil (1994), os objetivos da análise de dados são descrever, interpretar e explicar os dados coletados, de maneira que venha responder às questões formuladas no estudo, sendo a decisão sobre os métodos e técnicas de análise utilizada depende da natureza dos dados obtidos e do tipo de informações e relações desejadas.

Dessa forma, a análise dos dados nesta pesquisa teve um caráter predominantemente qualitativo, sendo utilizadas técnicas de análise de conteúdo, em especial a análise temática.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática, além da interpretação do conteúdo da comunicação (BARDIN, 2004). Para a autora, o emprego deste método de análise preocupa-se com o

estudo das atitudes, dos valores e das crenças. *“Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade”* (BARDIN, 2004, p. 7). Freitas e Janissek (2000) destacam que a análise de conteúdo é uma técnica para ser utilizada em todos os tipos de pesquisa que possam ser documentadas em textos escritos. Contudo, Minayo, *apud Santos et al.* (2004, p. 269), considera que *“a análise de conteúdo é a expressão mais frequentemente utilizada na área da saúde, para representar o tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa”*.

Para Triviños (1987), é importante salientar que a análise de conteúdo representa um “conjunto de técnicas”, ou seja, a classificação dos conceitos, a sua codificação, sua categorização, etc. São procedimentos indispensáveis na utilização desse método, devendo, para dar suporte a essas técnicas, o pesquisador possuir amplo campo de clareza teórica, para tornar possível a inferência das mensagens.

Já a análise temática pode ser entendida como a análise dos significados, em que ocorre a contagem de vários temas em uma unidade de codificação previamente determinada. Para Bardin, *apud Santos et al.* (2004, p. 269), *“fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”*.

Para a análise de conteúdo foram utilizadas as três etapas citadas por Bardin (2004): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação, por meio de significados. As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos entrevistados, e transcritas integralmente, tendo sido realizada a correção do português. Foi realizada uma leitura flutuante do material coletado e, posteriormente, iniciou-se a fase de categorização (classificação e agregação). A unidade de significação, o tema, bem como as categorias temáticas para o estudo, foram pré-estabelecidos a partir do referencial teórico e dos objetivos propostos pela pesquisa.

Para a análise dos dados, os sujeitos envolvidos na pesquisa foram divididos em três grupos, buscando apresentar a perspectiva de cada um deles sobre o processo de reinserção social dos usuários da moradia protegida. Fazem parte dos grupos: 1) os ex-moradores da moradia protegida; 2) os familiares dos ex-moradores; e 3) a equipe de profissionais da moradia protegida.

Dentre o corpo de categorias levantadas pelo trabalho, apresenta-se como unidade de significação o tema: *“vivenciando o processo de reinserção social”*. O tema

reuniu quatro categorias que dizem respeito à reinserção social dos usuários da moradia protegida, sendo elas: repercussões da reforma psiquiátrica no ambiente da moradia protegida; rotina e atividades dos PTM, considerando o espaço do hospital psiquiátrico, da moradia protegida e da residência atual; formas de participação e relacionamento com as famílias, considerando o espaço do hospital psiquiátrico, da moradia protegida e da residência atual; e aspectos da reinserção social, congregando as subcategorias: autonomia e qualidade de vida.

A análise dos dados coletados, com base nas categorias descritas, foi sistematizada de acordo com cada um dos três grupos de sujeitos envolvidos, apresentados anteriormente.

As repercussões da reforma psiquiátrica dizem respeito ao modo como cada um dos grupos estudados percebe as mudanças proporcionadas pela reforma, bem como seus efeitos na vida das pessoas envolvidas, sejam eles positivos ou negativos. Para dimensionar essas repercussões foram utilizados como indicadores os próprios pressupostos da reforma psiquiátrica, as diretrizes previstas no projeto da moradia protegida, as normas e regras estabelecidas no contrato da moradia e as relações estabelecidas entre a equipe, os moradores e os familiares.

A rotina e as atividades desenvolvidas pelos PTM referem-se ao cotidiano desses sujeitos nos diferentes espaços por onde passaram, são eles: o hospital psiquiátrico; a moradia protegida; e a residência atual. Para descrever esse cotidiano foram utilizados como indicadores o cumprimento das regras e normas, a realização das tarefas domésticas, a rotina de tratamento e as atividades de lazer desenvolvidas pelos PTM em cada um dos espaços apresentados.

A participação da família também foi analisada nos três espaços citados, contando com indicadores que representam a presença e a frequência dos familiares nas visitas ao PTM, a participação em reuniões, nos eventos e nas atividades de lazer e o contato com a rede de tratamento.

Os aspectos da reinserção social foram analisados a partir de duas subcategorias, a autonomia e a qualidade de vida. Para a autonomia foram considerados indicadores que podem demonstrar a capacidade e a liberdade exercitada pelos ex-moradores em diversos aspectos, como os cuidados com o próprio corpo, a administração do tratamento, a capacidade de gestão dos recursos financeiros e da própria vida e a possibilidade de circulação pela cidade.

Os aspectos que nortearam a avaliação da qualidade de vida feita pelo ex-morador, através de questionário próprio, dizem respeito à satisfação em relação aos domínios físico e psicológico, em nível de independência, às relações sociais e ao ambiente onde vivem. A qualidade de vida também foi dimensionada de acordo com a análise subjetiva que os outros grupos entrevistados realizaram em relação aos ex-moradores da moradia protegida. Além disso, foi analisada a qualidade de vida dos familiares, medida pela satisfação pessoal apresentada por cada um deles.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram discutidos a partir da sistematização e categorização dos dados, em função das categorias de análise. Em primeiro lugar, foi feita a apresentação da moradia protegida pesquisada, ressaltando sua história, sua estrutura, as pessoas responsáveis e sua forma de funcionamento. Em seguida, procurou-se apresentar os resultados e as discussões acerca das quatro categorias selecionadas, sejam elas: repercussões da reforma psiquiátrica, rotina/atividades, participação da família e aspectos da reinserção social.

4.1 As repercussões da reforma psiquiátrica

Para examinar as repercussões da reforma psiquiátrica no ambiente da moradia protegida foram considerados quatro indicadores: os pressupostos da reforma; as diretrizes do projeto da moradia; as regras e normas estabelecidas pela moradia; e as relações entre a equipe, os moradores e os familiares.

Em relação aos pressupostos da reforma psiquiátrica, as argumentações dos sujeitos entrevistados foram muito ricas, especialmente o depoimento da médica psiquiatra (supervisora clínica da moradia), que relatou ter ocupado papel de militância no movimento dos trabalhadores de saúde mental. Ao falar do surgimento da proposta de reforma psiquiátrica, a entrevistada diz que:

a reforma psiquiátrica surgiu no bojo da abertura política do Brasil. O País efervescia de novas ideias, novas questões. O mover da reforma era também

um movimento de abertura. Abertura dos porões da loucura. Vamos arejar. Era um movimento de libertação dos profissionais, que davam alta naquela estrutura manicomial. (Supervisora clínica)

A psiquiatra entrevistada ponderou sobre o avanço que a reforma psiquiátrica tem apresentado nos últimos 20 anos, principalmente por ter tornado público o tema da loucura. *“Hoje, as pessoas têm opinião, contra ou a favor das internações prolongadas. De uma forma geral, a população apóia a ideia da desospitalização”.* (Supervisora clínica). Ela continua:

A reforma trouxe muitas contribuições, porque ela fez a mudança de foco da assistência hospitalar para o foco da assistência ambulatorial. Trabalhou com a ideia de priorização de clientela, fez a discussão sobre a equidade, que é um dos princípios do SUS. Em que os egressos de hospitais psiquiátricos, portadores de transtornos mentais graves não poderiam ser tratados igualmente a todos. Eles tinham uma diferença e precisavam de outros cuidados. (Supervisora clínica)

A ideia defendida pela entrevistada é de que deve haver prioridade no atendimento dos casos mais graves.

Ainda em relação aos avanços da reforma, é citada a redução das internações e do número de leitos psiquiátricos e o custeio de medicamentos de alto custo por parte do Estado.

Porém, a médica aponta alguns problemas em relação à implementação das propostas da reforma psiquiátrica. A primeira questão está relacionada aos serviços e profissionais que atendem aos casos de dependência química, que têm crescido cada vez mais, e que, segundo a psiquiatra, trata-se de uma clínica fronteira, que está entre a clínica médica, a clínica mental, a sociologia e a educação. *“Eu acho que a saúde mental tem tido muita dificuldade de assumir esta demanda de tratamento para dependência química. Os dependentes químicos, hoje, superlotam os postos de serviços de saúde mental”.* (Supervisora clínica)

Outra questão que aparece no discurso da entrevistada como um problema para a reforma diz respeito às dificuldades políticas. Para ela existe dificuldade de renovação dos pressupostos da reforma, pois atualmente há um movimento de resistência à reforma dentro da própria psiquiatria com o questionamento da luta antimanicomial, *“na tentativa de restaurar o lugar da psiquiatria dentro da medicina como uma especialidade médica, biológica”.* (Supervisora clínica) A psiquiatra comenta ainda sobre as internações que historicamente vinham sendo feitas, sem justificativas e critérios claros, e conclui dizendo que *“nenhum psiquiatra sério pode defender a*

atrocidade. A internação da ex-moradora 2 e do ex-morador 1 é indefensável”.^{12/}
(Supervisora clínica)

Já a coordenadora da moradia ressalta, como ponto positivo da reforma, a cooperação entre os técnicos, os serviços e os familiares para a construção de uma rede de assistência ampliada e eficaz. Por outro lado, é mencionada como ponto negativo, a questão do financiamento público para a melhoria dos serviços de saúde mental “*o que a gente está percebendo são os Cersam’s com poucos profissionais, com falta de capacitação para estes profissionais em lidar com os pacientes, com esta nova forma de tratamento, dessa clínica que é tão complicada*”. (Coordenadora)

As acompanhantes terapêuticas falaram dos ganhos para os PTM a partir da reforma, salientando questões como a qualidade de vida e a autonomia conquistada. A AT 4 destaca a “*inserção social dos pacientes às vias públicas, o contato com shoppings, bancos, lojas, supermercados*”. Também é mencionada pelas entrevistadas a possibilidade de aproximação da PTM com a família e a comunidade em geral.

Sobre os novos serviços e atividades desenvolvidas pela rede assistencial em saúde mental, uma das entrevistadas comenta sobre a riqueza dos dispositivos que fornecem elementos para os PTM “*terem uma vida com muito mais qualidade, com muito mais alegria, com muito mais proximidade da família, das outras pessoas, com muito menos medicação. Os dispositivos são fundamentais*”. (AT 3)

De modo geral, ficou claro, a partir dos relatos da equipe da moradia protegida, que suas percepções e interpretações vão de encontro ao que está fundamentado na proposta da reforma psiquiátrica. Os pontos negativos mencionados dizem respeito a algumas barreiras na implementação da reforma de forma mais ampla, mas não ferem o que está na base da sua proposta. Assim, podemos dizer que os pressupostos da reforma psiquiátrica fazem parte do discurso da equipe de profissionais que atuam na moradia, buscando desenvolver um ambiente favorável à retomada da autonomia, reinserção social e qualidade de vida dos PTM, que possuem um histórico de exclusão social e, ou, de rompimento do vínculo familiar.

Os ex-moradores e seus familiares contribuíram de forma mais indireta com a discussão sobre os pressupostos da reforma psiquiátrica. As falas sobre a desospitalização, o fim dos manicômios e as novas propostas de assistência em saúde

^{12/} A supervisora clínica se refere a dois ex-moradores que fizeram parte desta pesquisa, que possuem diagnóstico de transtorno mental grave, e que, segundo ela, passaram por internações de longa permanência sem justificativa, pois possuíam condições de realizar o tratamento ambulatorial, preservando o convívio familiar e social.

mental, ficaram diluídas no decorrer das questões investigadas através da entrevista. Os ex-moradores reconhecem que houve mudança significativa em suas vidas após o processo de desospitalização e estão aderidos a um projeto de tratamento ambulatorial.

Em relação às diretrizes do projeto da moradia protegida, a única pessoa entrevistada que participou da sua implementação foi a atual supervisora clínica. Ela relatou que foi contratada por uma empresa de plano de saúde privado para implementar um projeto de reforma da sua assistência psiquiátrica, buscando a desospitalização dos pacientes internados cronicamente. Segundo a entrevistada, primeiro foi realizado o diagnóstico situacional para descobrir quem eram as pessoas internadas cronicamente e o motivo da internação.

A partir daí foram desospitalizados vários PTM, e para cada caso foi elaborado um projeto terapêutico. Algumas experiências anteriores foram pesquisadas, e a moradia se baseou em duas propostas do “Instituto A Casa”, de São Paulo. Um dos projetos desenvolvidos por esta instituição estava vinculado à proposta do acompanhamento terapêutico e o outro projeto, chamado “A República”, era

uma moradia de portadores de transtorno mental que organiza técnicas que participavam do cotidiano desta república para acompanhar a supervisão. Nós pegamos a ideia, trouxemos. Em minha opinião, modestamente, melhoramos a ideia. (Supervisora clínica)

A supervisora explica que foi repensada a questão da presença maciça da equipe técnica dentro da casa, priorizando, agora, apenas a presença constante dos cuidadores, buscando, assim, não reproduzir a rotina do hospital psiquiátrico, e sim valorizar o ambiente doméstico.

Apenas uma das ATs entrevistadas participou da organização da primeira casa onde foi montada a moradia protegida, fazendo parte do início do projeto. A moradia, hoje, está localizada em outro bairro residencial de Belo Horizonte, sendo o seu segundo endereço.

Uma das cuidadoras, ao falar dos objetivos da moradia, afirma que ela está voltada a tirar os pacientes da internação, dos hospitais, mas que o retorno para a casa dos familiares muitas vezes é inviável. *“porque hoje eles têm a casa deles. Porque a dificuldade de conviver com a família é muito grande. Então a moradia protegida é pra eles terem um ambiente, a casa deles”*. (Cuidadora 1)

De acordo com as falas da equipe de profissionais da moradia protegida, podemos dizer que as diretrizes do projeto da moradia vão de encontro aos pressupostos da reforma psiquiátrica, propondo um serviço substitutivo à internação psiquiátrica dos PTM e a criação de um espaço onde sejam trabalhadas questões como: a convivência, a retomada da autonomia, a ênfase nos projetos terapêuticos de caráter ambulatorial e a participação das famílias no processo de tratamento.

As regras e normas estabelecidas pela moradia protegida estão ligadas desde o critério para a inclusão do morador, que é a gravidade do transtorno psiquiátrico, a possibilidade de convivência com outras pessoas e a dificuldade de convivência familiar, até os acordos diários para melhor convivência na casa.

Segundo a supervisora clínica, existem algumas regras básicas na casa. Os moradores assinam um contrato ao entrar na casa. Ela afirma que o contrato escrito funciona muito bem com os psicóticos.

A regra é a seguinte: eu tenho que respeitar o espaço do outro e o quarto do outro. Não pode ficar entrando nos quartos dos outros e não pode agredir ninguém. A outra regra é que não pode ter bebida alcoólica dentro da casa, preferencialmente não consumi-la, nunca. Você pode receber visitas, desde que previamente combinado. Pode namorar, levar um amigo, mas tem que ser previamente combinado. E a outra regra é o acatamento da decisão coletiva. Na moradia os moradores têm uma reunião semanal com a coordenação, em que são discutidas as confusões do cotidiano. (Supervisora clínica)

Nas declarações feitas pelos outros membros da equipe da moradia aparece como regra básica o respeito pela individualidade de cada um e, ao mesmo tempo, pela coletividade, no que diz respeito aos espaços comuns da casa e às decisões coletivas.

A supervisora clínica faz uma relação entre os acordos cotidianos que acontecem na moradia e os combinados utilizados pela escola infantil. Segundo a supervisora, os combinados são colocados no papel, e todas as vezes que for necessário eles são retomados. Ela diz que, em geral, os moradores colaboram para que os combinados funcionem.

Apesar de todos os membros da equipe profissional terem mencionado a importância dos ‘combinados’, foram observados dois posicionamentos distintos em relação às regras ou normas escritas. Enquanto alguns profissionais relatam que é estabelecido um contrato por escrito na chegada do morador, além dos acordos diários também registrados por escrito, outros, quando perguntados sobre a existência de uma regra formal, afirmam que atualmente não são mais utilizados os contratos ou acordos escritos. Segundo a AT 4, “*acaba que isso não vira mais um contrato escrito, mas um contrato inconscientemente absorvido por cada um*”. A coordenadora diz que as

questões e os conflitos são resolvidos, reunindo-se os pacientes e promovendo a discussão entre todos, “*é tudo na palavra*”.

Contudo, o que se percebe é que existem regras e normas que norteiam o funcionamento da moradia, baseadas em questões que privilegiam a convivência harmônica entre os sujeitos que fazem parte dessa estrutura e que enfatizam a necessidade de manutenção do tratamento psiquiátrico. As falas apontam temas como o respeito, tanto à individualidade, quanto à coletividade. No entanto, a ambiguidade nas respostas referentes à existência de regras escritas não deixou claro se é uma prática que deixou de ser realizada ou se quase toda a equipe não está devidamente informada sobre as regras e normas da casa. Isso nos remete à necessidade de maior clareza no entendimento dos profissionais sobre as rotinas da moradia, bem como a unicidade nos discursos.

Ao tratar das relações entre a equipe, os moradores e os familiares, foi possível perceber que a supervisora clínica apresentou uma relação um pouco diferenciada. Ela não possui o contato rotineiro e cotidiano com os moradores, os familiares e as cuidadoras. Ela atua basicamente na supervisão dos acompanhantes terapêuticos e da coordenação. No início do projeto, a supervisora estava mais próxima e envolvida diretamente na resolução dos conflitos e na medicação dos casos de urgência psiquiátrica: “*hoje eu sou a iminência parda. Eu existo, todo mundo sabe que eu estou monitorando, mas eu não estou mais no cotidiano*” (Supervisora Clínica). Segundo ela, tanto as famílias como as cuidadoras entendem a lógica da supervisão e respeitam este afastamento da rotina da moradia.

Ao ser questionada sobre as consequências do seu distanciamento do cotidiano da casa, a supervisora clínica diz que houve ganhos e perdas, mas que “os coordenadores, hoje, são muito mais autônomos. A ideia da gente é formar essas pessoas para serem capazes de coordenar a moradia, supervisionar a moradia, de fazer esse projeto caminhar. Hoje, as coordenadoras que temos são muito capacitadas”.

Além da supervisão clínica semanal, existem outros momentos em que a equipe se inter-relaciona, como as reuniões quinzenais entre coordenadora e cuidadoras e as reuniões mensais com as famílias, além das reuniões com os moradores. Toda a equipe relatou manter boas relações com os moradores e os familiares. A AT 3 afirma que possui “uma relação de parceria, tranquila, amigável, a partir da divisão de tarefas, para que os moradores tenham um suporte, para que consigam ter uma vida social melhor”.

A equipe identificou apenas o caso de um morador cuja permanência na moradia não foi possível, devido a algumas questões específicas.

Este caso era de uma pessoa que estava no hospital e foi para a moradia. Ele nunca deixou de reivindicar o retorno para a casa paterna ou para a casa materna, porque o pai já morreu. Os pais não têm condições de recebê-lo, primeiro porque eles estão velhos, em segundo lugar ele é agressivo. Então a mãe não tem nenhuma segurança de recebê-lo. Ele tem uma enorme dificuldade em compreender, mas ele não aceita. Ele nunca aceitou. Ele sempre reivindica o retorno. E foi o único morador que nós excluímos da moradia. Nós não tivemos como continuar com ele por causa disso. Depois, aconteceu uma situação familiar muito desagradável, pois a família me desacatou, desacatou a equipe. Houve uma quebra da relação, não com o paciente, mas com a família. Foi o único paciente que nós fracassamos. (Supervisora clínica)

No caso do morador citado pela supervisora clínica, aconteceu o seu desligamento da moradia, ou seja, foi realizada uma conversa com a família e com o morador, e ficou definida a sua saída da moradia. Não havia possibilidade de retorno para a casa da família, portanto ele foi morar em outro local, que possui alguma proteção, mas não conta com uma equipe tão estruturada como a moradia protegida. A família continua sendo responsável pelo pagamento das contas e pelo acompanhamento do seu tratamento psiquiátrico.

O respeito mútuo aparece nas falas como questão fundamental para que os conflitos sejam evitados ou reduzidos e para que a convivência entre a equipe, os moradores e os familiares seja harmoniosa.

Os ex-moradores e seus familiares disseram que estabeleceram boas relações com a equipe da moradia protegida e entre si. A ex-moradora 2 reclamou de um antigo colega de moradia, citando a sua agressividade. Para ela, o fato de dividir uma casa mista, onde residem homens e mulheres, não é uma coisa boa. Ela fala do seu incômodo na moradia, “*tinha homens. Homens incomodam a gente demais, tira a privacidade da gente. Melhor mulher igual tá aqui*”. (Ex-moradora 2)

As relações estabelecidas no ambiente da moradia protegida podem ser consideradas boas e amistosas, de acordo com os depoimentos dos entrevistados. A equipe procura resolver os problemas de relacionamento nos encontros coletivos, como as reuniões e a supervisão clínica.

4.2 Rotina e atividades dos portadores de transtorno mental

Para apresentar os indicadores da rotina e das atividades dos PTM, essa categoria foi dividida em três locais, que representam momentos/vivências de sua trajetória: o hospital psiquiátrico, a moradia protegida e a residência atual. Em cada um

desses locais procuramos investigar como se dava o cumprimento de regras e normas, a realização das tarefas domésticas, a rotina do tratamento e a realização de atividades de lazer.

Sobre o espaço do hospital psiquiátrico, as informações foram obtidas através dos familiares e ex-moradores entrevistados. O ex-morador 1 relata que durante a internação adquiriu o hábito de jogar xadrez sozinho. Ao ser questionado sobre a sua rotina diária no hospital psiquiátrico, ele relata:

Eu acordava e eu não ficava trancado no quarto o dia inteiro. Se eu ficava no quarto o dia inteiro é porque não tinha outra opção do que fazer. A televisão com uma poltrona superdesconfortável ali na sala que ninguém conseguia ficar, era melhor ficar no quarto deitado, ou lendo ou jogando xadrez. De três em três horas tem refeição em hospital psiquiátrico, vinha alguém servir café, servia janta, servia lanche, tudo à bateria de muito remédio. Antes da luta antimanicomial que eu estou falando. No hospital X, por exemplo, antes da luta antimanicomial, trocava lençol quando tinha visita da Secretaria Municipal de Saúde. Passava duas, três meses com o mesmo lençol. Antes da luta antimanicomial o banho era de mangueira, água fria no inverno ou no verão, e outras coisas mais que não convém citar. (Ex-morador 1)

A familiar do ex-morador 1 fala da passagem dele pelo hospital psiquiátrico como algo positivo, um local onde ele tinha muitas atividades, era participativo e espontâneo. Ao ser questionado sobre as atividades que ele realizava no hospital, ela responde:

Tudo, ele fazia de tudo, ele era útil, coisa que não é hoje. Você imagina ele organizando fila para ninguém passar os velhos para trás? Você o imagina carregando bandeja ou recolhendo a mesa? Você o imagina ajudando dar banho nos velhos? Ele fazia isto tudo. Eu falo que ele era feliz e não sabia.

A ex-moradora 2 relata a sua internação prolongada no município de Barbacena:

Ficava no quarto, tinha horário pra tomar café, pra tomar comprimido. Apanhei muito também em Barbacena. Apanhei muito de louca, débeis mentais. Quase todo dia eu apanhava. Eu falava com os meninos, mas eles falavam que era assim mesmo, todo mundo tinha que se defender.

A familiar da ex-moradora 2, muito emocionada durante a entrevista, relata que ela só veio participar de atividades artesanais ou produtivas após a sua desospitalização: “eu nunca vi um lugar tão triste na minha vida. É um lugar que ela sai, bate um portão, a gente está com ela só um pouco, depois ela despede, bate portão, a gente vai embora chorando e ela fica chorando”.

O ex-morador 3, que possui um histórico de algumas crises de agressividade, relata que não havia nenhuma atividade no hospital, mas que ele tinha uma função:

A profissão minha era pegar os meninos na porta, como se eu fosse um enfermeiro, pegava os meninos na porta, fechava eles dentro de um quarto, quando eles tava agredindo os outros. E todos os pacientes me obedeciam. Não era só prender no quarto, às vezes batia também. A diretora, a chefe falava “faz isso” e todos lá me obedeciam, me respeitava. Eu tinha a chave da porta, eu saía e entrava a hora que eu quisesse, até de noite. Só não tinha a chave da porta da frente.

A familiar do ex-morador 3 reproduz algumas falas anteriores sobre as atividades realizadas no hospital psiquiátrico: “*não tinha nada não. Era só encher de remédio. Tinha dia que eu chegava lá e morria de pena*”.

Portanto, a rotina no hospital psiquiátrico aparece como algo negativo para os entrevistados, exceto pra a familiar do ex-morador 1, que defende o hospital como o local mais adequado para o tratamento do PTM. Nos relatos, a rotina aparece como maçante, um controle rigoroso em relação aos medicamentos e muita ociosidade durante o dia. O aspecto que recebeu mais críticas por parte dos ex-moradores diz respeito ao controle constante exercido dentro dos hospitais e a quantidade excessiva de medicamentos administrados.

Passando para o espaço da moradia protegida, podemos contar com os relatos da equipe profissional, além dos ex-moradores e seus familiares.

A supervisora clínica aponta como principais atividades que a moradia oferece as próprias tarefas relativas ao ambiente doméstico, que buscam favorecer o sentimento de pertencimento a uma casa, que precisa ser administrada.

O cotidiano é fazer compras, pagar as contas de casa, ajudar nas tarefas da casa. Então, arrumar o próprio quarto, tirar a louça, ajudar a lavar. O maior estímulo é para que eles sejam donos desta casa, não no sentido de só usufruir dela, mas no sentido de fazê-la funcionar.

Toda a equipe ressalta a necessidade de os moradores se comprometerem com a casa, atuando nas questões do dia-a-dia, como fazer supermercado, pagar contas, ajudar em algumas tarefas domésticas, etc.

Os momentos de lazer também foram muito evidenciados pela equipe. São realizadas na moradia as comemorações de aniversários, Natal, Dia das Mães, Festa Junina, além de reuniões para assistir a jogos de futebol, Copa do Mundo, etc. A coordenadora ressalta a importância de sempre motivar os moradores a participarem dos eventos. Segundo a AT 1, os moradores “*participam, eles saem para comprar materiais, copos descartáveis, enfeites ou ingredientes, para fazer canjica da festa junina, cachorro-quente. Eles estão sempre participando*”.

O ex-morador 1 descreve a sua transição do hospital psiquiátrico para a moradia protegida:

A C (plano de saúde) estava com um projeto de desospitalização que minha família a princípio era contra. A Dra. X (supervisora clínica) e a equipe dela trabalharam isso dentro da minha família para a minha desospitalização, até que conseguiram no dia 30 de setembro de 98, quando eu saí do hospital Y. Numa quarta-feira. Eu fiquei sabendo disso numa quarta-feira anterior que eu sairia na quarta-feira seguinte. Fiquei uma semana sem dormir. Pra você ter uma ideia de como era ruim o lugar. Uma semana só fumando.

A familiar do ex-morador 1, ao falar sobre as atividades realizadas por ele na moradia, diz que “*acho que ele não tirava o prato da mesa. Ele nunca participou de nada, nunca gostou de nada e também não faz nada*”.

Dois ex-moradores relatam que havia atividades na moradia. Um deles ressalta que um dos critérios para residir na moradia era realizar o tratamento psiquiátrico, por isso ele passava a maior parte do tempo indo ao hospital-dia, à terapia e às consultas médicas, não sobrando muito tempo para as tarefas domésticas. Nos fins de semana havia a possibilidade de realizar alguma atividade de lazer, com o acompanhante terapêutico ou sozinho. O ex-morador 1 fala de um namoro que ocorria entre ele e outra ex-moradora nos fins de semana na moradia.

A ex-moradora 2 diz que não era realizada muita atividade na moradia, que a rotina se restringia ao tratamento psiquiátrico fora da casa.

Já a familiar da ex-moradora 2 ressalta a autonomia conquistada a partir da moradia: “*Lá ela já saía. Já ia em lugares ali perto sozinha. Ela já fazia compras, sabe? Ela ia pra esse lugar que ela gostava muito de bordar, voltava. Ela já teve, assim, um progresso muito grande*”.

A familiar do ex-morador 3 relata que, na época em que ele viveu na moradia, os moradores ficavam sem empregada nos fins de semana e por isso eles mesmos iam para a cozinha fazer as refeições. Eles também arrumavam as camas, o guarda-roupa e mantinham a casa organizada.

Podemos dizer que na moradia protegida as atividades eram muito mais frequentes do que no hospital psiquiátrico. A rotina também é afetada pelo próprio contexto de uma casa, residência, diferente de uma instituição fechada como o hospital. Na casa também existem regras e normas, mas que são construídas no coletivo. Em relação ao tratamento, fica muito clara a possibilidade de maior envolvimento dos PTM nesse processo e a ampliação dos dispositivos oferecidos fora do contexto do hospital, onde o tratamento era basicamente medicamentoso.

Para falar sobre as rotinas e atividades realizadas na residência atual, torna-se necessário descrever brevemente como e com quem residem os ex-moradores entrevistados.

O ex-morador 1 reside sozinho, em uma casa pequena, alugada, no mesmo bairro da moradia protegida, onde foi montada uma estrutura semelhante à da moradia. Ele conta com quatro funcionários, sendo dois cuidadores que ficam durante o dia e são responsáveis pelas tarefas domésticas da casa, um nos dias da semana e o outro nos fins de semana. Os outros dois cuidadores se revezam no período noturno. A coordenadora da casa é a própria familiar responsável.

O ex-morador 1 demonstra tranquilidade e satisfação ao relatar: *“Quando eu não vou no centro de convivência eu passo o dia aqui em casa, escutando música, brincando com a D. Maria, minha cuidadora de segunda à sexta de 7 às 19. Faço minhas refeições, tomo banho, faço barba, etc., jogo xadrez sozinho”*. No centro de convivência que frequenta atualmente, o ex-morador 1 diz que participa das oficinas, *“participo olhando, conversando, atrapalhando”*. Sobre o lazer, ele diz que adora ir a *“uma churrascaria aqui perto que tem pay-per-view dos jogos do Atlético e do Cruzeiro. Não gosto de perder nenhum jogo do Cruzeiro, pra torcer contra “né”, e do Atlético pra torcer a favor”*.

Ao ser perguntada sobre o que o ex-morador 1 faz durante a semana, sua familiar responde: *“Nada, ele só faz conta se o dinheiro vai dar para ele fazer o que ele quer, e se não dá, ele quer mais”*. Sobre a participação do ex-morador 1 em atividades de lazer, a familiar diz que ele não gosta, que não participa de nada: *“ele sempre foi antissocial. Quando nós éramos menores tinha carnaval no clube, ele nunca foi. E quando tinha reunião de família nunca fazia bem para ele”*. (Familiar do ex-morador 1)

O que aparece como opção de lazer para o ex-morador 1 não é considerado pela sua familiar, que relata o desinteresse dele por qualquer atividade de lazer. Já as familiares dos outros ex-moradores percebem e aceitam a escolha do ex-morador em participar ou não de alguma atividade de lazer.

A ex-moradora 2 atualmente reside em outra estrutura protegida, dividindo o espaço e os gastos de um apartamento, alugado, em um bairro residencial de Belo Horizonte, com mais duas pessoas, também PTM. Ela relata sua rotina sempre em função do tratamento médico, das consultas, dos exames, etc. Porém ela fala do lazer com bastante animação. Conta que frequenta uma casa noturna, vai a shows e festas, passeia no shopping, às vezes sozinha e outras vezes com a AT.

A familiar da ex-moradora 2 diz que “a rotina dela é de uma pessoa normal”, enfatizando o fato de ela fazer coisas como pegar ônibus, pagar contas, visitar shoppings, sair à noite para festas, além de realizar o tratamento proposto pelo médico responsável.

O ex-morador 3 é o único dos entrevistados que retornou para a casa do familiar após a sua saída da moradia. Ele reside com a sua familiar, em casa própria, no município onde foi criado, no interior de Minas Gerais. Trata-se de um município pequeno, onde foi estabelecida uma ampla rede de relações sociais e familiares, uma vez que quase toda a família reside no mesmo município. O ex-morador conta com a companhia de um cuidador apenas nas ocasiões em que precisa sair da cidade para alguma consulta e a familiar não pode acompanhá-lo.

Segundo o ex-morador 3, ele atualmente desenvolve várias atividades do cotidiano, ajuda a manter suas coisas organizadas em casa, sai para fazer compras quando solicitado, sempre respeitando as normas estabelecidas pela familiar.

A familiar do ex-morador 3 relata que ele “*vai à rua, faz compras, você encomenda e ele vai buscar frango, buscar carne, faz tudo sozinho. Vai a Ubá sozinho*”. Quanto às atividades de lazer o ex-morador 3 não gosta de participar de eventos sociais e festas da família. A familiar dele comenta que ele prefere ficar em casa.

De acordo com as falas dos ex-moradores é possível perceber que todos valorizam a possibilidade de executar tarefas do cotidiano e que somente após a saída do hospital psiquiátrico foi possível realizar atividades que são comuns ao contexto social no qual vivem atualmente, mesmo que com alguma limitação ou tutela. Em relação à rotina de tratamento, os três ex-moradores seguem o projeto terapêutico indicado pelo médico responsável, todos em tratamento ambulatorial. Eles demonstraram, no conteúdo das falas, a satisfação em poder escolher as atividades diárias, o lazer e as relações sociais que querem ou não estabelecer.

Por outro lado, encontramos entre os familiares opiniões distintas em relação às rotinas e atividades realizadas pelos ex-moradores, nos três espaços apresentados: o hospital psiquiátrico, a moradia protegida e a residência atual. A familiar do ex-morador 1 tem a percepção de que o ex-morador realizava mais atividades dentro do hospital psiquiátrico do que nos outros dois espaços. Este posicionamento é diferente daquele apresentado pelas outras duas familiares, que percebem uma evolução na capacidade e no interesse em realizar atividades do cotidiano por parte dos ex-moradores, a partir da saída do hospital psiquiátrico.

É importante ressaltar que, mesmo havendo divergência nas opiniões, a rotina e as atividades desenvolvidas pelos ex-moradores foram amplamente modificadas, tendo os moradores se mostrado mais satisfeitos com a rotina atual do que com a anterior.

4.3 Formas de participação e relacionamento com as famílias

Para este tópico também foram levados em consideração os espaços do hospital psiquiátrico, da moradia protegida e a residência atual. Para realizar esta análise foram considerados os indicadores: frequência de visitas, participação em reuniões e eventos, atividades de lazer desenvolvidas com o ex-morador e contato com a rede de tratamento.

As questões que nortearam a análise da participação e relacionamento com as famílias foram as que apresentaram maior divergência entre as histórias pessoais dos ex-moradores.

O ex-morador 1 afirma que tanto a frequência de visitas quanto a participação dos familiares em eventos e atividades de lazer diminuíram após a sua saída do hospital psiquiátrico. Ele relata que não tem contato nenhum com o restante da família e ele diz que já sentiu muito, mas que hoje não se importa mais com o afastamento.

Ao falar do seu relacionamento com o PTM, a familiar do ex-morador 1 começa dizendo que a relação é muito boa, e que sempre foi assim. Após o relato de alguns episódios de desentendimentos entre os dois, ela começa a se mostrar menos amistosa em relação a ele e afirma que *“o negócio dele é dinheiro, ele não tem coração, não gosta de ninguém”*.

Já a ex-moradora 2 apresenta uma realidade diferenciada. Durante a sua internação no hospital psiquiátrico, ela era casada, com três filhos, e recebia a visita da família, que era presente, mas se recusava a tirá-la de lá. Após sua ida para a moradia protegida, ela iniciou o processo de divórcio e passou a ter uma irmã como familiar responsável. Os filhos passaram a ter pouco contato com ela. A irmã, apesar de residir em outro município, estava sempre em contato com a ex-moradora. Ao falar do relacionamento com a família, ela relata muitos ressentimentos em relação ao tempo que passou internada: *“Ah todos negaram me dar guarida né, meu irmão também não quis, mas esse não tinha condições de me pegar. Minha mãe também não quis me tirar de lá. Então eu tenho puro ressentimento com minha família”*. (Ex-moradora 2)

Da mesma forma que a familiar do ex-morador 1, a familiar da ex-moradora 2 diz que a relação entre elas é muito boa, mas começa a relatar os motivos pelos quais

ocorrem os desentendimentos e acaba demonstrando um sentimento ambíguo em relação à ex-moradora. Ao mesmo tempo que sente pena pela sua história de sofrimento, também passa por momentos de intolerância e impaciência com os frequentes questionamentos da ex-moradora em relação ao seu dinheiro, que é administrado pela familiar.

O ex-morador 3 tinha contato com os pais durante a internação psiquiátrica, no entanto, após a sua saída do hospital, os pais faleceram e a sua relação passou a se dar com uma tia. Dos três ex-moradores entrevistados, este é o que possui menor capacidade cognitiva, apresentando alguma dificuldade em organizar as ideias e produzir uma fala articulada e coerente. Isso fez com que ele não conseguisse expor com clareza os seus sentimentos. Mesmo assim, foi possível perceber a grande admiração que ele possui pela sua familiar.

No relato da familiar do ex-morador 3, ela diz: *“Olha eu acho que se ele me faltar agora, eu não sei viver sem ele não. É muito carinho, muito amor, tem horas que eu tenho muita pena e eu não devia ter pena porque ele é bem tratado, ele é bem cuidado, as minhas irmãs têm muito carinho com ele”*.

Mais uma vez é possível perceber a diferença entre as relações estabelecidas pela familiar do ex-morador 1 e pelas familiares dos outros dois ex-moradores.

A familiar do ex-morador 1 se posiciona de forma contrária ao processo de desospitalização, *“nós não concordamos, porém não tínhamos escolha. Não concordávamos porque daquele momento para cá ele só piorou, ele não suporta rotina, ele já mudou os móveis do quarto dele de lugar”*. Com este posicionamento a familiar do ex-morador 1 justifica, em parte, o seu distanciamento em relação ao ex-morador após a saída do hospital psiquiátrico. Esse distanciamento ocorre no âmbito afetivo, emocional, porém no que diz respeito à tutela a familiar mantém o vínculo como curadora, uma vez que o ex-morador 1 é interditado judicialmente.

São relatados pela familiar do ex-morador 1 alguns fatos ocorridos, inclusive na justiça, onde o ex-morador questionou a administração e destinação do seu dinheiro, que é administrado pela familiar. Segundo a familiar, esses fatos fizeram com que ela se restringisse a pagar as contas e repassar uma quantia de dinheiro semanal para o ex-morador, sem participar de forma mais ativa da sua vida e do seu tratamento. No entanto, a familiar do ex-morador 1 está constantemente questionando os profissionais que formam a rede de tratamento do ex-morador, dispensou a coordenadora da sua residência atual e assumiu a coordenação da casa dele, estabelecendo regras e

controlando a rotina da casa. Ela fala da dificuldade de relacionamento entre os dois: “Fiquei muito tempo sem ter condições de vê-lo, porque a gente é normal. Eu mudei a minha vida inteira em função dele”. (Familiar do ex-morador 1)

De modo geral, tanto os ex-moradores quanto seus familiares apresentam, em seus relatos, alguns ressentimentos e dificuldades no convívio diário. A familiar da ex-moradora 2 fala de seu afeto por ela, no entanto não participa diretamente do seu tratamento. Apenas a familiar do ex-morador 3 convive diariamente com ele e participa do seu tratamento.

Considerando os três ambientes investigados, o hospital psiquiátrico, a moradia protegida e a residência atual, podemos dizer que a participação das famílias na vida e no tratamento dos ex-moradores sofreu alterações. Exceto no caso do ex-morador 3, que reside atualmente com a sua familiar responsável, os outros ex-moradores não possuem convívio diário, ou mesmo mais frequente, com o seu familiar. É certo que as relações se estreitaram, até mesmo pela responsabilidade do familiar com as questões financeiras do ex-morador, mas em aspectos como as atividades de lazer os familiares não relataram participação.

Existe particularidade nos três casos investigados, sendo a familiar do ex-morador 1 mais distante no contato com a rede de tratamento, a participação em eventos ou as atividades de lazer. A familiar da ex-moradora 2 é menos frequente nas visitas, na participação em reuniões e nos eventos e atividades de lazer, o que pode se justificar pela distância geográfica, já que ela reside em município no interior do Estado. Por outro lado, percebe-se grande participação da familiar da ex-moradora 2 no contato com a rede de tratamento. O ex-morador 3, que reside com a sua familiar, conta com a sua participação direta em todos os aspectos de sua vida.

É importante ressaltar os contextos vivenciados por cada familiar. As familiares dos ex-moradores 1 e 2 são casadas e têm filhos. Já a familiar do ex-morador 3 é viúva e não possui filhos, fato que possivelmente favorece a sua disposição para o cuidado.

4.4 Aspectos da reinserção social: autonomia e qualidade de vida

Para analisar o processo de reinserção social dos ex-moradores foram considerados dois aspectos. A autonomia foi verificada a partir dos indicadores: cuidados com o próprio corpo, administração do tratamento, capacidade de gestão dos recursos financeiros e circulação pela cidade. Já a qualidade de vida foi delineada a

partir da satisfação dos ex-moradores com a saúde física e mental, o nível de independência, as relações sociais e o ambiente onde vivem.

Em relação à autonomia e qualidade de vida, os ex-moradores foram unânimes em declarar que houve grande evolução desses aspectos após a saída do hospital psiquiátrico. Todos eles apresentam hoje uma noção mais clara e uma preocupação no cuidado com o próprio corpo. Eles administram seu próprio tratamento, sendo dois deles responsáveis pela medicação e pelo agendamento das consultas médicas. Nos três casos, o dinheiro é administrado pelo familiar responsável, que repassa um valor semanal ao ex-morador, ficando este responsável pelo controle do dinheiro da semana. Em relação à circulação pela cidade, os três ex-moradores realizam várias atividades sozinhos e apenas um deles não tem autorização do familiar para permanecer fora de casa sozinho, por muito tempo.

Ao falar sobre as mudanças ocorridas em sua vida após a saída da moradia protegida, o ex-morador 1 comenta:

Você estando na moradia protegida, no meu modo de entender, você é comparado como ex-paciente, você está num grupo de ex-pacientes. Você morando sozinho você é considerado cidadão, até entrevistado hoje eu fui. Eu estava esperando a D. Maria na praça, enquanto ela fazia sacolão, eu fui entrevistado sobre a Lei Seca. Falei que eu era contra.

Ao serem questionados sobre o seu entendimento acerca da autonomia e da inserção social, os ex-moradores disseram que: “*liberdade de tudo. Ser autônomo é ser liberto [...] inserção social é desospitalização. Acho que é isso*”. (Ex-morador 1)

Os familiares apresentam posicionamentos diferenciados. Ao ser questionada sobre o que pensa sobre a palavra autonomia, a familiar do ex-morador 1 diz:

Sem chance de fazer as coisas sozinho. Sem condições. E eu acho assim, para chegar nesse processo de interdição, ele passou por várias perícias, inclusive a perícia judicial, e eu acho que o médico, o perito é uma pessoa capacitada, e a partir do momento em que ele foi interditado é porque realmente ele não tem condições. Ele não tem autonomia, como você está falando, de sair de casa com a chave no bolso. Não tem condições. Ele sai sozinho hoje, mas não sai com chave.

A familiar do ex-morador 1 mostra-se radicalmente contrária às propostas da reforma psiquiátrica e utiliza os seguintes argumentos ao falar sobre reinserção social:

Por exemplo, quando a pessoa vai fazer a passeata como os pacientes psiquiátricos na Afonso Pena, por que cada um não carrega sua bandeira e sempre ficam amarradinhos um no outro? Por que eles não estão sozinhos lá carregando a bandeira deles? Às vezes é um pecado expor as pessoas ali, expor ao ridículo. As pessoas não entendem o que está acontecendo, riem e caçoam deles. É triste, é deprimente assistir aquela cena. Não adianta, eles

não são deste mundo. Não tem condições de querer e colocar essas pessoas para fazerem o que a gente faz socialmente. É inviável!

A familiar do ex-morador 1 mantém seu posicionamento ao falar sobre qualidade de vida. Ela comenta que para ela qualidade de vida é estar bem, estar feliz, e para o ex-morador qualidade de vida é comer, fumar e gastar dinheiro. Porém, no relato do ex-morador 1, ele define qualidade de vida como a possibilidade de ter independência e autonomia, e se diz satisfeito com sua vida atual.

A ex-moradora 2 relata que desde a sua passagem pela moradia protegida sempre teve autonomia e que considera ter havido uma melhora significativa em sua vida. No entanto, ela fala de uma frustração ao tentar exercer sua autonomia no que diz respeito à possibilidade de fazer escolhas sobre a própria vida. Segundo ela, os profissionais da rede de tratamento, ou mesmo a própria família, sempre colocaram alguns limites para as suas escolhas:

Eu sofri muito em Barbacena, eu sonhava com uma vida cor-de-rosa quando saísse dali, mas até hoje eu estou em moradia protegida. A Dra. X (supervisora clínica) diz que eu sou autônoma. Já há uns anos atrás ela falava pra mim: 'você é autônoma, não é interditada, é lúcida'. Então eu falei: então eu posso olhar um apartamento? 'Pode, você é autônoma'. Mas nunca deu certo na hora de quitar o negócio.

Sobre a autonomia, a ex-moradora 2 diz que

É você ter sua privacidade. Que é o que eu não tenho. A 'X'(familiar da ex-moradora 2) manda muito em mim e a Dra. 'Y' (supervisora clínica da moradia) também [...] eu estou com inserção na sociedade. Porque por exemplo, no hospital psiquiátrico você não podia sair lá de dentro, ficava presa.

A familiar da ex-moradora 2 relata que

Hoje ela é autônoma, vigiada. Ela tem uma vida feliz em termos, porque ela não tem os filhos perto. Mas tudo que ela passou até hoje, eu acho que no dia de hoje não tem mais nada a pedir a Deus. Já aconteceu a inserção social sim.

O ex-morador 3 não conseguiu falar diretamente sobre autonomia e inserção social, mas relatou o que as pessoas falam para ele:

Ah, você melhorou tanto na expressão física, quanto melhorou na... Só de ouvir isso... Eu não sei se eu melhorei mesmo não, eu acho que eu melhorei, porque todo mundo fala... Porque eu só trato os outros bem. Eu tô satisfeito. E foi na moradia que eu vim pra cá, porque se não fosse, eu tava... Eles não sabia como me tratar. A minha família não sabia como me tratar. Foi na moradia que eu vim pra cá. Se não fosse a moradia eu não vinha pra cá não.

Em relação aos indicadores de qualidade de vida, o ponto que aparece como negativo para os ex-moradores 1 e 2 é a relação com a família. O ex-morador 1 se diz insatisfeito, também, com a sua saúde e com a sua vida sexual. No entanto, os três ex-moradores mostraram-se satisfeitos com o nível de independência, com o ambiente em que vivem e com as relações sociais estabelecidas.

As familiares de ex-moradores também foram questionadas em relação à sua própria qualidade de vida, o que fez com que viesse à tona a sobrecarga sofrida por cada uma ao longo do processo de tratamento do PTM. Elas relataram a grande mudança em suas vidas após assumirem a responsabilidade com o ex-morador. Todas descreveram uma interferência negativa na relação com o cônjuge ou outros familiares, afirmando que essas relações foram prejudicadas, de alguma forma, pela presença do familiar doente no cotidiano da família. Os familiares apontam algumas mudanças:

Antes dele vir morar comigo^{13/}, eu falo que era feliz e não sabia. Mudou tudo. Não sou eu. Minhas filhas estão grandes, uma tem 31 anos, a outra 29, são independentes, nunca me deram trabalho. Mas a minha vida agora poderia ser eu e meu marido, mas sou eu, meu marido e meu irmão. (Familiar do ex-morador 1)

A familiar da ex-moradora 2 também relata as dificuldades e comenta sobre os diversos problemas enfrentados:

Foi me sufocando de uma maneira que eu não dormia, tomava remédio pra dormir, e pensava, vou fazer o quê? Eu não estou dando conta. Ao ponto de um filho meu passar uma mensagem assim, que estava me achando muito distante, muito calada e que eu não esquecesse que eu tinha dois filhos, dois netos e um marido pra cuidar. Então eu entendi bem o recado.

Dentro do grupo dos familiares, deparamo-nos com uma familiar que discorda da proposta de reinserção social dos PTM e que não acredita na possibilidade de autonomia e qualidade de vida para esses sujeitos. As outras duas familiares de ex-moradores aceitam e defendem a proposta de reinserção, acreditando que ela realmente ocorreu e que houve ganhos para os PTM.

É importante, ao analisar os diferentes posicionamentos dos familiares, considerarmos o grau de sobrecarga que a existência de um PTM representa para a família. Podemos incluir nesta análise o contexto de cada um dos familiares para tentar compreender esta diferença.

^{13/} O ex-morador 1 residiu por um tempo na casa da irmã após a sua desospitalização.

A familiar do ex-morador 1 acompanhou todo o processo de adoecimento do ex-morador e as dificuldades dos pais em lidar com a questão, as internações e a desospitalização. Após o falecimento dos pais do ex-morador, ela assumiu o cuidado com ele, e eles dividiram por um período a mesma casa. Existiram inúmeras crises acompanhadas de reinternações, além dos conflitos familiares. Com o passar do tempo, os outros familiares romperam completamente o contato com o ex-morador, ficando a cargo da familiar entrevistada a responsabilidade pela curatela e pelo cuidado dele.

Todos os ex-moradores eram cuidados por outro familiar (pais e ex-marido), antes que os familiares entrevistados assumissem a responsabilidade por esse cuidado. No discurso de todos os familiares dos ex-moradores aparece o sofrimento pela perda do familiar responsável anteriormente, seja por motivo de falecimento dos pais (ex-moradores 1 e 3) ou divórcio do marido (ex-moradora 2). A sobrecarga causada pelo cuidado e o sentimento de fracasso em relação à ‘melhora’ do quadro do PTM também são fatores que dificultam a predisposição para o convívio com o familiar.

A moradia protegida aparece nas falas dos ex-moradores como o local que possibilitou o retorno ao convívio social, favorecendo o desenvolvimento das condições necessárias para a autonomia e a inclusão social. Os ex-moradores são unânimes ao dizer que ficaram muito satisfeitos com a possibilidade de sair da moradia protegida, seja pelo fato de poder morar sozinho (ex-morador 1), numa estrutura menor e menos vigiada (ex-moradora 2), ou mesmo retornar para a casa do familiar (ex-morador 3).

A pesquisa apontou que os sujeitos entrevistados possuem posicionamentos diferentes em relação à reinserção social dos PTM. Do ponto de vista da equipe profissional da moradia protegida e dos ex-moradores, o processo de desospitalização preconizado pela reforma psiquiátrica e a vivência na moradia protegida possibilitaram um ganho importante de autonomia, a possibilidade de conviver no social e de se relacionar com o outro. A qualidade de vida dos PTM também é percebida como muito superior àquela do tempo das internações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da pesquisa evidenciou que a escolha do objeto de estudo e da perspectiva adotada foi relevante, tendo em vista as informações que foram resgatadas e que serviram de subsídios empíricos para a análise de um novo dispositivo de assistência em saúde mental, que tem como pano de fundo os pressupostos da reforma psiquiátrica.

A atualidade do tema e as discussões recentes sobre a reinserção social dos PTM e a participação da família nesse processo fazem com que a dissertação, ora apresentada, possa contribuir, tanto teórica quanto empiricamente, com a organização de serviços substitutivos, mais especificamente com as moradias protegidas e com os profissionais que atuam na saúde mental.

A pesquisa propôs analisar a reinserção social dos usuários de uma moradia protegida, construída sobre os pressupostos da reforma psiquiátrica. Para atingir esse objetivo foi necessário abordar diversos aspectos considerados essenciais para a compreensão do processo de reinserção social dos portadores de transtorno mental, que viveram em uma moradia protegida.

O primeiro aspecto diz respeito a como os pressupostos da reforma psiquiátrica se aplicam na realidade prática da moradia protegida pesquisada. A pesquisa revelou que o próprio surgimento da moradia protegida veio atender a uma reivindicação do movimento pela reforma da assistência psiquiátrica, configurando-se como um serviço que poderia acolher os pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, com a

proposta de proporcionar a esses sujeitos a possibilidade do convívio social e familiar, através do tratamento ambulatorial, de caráter comunitário e de relações mais humanas.

Tanto as diretrizes do projeto da moradia quanto as regras e normas estabelecidas estão em consonância com os pressupostos da reforma psiquiátrica, priorizando o tratamento ambulatorial, trabalhando o cumprimento das regras e normas no coletivo, favorecendo a retomada da capacidade de cuidado pessoal e material e beneficiando o convívio social.

A garantia do acesso aos serviços substitutivos e o respeito aos direitos e à liberdade dos PTM são propostas da reforma psiquiátrica, que encontram eco na fala da equipe profissional da moradia protegida. O entendimento da equipe sobre a importância do convívio com a família e com a comunidade faz com que as relações estabelecidas na moradia favoreçam a inclusão social dos PTM.

Dessa forma, entende-se que a estrutura e o funcionamento cotidiano da moradia protegida pesquisada estão sustentados pelos pressupostos da reforma psiquiátrica.

A estrutura e o funcionamento da moradia protegida se diferenciam do hospital psiquiátrico em vários aspectos. Em primeiro lugar, é possível relacionar a proximidade da estrutura física e da arquitetura do hospital psiquiátrico aos presídios e penitenciárias. Os hospitais psiquiátricos tradicionais estão afastados dos centros da cidade. O isolamento, a exclusão, não é apenas simbólico, é concreto, real.

Em segundo lugar, os hospitais se organizam através de regras rígidas e de controle severo dos seus pacientes. A moradia protegida, por outro lado, localiza-se em bairro residencial. Trata-se de uma casa, com todos os seus cômodos, os ambientes privados e os coletivos. As regras e as questões do cotidiano são discutidas no coletivo, o tratamento e a medicação podem ser administrados pelo próprio morador e a circulação pela cidade é mais do que permitida, é incentivada.

Os grupos entrevistados reconhecem que a moradia protegida proporciona benefícios aos seus usuários, considerando que estes desenvolvem um processo de reapropriação pessoal, constituído por elementos fundamentais de seu bem-estar físico e psíquico, retomando as noções reais e simbólicas das dimensões do corpo, do espaço, do tempo e da criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana.

Em relação às formas de participação das famílias, a pesquisa demonstrou que não podemos padronizar e uniformizar as relações estabelecidas pelos membros familiares com o PTM, uma vez que o processo relacional é multifacetado e dependente de inúmeros fatores.

A moradia protegida prevê, dentro de seus objetivos, a participação da família no processo de tratamento do morador. No entanto, nem sempre essa participação pode ser garantida pela equipe. Podemos problematizar, por um lado, o direito da família de se recusar a conviver ou se comprometer com as questões do PTM e, por outro lado, a importância da presença e da participação da família no processo de reinserção social dos moradores, facilitando a retomada dos laços afetivos, que podem se estender para além do contexto familiar. Essa problemática está longe de ser resolvida e merece um aprofundamento maior, a partir de pesquisas que tenham como foco os sentimentos, as vivências e os conflitos que permeiam a relação entre a família e o PTM.

Na pesquisa em questão procurou-se identificar as formas de participação das famílias no processo de tratamento dos PTM, que passaram pela moradia protegida. Os resultados apontaram que a saída dos PTM do hospital psiquiátrico, mesmo quando desejada e defendida pelo familiar, não representou, necessariamente, uma aproximação corporal e afetiva entre eles. Os encargos financeiros, sociais e subjetivos causados pela doença, além da sobrecarga do cuidado vivenciada pelos familiares, afetaram o processo de reconstrução e fortalecimento dos laços familiares.

Apresentando contextos diferenciados, as três familiares dos ex-moradores entrevistadas apresentaram alguma semelhança nas formas de participação no processo de tratamento. Em primeiro lugar, é importante salientar que se trata de três mulheres, o que ratifica o papel socialmente construído para a mulher, que a responsabiliza pelo cuidado na família. Em todos os casos houve a perda do cuidador anterior a elas, o que fez com que esse cuidado e essa responsabilidade fossem assumidos não como uma escolha, mas como uma necessidade e, em alguns casos, como uma obrigatoriedade.

A participação das famílias, de modo geral, está vinculada à gestão da vida e do tratamento do PTM. Essa gestão diz respeito à administração dos recursos financeiros e materiais e à responsabilidade pelo PTM nas situações de crise, conflitos mais graves ou questões judiciais. A participação das famílias, portanto, nem sempre se materializa em presença física ou troca afetiva, mas ela acontece de acordo com as possibilidades materiais e emocionais de cada familiar.

A proposta inicial da moradia protegida visava construir dispositivos que pudessem auxiliar na construção da autonomia possível para esse sujeito e na sua real inserção social a partir do respeito à sua subjetividade e na crença da sua capacidade de convivência e produção, ainda que marcadas por uma história de exclusão.

Assim, mesmo a moradia protegida sendo um serviço substitutivo de saúde mental, que procura desenhar a moldura do cotidiano doméstico, constituindo um espaço intermediário entre a internação psiquiátrica e o retorno ao convívio familiar, a reinserção social dos portadores de transtorno mental irá depender das reais condições e necessidades do sistema familiar, tanto em termos materiais quanto humanos.

Ao analisar a questão da reinserção social por meio do desenvolvimento de aspectos, como a autonomia e a qualidade de vida dos ex-moradores, pode-se concluir que houve avanço em relação às questões, como: capacidade de cuidado com o próprio corpo, possibilidade de administrar o tratamento e de circular pela cidade.

Por outro lado, questões como a capacidade de gestão dos recursos financeiros e escolhas em relação a projetos pessoais, como morar sozinho fora de uma estrutura protegida, não foram viabilizadas para os ex-moradores. Existe a justificativa clínica para alguns casos, em que se defende que as características do transtorno mental fazem com que seja inviável a autonomia do PTM em relação à administração do dinheiro e à possibilidade de residir sozinho sem nenhuma proteção. Há, portanto, um processo concreto de reapropriação pessoal, em termos da dimensão do corpo e do tempo na vida cotidiana dos PTM, mas com limitações na criação de espaços próprios e na consolidação dos vínculos afetivos, principalmente familiares.

Assim, pode-se afirmar que a autonomia diante do sofrimento foi conquistada por esses sujeitos, embora condicionada a uma autonomia social “vigiada”, uma vez que ainda requerem dispositivos assistenciais do entorno social mais próximo, com limitações em termos da liberdade, criatividade e participação. Apesar dessas limitações, na percepção dos ex-moradores houve melhora na qualidade de vida, considerando que se sentiram mais satisfeitos em relação a vários domínios da vida, após o processo de desospitalização.

Ao tratar da reinserção social, é importante refletir acerca da cidadania. No caso dos sujeitos abordados por esta pesquisa, é possível pensar na existência de uma cidadania limitada ou tutelada, uma vez que o seu acesso aos bens materiais e culturais da sociedade não foi completamente viabilizado pelas famílias.

Nesse contexto, pode-se concluir que os ex-moradores da moradia protegida pesquisada passaram por um processo limitado de reinserção social, ou seja, esse processo não pode ser considerado completo, uma vez que existem inúmeras questões que perpassam a realidade dos PTM, sejam elas biológicas e psíquicas ou socioeconômicas e culturais. A estigmatização da loucura pela sociedade e o

reconhecimento do PTM como sujeito diferente dos demais faz com que pensar a cidadania e a autonomia completa desses sujeitos seja algo incompatível com o contexto sócio-cultural em que vivemos, mesmo em face da humanização dos novos dispositivos de tratamento para os portadores de transtorno mental. A dificuldade de promover a reinserção social completa dos PTM aparece nesta pesquisa de forma muito clara, ao serem analisadas as falas dos sujeitos entrevistados e as realidades vividas por cada ex-morador da moradia protegida.

Em relação às limitações e recomendações da pesquisa, podemos apontar algumas questões. Uma limitação diz respeito à abrangência do método de estudo de caso para se fazer uma generalização científica sobre as conclusões acerca do tema tratado nesta pesquisa. Entretanto, as generalizações de conclusões vindas de dados qualitativos levantados em uma única organização são de responsabilidade dos pesquisadores futuros.

O enfoque dado pela pesquisa pode nos ajudar a compreender melhor o processo de reinserção social dos PTM que passaram por uma moradia protegida, após vários anos de internações em hospitais psiquiátricos. Neste sentido, apesar de se ter apresentado algumas conclusões e considerações, este tema merece atenção para estudos futuros. Recomenda-se, assim, a ampliação desta pesquisa com novas investigações, que possam fazer uso da relação entre as categorias de análise definidas pela pesquisa, enfatizando outros aspectos como o estudo do gênero na relação do cuidado com o PTM, a abordagem antropológica sobre a identidade e estigmatização do PTM, etc. Queremos ainda sugerir, a partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, que sejam feitas mais discussões acerca da estrutura e funcionamento de outros serviços substitutivos em saúde mental.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.491-494, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Saúde mental**: população. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/pesquisa_doenca_mental/apresentacao.ppt>. Acesso em: 4 Fev. 2008.

AUN, J. G. Da terapia de família ao atendimento sistêmico à família. In: AUN, J. G.; VASCONCELLOS, M. J. E.; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais**. 2. ed. Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa, v. 1, 2006. p. 16-57.

BABBIE, E. **The practice of social research**. 8. ed. Califórnia:Wadsworth Publishing, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BORGES, C.F; BAPTISTA, T.W.R. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.

BRASIL. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial**, Brasília, 7 Abril 2001.

BRASIL. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Boas práticas de humanização na atenção e gestão do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, 2006.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BREDA, M. Z. *et al.* . Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

DIAS, M. T. G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUC/RS. Porto Alegre, 2007.

FERREIRA, G. Os riscos da autonomia. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/riscos.htm>>. Acesso em: 12 Jul. 2008.

FLECK, M. P. A. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. FAMED – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 10 Maio 2008.

FRANCO, R. F. **A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com parentes portadores de transtornos mentais**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Mestrado em Psicologia. UFMG. Belo Horizonte, 2002.

FREITAS, H. M. R.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

GENEROSO, C. M. Moradia Protegida “Nossa Casa”: Relato de experiência. **A Rede – Clínica Ampliada em Saúde Mental**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.18-26, 2002 (Clínica Urgentemente).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.20-29, maio/jun. 1995.

IBGE. **Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 Fev. 2008.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: EPU, 1980

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. Paulo: Atlas, 2001.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

MAIA, M. S.; FONSECA, M. A.; GENEROSO, C. M. O projeto de trabalho da Clínica Urgentemente: novos dispositivos aplicados na ampliação da clínica em saúde mental e suas interlocuções com o campo social. **A Rede – Clínica Ampliada em Saúde Mental**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 7-17, 2002 (Clínica Urgentemente).

MEDEIROS, S. M. de; GUIMARAES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY E.; QUEIROZ. M. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun., 1993.

MILES, A. **O doente mental na sociedade contemporânea.** Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro : Zahar, 1982.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.5. nº1. Rio de Janeiro, p.7-18, 2000.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psicologia, Saúde e Doenças.** Sociedade portuguesa de psicologia da saúde. Ano IV, nº2. Lisboa, Portugal, p.249-266, 2003

PAIM, J. S.; FILHO, N. de A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PEQUENO, C. C. Saúde mental: a consolidação do módulo substitutivo em Belo Horizonte. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH.** 4. Ed. Belo Horizonte, 2002.

PNUD. **Índice de desenvolvimento humano municipal.** Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em: 20 Mar. 2008.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F.; NICACIO, F. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, A. L. D.; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 268-276, Apr. 2004.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** São Paulo: Herder/EDUSP, 1987.

SOUZA, R. C. de; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, p. 173-179, mar.-abr., 2005.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 25-59, 2002.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Equipe profissional da Moradia Protegida Cuidadoras

Nome:

Idade:

Sexo:

Função:

Escolaridade:

Tempo de serviço na moradia protegida:

1. Antes de trabalhar na moradia, você já havia trabalhado em algum serviço de saúde mental? Qual?
2. Você sabe qual é o objetivo principal da moradia protegida?
() Sim (Não). Se sim poderia citá-lo?
3. Quais as suas funções/tarefas na casa e de que forma as suas atribuições foram repassadas para você?
4. Você recebe algum tipo de instrução ou supervisão sobre o seu trabalho?
[Desdobramento] Com que frequência?
5. Há alguma regra ou norma que diz como deve ser a convivência na casa?
[Desdobramento] Como é tratado o cumprimento dessas regras e normas?
6. Os moradores participam das atividades cotidianas da moradia (supermercado, pagamento de contas, preparo das refeições, etc)?
7. Como são tomadas as decisões na moradia protegida?
8. Quais conflitos/intercorrências ocorrem na moradia?
[Desdobramento] Como as pessoas envolvidas (equipe profissional, moradores e familiares) lidam com isso?
9. Como é a sua relação com os moradores, seus familiares e demais membros da rede de convivência?
[Desdobramento] Isto tem alguma influência na realização das suas tarefas?
10. Qual a frequência das visitas dos familiares à moradia, bem como dos moradores à casa dos familiares?
[Desdobramento] Essas visitas são agendadas ou podem ocorrer a qualquer momento? É feita alguma mudança no cotidiano da moradia para o recebimento das visitas?

- 11. Existem reuniões e eventos na moradia? Com qual frequência?**
- 12. Como é a participação dos familiares nas reuniões e eventos realizados pela moradia?**
- 13. Qual a frequência do contato entre os familiares e os profissionais da rede de tratamento (médico, psicoterapeuta, AT, etc.)?**
- 14. Na sua percepção, como é a relação entre o morador e os seus familiares?**
- 15. Os moradores realizam atividades de lazer? Quais? Com quem?**
[Desdobramento] Com que frequência?
- 16. Qual foi o seu sentimento ao responder esta entrevista?**

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

**Equipe profissional da Moradia Protegida
Coordenadora e Acompanhantes Terapêuticos (AT)**

Nome:

Idade:

Sexo:

Função:

Formação:

Tempo de serviço na moradia protegida:

1. Você possui algum curso de capacitação ou pós-graduação? Qual? Data da realização.

2. Qual avaliação você faz sobre a reforma psiquiátrica e os novos dispositivos de tratamento em saúde mental?

Pontos positivos:

Pontos negativos:

3. Antes de trabalhar na moradia, você já havia trabalhado em algum serviço de saúde mental? Qual?

4. Quais as suas funções / tarefas na casa e de que forma as suas atribuições foram repassadas para você?

5. Existe alguma supervisão clínica ou discussão dos casos da moradia protegida?

[Desdobramento] Com que frequência?

6. Há alguma regra ou norma que diz como deve ser a convivência na casa?

[Desdobramento] Como é tratado o cumprimento dessas regras e normas?

7. Quais atitudes são mais estimuladas entre os moradores?

8. Os moradores participam das atividades cotidianas da moradia (supermercado, pagamento de contas, preparo das refeições, etc)?

9. Como é organizada a participação dos moradores nas atividades cotidianas?

10. Quais as atividades mais desenvolvidas na moradia?

11. Com que frequência os moradores participam de atividades na comunidade/cidade?

12. Como são tomadas as decisões na moradia protegida?

13. Quais conflitos/intercorrências ocorrem na moradia?

[Desdobramento] Como as pessoas envolvidas (equipe profissional, moradores e familiares) lidam com isso?

14. Como é a sua relação com os moradores, seus familiares e demais membros da rede de convivência?

[Desdobramento] Isto tem alguma influência na realização das suas tarefas?

15. Existem reuniões e eventos na moradia? Com qual frequência?

16. Os moradores realizam atividades de lazer? Quais? Com quem?

[Desdobramento] Com que frequência?

17. Como é organizada a participação dos moradores em atividades de lazer e eventos na moradia e fora dela?

18. Como é a participação dos familiares nas reuniões e eventos realizados pela moradia?

19. Quais as estratégias mais utilizadas para a integração das famílias dos moradores?

20. Qual a frequência das visitas dos familiares à moradia, bem como dos moradores à casa dos familiares?

21. Qual a frequência do contato entre os familiares e os profissionais da rede de tratamento (médico, psicoterapeuta, AT, etc)?

22. Na sua percepção, como é a relação entre o morador e os seus familiares?

23. Apresente três palavras que expressem o conteúdo de:

1 - Autonomia:

2 - Inserção Social:

3 - Qualidade de Vida:

24. Como você avalia o desenvolvimento dos moradores em relação à autonomia, inserção social e qualidade de vida?

25. Como você avalia a moradia protegida em relação aos objetivos a que ela se propõe?

26. Qual foi o seu sentimento ao responder esta entrevista?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Supervisora Clínica da Moradia Protegida

Nome:

Idade:

Sexo:

Função:

Formação:

Tempo de serviço na moradia protegida:

1. Você possui algum curso de capacitação ou pós-graduação? Qual? Data da realização.

2. Qual avaliação você faz sobre a reforma psiquiátrica e os novos dispositivos de tratamento em saúde mental?

3. Você participou da implementação da moradia protegida?

[Desdobramento] Antes da moradia, você já teve experiência em algum serviço de saúde mental? Qual?

4. Como surgiu o projeto da moradia protegida?

[Desdobramento] Qual era seu objetivo inicial?

5. Quais as suas funções / tarefas na casa?

6. Existe alguma supervisão clínica ou discussão dos casos da moradia protegida?

[Desdobramento] Com que frequência?

7. Há alguma regra ou norma que diz como deve ser a convivência na casa?

[Desdobramento] Como é tratado o cumprimento dessas regras e normas?

8. Quais atitudes são mais estimuladas entre os moradores?

9. Os moradores participam das atividades cotidianas da moradia (supermercado, pagamento de contas, preparo das refeições, etc)?

10. Como é organizada a participação dos moradores nas atividades cotidianas?

11. Quais as atividades mais desenvolvidas na moradia?

12. Com que frequência os moradores participam de atividades na comunidade/cidade?

13. Como são tomadas as decisões na moradia protegida?

14. Quais conflitos/intercorrências ocorrem na moradia?

[Desdobramento] Como as pessoas envolvidas (equipe profissional, moradores e familiares) lidam com isso?

15. Como é a sua relação com os moradores, seus familiares e demais membros da rede de convivência?

[Desdobramento] Isto tem alguma influência na realização das suas tarefas?

16. Existem reuniões e eventos na moradia? Com qual frequência?

17. Os moradores realizam atividades de lazer? Quais? Com quem?

[Desdobramento] Com que frequência?

18. Como é organizada a participação dos moradores em atividades de lazer e eventos na moradia e fora dela?

19. Como é a participação dos familiares nas reuniões e eventos realizados pela moradia?

20. Quais as estratégias mais utilizadas para a integração das famílias dos moradores?

21. Qual a frequência das visitas dos familiares à moradia, bem como dos moradores à casa dos familiares?

22. Qual a frequência do contato entre os familiares e os profissionais da rede de tratamento (médico, psicoterapeuta, AT, etc)?

23. Na sua percepção, como é a relação entre o morador e os seus familiares?

24. Apresente três palavras que expressem o conteúdo de:

1 - Autonomia:

2 - Inserção Social:

3 - Qualidade de Vida:

25. Como você avalia o desenvolvimento dos moradores em relação à autonomia, inserção social e qualidade de vida?

26. Como você avalia a moradia protegida em relação aos objetivos a que ela se propõe?

27. Como foi organizada a saída dos ex-moradores da moradia protegida?

[Desdobramento] Já houve retorno de algum ex-morador?

28. Qual foi o seu sentimento ao responder esta entrevista?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Ex-moradores da Moradia Protegida

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

1. Quando você iniciou o seu tratamento?

[Desdobramento] Qual o motivo da primeira internação?

2. Quanto tempo você ficou internado no hospital psiquiátrico?

[Desdobramento] Por quantas internações você já passou?

3. Quais atividades você desenvolvia no hospital psiquiátrico?

4. Durante a internação você tinha contato com os seus familiares?

[Desdobramento] Com qual frequência?

5. Como foi a sua saída do hospital psiquiátrico? Para onde você foi?

6. Quanto tempo você residiu na moradia protegida?

[Desdobramento] Há quanto tempo você saiu de lá? Houve algum retorno?

7. Quais atividades você realizava na moradia?

8. Como era a sua relação com os outros moradores e a equipe de profissionais da moradia protegida?

[Desdobramento] Você gostava de morar lá?

9. Durante a sua residência na moradia protegida você tinha contato com os seus familiares?

[Desdobramento] Com qual frequência?

10. Porque você saiu da moradia?

[Desdobramento] Onde foi morar após a sua saída?

11. Como é a sua relação com o seu familiar responsável? E com os outros membros da sua família?

[Desdobramento] Você está satisfeito com essa relação?

11. Hoje, o que você faz durante o dia?

12. Você realiza alguma atividade de lazer? Quais? Com quem?

[Desdobramento] Com que frequência?

- 13. Há alguma regra que diz como deve ser a convivência na sua casa?**
[Desdobramento] Como é tratado o cumprimento dessas regras?
- 14. Você realiza alguma atividade doméstica na sua casa?**
- 15. Você realiza os cuidados com a sua higiene pessoal sozinho?**
- 16. Quem prepara a sua alimentação?**
- 17. Você sai de casa com qual frequência? Que transporte você utiliza?**
[Desdobramento] Você sai sozinho?
- 18. Você exerce alguma atividade remunerada? Qual a sua fonte de renda?**
- 19. Como é administrado o seu dinheiro?**
[Desdobramento] Sempre foi assim?
- 20. Como é o seu tratamento atualmente?**
[Desdobramento] Quem administra a sua medicação e o seu tratamento?
- 21. Quando precisa de algum atendimento/serviço de saúde, quem você procura?**
[Desdobramento] Possui plano de saúde?
- 22. Qual o seu grau de satisfação com as seguintes condições (marcar questionário de qualidade de vida em anexo):**
- ambiente físico da sua residência; condições da assistência à saúde, de segurança, transporte, educação; com o tempo e disposição para o lazer; com a realização de algum trabalho; com a renda disponível e despesas do orçamento doméstico; com as relações pessoais com familiares e demais pessoas significativas nas redes de convivência, e com seu próprio bem-estar.
- 23. Apresente três palavras que expressem o conteúdo de:**
- 1 - Autonomia:**
 - 2 - Inserção Social:**
 - 3 - Qualidade de Vida:**
- 24. Compare sua vida atual com aquela que você tinha na morada protegida, relatando o que está melhor e o que piorou. (deixar que fale inicialmente e depois enfatizar as categorias analíticas – autonomia, inserção social e qualidade de vida).**
- 25. Se você pudesse escolher outro tipo de vida (uma vida diferente), qual vida gostaria de ter (explique por que)?**

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Familiar responsável pelo ex-morador da Moradia Protegida

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

1. Quando o seu familiar (ex-morador) iniciou o tratamento?

[Desdobramento] Qual o motivo da primeira internação?

2. Quanto tempo ele ficou internado no hospital psiquiátrico?

[Desdobramento] Por quantas internações ele já passou?

3. Você sabe quais atividades ele desenvolvia no hospital psiquiátrico?

4. Durante a internação você tinha contato com ele?

[Desdobramento] Com qual frequência?

5. Como foi a saída do seu familiar do hospital psiquiátrico? Para onde ele foi?

6. Quanto tempo o seu familiar residiu na moradia protegida?

[Desdobramento] Há quanto tempo ele saiu de lá? Houve algum retorno?

7. Você sabe quais atividades ele desenvolvia na moradia protegida?

8. Durante a residência do seu familiar na moradia protegida você tinha contato com ele?

[Desdobramento] Com qual frequência?

9. Como foi a saída da moradia?

[Desdobramento] Onde ele foi morar após a saída? Se mora sozinho, ele frequenta a sua casa?

10. Como é a sua relação com o seu familiar (ex-morador)? E com os outros membros da família?

[Desdobramento] Você está satisfeito com essa relação?

11. Hoje, quais atividades ele desenvolve durante o dia?

12. Ele realiza alguma atividade de lazer? Quais? Com quem?

[Desdobramento] Com que frequência?

13. Há alguma regra que diz como deve ser a convivência na casa onde ele mora?

[Desdobramento] Como é tratado o cumprimento dessas regras?

14. O seu familiar (ex-morador) realiza alguma atividade doméstica na casa onde ele mora?

15. Ele realiza os cuidados com a higiene pessoal sozinho?

16. Quem prepara a alimentação dele?

17. O seu familiar (ex-morador) sai de casa com qual frequência? Que transporte ele utiliza?

[Desdobramento] Ele sai sozinho?

18. O seu familiar (ex-morador) exerce alguma atividade remunerada? Qual a fonte de renda dele?

[Desdobramento] Em relação ao custo de vida, em qual época ele apresentou o maior gasto com despesas em geral (contas da casa, alimentação, transporte, tratamento, etc.)?

19. Como é administrado o dinheiro do ex-morador?

[Desdobramento] Sempre foi assim?

20. Como é o tratamento dele atualmente?

[Desdobramento] Quem administra a medicação e o tratamento?

21. Quando ele precisa de algum atendimento/serviço de saúde ou outra necessidade, quem ele procura; ou seja, quem faz parte da sua rede de convivência?

[Desdobramento] Possui plano de saúde?

22. Apresente três palavras que expressem o conteúdo de:

1 - Autonomia:

2 - Inserção Social:

3 - Qualidade de Vida:

23. Como você avalia a vida atual do seu familiar, no que diz respeito à autonomia, inserção social e qualidade de vida?

24. Como você avalia a sua qualidade de vida atualmente?

25. Qual sentimento faz com que você continue responsável por ele?

25. Qual foi o seu sentimento ao responder esta entrevista?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Ex-morador da Moradia Protegida

Apresente sua opinião ou sentimento a respeito dos diferentes domínios da sua vida

1. Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

2. Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

3. O quanto você gosta de onde você mora?

Nada	Muito Pouco	Bastante	Extremamente
1	2	3	4

4. Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

Nada	Muito Pouco	Muito	Completamente
1	2	3	4

5. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

6. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Raramente	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4

7. Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

Nada	Muito Pouco	Bastante	Extremamente
1	2	3	4

8. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

9. Você acha que vive em um ambiente seguro?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

10. Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

11. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

12. Quão satisfeito(a) você está com a escolaridade que possui?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

13. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

15. Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

16. Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

17. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

18. Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

19. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

20. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

21. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

22. Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito Infeliz	Infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4

23. Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

Nada	Muito Pouco	Bastante	Extremamente
1	2	3	4

ANEXOS

