

Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil*

Juarez Pereira Furtado¹
Eunice Nakamura²
Cláudia Maria Generoso³
Andréa Máris Campos Guerra⁴
Florianita Braga Campos⁵
Augustin de Tugny⁶

FURTADO, J.P. et al. Social integration and living space: a path for evaluating the housing situation for people with severe mental disorders in Brazil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.389-400, abr./jun. 2010.

With regard to housing needs, people with severe mental disorders in Brazil have two possibilities: therapeutic residential services or alternative forms of service such as family support and/or support from the mental health services, particularly from psychosocial support centers. It seems fundamental to evaluate how people with severe mental disorders establish their living space (*habitus*) and their social integration during these experiences, starting from the structural elements of housing (shelter, privacy, safety and comfort) and the support elements (social network and health services), along with the follow-up provided by health services, within a context of deinstitutionalization. For this, some principles, analysis categories and possible contributions for a qualitative and interdisciplinary evaluative investigation method are discussed. This method was developed by researchers from different knowledge areas (anthropology, architecture, psychoanalysis and public health), in order to provide a more systematic approach towards this important topic.

Keywords: Psychiatric reform. Supported housing. Interdisciplinarity. Social Insertion. Housing.

No que concerne às suas necessidades de moradias, os portadores de transtorno mental grave no Brasil possuem duas perspectivas: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) ou formas alternativas, como o apoio de familiares e/ou da rede de saúde mental do SUS, sobretudo os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Parece fundamental avaliar como os portadores de sofrimento mental grave constituem suas habitações (*habitus*) e inserção social nessas experiências, a partir dos elementos estruturais da moradia (abrigo, privacidade, segurança e conforto) e de suporte (rede social e de serviços), bem como o acompanhamento ofertado pelos serviços, em um contexto de desinstitucionalização. Para isso, são discutidos pressupostos, categorias de análise e possíveis contribuições de um método de investigação avaliativa qualitativa e interdisciplinar, elaborado por pesquisadores de distintas áreas do saber (antropologia, arquitetura, psicanálise e saúde coletiva), de modo a propiciar uma aproximação mais sistemática acerca dessa importante temática.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Serviços Residenciais Terapêuticos. Interdisciplinaridade. Inserção Social. Habitação.

*Primeiro produto do grupo de pesquisa interdisciplinar financiado pelo Cnpq por meio do edital MS-MCT 33/2008 (processo n. 575150/2008-4). Título da pesquisa: "Inserção social e habitação: pesquisa avaliativa de moradias de portadores de transtorno mental grave".

¹ Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Campus Santos. Av. Francisco Glicério, 614, ap. 12, José Menino. Santos, SP, Brasil. 11.065-400. juarezpfurtado@hotmail.com

² Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Campus Santos.

³ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim.

⁴ Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁵ Departamento Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Campus Santos.

⁶ Escola de Belas Artes/ Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

A despeito de algumas iniciativas pontuais antecedentes de moradias para portadores de transtorno mental grave (Palladini, 1987; Brasil, 1973), podemos localizar, no início da década de 1990, as experiências pioneiras que influenciaram diretamente e ajudaram a conformar o que hoje entendemos como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Nas cidades de Porto Alegre (Guilhermano Neto, Oliveira, 2003), Ribeirão Preto (Guimarães, Saeki, 2001) e Campinas (Braga-Campos, Guarido, 2006; Furtado, Pacheco, 1998), desenvolveram-se iniciativas de inserção de portadores de transtorno mental grave, moradores de asilos psiquiátricos, em espaços residenciais, com a explícita intenção de superar o isolamento dos mesmos e, sobretudo, implementar alternativas de moradia para aqueles não mais aceitos pela família ou cujos laços familiares se perderam.

Essas três experiências foram distintas entre si no que concerne aos fatores que desencadearam seu início, na organização interna e número inicial de usuários. Apresentaram, no entanto, em comum, dois aspectos essenciais: a busca de resposta concreta à situação de moradia para internos de longa data e a utilização de formas de financiamento totalmente determinadas pelas circunstâncias locais, já que se tratava de modalidade assistencial oficialmente inexistente no Sistema Único de Saúde (SUS).

O advento da portaria 106/2000 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002) oficializou a iniciativa no SUS, estabelecendo sua estrutura básica, modo de operar e financiamento. A partir daí, as pensões protegidas, lares abrigados, vilas terapêuticas, moradias extra-hospitalares e núcleos de convívio – como até então eram chamadas as diversas experiências de casas destinadas aos egressos de longa internação (Suiyama, Rolin, Colvero, 2007) – passaram a ser chamadas de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Tal nomenclatura foi questionada à época, sobretudo no que concerne aos termos 'serviços' e 'terapêuticos', inseridos justamente para justificar e viabilizar sua inserção no SUS.

Esse fato foi fundamental para consolidar e ampliar o alcance dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em especial da noção de desinstitucionalização. Assumindo aspectos relativos à moradia dos egressos, em seus mais diversos componentes, a área da saúde mental tem avançado e sido ampliada nas políticas da área, destacando-se pela abordagem interdisciplinar e intersetorial de suas ações.

A regulamentação das residências para portadores de transtorno mental grave no sistema público de saúde representou importante conquista na medida em que viabilizou a expansão de uma iniciativa até então muito restrita, em termos de número e de estados da federação nos quais se fazia presente. Atualmente, a despeito das questões políticas e culturais que atravancam sua expansão (Furtado, 2006), existem aproximadamente quinhentos módulos residenciais, nos quais habitam um total de dois mil e quinhentos ex-moradores de hospitais psiquiátricos em 18 estados da federação (Brasil, 2007).

Essas diferentes experiências colocam a necessidade de se avaliar como os portadores de sofrimento mental grave, sejam eles de SRT ou não, constituem suas habitações (*habitus*) e inserção social a partir dos elementos estruturais da moradia (abrigo, privacidade, segurança e conforto) e de suporte (rede social e de serviços). Para isso, serão apresentados e discutidos alguns pressupostos, categorias de análise e outras possíveis contribuições para a conformação de um método de investigação avaliativa qualitativa interdisciplinar, que aglutine distintas áreas do saber (Antropologia, Arquitetura, Psicanálise e Saúde Coletiva), de modo a propiciar uma aproximação mais sistemática e aprofundada acerca dessa temática da inserção social e habitação.

Moradia, habitação e inserção social

A distinção que operamos entre "moradia" e "habitação" remete ao pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu referente ao conceito renovado de *habitus* e do campo onde este se desenvolve e com o qual interage, sendo essencial para avançarmos na abordagem do tema em questão.

Por *habitus*, Bourdieu (1983, p.65) entende

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas [...].

O *habitus* é, então, com base na abordagem de Bourdieu, especificamente subjetivo e se inscreve numa temporalidade vivenciada em um campo que, por sua vez, o informa. Nesse sentido, não remete unicamente a uma questão sociológica, constituindo-se num elemento-chave, operador da formação do sujeito por meio de sua experiência; é estruturado e estruturante, permitindo a reprodução social.

"*Habitus* surge então como um conceito capaz de conciliar a oposição aparente entre realidade exterior e as realidades individuais. Capaz de expressar o diálogo, a troca constante e recíproca entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo das individualidades" (Setton, 2002, p.62).

Por essa razão, consideramos o termo "habitação" – com certa liberdade etimológica – para definir o campo onde um *habitus* entra em jogo, no qual uma experiência do morar se articula numa "matriz de percepções, de apreciações e de ações" (Bourdieu, 1983, p.65). Denominamos "moradia" (termo comumente atribuído aos Serviços Residenciais Terapêuticos) o campo no qual se formula e interage o sujeito na articulação do *habitus*. Os dois termos permitem distinguir dois estados do mesmo lugar em dois tempos: a moradia é o campo determinado para a habitação anterior à experiência do sujeito; a habitação é a constituição do *habitus* no decorrer de uma experiência.

A noção de *habitus* encontra-se, portanto, estreitamente vinculada às práticas de reprodução social, sendo fundamental à organização das pessoas e dos grupos sociais no espaço de moradia, ou seja, na casa, que "tem historicamente permitido uma variedade de imagens e significados, seja ela entendida como uma construção específica que serve de abrigo, seja como uma imagem de um espaço simbólico de pertencimento social, de intimidade e segurança" (Higuchi, 2003, p.50).

Nessa configuração da habitação como *locus* da ação simbólica, constitui-se a ideia de inserção social, ou de "integração social", segundo Bourdieu (2000), na medida em que, para simbolizar ou atribuir significados às coisas, torna-se fundamental a comunicação, a relação com outros e o consenso sobre o sentido do mundo social. No entanto, devemos considerar que o elemento da singularidade do sujeito em sua inserção na Linguagem - e a posição única que passa a ocupar a partir daí para se relacionar com o mundo - concorre com o particular e o histórico, produzindo idiosincrasias que podem fazer exceção ao consenso, modulando a comunicação a partir de um universo de significações próprias e pertinentes ao seu universo subjetivo.

Essa experiência constituída e constituinte dos significados atribuídos à moradia será nomeada "habitar", num processo dinâmico e complexo, às vezes tenso, da possibilidade de inserção social.

Alguns pressupostos e novas categorias de análise

Nos SRTs podemos identificar a coexistência de uma dimensão público-governamental, que se revela por meio da normatização, oriunda de ações integradas nos três níveis de gestão do SUS, que vem somar-se aos ditames dos conselhos de classe que regem as condutas dos vários profissionais ali envolvidos. Por outro lado, esses mesmos SRTs possuem uma perspectiva de vida privada, expressa no projeto de "casa", aqui tomada como espaço de proteção e, também, de defesa contra o mundo (Ariès, 1981), portanto avesso a regramentos provenientes do Estado e de outras instâncias. Além disso, coabitam, nessas moradas, diretrizes gerais estabelecidas nacionalmente com nuances regionais, acrescidas da diversidade que permeia as relações socioculturais entre os diferentes atores envolvidos.

Tais contradições não necessariamente inviabilizam esses serviços e nem são totalmente superáveis, constituindo mesmo a própria essência desses equipamentos. A assunção dessa premissa – de que são contradições inerentes aos chamados SRTs – pode nos permitir avançar, evitando-se o maniqueísmo e a restrição da análise à identificação (ou não) de características manicomiais ou "institucionais" nesses equipamentos que vêm predominando no debate (Cadernos Ipub, 2006).

Tal complexidade na análise do tema torna necessários estudos que permitam conhecer em mais profundidade os vários aspectos envolvidos e constituintes dos SRTs e a maneira como esses componentes interagem entre si, determinando a conformação final e distinta que tais equipamentos assumem para cada um de seus moradores e para a sociedade em geral. A consideração dos elementos físicos, socioculturais, políticos e subjetivos que definem as características intrínsecas – e ainda pouco exploradas – dessas residências assume especial relevância na aproximação sistemática da iniciativa, na medida em que permite gerar novas categorias para a análise, compreensão e avaliação das mesmas.

Os SRTs constituem única opção – e em formato único – de moradia com financiamento do Estado para os portadores de sofrimento mental grave egressos de longas internações. Esse formato pode ser mais bem compreendido se cotejado com iniciativas que, na atualidade, expressam a diversidade de opções de moradias. Apesar das diferenças históricas e culturais, consideramos que a aproximação com a experiência canadense, ao modo de uma interlocução, pode auxiliar na análise da proposta nacional, estimulando nossas reflexões na busca de outras categorias de análise, com base em experiências plurais.

Para sintetizar a evolução das concepções e práticas canadenses sobre as moradias aqui enfocadas, apoiaremos-nos em análise feita por Mercier (2004), com base em documentos ministeriais das últimas quatro décadas sobre o assunto, na província de Quebec.

Segundo Mercier (2004), os anos 1960 se caracterizaram pela tensão entre a necessidade de inserção dos egressos na comunidade e a refratariedade dessa mesma comunidade em receber os ex-internos. Pequenos pavilhões e as chamadas “famílias de acolhimento” (constituídas basicamente por casais que se dispunham a receber até nove egressos, sendo remunerados pelo Estado por isso) constituíram-se nas principais estratégias de desinstitucionalização utilizadas. Frequentemente, os responsáveis pelos pequenos pavilhões e famílias de acolhimento adotavam as mesmas rotinas grupais e preestabelecidas das instituições de origem no que concerne à higiene, alimentação e atividades, levando ao aumento da itinerância entre os usuários, que rejeitavam essas estruturas, numa clara referência à coexistência do pressuposto de normatização e de necessidade do espaço privado, a exemplo dos SRTs no Brasil. Para a autora, “nesse período, a sociedade parece definir o papel desses alojamentos primordialmente como de proteção e não como de inserção” (Mercier, 2004, p.19).

Nos anos 1970, visando desenvolver habilidades e autonomia, a reabilitação torna-se a principal estratégia de reinserção. Um leque de opções com acompanhamento mais ou menos estruturado é oferecido a pessoas portando diferentes graus de capacidades e autonomia, a saber: pequenos pavilhões, família de acolhimento, casa de transição, apartamentos supervisionados, apartamentos satélites e, finalmente, alojamentos autônomos. A ideia central é oferecer meios de vida o menos restritivos possíveis, levando em conta e desenvolvendo as potencialidades de cada um (Mercier, 2004).

Os anos 1980 e 1990 são caracterizados pela entrada em cena da associação dos organismos comunitários de saúde mental, chamados de recursos alternativos, composta por serviços não-governamentais (ONGs) - conduzidas, em boa parte, por usuários. Estabelece-se aí forte oposição entre a rede pública, que oferece uma gama de serviços residenciais listados no parágrafo anterior, e uma rede comunitária que defende que se privilegie a escolha dos usuários e o acesso destes ao mercado imobiliário formal ou subvencionado (Mercier, 2004). O modelo alternativo de “casas normais com suporte modulado” – ou seja, uma residência cuja constituição receberia interferência mínima dos serviços e o morador contaria com suporte variável e flexível do setor saúde – surge em resposta às críticas ao modelo tradicional, que não responderia às necessidades e preferências dos usuários (Piat et al., 2008).

Finalmente, e conseqüente ao debate abordado no último parágrafo, temos, a partir dos anos 2000, um movimento para o acesso à moradia como direito fundamental para cada cidadão. Documentos oficiais do Ministério da Saúde do Canadá passam a espelhar esse movimento ao apontarem a necessidade de convergência do acompanhamento e suporte de intensidade variável, no plano individual, com ações intersetoriais visando o acesso a moradias comuns, no plano estrutural. Ou seja, ganha plano operacional e de disputa política a ideia de que, embora os determinantes sociais de saúde (trabalho, renda, moradia, educação etc.) encontrem-se fora do campo específico da saúde, é por meio da mediação suscitada nesse campo que ocorrerá a real inserção dos portadores de distúrbios mentais (Dorvil, 2004).

No que concerne ao Brasil, percebe-se a coexistência, na atualidade, de experiências locais mais voltadas à proteção e outras que privilegiam a reabilitação, sendo que a posse ou a garantia da casa como direito ainda está longe de se tornar uma questão para os moradores de SRTs (Cadernos Ipub, 2006), e menos ainda experiências que considerem claramente a necessidade de sua inserção social. Com relação ao direito à moradia, tivemos exemplo emblemático no início dos anos 1990, quando da inserção de alguns dos antigos moradores do Hospital Estadual Santa Tereza (Ribeirão Preto, SP) em casas construídas pela Cohab, órgão do sistema paulista de habitação (Guimarães, Saeki, 2001).

Os exemplos brasileiro e canadense mostram que as relações instituídas entre o espaço produzido para o morar e a habitação constituída por seus habitantes não são lineares ou totalmente controladas ou previsíveis. Isto fica ainda mais evidente em algumas categorias identificadas, a partir dos exemplos analisados e de seus pressupostos, as quais sugerem tanto aspectos de tensão como complementares. São elas: desinstitucionalização; reabilitação/proteção e autonomia; inserção social.

Por essa razão, compreender a dialética público/material e privado/simbólico, consubstanciada nas relações entre o suporte dos serviços e os elementos estruturais dos SRTs para a inserção social de seus moradores - e como estes últimos constituem sua habitação (*habitus*) e sua própria "inserção" a partir desses elementos - nos parecem elementos de grande importância no estudo desses equipamentos.

Morando de outras maneiras

As moradias, por mais diversas que possam ser entre si, constituem elemento fundamental no processo de reabilitação psicossocial de portadores de sofrimento mental grave. Para Saraceno (1999), os eixos sobre os quais se apoia o aumento da capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos são: a *morada*, que se ocupa da casa e da apropriação da habitação do espaço vital; a *rede social*, onde se dão de fato as trocas sociais vivas; e o *trabalho*, entendido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos.

Na presente proposta metodológica, consideramos que, além dos moradores de SRTs, devem ser também considerados os modos como portadores de sofrimento mental grave não inseridos nesses equipamentos instauram e sustentam suas moradias na comunidade, tornando-as suas habitações. Atualmente, cerca de quatrocentos mil usuários são atendidos pelos mil e duzentos Caps existentes no Brasil (Brasil, 2007). Estima-se que 30% destes possam ser considerados graves, o que equivale a aproximadamente cento e vinte mil indivíduos, se tomarmos como base extenso trabalho realizado nos três estados do Sul do país por Kantorski (2008). As formas como equacionam sua necessidade de moradia e habitação carecem de mais conhecimento, uma vez que não têm acesso aos SRTs e que a função de abrigo tradicionalmente desempenhada pelos hospitais psiquiátricos vem sendo restringida.

Parte desses usuários permanece sob cuidados dos familiares, conforme vimos em outra ocasião (Donação, Furtado, 2006), originando questões de convívio, qualidade de vida e sobrecarga financeira no núcleo familiar (Pegoraro, Caldana, 2006; Spadini, Souza, 2004; Gonçalves, Sena, 2001). No entanto, considerando as relações entre habitação e inserção social, julgamos de especial interesse a inserção social de portadores de sofrimento mental grave que, por alguma razão, não mais residem com membros de seu núcleo familiar original, enfrentando um conjunto de questões inerentes ao estabelecimento de um espaço de moradia no meio comunitário e de problemas relacionados à sua inserção numa determinada comunidade.

A aproximação de alguns casos dessa natureza contribuiria para a compreensão de como essas pessoas – cuja magnitude e crescente ampliação são evidentes – vêm equacionando suas necessidades de moradia e de como esta última influencia seu processo de inserção social. É possível esperar que os usuários de Caps, por meio de sua experiência concreta, tenham constituído contribuições criativas ao debate da política pública de saúde mental no que tange às moradias.

Por fim, a consideração em conjunto tanto das perspectivas dos moradores de SRTs quanto dos usuários de Caps (considerados graves e que constituíram formas distintas de moradias que não aquela com a família) possibilitará a construção de um painel e avaliação mais precisos dos modos de habitar dos portadores de sofrimento mental grave no Brasil, oferecendo subsídios para a qualificação do modelo de assistência em saúde mental vigente.

Abordagem interdisciplinar de um objeto complexo

O significante "habitar" remete a necessidades fundamentais dos seres humanos e a uma ampla gama de vivências e memórias (Kasper, 2006; Brandão, 2002; Tugny, 1998; Bachelard, 1987), constituindo termo multifacetado e polissêmico. Quando se agregam a reabilitação psicossocial, a inserção social e a desinstitucionalização a esse "habitar", temos aí constituído um objeto de especial

complexidade (Morin, 1996), por sua vez inserido em um campo – a saúde mental – resultante da convergência de vários saberes, como: Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise, Antropologia e Saúde Coletiva.

Concordamos com Almeida Filho (1997) quando afirma que a interdisciplinaridade não se efetiva por meio de princípios ou de proposições genéricas e bem-intencionadas. A troca efetiva entre disciplinas e profissões torna-se possível por meio da ação de agentes concretos que irão ou não estabelecer práticas integradas. Segundo o autor, é por intermédio da concretude dos aparelhos cognitivos de indivíduos que transitam em diferentes áreas que ocorrerão os diferentes graus de interação e colaboração entre disciplinas e profissões.

Por essa razão, consideramos crucial a aproximação do nosso objeto com base em perspectivas distintas e complementares, por profissionais inseridos em suas respectivas áreas de conhecimento, a saber: Arquitetura, Antropologia, Psicanálise e Saúde Coletiva. O trabalho deverá ser essencialmente interdisciplinar, viabilizando um roteiro de campo que atenda a todos os interesses. Além disso, um trabalho interdisciplinar dessa natureza deverá permitir: a realização de análises em separado segundo categorias pertinentes a cada um dos quatro campos do conhecimento; domínio dos conteúdos básicos das outras áreas por todos os investigadores (Furtado, 2007; Vasconcelos, 2002; Morin, 1996) e, finalmente, uma síntese ou reconstrução do objeto, conforme realizamos em outra pesquisa avaliativa (Onocko Campos, Furtado, 2008). Um delineamento geral da metodologia pode ser visto na Figura 1.

Uma pesquisa avaliativa qualitativa e participativa

A relação entre as pesquisas científicas e avaliativas caracteriza-se pela existência de pontos de contato e de distanciamento. Ambas têm a preocupação de imprimir rigor em seus procedimentos, de modo a superar a simples opinião ou convicção como fonte de suas conclusões (Worthen et al., 2003; Hartz, 1997). Com relação às respectivas distinções, a pesquisa científica busca conclusões enquanto na pesquisa avaliativa os resultados buscam, no geral, subsidiar a tomada de decisões. Na pesquisa avaliativa, o avaliador opera em um campo delimitado e, dada a complexidade inerente aos programas, necessariamente irá lançar mão de amplo leque de disciplinas (Furtado, 2006). Como afirmado por Zúñiga (2004), avaliamos para saber o que se passa (ou passou) com aquilo que fazemos (ou fizemos), emitindo um julgamento ao final do processo, com base em critérios estabelecidos e para a tomada de decisão. E tanto o processo quanto sua vinculação com a tomada de decisão reforçam o lado intervenção ou dispositivo de toda avaliação (Ridde, Dagenais, 2009; Furtado, 2001).

A partir de meados da década de oitenta do século passado, ganha expressão a avaliação qualitativa, baseada em correntes compreensivistas (Bosi, Mercado, 2006; Furtado, 2001), tendo como fundamento de sua metodologia a aplicação de abordagens antropológicas na avaliação de programas e serviços. As abordagens qualitativas em avaliação teriam, como núcleo comum, o fato de levarem em conta a participação e percepções dos sujeitos envolvidos em uma dada iniciativa e a consideração das relações e das representações como parte fundamental dos efeitos, dos resultados e limites das ações, possibilitando “Compreender o que contribui para o êxito dos programas, projetos e serviços; o que possibilita o seu alcance e o que questiona os seus limites” (Minayo, 2005, p.20).

Quanto à opção pelo referencial qualitativo, sabemos que a opção pela vertente “quali” ou “quanti” provém de concepções e posicionamentos ontológicos e epistemológicos dos investigadores, ambos determinando as opções metodológicas (Kuhn, 1988). Em nosso caso, somos pesquisadores detentores de uma perspectiva ontológica relativista, que considera a existência de múltiplas e socialmente construídas realidades, não governadas por leis naturais. Para nós, a “verdade” é definida a partir de construções individuais e, também, coletivas. A epistemologia, nesta perspectiva, é subjetivista, o que implica considerar a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade, numa negociação permanente de significados, conforme discutido por alguns autores (Bosi, Mercado, 2006; Dezin, Lincoln, 2006; Martin et al., 2006; Cardoso de Oliveira, 1995; Geertz, 1989; Guba, Lincoln, 1989). Levando-se em conta o que vimos expondo, pesquisas sobre moradia e habitação da população específica em foco deveriam considerar ao menos seis vertentes:

1 Levantamento da composição e estruturação da rede de saúde mental dos locais definidos para a pesquisa;

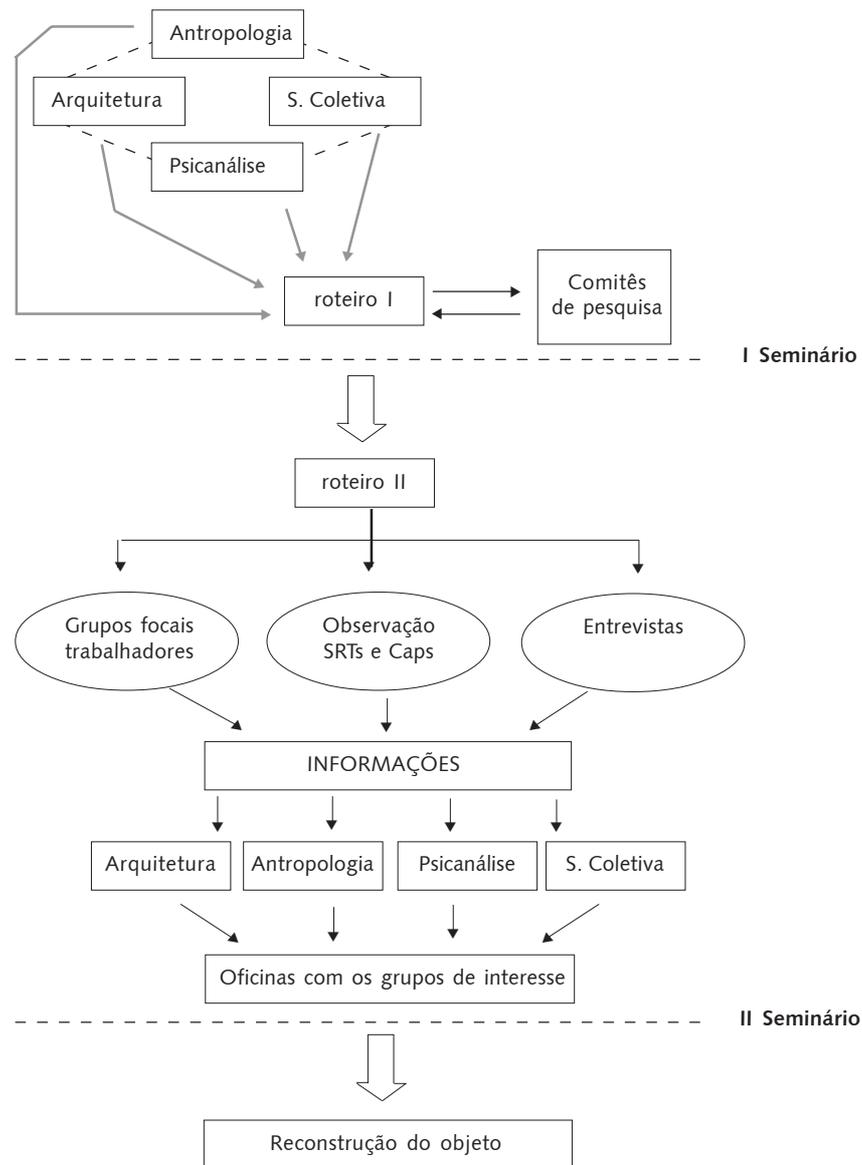


Figura 1. Delineamento da metodologia.

- 2 Identificação da rede de equipamentos sociais e culturais existentes no território;
- 3 Estudo dos moradores de SRTs: como se apropriam e interagem com o espaço físico, urbano e social;
- 4 Estudo dos usuários de Caps: como equacionam suas moradias longe da família e na comunidade;
- 5 Estudo do suporte oferecido: como a rede de saúde mental entra nessa relação habitação-inserção social; perspectivas dos trabalhadores;
- 6 Inserção dos principais atores envolvidos com a iniciativa no processo avaliativo, de modo a garantir o uso dos resultados e efetiva contribuição do estudo para a qualificação daqueles casos abordados.

Há convergência e necessária articulação entre a participação popular - que deve influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas e serviços básicos na área social (Serapioni, Romani, 2006; Demo, 1999; Valla, 1998) - e a participação de diferentes grupos da comunidade (no caso, gestores, portadores de transtorno mental grave moradores dos SRTs e usuários de Caps, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde, lideranças comunitárias etc.) na produção de conhecimentos sistemáticos sobre essas mesmas políticas ou serviços. A avaliação participativa de programas e serviços na área social seria, assim, tributária das relações entre participação popular e políticas públicas, por um lado, e pesquisa e ação, por outro.

As interações entre pesquisa e ação atendem por diversos nomes: pesquisa-ação, pesquisa ação-participativa, pesquisa baseada na comunidade, pesquisa colaborativa, dentre outros (Brandão, Streck, 2006; Dolbec, 2004). Essas abordagens inserem profissionais, cidadãos, pacientes etc., todos ligados ao objeto em estudo, e que, por suas formações, status social, experiências ou especialidades, são normalmente colocados à margem da produção científica.

A criação de grupos de participantes – chamados mais comumente de “comitês de pesquisa” - pode garantir não só a inclusão dos diversos grupos de interesse, mas também maior utilização e aproveitamento dos resultados dos trabalhos. Assim, na metodologia proposta, tais comitês seriam integrados por usuários, trabalhadores e membros da pesquisa, constituindo espaços de debate, processamento e qualificação dos passos da investigação e rede perene de novas formulações e eventuais correções de rota do projeto original. Com isso, é possível adaptar a proposta às realidades locais e às questões dos diversos grupos de interesse, além de favorecer a utilização dos resultados finais, conforme pudemos experienciar em outro estudo (Furtado, Onocko Campos, 2008).

Análise dos resultados e construção de síntese

Dada a complexidade que envolve o morar e o habitar e suas íntimas relações com os aspectos sociais e culturais – acrescidos de sua inserção no setor da saúde – o esforço de trabalho interdisciplinar é convocado a partir da complexidade do objeto e das limitações a que qualquer saber, de maneira solitária, estaria exposto. Por essa razão, um dos pontos de destaque da proposta metodológica aqui apresentada é a interdisciplinaridade. Interação disciplinar que aqui não se restringe a uma simples proposição ou à reiteração da importância de trabalhos conjuntos entre áreas do saber. Propomos, efetivamente, a análise e reconstrução desse mesmo objeto complexo a partir de distintas vertentes e perspectivas.

Como não se trata de homogenizar saberes e procedimentos, mas construir pontes entre ilhas de conhecimentos, propomos um roteiro comum, como já detalhado, seguido de análises no interior das distintas áreas, segundo categorias que permitam maior compreensão do tema em estudo (Quadro 1). A partir dessas análises, deverá ser feito um novo e criativo trabalho de reconstrução do objeto – ação que exigirá cuidadoso esforço de apreensão mínima, por parte dos pesquisadores, dos saberes oriundos do campo de seus colegas, além do diálogo e de trocas efetivas entre investigadores e os grupos de interesses representados no comitê de pesquisa. Uma nova e mais aprofundada compreensão do morar e do habitar, suas dinâmicas particulares, bem como suas implicações como possibilidades de inserção social, é o que se espera encontrar ao se propor um modelo metodológico interdisciplinar de pesquisa avaliativa como o aqui apresentado.

Quadro 1. Categorias de análise e referenciais das quatro áreas envolvidas

Áreas	Categorias	Referenciais
Saúde Coletiva	<ul style="list-style-type: none"> - intersetorialidade das ações - organização do trabalho interprofissional - gestão da clínica - particularização do cuidado - promoção de autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Paidéia (Campos, 2000) - Avaliação de quarta geração (Guba, Lincoln, 1989)
Antropologia	<ul style="list-style-type: none"> - significado - inserção social e cultural - experiências de habitação - relações sociais - pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> - Método interpretativo (Geertz, 1989; Cardoso de Oliveira, 1998) - Significado (Bourdieu, 2000, 1983) - Pessoa (Duarte, 2003; Duarte, Leal, 2001)
Arquitetura	<ul style="list-style-type: none"> - tipologias espaciais - relações moradia-habitação - formulação do habitar - instrumentos para avaliação do <i>habitus</i> - produção social do espaço 	<ul style="list-style-type: none"> - Arquiteturologia (Boudon, 1985) - <i>Habitus</i> e apropriação (Kasper, 2006; Bourdier, 1985) - Subjetividade do habitar (Brandão, 2002) - Interfaces (Baltazar dos Santos, Kapp, 2007; website do MOM) - Produção do espaço (Lefebvre, 2000)
Psicanálise	<ul style="list-style-type: none"> - posição na linguagem (simbólico) - sujeito. - laço do sujeito com o outro social. - transferência e rede - <i>savoir-y-faire</i> com o sintoma 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica da psicose (Freud, 1912) Psicanálise Aplicada (Lacan, 2003) Psicanálise e Instituição (Di Ciaccia, 2003; Zenoni, 2000; Viganó, 1997)

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Cienc. Saude Colet.**, v.2, n.1/2, p.5-20, 1997.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BACHELARD, G. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- BOSI, M.L.; MERCADO, J.M. (Orgs.). **Avaliação qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
- BOURDIEU, P. Sobre el poder simbólico. In: _____. **Intelectuales, política y poder**. Buenos Aires: UBA/ Eudeba, 2000. p.65-73.
- _____. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.
- BRAGA-CAMPOS, F.; GUARIDO, E. Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. **Cad. IPUB**, v.12, n.22, p.141-8, 2006.
- BRANDÃO, C.; STRECK, D.R. **Pesquisa participante**. Aparecida do Norte: Idéias & Letras, 2006.
- BRANDÃO, L.L. **A casa subjetiva**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Bol. Saude Mental no SUS**, v.6, n.26, p.1-10, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério do Trabalho e Assistência Social, Secretaria de Assistência Médica. **Manual de serviço para assistência psiquiátrica**. Orientação de serviço n. 3043. Brasília, 1973.

CADERNOS IPUB. **Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos**, v.12, n.22, p.1-244, 2006.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O lugar (e em lugar) do método**. Brasília: UnB, 1995.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1999.

DEZIN, K.; LINCOLN, I.S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DOLBEC, A. La recherche-action. In: GAUTHIER, B. (Org.). **Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données**. Quebec: Presses de l'Université du Québec, 2004. p.505-40.

DONAÇÃO, D.D.; FURTADO, J.P. **Limites do amparo: a categoria "cuidador" também se aplica aos familiares de doentes mentais graves? Relatório de conclusão de pesquisa de iniciação científica**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2006. (mimeogr.).

DORVIL, H. L'habitation et la santé mentale. In: DORVIL, H.; BEAULIEU, A. (Orgs.). **L'habitation comme déterminant social de la santé mentale**. Laval: Acfas, 2004. p.3-7.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic., Saude Educ.**, v.11, n.22, p.239-55, 2007.

_____. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.3, p.785-95, 2006.

_____. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.1, p.165-81, 2001.

FURTADO, J.P.; ONOCKO CAMPOS, R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saude Publica**, v.24, n.11, p.2671-80, 2008.

FURTADO, J.P.; PACHECO, R.A. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.47, n.4, p.179-84, 1998.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.9, n.2, p.48-55, 2001.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUILHERMANO NETO, J.; OLIVEIRA, M. **O acompanhamento terapêutico e a equipe itinerante**. Porto Alegre: Arquivos da Pensão Nova Vida, 2003.

- GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **Hist., Cienc., Saude - Manguinhos**, v.8, n.2, p.357-74, 2001.
- HARTZ, Z.M.A. **A avaliação na área da saúde**: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- HIGUCHI, M.I.G. A socialidade da estrutura espacial da casa: processo histórico de diferenciação social por meio e através da habitação. **Rev. Cienc. Hum.**, n.33, p.49-70, 2003.
- KANTORSKI, L. Caps Sul: avaliação dos Caps na região Sul do Brasil. **Relatório Técnico**. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Cnpq/Ministério da Saúde, 2008. (mimeogr.).
- KASPER, P.C. **Habitar a rua**. 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/11201376/Habitar-a-Rua>>.
- KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1988.
- MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Rev. Saude Publica**, v.40, n.1, p.179-80, 2006.
- MERCIER, C. L'Évolution des liens entre le logement et l'insertion sociale à travers 40 ans de documents ministériels au Québec. In: DORVIL, H.; BEAULIU, A. (Orgs.). **L'habitation comme déterminant social de la santé mentale**. Laval: Acfas, 2004. p.247-70.
- MINAYO, M.C.S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Avaliação e produção de narratividade. In: ONOCKO CAMPOS, R. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde mental**: participação, intervenção e produção de narrativa. São Paulo: Hucitec, 2008. p.198-219.
- PALLADINI, P.C.N. Dois anos e meio de lar abrigado no Juqueri. **Arqu. Saude Mental Est. São Paulo**, n.46. p.62-6, 1987.
- PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol. Estud.**, v.11, n.3, p.569-77, 2006.
- PIAT, M. et al. Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive. **Santé Ment. Qué.**, v.33, n.2, p.60-70, 2008.
- RIDDE, V.; DAGENAIS, C. **Approches et pratiques en évaluation de programme**. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2009.
- SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.
- SERAPIONI, M.; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.11, p.2411-21, 2006.
- SETTON, M.G.J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, v.2, n.20, p.60-70, 2002.
- SPADINI, L.C.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob olhar de pacientes e familiares. **Rev. Esc. Enferm.**, v.40, n.1, p.123-7, 2004.
- SUIYAMA, R.C.B.; ROLIM, M.A.; COLVERO, L.A. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saude Soc.**, v.16, n.3, p.102-10, 2007.

- TUGNY, A. **O imaginário da habitação e do habitar**. Belo Horizonte, 1998. (mimeogr.).
- VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saude Publica**, v.14, supl.2, p.7-18, 1998.
- VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Edusp e Editora Gente, 2003.
- ZÚÑIGA, R. **La evaluación en la acción social: autonomías y solidaridades**. 2004. Disponível em: <<http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga>>. Acesso em: 8 mar. 2008.

FURTADO, J.P. et al. Inserción social y habitación: un camino para la evaluación de la situación de vivienda de portadores de transtorno mental grave en Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.389-400, abr./jun. 2010.

En cuanto concierne a sus necesidades de vivienda, los portadores de transtorno mental grave en Brasil poseen dos perspectivas: los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRTs), o formas alternativas como el apoyo de familiares y/o de la red de salud mental del Sistema Unificado de Salud, sobre todo los Centros de Atención Psico-social (Caps). Parece fundamental evaluar como los portadores de sufrimiento mental grave constituyen sus habitaciones (*habitus*) e inserción social en estas experiencias a partir de los elementos estructurales de la vivienda (abrigo, privacidad y comodidad) y de soporte (red social y de servicios), así como el acompañamiento ofrecido por los servicios, en un contexto de des-institucionalización. Para esto, se discuten presupuestos, categorías de análisis y posibles contribuciones de un método de investigación evaluativa cualitativa e interdisciplinarios elaborado por investigadores de distintas áreas del saber (antropología, arquitectura, psicoanálisis y salud colectiva), de modo a propiciar una aproximación más sistemática sobre esta temática importante.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica. Servicios residenciales terapéuticos. Interdisciplinareidad. Inserción social. Habitación.

Recebido em 30/03/09. Aprovado em 24/11/09.