

A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA: O MELHOR LUGAR DE SE VIVER¹

**THERAPEUTIC RESIDENCE:
THE BEST PLACE TO LIVE**

**EL HOGAR TERAPÉUTICO:
EL MEJOR LUGAR PARA VIVIR**

Rosana Maria Resgalla²
Maria Édila Abreu Freitas³

RESUMO

Este estudo buscou compreender o significado da travessia do hospício para a residência terapêutica na percepção dos portadores de transtornos psíquicos. Para desvelar as experiências vividas por estes sujeitos, optei pela pesquisa qualitativa na modalidade fenomenológica. A reflexão e a compreensão deste tema possibilitaram um novo olhar sobre a questão da desinstitucionalização e proporcionaram discussões acerca deste processo contínuo de criação de novas formas de lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano.

Palavras-chave: Desinstitucionalização-Tendências; Saúde mental; Percepção; Existencialismo

ABSTRACT

This study sought to understand the meaning of the move from the mental institution to therapeutic residence as perceived by patients with psychic disturbances. In order to understand the experiences lived by these subjects, I chose qualitative research in a phenomenological mode. Reflection and the understanding of this theme made it possible to have a new understanding on de-institutionalization and provided input for the discussion on this continuous process of creating new ways of dealing with madness, difference and human suffering.

Key words: De-institutionalization-Trends; Mental Health; Perception; Existentialism

RESUMEN

Este estudio busca entender el significado del camino del hospicio al hogar terapéutico en la percepción de los portadores de trastornos psíquicos. Para desvelar las experiencias de estos sujetos he optado por la investigación cualitativa en la modalidad fenomenológica. La reflexión y la comprensión de este tema permitieron darle una nueva mirada al problema de la desinstitucionalización además de causar debates sobre este proceso continuo de creación de nuevas formas de manejar la locura, la diferencia y el sufrimiento humano.

Palabras clave: desinstitucionalización – tendencias; salud mental, percepción, existencialismo.

¹ Texto extraído da Dissertação de Mestrado: "A travessia do Hospício para a Residência Terapêutica: a conquista de um porto seguro?" apresentada na Escola de Enfermagem da UFMG.

² Enfermeira do CHPB/MG, Mestre em Enfermagem.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da EE/UFMG.

Endereço para correspondência: Caixa Postal 277- Centro, 36200970 – Barbacena- MG, e-mail: rosanar@net-rosas.com.br

I- INTRODUÇÃO

Sempre manifestei muita curiosidade sobre os sujeitos portadores de transtornos psíquicos. Durante o meu curso de Graduação em Enfermagem tive maior interação com pacientes alcoolistas internados em hospitais psiquiátricos particulares e o meu contato real com o doente mental ocorreu quando comecei a trabalhar no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)/MG.

Como profissional de enfermagem, tinha de lidar tanto com pacientes com longo tempo de internação psiquiátrica quanto com pacientes em crise que, tão logo melhorassem dos sintomas, iriam ter alta hospitalar. A vivência e a experiência de conviver com portadores de transtornos psíquicos teve início em 1980, logo após a visita do psiquiatra Franco Basaglia a Barbacena. Essa visita favoreceu as discussões que já aconteciam no Brasil, sobre a humanização da assistência aos doentes mentais internados nos hospitais. Basaglia(1) trouxe a idéia da reinserção do doente mental à comunidade, após o fechamento do manicômio em Trieste e a criação de centros de atendimento à saúde mental na comunidade italiana.

A adoção de propostas para a reformulação da assistência psiquiátrica em Minas Gerais foi resultado da divulgação de reportagens e fotos de pacientes no Hospital Colônia de Barbacena, do lançamento do filme *Em Nome da Razão*, de Helvécio Ratton, e das denúncias advindas de associações profissionais e serviços de saúde sobre os maus tratos que lá aconteciam.

As transformações na assistência em Saúde Mental no CHPB buscaram acompanhar os movimentos sociais da luta antimanicomial que aconteciam em outras cidades brasileiras. Em fevereiro de 2000, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria n. 106(2) que em seu Art. 1º cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em 2001, após 12 anos de tramitação é aprovada a Lei n. 10.216(3) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em 2001 foi inaugurada pela Coordenação de Saúde Mental de Barbacena, a primeira residência terapêutica, e em 2002 a segunda, totalizando 13 pacientes femininas asilares integradas à comunidade barbacenense.

Essas residências vêm atender às propostas preconizadas pela reforma psiquiátrica em curso no país e nos próximos meses espera-se que mais oito residências terapêuticas sejam instaladas nos vários bairros da cidade. Propõe-se também a desinstitucionalização, com o desmonte dos hospícios e a desestruturação de fazeres sobre a loucura, levando o sujeito a se tratar em ambulatórios de postos de saúde, hospital-dia, nos centros de convivência e até mesmo possibilitando sua participação em cooperativas sociais.

Sendo a desinstitucionalização algo novo e recente, tanto para o doente mental quanto para os profissionais de saúde, surgirão muitas indagações. Os significados e as reações diante deste processo são algo desconhecido. Compreender e explicitar esses significados da travessia do portador de transtornos psíquicos para a residência terapêutica, são fatos que poderão contribuir para a trajetória da desinstitucionalização, bem como para sua

aplicabilidade em contextos semelhantes em outros serviços.

É um novo tempo, primeiro para a sociedade que começará a conviver com este novo processo de incorporação desses sujeitos, egressos do hospital psiquiátrico, no seu cotidiano e principalmente para o portador de transtornos psíquicos que é um novo ser incorporado ao mundo.

2- A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: FRAGMENTOS DE UM DISCURSO TEÓRICO

As diretrizes da reforma psiquiátrica, que nos leva até a desinstitucionalização e conseqüentemente aos modelos de atendimentos substitutivos ao portador de transtornos psíquicos, fazem eclodir a discussão em torno da reformulação da assistência ao doente mental que consiste em uma necessidade já posta e discutida nas últimas duas décadas. Desvelado está o hospital psiquiátrico como instituição total onde se encontravam a miséria, a periculosidade social, a marginalidade e a improdutividade. Goffman(4) define instituição total como:

"[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com a situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada".

Esta definição nos permite uma possibilidade de reflexão sobre o papel do hospital psiquiátrico e a sua ação totalizadora sobre o sujeito que sofre de transtornos psíquicos.

Atualmente percebe-se um novo olhar da sociedade sobre o portador de transtornos mentais, sujeito despojado de direitos e que foi submetido pelo saber e pelas práticas médicas, bem diferentes daqueles já tão vistos e feitos por nós.

"[...] as águas divisórias que separam os loucos e não-loucos nutrem-se de um olhar, de um poder do olhar que os separa e distancia. Esse olhar que marca, que define, que traça caminhos é o olhar manicomial. Olhar onipotente e poderoso em tudo por um saber que dá ao profissional de saúde o domínio do fazer, do saber, do ouvir e do olhar sobre a loucura". Lobosque(5)

Conforme Amarante(6), a "[...] reforma psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente". É o reconhecimento dos direitos individuais, uma nova consciência e um novo olhar sobre o significado de cidadania, que favoreceram as reivindicações por liberdade e reavivaram o interesse por problemas sociais e de saúde Ornellas.(7)

A partir da desconstrução física e intelectual do hospital psiquiátrico, o exercício de cidadania será desenvolvido tanto em seus pacientes quanto em seus trabalhadores, e o portador de transtornos mentais, ao sair do isolamento e começar a praticar uma assistência terapêutica, poderá se transformar em um sujeito de direito e de fato.

Para Saraceno(8),

A cidadania do doente mental não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva) que se encontra a única reabilitação possível.

O processo da desinstitucionalização delinea suas práticas e saberes na construção de um novo modo de tratar a loucura e conviver com ela, pois é

"[...] um processo social complexo, com envolvimento de todos: políticos, médicos e o povo, e que visa modificar as formas de organização psiquiátricas existentes, produzindo estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação psiquiátrica do tipo manicomial, através da construção de uma nova política de saúde mental. Esse processo dar-se-ia através de um trabalho terapêutico enriquecedor da assistência global, complexa e concreta dos pacientes; construindo-se estruturas externas diferentes aos manicômios, como: centros de saúde mental, plantão psiquiátrico em hospitais gerais, estruturas e espaços extra-hospitalares e parques municipais". Rotelli (9)

Um novo cuidar, um cuidar diferenciado levará tanto o profissional de saúde quanto o doente mental a ultrapassarem barreiras impostas por tantos anos de exclusão e posse de um saber cristalizado. Torna-se urgente então tirar o doente mental da exclusão e reintegrá-lo a uma sociedade, readaptá-lo a uma comunidade mesmo que não seja a sua de origem, mas que irá aceitá-lo como cidadão e vizinho no momento em que o mesmo tornar-se integrante de uma moradia terapêutica.

Desse modo, Bezerra (10), afirma que a reintegração do sujeito não é uma adaptação a um determinado padrão de normalidade, mas a um "reintegrar-se a si próprio e a uma rede subjetiva", fortalecendo no sujeito o sentimento de "estar no mundo".

Para regular sobre a desinstitucionalização, foi criada uma lei sobre a saúde mental para garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais e desconstrução do modelo asilar. Isso demonstra, sobretudo, coragem política, pois afronta vários interesses, principalmente os financeiros.

Bezerra Jr.(11), em comentário sobre a Lei n. 10.216(3) de 6 de abril de 2001, do deputado Paulo Delgado, concluiu que essa lei não institui um modelo terapêutico, não exclui a internação e não propõe a ressocialização dos milhares de doentes mentais de longa permanência, mas interrompe a reprodução dos modelos manicomial e principalmente torna-se o primeiro instrumento legal de defesa dos direitos do doente mental. Ainda, a Portaria n. 106 de 11 de fevereiro de 2000 do Ministério da Saúde(2) dispõe sobre o serviço de residências terapêuticas, que é uma alternativa para o doente mental de longa permanência no hospital que não possui casa ou família, ou cujos parentes não têm a mínima condição de cuidar dele.

A Portaria n. 106 é complementada pela Portaria n. 1.220 de 7 de novembro de 2000(12), pela qual é criada a atividade profissional de cuidador em saúde para acompanhamento de paciente em residência terapêutica.

Essas residências, inseridas na comunidade fora das instituições asilares, permitem uma reaproximação muito

rica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e propiciam a formação de vínculos interpessoais. Criam novas oportunidades sociais na comunidade e melhores condições para lutar contra o preconceito relacionado à loucura Vasconcelos.(13)

Furtado(14) mostra que:

"[...] é necessário que tenhamos claro que o prover moradias acaba sendo mais complexo para os profissionais – que precisam transpor políticas e paradigmas cristalizados – do que propriamente para seus futuros moradores, uma vez que na história da humanidade a 'novidade' foram os hospícios e não propriamente nossas habitações."

Este processo implica também uma mudança de mentalidade e de comportamento da sociedade para com o doente mental, uma revisão das práticas dos profissionais de saúde mental e principalmente uma postura mais crítica das instituições formadoras de profissionais tanto da saúde quanto da educação.(15)

Delgado(16) conclui que o caminho a ser percorrido é:

"[...] um longo processo, um vasto mundo, marcado pela busca do tratamento adequado e acessível e da autonomia possível dos usuários e trabalhadores dos serviços públicos. A autonomia como tarefa maior, como desafio posto pela construção da sociedade democrática: o feito e o por fazer."

Fato é que as leituras realizadas não aplacaram minha inquietação na busca do significado expresso pelo portador de transtornos psíquicos, quanto a sua saída do hospital psiquiátrico para a residência terapêutica. Esse sujeito, não importa que seja homem ou mulher, para ser transferido deverá ter mais de vinte anos de internação, não conviver com seus familiares e não possuir mais sintomas agudos que justifiquem a sua permanência no hospital psiquiátrico.

A revisão bibliográfica atuou como coadjuvante, mostrando-me que existem vários estudos que discorrem sobre os diversos aspectos envolvidos na problemática da desinstitucionalização e que servem como uma diretriz na atuação dos profissionais da área de saúde mental.

Assim sendo, persisto em minha inquietação buscando compreender a experiência destes sujeitos, portadores de transtornos psíquicos, ao efetuarem esta travessia do hospital para a residência terapêutica, como ela é vivida.

Para tal, recorri à pesquisa na abordagem fenomenológica, numa tentativa de ir "às coisas nelas mesmas", diretamente a partir da experiência desses sujeitos, para compreender os significados que emergem de sua vida cotidiana nas residências.

3- REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: PRESSUPOSTOS DA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Não é minha pretensão realizar um "tratado" sobre a fenomenologia, pois o meu interesse é buscar na fonte do referencial fundamentação que me possibilite compreender o fenômeno em estudo e, conseqüentemente, construir um conhecimento embasado na ciência do vivido desses sujeitos, sofredores de transtornos psíquicos, ao deixarem para trás o hospício e partirem para uma residência terapêutica.

Assim sendo, busquei referendar-me em estudiosos que utilizaram a abordagem fenomenológica em suas pesquisas e em fenomenólogos, dentre eles Merleau-Ponty(17), que trabalhou com concepções de fenômeno como liberdade, autonomia, temporalidade e corporeidade, temas estes que enfocarei ainda neste capítulo.

O termo fenomenologia diz respeito ao estudo do fenômeno. Fenômeno refere-se, pois, ao vivido da consciência: nossos atos, nossas lembranças, imaginações e percepções. O fenômeno só tem sentido se sua manifestação for na vivência e se o sujeito que o experienciou descrever o fato.

Compete à fenomenologia, então, criar a possibilidade para a compreensão do fenômeno estudado que será apresentado e revelado à consciência.

Husserl, apud Capalbo(18), define que a "fenomenologia é então uma ciência rigorosa que se inicia pela descrição do vivido. Ela busca a descrição dos atos intencionais da consciência e dos objetos por ela visados.

Portanto a consciência é sempre consciência de alguma coisa. Não há consciência desvinculada do mundo e não há mundo sem uma consciência para lhe dar significado, não há "consciência pura" separada do mundo.

É a essência do fenômeno que se busca quando interroga a consciência, é o invariante, a unidade do fenômeno, é a realidade pura e objetiva. O fenômeno é conhecido por meio da linguagem, que é o logos, e a fenomenologia utiliza-se da linguagem para construir o seu diálogo, que é a troca de compreensão dos sentidos. E neste diálogo é importante conhecer o sentido que o outro dá às coisas.

Merleau-Ponty(17) acrescenta ao conceito da fenomenologia os seus pensamentos existencialistas, apresentando assim a fenomenologia existencial:

"[...] a fenomenologia é o estudo da essência seja ela da percepção ou da consciência [...] principalmente a fenomenologia busca as essências na existência [...] para ela o mundo está sempre 'ai' antes da reflexão, como uma presença inalienável e cujo esforço está sempre em encontrar esse contato ingênuo com o mundo para lhe dar um 'status' filosófico."

Merleau-Ponty(17) identificou-se com o movimento existencialista, no qual o seu ser, o ser do homem torna-se a grande questão a ser evidenciada. O existencialismo torna-se humanismo quando tem como proposta revelar a estrutura ontológica do homem tal como ele é e quando tem como ponto de partida a vinculação do homem com o mundo Piccino.

A fenomenologia de Merleau-Ponty(17) investiga o homem como corpo encarnado em sua experiência de vida; a intencionalidade, para ele, é a experiência vivida, é o sentir a emoção, e o gosto, o olfato é o sentir dos sentidos Capalbo.

A opção em fazer o presente estudo, buscando ouvir o que os sujeitos portadores de transtornos psíquicos vivenciam ao efetuarem a travessia do hospício para as residências terapêuticas, motivou-me a optar pela abordagem fenomenológica. Fato é que não tenho conhecimento de que tenha sido dada voz, escuta a estes sofredores; assim sendo, busquei uma abordagem que me permitisse trabalhar com o significado expresso por

esses sujeitos. Até mesmo por ser sabedora das reais condições de segregação, abandono, descaso em que esses sujeitos experienciam as suas existências.

Não busco explicações causais, mensurações e quantificações nesta pesquisa, a minha escolha foi a investigação qualitativa por ser uma opção coerente com a minha visão de mundo e com o fenômeno que desejo estudar.

A pesquisa qualitativa proporciona ao pesquisador uma ampla liberdade para realizar seus estudos, e seu limite é fixado pelo rigor do trabalho científico Gualda et al.(19) Sua concepção mais abrangente produz dados descritivos, como palavras, sejam elas escritas ou faladas, e também os comportamentos observados das pessoas.

Busquei nesta pesquisa os depoimentos das pessoas visando à essência, ao significado e à compreensão do fenômeno estudado, o que foi possibilitado pela utilização da abordagem fenomenológica enquanto uma vertente da pesquisa qualitativa.

Bicudo(20), sintetizando o pensamento de Joel Martins, aponta três momentos para a pesquisa fenomenológica, momentos esses que não são isolados, mas entrelaçados: a descrição, a redução e a compreensão.

No primeiro momento, o pesquisador buscará o fenômeno a partir da descrição do sujeito que o vivencia. O fenômeno será apresentado por meio de símbolos e significados próprios dos sujeitos, em fala ingênua e espontânea.

O momento seguinte é o da redução fenomenológica, no qual o pesquisador deverá continuar a olhar o fenômeno tal como ele foi descrito, buscando a sua essência, colocando-se na perspectiva do sujeito e buscando compreender a situação vivenciada pela ótica do sujeito.

O último momento é a compreensão seguida da interpretação. É importante lembrar que a compreensão do fenômeno e a sua interpretação não acontecem de uma maneira isolada, mas em uma região de fenômenos co-percebidos e com o rigor do pesquisador.

Os sujeitos do discurso são os portadores de transtornos psíquicos que obtiveram alta de hospitais psiquiátricos ou hospícios da cidade de Barbacena. Foram considerados aqueles que ficaram internados por mais de quinze anos, que não tinham convivência com nenhum membro da família e que não apresentavam nenhuma sintomatologia psiquiátrica que justificasse sua permanência no hospício.

A melhor maneira de realizar esta pesquisa foi ouvir os próprios moradores, aqueles que vivenciam cotidianamente o fenômeno que está situado em seu mundo-vida, conhecido também como região de inquirito. A região de inquirito deste estudo são as duas residências terapêuticas onde residem os sujeitos da pesquisa que vivenciaram esta travessia, situadas na cidade de Barbacena, Minas Gerais.

Para a coleta dos discursos, fui encaminhada pela Coordenação de Saúde Mental de Barbacena a uma das residências terapêuticas existentes naquela cidade. Após as apresentações, informei-as sobre o meu estudo, expliquei os objetivos e a metodologia. Com o consentimento dos moradores e sua adesão à pesquisa, formulei-lhes a seguinte questão norteadora: Para você, o que é sair do hospital e vir morar nesta casa?

O momento do encontro foi único para cada moradora, em sua residência e em seu quarto como elas preferiram, assegurando a tranquilidade e o anonimato. Uma das passagens mais importantes durante o período em que realizei as entrevistas foi quando eu disse que o nome delas seria expresso por meio de pseudônimos, e que eu gostaria de que elas sugerissem os apelidos. Imediatamente elas disseram que queriam manter o seu nome verdadeiro, pois por muitos anos foram conhecidas como "Maria de Tal", "Bambu", "Maria Interrogação", entre outros. Agora que tinham documentos, identidade, nome e sobrenome, o mesmo não iria aparecer? Optei, então, por colocar nos depoimentos as iniciais do nome de cada colaboradora.

Na pesquisa qualitativa não há um número predeterminado de sujeitos a serem entrevistados, portanto fui agendando as entrevistas e realizando-as. Foram realizadas 10 entrevistas, a seguir procedi à transcrição das mesmas, e quando as falas começaram a dar sinal de repetição encerrei esta etapa da pesquisa.

Os discursos depois de coletados foram transcritos e analisados seguindo os passos preconizados por Bicudo & Espósito(20) que engloba: leitura global do depoimento, extração das unidades de significado, unidades de significados transformadas, convergência e divergência de sentido, encontrando oito unidades temáticas que em nova convergência de sentido originaram três categorias abertas.

Para a análise compreensiva dos depoimentos, realizei "uma interlocução" considerando os significados expressos pelos sujeitos da pesquisa, os autores escolhidos e a minha vivência neste cenário em que se coloca o hospício e a residência terapêutica.

A partir desse momento, analiso uma das categorias abertas que é o tema deste artigo.

4. A ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DISCURSOS

A residência terapêutica: o melhor lugar de se viver

Esta categoria engloba O medicamento na existência das moradoras e os Equívocos na busca da residência terapêutica. Evidenciamos transformações ocorridas no portador de transtornos psíquicos ao fazer a opção de ser transferido para a residência terapêutica. Ao querer sair do hospício, ao efetivar a sua escolha, ele possui apenas as três dimensões temporais do seu existir, ou seja: o passado, lembrando-lhe do que viveu; o presente, mostrando-lhe como é; e o futuro, o vir a ser, com as possíveis imprevisibilidades da existência Forghieri.(21)

Merleau-Ponty(17) aponta a questão da liberdade de escolha, afirmando que "[...] a escolha verdadeira é a escolha de nosso caráter inteiro e de nossa maneira de ser no mundo". Inicia-se no ato da escolha o exercício de liberdade, levando o sujeito a ter responsabilidade de assumir os riscos da imprevisibilidade e suas conseqüências, traduzindo-se na coragem de ser ou não ser, conforme mencionaram:

[...] sente-se realizada por ter saído do hospício [...] foi uma graça de Deus que recebeu ao ir morar na residência, sente-se livre para fazer o que quiser [...] participa de grupos de orações, tem uma vida muito

ativa, convivendo normalmente com a comunidade de Barbacena [...] (S.C.O)

*[...] depois que foi para a residência adquiriu mais saúde, sente-se bem na casa dela, tem bom relacionamento e é uma espécie de líder[...] (M.R.S.)
[...] sente-se aliviada, compra o que quer e já viajou para outra cidade[...] Não possuía nada no hospital, agora possui roupas, conta no banco e uma cômoda que é só dela [...] (R.V.S.)*

Às vezes, é possível concretizar alguns sonhos, pois o homem é um ser de possibilidades e ao fazer uso de sua liberdade, viverá este sentimento de uma maneira ampla, atribuindo-lhe sentido, direcionando a sua intenção e o seu agir de maneira a torná-lo real, pois terá diante de si as múltiplas possibilidades de seu existir.

Em primeiro lugar as moradoras sentem-se gratas a Deus por terem conseguido realizar sonhos antigos, de possuírem o que desejavam, de poderem sair de casa para passear, de exercitarem a sua liberdade, de adquirirem as coisas e de se sentirem cidadãs. No pensamento merleau-pontyano(17): "[...] se a liberdade é liberdade de fazer, é preciso que aquilo que ela faz não seja desfeito em seguida por uma liberdade nova.[...]"

Para as colaboradoras, a liberdade e o exercício da cidadania se mostram quando:

*[...] faz as atividades na cozinha junto com a outra moradora, gosta do que faz, afinal é a sua casa, faz o que quer e se levanta na hora que quiser[...] (M.R.S)
[...] participa intensamente das atividades domésticas da residência [...] dentro de casa sempre tem alguma coisa para fazer, e quando não tem cuida de sua aparência, de seus cabelos [...] (S.C.O)
[...] é atuante na residência, faz atividades de limpeza em dias predeterminados [...] (M.L.S.)
[...] está com uma vida muito boa, pois o seu cotidiano é tranquilo, faz suas obrigações nos dias determinados e tem tempo para fazer trabalhos manuais e vendê-los [...] (M.C.A)*

Nestes depoimentos desvelam-se o espaço das ações, onde tudo acontece. As moradoras sentem-se como parte atuante na residência terapêutica, distribuem entre si as atividades domésticas que devem ser realizadas considerando o contexto de qualquer outra residência, como: limpeza de banheiros, varrição da casa, lavagem de roupas e o provimento e confecção da alimentação. Sentem-se responsáveis por suas tarefas, demonstram prazer em fazer o almoço do dia e escolhem o cardápio no momento em que vão realizar as compras na feira ao lado da casa.

Se, por acaso, sentem-se indispostas ou impossibilitadas de exercer alguma das funções previamente determinadas, trocam idéias entre elas e as funções são novamente redistribuídas, sem causar danos e transtornos entre elas.

O que acabamos de explicitar se mostra no sentido da palavra autonomia, descrito por Giddens(22);

"[...] a condição de se relacionar com outras pessoas de modo igualitário. [...] Assim concebida, a autonomia permite aquele respeito pelas capacidades do 'outro',

intrínseco a uma ordem democrática. O indivíduo autônomo é capaz de tratar os outros da mesma forma e reconhecer que o desenvolvimento de suas potencialidades separadas não é uma ameaça. A autonomia também ajuda a configurar os limites pessoais necessários à administração bem-sucedida dos relacionamentos. [...]"

As moradoras da segunda residência adquiriram móveis tipo cômodas para guardar seus pertences e estas cômodas ficam dentro de seus quartos, espaço, território que elas delimitaram e reconheceram como de seu domínio. Elas não possuem gavetas trancadas, ao contrário do que acontecia no hospício, onde tinham que guardar os seus pertences em embornais, dependurados no pescoço ou trancados em guarda-roupas, com medo de serem roubadas. Argumentam que guardam os seus tesouros nas gavetas e sobre a cômoda e não some nada, pois existe o respeito e a confiança entre elas, conforme explicitam:

[...] comprou uma cômoda grande para ela, onde cabe seus sapatos e roupas, viajou à Aparecida do Norte, emocionou-se com a imagem de Nossa Senhora e comprou uma igualzinha para ela [...] As moradoras sabem onde ela guarda o dinheiro e a chave da gaveta, mas ela tem confiança nelas e não some nada[...] (M.R.S.)

[...] pode comprar e ter as coisas que compra [...] Com o dinheiro que está recebendo comprou uma cômoda nova que é só sua [...] Guarda as roupas nela e ninguém mexe[...] (F.M.O.)

[...] não precisa de mais nada para sentir-se melhor, ressalta a existência entre as moradoras de uma ética de bem viver, um respeito e confiança mútua [...] (G.M.J.)

Neste espaço onde elas convivem, a palavra de ordem é a liberdade, a liberdade de escolha, de ir e vir. Esta condição de liberdade humana é a própria existência que se fundamenta na percepção e na compreensão das possibilidades de escolha na vida cotidiana. É o encontro do significado com o ato de significar, do desejo com o real, do imaginário com a concretude. Esta situação de liberdade é definida por Merleau-Ponty (17) como um encontro do interior com o exterior.

E é a liberdade no seu sentido mais puro que encontramos nos discursos das moradoras:

[...] a liberdade de ir e vir é a palavra de ordem dentro da casa, só precisam avisar quando for sair, para que outra moradora tome conta de seus animais [...] o único horário fixo na residência é o almoço, quando há um motivo justo [...] (G.M.J.)

[...] vai aonde quer e quantas vezes quiser [...] comenta que vai à missa sozinha, mas quando é para ir a algum lugar mais distante vai acompanhada pela cuidadora [...] (M.C.A.)

[...] foi muito boa a mudança para ela, faz suas atividades na residência e tem tempo para fazer ginástica para perder a barriga [...] transita livremente para fazer as coisas de que necessita, como buscar a sua medicação e fazer as suas compras [...] (M.R.S.)

é livre para sair e fazer o que quiser, participa de vários grupos de orações, já conheceu várias cidades e tem uma vida ativa, convivendo normalmente com a comunidade de Barbacena [...] Coisas miúdas que encantam a vida da gente [...] (S.C.O.)

O homem é responsável por suas escolhas, e mesmo correndo o risco de fazê-las de forma indevida ou iludindo-se, ele tem a liberdade de fazer as suas opções, por isso que ele é um ser de possibilidades em sua trajetória existencial.

Freitas (23) ressalta que "[...] é o homem que em seu horizonte de possibilidades atribui sentido à liberdade e busca vivenciá-la como uma procura de libertação, expandindo-se no contexto das suas experiências, ou seja, situado na ação".

É neste novo mundo que as moradoras sentem o que é liberdade, o que é construir a autonomia, oportunizar a compreensão de escolher a roupa que irá vestir; o horário em que irá se levantar e deitar, além de poder sair para passear na rua sem que exista alguém correndo atrás dela para pegá-la e levá-la de volta para dentro do hospício.

Viveram durante anos submissas às ordens do poder institucional. Não tinham direito a escolhas, eram acordadas na madrugada para desocuparem o leito e irem para o pátio, onde permaneciam durante todo o dia. Eram contadas como se fossem apenas números, comiam o que lhes era dado, durante muito tempo foi canjiquinha mal cozida; tomavam medicamentos sem saber para que servia. Esse tempo ficou marcado no corpo e na memória.

A sensação de ser um cidadão, de ser escutado e respeitado não se traduz em palavras, gestos ou símbolos conhecidos por nós, pois perpassa a nossa compreensão, uma vez que não estivemos do outro lado das grades e dos muros. O profissional, este sim, sempre esteve do outro lado na posição de mando e poder.

A categoria A residência terapêutica: o melhor lugar de se viver é desvelada de maneira significativa durante todo este estudo. Nas entrevistas percebi que era um assunto expressivo para as moradoras, pois se transformavam em outras pessoas, abriam sorrisos, iluminavam-se e falavam com o coração. Como Merleau-Ponty (17) assinalou, "[...] sua fala é o seu pensamento[...]"

[...] sente-se bem na residência, onde se encontra entre amigas e com boa convivência [...] está agradecida pela oportunidade de estar na residência [...] a residência é muito melhor que o hospital [...] (M.A.G.)

[...] agora está muito bem, não se sentia bem no hospital, rezava para sair de lá [...] seu cotidiano é muito bom [...] agradece por estar debaixo de um teto, de uma casa onde pode viver feliz [...] (S.C.O.)

[...] sente-se sossegada, com uma boa vida e como está recebendo benefícios, compra o que quer [...] conta que festejou seu aniversário e que fez 86 anos, apesar de aparentar bem menos [...] comenta que todos perguntam a ela se gosta da casa, responde afirmativamente, pois é a sua casa agora e lá ela está no céu [...] (M.C.A.)

[...] agradece a Deus por ter ido morar na residência, convive bem com as outras moradoras e com a

vizinhança [...] pela recepção que teve na residência, ela viu que estava em outro mundo, um mundo melhor [...] existem profissionais de saúde que querem trocar de lugar com ela, porque ela mora no melhor lugar que existe [...] (G.M.J.)
[...] na residência é bom porque ela pode comprar o que quiser para comer [...] a residência é melhor que o hospital [...] a residência é o melhor lugar de se viver [...] (M.H.O.)

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do momento em que me dispus a desenvolver esta pesquisa na abordagem fenomenológica, buscando compreender o significado da travessia do hospício para a residência terapêutica, expresso na percepção dos portadores de transtornos psíquicos, a fala desses sujeitos passou a ser fundamental para a construção deste conhecimento que passa pelo significado, pelo sentido que essa travessia adquiriu no mundo-vida desses sujeitos.

Sinto que as considerações que trago estão circunscritas ao olhar da profissional e dos pacientes nesta realidade, por isso são perspectivas, por estarem inscritas em um espaço e em um tempo próprio de quem as vivenciou.

Devo salientar que o prazer de realizar as entrevistas foi uma experiência indescritível, pois o tempo todo percebia e aprendia ser inútil tentar calar as vozes, destruir a auto-estima, roubar os saberes e tomar a liberdade, pois mais cedo ou mais tarde o sujeito ressurge como um presente, vivo, transformado e autodeterminado a reescrever novamente a sua história.

Os significados que emergiram desta pesquisa transcenderam a enfermagem para abranger a totalidade dos profissionais que tratam e lidam no seu dia-a-dia com os portadores de transtornos psíquicos, sejam eles pacientes institucionalizados, em preparação para a alta hospitalar, em processo de transferência para a residência terapêutica, para o hospital-dia ou qualquer outro serviço substitutivo em saúde mental.

Torna-se premente uma cultura institucional em que todos os profissionais envolvidos estejam conscientes de que a reforma psiquiátrica é um movimento amplo, presente, contínuo e que veio para ser refletida e adotada como uma possibilidade de exercício da cidadania.

Agora, resta-nos divulgar o conhecimento construído, fortalecendo as iniciativas de desinstitucionalização a partir dos ensinamentos que aprendemos com nossos novos cidadãos: a coragem de ousar, a vontade de ser e viver intensamente a liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Basaglia F. A psiquiatria alternativa – contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1979
- 2- Brasil. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília; 2000.
- 3- Brasil. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Câmara dos Deputados, Brasília, 6 abr. 2001.

- 4- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1992.
- 5- Lobosque AM. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 6- Amarante P, Coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
- 7- Ornerllas CP. O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan; 1997.
- 8- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá- Instituto Franco Basaglia; 1999.
- 9- Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
- 10- Bezerra Jr B. A clínica de psicose: aula proferida no Instituto Phillippe Pinel, 1996 apud Delgado S. Rubens Corrêa: a construção de uma clínica diferenciada. In: Venâncio AT, Leal EM, Delgado PG, Organizador. O Campo da atenção psicossocial. Rio de Janeiro: IFB/TeCorá; 1997.
- 11- Bezerra Jr. B. Da verdade à solidariedade: A psicose e os psicóticos. In: Bezerra Jr B; Amarante P Organizador. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.220 de 07 de novembro de 2000. Incluir na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 – Cuidador em Saúde. Brasília; 2000.
- 13- Vasconcelos EM. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2001.
- 14- Furtado JP. Curso disciplinar para a implementação e acompanhamento de serviços residenciais terapêuticos. Campinas: Casa de Saúde Cândido Ferreira; 2001
- 15- Gonçalves AM. A mulher que cuida do doente mental em família [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.
- 16- Delgado PGG. No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT, organizadores. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições IPUB/ CUCA; 2001.
- 17- Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2a. ed. São Paulo: [s.n.]; 1999.
- 18- Capalbo C. Fenomenologia e hermenêutica. Rio de Janeiro: mbito Cultural; 1983.
- 19- Gualda DMR. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enf USP 1995 dez; 29(3):297-09
- 20- Bicudo AV, Esposito VHC, Organizadores. Pesquisa Qualitativa em Educação. Piracicaba- São Paulo: Unimep; 1994
- 21- Forghieri YC. Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas- São Paulo: Pioneira; 1993.
- 22- Giddens A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor, erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da Unesp; 1993 apud Sarti CA. Família e individualidade: um problema moderno. In: Carvalho MCB, Organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002
- 23- Freitas MEA. A consciência do corpo-vivência que assusta: a percepção de profissionais de enfermagem na área hospitalar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.