Problemas de uma casa chamada serviço:
buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave

Juarez Pereira Furtado
Florianita C. Braga-Campos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVEIRA, MFA., and SANTOS JUNIOR, HPOS., orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave

*Juarez Pereira Furtado
Florianita C. Braga-Campos*

Introdução

A despeito de algumas iniciativas pontuais antecedentes (BRASIL, 1973; PALLADINI, 1987), podemos localizar no início da década de noventa do século passado as experiências pioneiras que influenciaram diretamente e ajudaram a conformar o que hoje entendemos como Serviços Residenciais Terapêuticos.

Nas cidades de Porto Alegre (LEITE; OLIVEIRA, 2004), Ribeirão Preto (GUIMARÃES; SAEKI, 2001) e Campinas (FURTADO; PACHECO, 1998; GUARIDO; BRAGA-CAMPOS, 2006) 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. Mas apresentaram convergência em dois aspectos essenciais: a busca de resposta concreta à situação de moradia para internos de longa data; e a utilização de formas de financiamento absolutamente 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, 2004), oficializará a iniciativa no SUS, estabelecendo sua estrutura básica, modo de operar e de financiar. A partir daí, as pensões protegidas, lares abrigados, vilas terapêuticas, moradias extra-hospitalares e núcleo de convívio – como até então eram chamadas as diversas experiências de casas destinadas aos egressos de longa internação (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007) – passarão a ser chamadas de ‘Serviços Residenciais Terapêuticos’. Tal nomenclatura foi questionada à época, sobretudo no que concerne aos termos ‘serviços’ e ‘terapêuticos’, inseridos justamente para justificar e viabilizar sua inserção no Sistema Único de Saúde. Notemos aí que, ao menos em tese, se considera a possibilidade de que tais moradias pudessem ser abrigadas em outros setores, como o de promoção e assistência social.

Contudo, a Assistência Social, no Brasil, finalizava a década de 1990 com uma grande mudança imposta por diversos fatores, em que o principal foi a descentralização da assistência, quando “o processo envolveu não somente mudanças de paradigmas, mas apontou a necessidade de construção de uma política pública assentada não mais nas bases do clientelismo, do paternalismo e da filantropia, mas na responsabilidade do Estado” (LIMA, 2003). Portanto, encontrava-se tão mergulhada na implantação do que dispunha a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e também do Estatuto da Criança e Adolescente (o ECA), o que dificultava ações intersetoriais num momento tão delicado, mas foi um investimento de futuro para as possibilidades atuais das políticas sociais que compartilhamos.

Esta foi uma época em que se fortaleceu a desinstitucionalização como paradigmática na Reforma Psiquiátrica brasileira: “o processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI; MAURI, 2001) e principalmente, “a desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional” (ROTELLI; MAURI, 2001). À medida em que, “quem de direito” cuidava da assistência social não podia nos socorrer, foi preciso que se desmontasse a lógica departamental das competências e atender a necessidade da pessoa adoecida em suas relações sociais, reconhecendo como interdisciplinar e interseccional a execução desta política pública. Hoje, a área da saúde mental incorpora no Projeto Terapêutico Individual (PTI) do usuário questões de moradia e trabalho e com ele segue desenvolvendo ofertas que respondam às necessidades apresentadas.

A regulamentação das residências para portadores de transtorno mental grave em nosso 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 de problemas que atravancam sua expansão (FURTADO, 2006), existem aproximadamente 500 módulos residenciais nos quais habitam um total de 2.500 ex-moradores de hospitais psiquiátricos, em 18 estados da federação (BRASIL, 2007).

No entanto, convivem nesses espaços muito mais do que egressos de longas internações. Encontramos ali a coexistência entre a normatização, oriunda dos três níveis de gestão do SUS e dos conselhos profissionais, dentre outros, e um projeto de “casa”, de espaço privativo, portanto avesso a regimentos provenientes do Estado e outras instâncias. Coabitam ali diretrizes gerais, estabelecidas nacionalmente, e as nuances regionais, somadas ao fomento da emergência da subjetividade e da diversidade. 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 um pouco mais em torno da problemática ali presente. Faz-se necessário não restringirmos a análise dos SRTs à identificação ou não de características manicomialis ou 'institucionais' em seu *modus operandi*.

Reconhecemos o pano de fundo representado pela superação do manicômio, motivação primeira de sua existência, mas o acúmulo de tempo e experiência exige que passemos a encarar aquilo que é inexoravelmente constitutivo desses serviços e as novas questões dali surgidas, que extrapolam a díade manicômio - não manicômio. Somente a partir daí, poderíamos considerar com mais precisão o que de fato compõe a potência e fragilidade desses serviços residenciais, traçando novas e promissoras perspectivas.

Em suma, reafirmamos a ética de inclusão e busca de nova resposta às necessidades de moradias de portadores de transtorno mental grave presentes na proposição dessa forma de morada. Porém, como qualquer programa e serviço de caráter público, a iniciativa precisa ser analisada e avaliada. Para isso, é fundamental romper com a circularidade que tem caracterizado o debate em torno dessas moradias – circunscrito à busca de características que atestem se as mesmas superaram ou ainda mantêm ritos institucionais ou manicomialis. Parece-nos ser possível aguçar nosso olhar para o interior daquilo que provém da própria experiência em curso no plano nacional, bem como acompanhar o que vem sendo discutido por outros colegas, no plano internacional, de modo a prosperarmos em direção ao aperfeiçoamento dessa complexa tarefa de prover moradias realmente adaptadas às distintas necessidades dos chamados doentes mentais graves.

A experiência canadense

A experiência brasileira pode ser melhor compreendida se cotejada com iniciativas de outros países. Apesar das diferenças históricas e culturais, consideramos que a aproximação com a experiência canadense pode auxiliar na colocação em perspectiva da proposta nacional, estimulando nossas reflexões, à maneira de uma interlocução e assim possibilitando oferecer e conceber novas alternativas residenciais aos portadores de transtorno mental grave.

No Canadá, mais propriamente no estado de Quebec, o processo de desinstitucionalização psiquiátrica tem seu ponto de referência no relatório Bédard-Lazure, publicado em 1962, denunciando as condições degradantes dos internos de grandes hospitais e propondo a criação de alternativas à atenção asilar, que deveriam acolher e cuidar dos egressos em meio comunitário (TRUDEL; LESAGE, 2005), o que, evidentemente, levou à busca e implementação de estruturas residenciais.

Alguns autores abordam, de especial maneira, a experiência canadense na área (PIAT; PERREAULT; DORVIL, 2008; TRAINOR, 2004; SYLVESTRE, 2004; MORIN; ROBERT; DORVIL, 2001; TRAINOR, 1993). Para sintetizar a evolução das concepções e práticas quebequenses sobre as moradias aqui enfocadas, apoiar-nos-emos 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 60 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 para isso) constituíram-se nas principais estratégias de desospitalização

utilizadas. Frequentemente os responsáveis pelos pequenos pavilhões e famílias de acolhimento adotavam as mesmas rotinas grupais e pré-estabelecidas das instituições de origem no que concerne à higiene, alimentação e atividades, levando ao aumento da itinerância entre os usuários, que rejeitavam essas estruturas. Para a autora, *“nesse período, a sociedade parece definir o papel desses alojamentos primordialmente como de proteção e não como de inserção”*.

Nos anos 70, visando a 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 restritivo possível, levando em conta e desenvolvendo as potencialidades de cada um (MERCIER, 2004).

Os anos 80 e 90 são caracterizados pela entrada em cena da associação dos organismos comunitários de saúde mental, chamados de recursos alternativos, composta por serviços não-governamentais (ONG's) e conduzida, 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 - surge em resposta às críticas ao modelo tradicional, que não responderia às necessidades e preferências dos usuários (PIAT; PERREAULT; DORVIL, 2008).

Finalmente, e consequente 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 passam a espelhar esse movimento ao apontar a necessidade de convergência do acompanhamento e suporte de intensidade variável, no plano individual, com ações inter-setoriais visando ao acesso a moradias comuns, no plano estrutural.

Naturalmente, o pensamento e as ações dessas quatro décadas se interpõem e se influenciam, mas podemos destacar, nesse último estágio, a emergência de um novo paradigma, representado pela passagem da ideia de reabilitação para a noção plena de cidadania, na qual o acesso à moradia (com acompanhamento modulado e flexível) deixa de ser um meio para tornar-se uma visão e projeto de sociedade (MERCIER, 2004). Ou seja, ganha plano operacional e de disputa política a ideia de que se os determinantes sociais de saúde conduzidos fora do campo médico (trabalho, renda, moradia, educação, etc.) podem ter efeitos decisivos na saúde das pessoas ditas normais, então esses mesmos fatores podem ter igual ou maior influência para aqueles cuja saúde é atravessada pelos distúrbios mentais ou, nas palavras desse mesmo autor, *“é em razão desses motivos que a moradia constitui um terreno de luta por aquilo que é, no final das contas, um direito à vida”* (DORVIL, 2004).

Identificando alternativas na fronteira

A experiência canadense, anteriormente apresentada, estimula-nos o pensamento ao menos em duas vias: primeiramente sobre a importância da existência do maior número possível de opções que respondam ou ao menos se aproximem à diversidade do que constitui o morar; por outro lado, a experiência citada coloca ênfase no acesso à moradia não no plano terapêutico, mas da cidadania, do direito.

Em relação a esta última, tivemos exemplo emblemático no Brasil no início dos anos noventa, quando da inserção de alguns dos antigos moradores do Hospital Estadual Santa Tereza (Ribeirão Preto, SP)

em casas construídas pelo sistema estadual de habitação (COHAB). Poderíamos afirmar, no entanto, que a posse ou ao menos a garantia de uma casa como direito ainda está longe de se tornar uma questão para os moradores de SRTs. Talvez algum aceno nesse sentido possa ser notado, quando, no rol de razões para não deixar o hospital, os eventuais futuros moradores apontem o receio de que “mude o governo e a gente fique na rua”. Ainda nesse sentido, e após terem se tornado moradores, não é incomum deles ouvirmos afirmações de que a casa não é deles, mas do hospital ou do governo.

Com relação à diversidade de opções, é inegável que as características da cultura e da administração local, somadas ao perfil do grupo que habita as casas, imprimam um tom peculiar a cada módulo residencial. Além disso, é frequente o estabelecimento de convênio entre as secretarias municipais de saúde e alguma ONG do município, com o intuito de fazer face à necessidade de agilidade e flexibilidade requerida no dia a dia das casas, impossível de serem atendidas a contento pelos ritos da administração de serviços públicos.

Em que pesem essas adaptações locais e institucionais, a portaria 106 representa forte elemento indutor do perfil técnico, administrativo e assistencial desses dispositivos. Sobretudo se considerarmos as dimensões continentais de nosso país e a grande inserção, nos serviços originários da reforma psiquiátrica, de novos trabalhadores carentes de parâmetros que venham pautar as suas práticas. Conforme discutido em outro momento, sobre a transposição das políticas de saúde mental para a prática nos novos serviços, os profissionais que militaram pelas mudanças e vivenciaram transformações institucionais e políticas do setor, provavelmente conseguem traduzir os princípios e mesmo as normas administrativas da reforma para as práticas cotidianas (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Porém, uma grande maioria representada pelos que não tiveram a oportunidade de absorver os princípios éticos com a militância e os movimentos pró-reforma, acabam se fixando em saberes produzidos

anteriormente às mudanças e/ou às normatizações contidas nas portarias. Nesse sentido, a existência de um único tipo de moradia e financiamento soma-se à tendência dos gestores e trabalhadores em seguir as diretrizes ao pé da letra ou até mesmo tornando-as mais restritas (como atesta o frequente entendimento de que os módulos devem ter ‘necessariamente’ oito moradores e não “até oito” como consta na referida portaria, ou de que é obrigatório existir 24h a figura do cuidador em qualquer casa).

O problema não parece ser a portaria em si, mas o fato de contarmos hoje em dia com apenas um referencial normativo técnico-assistencial que, por sua vez, é frequentemente tomado como matriz a ser reproduzida no provimento de moradia para portadores de transtornos mentais graves, egressos de longas internações psiquiátricas. Coerentes com o que afirmamos no primeiro tópico, não colocamos, em questão, a legitimidade da oferta de alternativas residenciais para os egressos, mas propomos indagações sobre como realizar necessários avanços e ajustes de rotas nesse processo.

Seria tentador pensar em novas portarias, ampliando o leque de escolhas de moradas possíveis. Acreditamos, no entanto, que não se trata de editar novas normas e propor alternativas, *a priori*. O debate realizado por meio de lista de discussão para a reforma da portaria 106, da qual participaram 50 convidados (gestores locais, coordenadores ou assistentes diretos de SRTs) de várias regiões do país ilustra a tendência à tipologização. Foram trocadas 84 mensagens, posteriormente compiladas em um arquivo eletrônico e enviado aos integrantes da lista para validação (FURTADO, 2006; FURTADO; HOFFMANN; MARDEN, 2004). Vários temas foram debatidos virtualmente nessa lista, sendo um dos produtos finais a proposta de criação de um SRT do tipo II, voltado para internos de hospital psiquiátrico que requerem maior suporte para deixar o asilo.

Podemos nos questionar: vamos adotar a fase inicial canadense, ou seja, quando a preocupação principal foi de proteção e não de inserção? Seguramente, não, mas existem riscos desde que nossa

portaria denomina as casas de Serviços. O que ocorre, não podemos esconder os fatos, é que a Reforma Psiquiátrica encontra-se em uma grave dificuldade: cerca de 30% dos leitos dos hospícios são de residentes e, em sua grande maioria, idosos e/ou fisicamente dependentes. Porém, se já passamos dos 15 anos de experiências brasileiras, que acumulam não apenas resultados que apontam na direção da inserção, mas também do direito à vida (moradia e trabalho), o que nos conduziria a este tipo II? Não existem, na cultura dos humanos, a não ser nas instituições asilares, casas onde residem num mesmo lugar pessoas da mesma faixa etária, com os mesmo problemas físicos ou mentais etc. Contudo, desconstruir o paradigma da cura, da assepsia como marca dos Serviços de saúde é a parte mais difícil deste processo do cuidar de ex-confinados dos hospícios, agora à luz da vida, dos riscos da rua e dos conflitos da comunidade. E isto não se resolve através de portarias.

Evidentemente não seria possível prever todos os tipos de morada. A melhor alternativa se configuraria em normatização suficientemente restrita para permitir o acompanhamento criterioso por parte de diferentes instâncias e o financiamento dentro do SUS e ampla e permeável o suficiente para abrigar as diferentes demandas e necessidades no que concerne ao lar de portadores de transtorno mental grave: do serviço residencial ao *apart-hotel*.

Enfim, consideramos importante e pertinente para a discussão da portaria vigente e posterior implementação de novos parâmetros o conhecimento de experiências constituídas pelos usuários, com ou sem apoios institucionais, nos limites ou até mesmo fora do que entendemos como SRTs. Por essa razão, a aproximação e compreensão de experiências de moradias alternativas ao padrão vigente - após a passagem por algum SRT ou que até mesmo nunca utilizaram tal estrutura - pode gerar importantes subsídios para o delineamento de novos horizontes possíveis para a garantia de moradas dessa natureza na comunidade.

À guisa de conclusão

Em estudo já citado, identificamos na dificuldade em conviver com o portador de transtorno mental grave na comunidade e em questões políticas e gerenciais os principais problemas relativos à expansão, e, portanto, ao acesso de novos usuários aos Serviços Residenciais Terapêuticos (FURTADO, 2006). No presente artigo, enfocamos não exatamente o acesso, mas a necessidade de permeabilidade da iniciativa aos muitos sentidos e meios que constituem o morar, apontando a necessidade de mais diversidade dentre as alternativas de moradia que vêm sendo oferecidas aos portadores de transtorno mental grave, de modo a contemplar as necessidades e preferências dos mesmos. Por outro lado, consideramos que é justamente dentre os atuais moradores ou, mais especialmente, dentre os usuários que saíram ou nunca entraram nos SRTs, constituindo outras formas de morar na comunidade, que poderíamos localizar as principais críticas e apontamentos que podem subsidiar a adequação da iniciativa.

É de se esperar que os atuais moradores de SRTs, se convenientemente abordados, terão muito a dizer sobre o que lhes satisfaz ou não nessas residências. Porém, consideramos que dentre aqueles que, por alguma razão, constituíram formas alternativas ao preconizado pela portaria 106, poderíamos encontrar expresso duplamente seus posicionamentos: pelo discurso e pela própria experiência estabelecida.

Por essa razão, concluímos a presente discussão apontando para a premente necessidade de realizarmos pesquisas voltadas para a identificação de como aqueles que, por alguma razão, não se enquadraram nos contornos oferecidos pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, constituíram suas moradas. Exatamente nesse ponto, poderemos encontrar balizas para a ampliação qualitativa de ofertas pertinentes a seus usuários, bem como posicionamentos críticos a respeito da forma como vimos conduzindo a iniciativa.

É como se buscássemos, nas fronteiras, nos limites, novas possibilidades, novos horizontes para a garantia de moradias inseridas na comunidade para portadores de transtorno mental grave, indo atrás das adaptações e modificações realizadas pelos usuários finais, tais como ocorrido com as casas inicialmente projetadas por Le Corbusier e posteriormente adaptadas por seus moradores:

Apesar dessa dificuldade de registrar os meios de criar um tipo de habitação que seja totalmente atual, as casas projetadas por Le Corbusier tiveram um destino estranho quando elas chegaram a ser habitadas por pessoas que não foram tão submissas à mensagem e às propostas do “mestre”. Nas moradias populares que ele construiu nos anos 20, em Lège e Pessac perto de Bordeaux na França, os aspectos modernistas, considerados como “estranhos”, “árabes”, “estrangeiros”, pelos habitantes proprietários, foram modificados, transformados. Assim os terraços se cobriram de telhados, as janelas horizontais foram divididas em proporções verticais, os pilotis se fecharam, as fachadas receberam adornos, as plantas internas livres foram cortadas em quartos pequenos. Tudo isso para que elas parecessem mais “casas de verdade” (TUGNY, 2004).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Saúde Mental no SUS**. Ano VI, nº 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Trabalho e Assistência Social. **Manual de serviço para assistência psiquiátrica**. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Assistência Social, 1973.

DORVIL, H. L'habitation et la santé mental. In: Dorvil, H; Beaulieu, A. (Orgs). **L'habitation comme déterminant social de la santé mentale**. Laval: Acfas, 2004.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11; n.3, p. 785-95, 2006.

FURTADO, J. P.; HOFFMANN, C.; MARDEN, F. **Análise da lista de discussão da portaria 106/2000 do Ministério da Saúde**. 2004; mimeo.

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

GUARIDO, E. L.; BRAGA-CAMPOS, F. C. **Sentir-se em Casa no Olho da Rua: o desafio das moradias**. Cadernos IPUB. 2006.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciências, Saúde**, v. 8, n. 2, p. 357-74, jul./ago. 2001.

LEITE, L.; OLIVEIRA, M. **Projeto equipe itinerante: equipe multidisciplinar da Pensão Nova Vida**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

LIMA, A. D. As regras legais e o processo de descentralização da Assistência Social no Brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação e Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília**, v. 12, p. 87-114, 2003.

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.; Beaulieu, A. (Orgs.). **L'habitation comme déterminant social de la santé mentale**. Laval: Acfas, 2004.

MORIN, P.; ROBERT, D.; DORVIL, H. Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles. **Nouvelles pratiques sociales**, v. 14, n. 2, p. 88-105, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 5, n. 22, p. 1053-62, 2006.

PALLADINI, P. C. Dois anos e meio de Lar Abrigado no Juqueri. **Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo**, v. 46, p. 62-67, 1987.

PIAT, M.; PERREAULT, L.A.; DORVIL, H. et. al. Les préférences résidentielles des personnes atteintes de troubles mentaux graves: une étude descriptive. **Santé Mentale au Québec**, v. 32, n. 2, p. 89-97, 2008.

ROTELLI, F.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

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? **Saúde soc**, v. 16, n. 3, p. 102-10, 2007.

SYLVESTRE, J. et. al. Étude repère sur la stabilité résidentielle des personnes aux prises avec des troubles mentaux à Toronto: une approche participative en vue d'identifier les pratiques exemplaires en matière

d'hébergement. In: Dorvil, H.; Beaulieu, A. (Orgs.). **L'habitation comme déterminant social de la santé mentale**. Laval: Acfas, 2004.

TRAINOR, J. N. Housing for people with mental illnesses: a comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 7, p. 494-501, 1993.

TRAINOR, J. N. Le logement des personnes atteintes de troubles mentaux en Ontario: analyse critique et perspectives d'avenir. In: Dorvil, H.; Beaulieu, A. (Orgs.). **L'habitation comme déterminant social de la santé mentale**. Laval: Acfas, 2004.

TRUDEL, J. F.; LESAGE, A. Le sort des patients souffrant de troubles mentaux très graves et persistants lorsqu'il n'y a pas d'hôpital psychiatrique: étude de cas. **Santé Mentale au Québec**, v. 30, n. 1, p. 47-72, 2005.

TUGNY, A. **O imaginário da habitação e do habitar**. 2004; mimeo.