

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Yamileth Sugey Torres Paucar

**O COTIDIANO DAS MORADORAS DE UMA RESIDÊNCIA
TERAPÊUTICA EM MINAS GERAIS**

Juiz de Fora

2019

Yamileth Sugey Torres Paucar

**O COTIDIANO DAS MORADORAS DE UMA RESIDÊNCIA
TERAPÊUTICA EM MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*, mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha da pesquisa: “Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde Enfermagem”

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Torres Paucar, Yamileth Sugey.

O Cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica em Minas Gerais / Yamileth Sugey Torres Paucar. -- 2019.
103 p.

Orientador: Marcelo da Silva Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Enfermagem Psiquiátrica. 3. Saúde Mental. I. Alves, Marcelo da Silva, orient. II. Título.



YAMILETH SUGEY TORRES PAUCAR

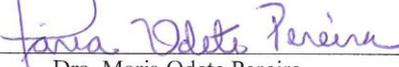
O COTIDIANO DAS MORADORAS DE UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA EM
MINAS GERAIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 28/06/2019



Dr. Marcelo da Silva Alves - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



Dra. Maria Odete Pereira
Universidade Federal de Minas Gerais



Dra. Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Meiriele Tavares Araújo
Universidade Federal de Minas Gerais

EDICATÓRIA

Dedico este trabalho às moradoras da Residência Terapêutica, cenário da pesquisa. Em especial, ao Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves, pois, sem sua orientação isso não seria possível; a minha mãe, Edith Maria Paucar Silva, a meu pai, Artemio Segundo Torres Souza, ao meu avô Dionicio Paucar Cutipa, minha avó Fortunata Silva Layme (in memoriam), uma guerreira excepcional que, com aqueles olhos verdes guia-me desde o céu e com carinho a Leone Mendes Dias por ter sido meu amigo no percurso deste caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeira instância, à vida por ter me colocado neste lugar tão vivo, tão formoso, tão especial. Segundo Charlie Chaplin: “A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios, por isso cantei, chorei, dancei, sorri, vivi e sigo vivendo intensamente, não permitindo que a cortina se feche e minha peça termine sem aplausos”, por isso mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei, não se preocupe em entender o porquê, pois o viver ultrapassa qualquer entendimento.

De igual modo, a minha mãe, a melhor do mundo inteiro, por ter me ajudado a chegar aqui, onde eu estou, agradeço os momentos dedicados, as palavras, os conselhos, o amor, a honestidade, o afeto e a amizade, porque muito mais que mãe você é meu escudo contra todas as coisas ruins, que me poupa de todo mal; quando tropecei e caí, você esteve lá para me amparar e ajudar a levantar, quando chorei de rir, você riu comigo, quando me aventurei neste novo desafio, você esteve ao meu lado, dando-me coragem, sempre disponível para mim, só uma palavra não é suficiente para falar o quanto eu estou agradecida a você, mas, mesmo assim, muitíssimo obrigada.

Assim mesmo, a meu pai, por estar sempre perto, atento, porque, nas alegrias e tristezas, ele sempre estava presente, porque sei que ele só quer o meu bem, se sei agora o que é ser uma mulher independente, de caráter e personalidade é porque meus pais me fizeram assim.

Também, a meu avô por sua infinita fonte de amor, carinho, compreensão, apoio e sabedoria, por estar presente, firme, seguro e pronto para tudo, por ser minha referência de vida, meu exemplo a seguir, eu admiro o homem que você é, generoso e forte, minha gratidão é eterna e apenas é superada pelo amor que sinto por você.

Assim como, a minha avó, sou muito grata por ter cuidado de mim quando precisei. Por ser um exemplo a seguir, mulher guerreira que cuidou da família e nunca desistiu, é inevitável que o tempo passe, mas você jamais sairá de meu coração; já faz algum tempo que você partiu, mas eu não poderia esquecer a pessoa que me ensinou tantas coisas sobre a vida, muito obrigada.

Do mesmo modo, a meu irmão, por ser esse amigo, parceiro, que compreendeu meu caminho e eu compreendi o seu, sei que estamos longe, mas o que foi ligado desde o nascimento não pode se desvincular, mesmo de longe sempre conte comigo.

Incluindo a minha cunhada por ser essa pessoa que cuida da pessoa a quem amo, sei que foi difícil num começo ter esse vínculo, que foi conquistado aos poucos, você entrou na nossa família e se tornou especial, uma pessoa de confiança e com muito amor para somar. Obrigada por compreender meu momento e por ajudar a minha família quando eu fui embora, obrigada por ser mãe de meu sobrinho tão extrovertido, que traz luz e alegria para o lar.

Ao Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB), na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que disponibilizou recursos para minha estadia e conseqüentemente a conclusão do mestrado no auxílio e investimento para o estudo desta pesquisa. Sem tudo isso, nada teria sido possível, e as palavras nunca serão suficientes para expressar a gratidão que sinto, mas carregam em si o sentimento à maneira como são escritas. Não deixando de agradecer ao Grupo de Bolsistas Capes, pelos momentos engraçados, de reflexão, discussão e troca de conhecimentos.

Agradeço a minhas prezadas professoras, Dra. Sonia Velásquez Rondón e Dra. Cristina Linares Rasmussen, por a confiança depositada em mim, pela ajuda e apoio, pois me ensinaram que sem sacrifício e trabalho duro nada se consegue e que sozinhos não conseguimos alcançar os sonhos nem atingir os melhores objetivos, meu agradecimento não tem limitação.

Ao meu prezado orientador, Marcelo da Silva Alves, já que, sem sua orientação, dedicação e paciência, tanto o estar aqui no Brasil quanto o desenvolver minha dissertação de maneira eficaz não seria possível caminhar adiante, agradeço o acompanhamento durante todo o processo; agradeço também a compreensão cultural, a boa vontade, essa energia sempre boa, tão carregada de entusiasmo, por contribuir para o meu raciocínio ao formar-se mais crítico e reflexivo com as leituras tão profundas e complexas que fazem parte de nosso dia a dia e conseqüentemente da minha vida.

De fato, tenho que agradecer à Prof^a. Dr^a Cristina Arreguy-Sena, por mostrar sua disposição para me ajudar na minha adaptação neste seu formoso país, tanto pelas explicações dadas acerca do mestrado quanto por ser paciente comigo e compreender minhas dificuldades, obrigada pelo apoio incondicional, pelo abraço confortante.

Também agradeço à Julliana Gonçalves Curty, por ser essa professora amiga, no começo da minha estância aqui no Brasil, por essa hospitalidade tão familiar, você foi uma professora muito exigente, mas também foi essa pessoa que precisava ser nesse momento. Muito obrigada por fazer parte da minha vida num começo tão difícil do mestrado.

Naturalmente, ao Leone Mendes Dias, meu colega do mestrado, companheiro, amigo, pela cumplicidade por essa amizade tão sincera, agradeço por estar sempre disposto a

me tirar das minhas confusões e por ter se tornado o primeiro nome que me vem à mente quando preciso de socorro, a alegria e, mais que isso, sua energia sempre boa e tão motivadora, é um orgulho tê-lo como amigo diamante.

De igual maneira, agradeço à Franciane Silva Luiz, porque conhecê-la foi e é um prazer, ser sua amiga, uma loucura e agora para esquecê-la só na sepultura. Admiro muito sua força, agradeço por estar ao meu lado sempre que precisei, mesmo na correria do dia a dia, por obrigar-me a sair, sabendo que a coisa mais importante é a companhia, por aproveitar o hoje, porque, quanto ao amanhã não sabemos o que acontecerá. Muito obrigada por tudo, você é um anjo de pessoa.

Seguidamente, agradeço de todo coração ao grupo MOVIP, a meus professores de natação, Isa, Letícia, Mari e Matheus pelos treinos inovadores que fizeram minha estância muito relaxante e mais leve, conseguindo estar mais tranquila no mestrado; a essa parceria com Mauro, Cesi, Cicsa, Antônio, Pedro, Bianca, Fabiana, Leandro, Tiago, Ítalo, Tamires, Paulo, Álvaro, Rotsen, Jerry, Dani, que estiveram em meus momentos mais tristes, como também nos e felizes. Agradeço também sua disposição e paciência para me entender no primeiro momento, porque não existe treino milagroso ou alguma dieta mágica, o que realmente existe é foco, disciplina, perseverança e, o mais importante, nunca desistir.

Também quero agradecer à Dani, não tenho palavras para agradecer tudo o que você fez por mim. Lembro-me de escutar sua voz no vestiário, tão ansiosa e cheia de rapidez nas palavras, na minha insegurança de perguntar ou não sobre aquilo que você falava e foi ali que nasceu nosso contato, fez-me companhia com boa música, em meus momentos solitários, me deu-me uma mão quando precisei, escutou-me, teve paciência comigo. Agradeço ter nadado comigo, o apoio, a amizade incondicional. Os bons momentos sempre ficam comigo e você está em todos eles, você foi a ponte que me levou ao Clube Bom pastor, muitíssimo obrigada.

Agradeço ao meu tio Christian do Clube Bom Pastor por ter me apoiado em treinar em uma piscina tão maravilhosa, as conquistas devem-se também a ele e à sua disposição, ao carinho, à amabilidade, eu tenho que agradecer por ser parte da minha vida, porque viver não é esperar a tempestade passar é aprender a nadar sob a chuva. A natação pra mim é mais que um estilo de vida, o esporte sempre tem que estar presente em nossas vidas, para enfrentar o estresse do dia a dia com tranquilidade. Muito obrigada por ter cuidado de mim nas viagens e em todo momento, a vida colocou e coloca em meu caminho anjos como você, agora sou “Mineruana”, gratidão!

Também aos integrantes do grupo de pesquisa “Filosofia e Sociologia do cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem” por essa troca tão rica de conhecimentos.

Agradeço especialmente às moradoras da Residência Terapêutica por terem enriquecido meu português e me ajudado quando precisei, às participantes desta pesquisa já que foi um desafio tão grande, por ser estrangeira me adaptar a seu jeito de viver, seu jeito de ser, de falar. Isso fez com que meu crescimento profissional fosse evidente. Além disso tive receio, no começo, mas souberam lidar com isso, vencendo e conquistando, semeando e coletando amor, carinho, compreensão e parceria. Não poderia de deixar de citar a frase de Osho: “Se você ama uma flor, não a colha, porque, se você o fizer, ela morrerá e deixará de ser o que você ama. Então, se você ama uma flor, deixe-a ser, porque o amor se refere à apreciação”. Desse modo, foi que tudo aconteceu, e fico realmente grata por ter tido essa oportunidade, de conhecer e dar voz, no mundo tão complexo que é a Saúde Mental.

Também agradeço à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, aos técnicos-administrativos por seu excelente trabalho de segurança, limpeza, fazendo-me sentir como em casa, o acolhimento foi e é maravilhoso. Assim mesmo a Wanessa Alonso e Ana, secretárias do Mestrado em Enfermagem, por seu carinho, companhia, compreensão e parceria, pois muitas coisas não podem ser vistas ou tocadas, são sentidas, muito obrigada por sua existência na minha caminhada.

Agradeço também a Edmar e sua esposa, que me ajudaram a xerocar e imprimir documentos, ajudando no detalhe de que estes não estejam errados, muito obrigada pela parceria e carinho.

Do mesmo modo, à banca examinadora por ter disponibilizado seu tempo para ler este documento que, com muito amor, dedicação, esforço, disciplina e foco, foi feito, e sua contribuição é de fato enriquecedora para este tão humilde trabalho.

Às vezes, encontramos pessoas que sabem fazer de pequenos instantes grandes momentos, como diz Maffesoli, das pequenas grandes coisas. Por isso, ao longo de meu percurso, eu tive o privilégio de trabalhar com os melhores professores educadores tanto em sala de aula como na piscina. Também agradeço à minha família, que, mesmo estando longe, está comigo em cada conquista; aos amigos que tiveram seu momento em minha vida, sem eles, não seria possível estar aqui hoje, com o coração cheio de orgulho e gratidão.

*Eu vejo um mar de informação
Sentado na minha sacada
Um jogo de poluição
E uma razão desenfreada
Só peço a Deus pra que dê fé
No corre-corre dessa moçada
Que o sentimento não seja em vão
De uma vitória inacabada
Com fé
Agradeço por toda força que vier
De pé agradeço por cantar
Se quer pensar revolução
Melhor cuidar da sua casa
Limpar o próprio coração
Lavar os pés, secar as lágrimas
Em nome da religião
Irmão que rouba, irmão que mata*

*Um mar vermelho de ilusão
Porque o amor é o que salva
Com fé
Agradeço por toda força que vier
De pé agradeço por cantar*

(Cravo-Fé, 2017)

RESUMO

Este estudo objetivou compreender o cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica em Minas Gerais, com abordagem do contexto e apresentação da realidade vivenciada pelas moradoras, a fim de contribuir para melhorias na prática assistencial e na reinserção social delas. Além de ampliar a produção científica sobre o estudo, traz importantes reflexões acerca dele. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, cujo cenário foi uma Residência Terapêutica tipo II, com a participação de seis moradoras. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com a complementação da observação participante registrada em diário de Campo. Utilizou-se a triangulação de dados entre a bibliografia, as entrevistas e o diário de campo, apoiados no referencial metodológico da Sociologia Compreensiva do Cotidiano proposta pelo sociólogo Francês Michel Maffesoli, na perspectiva de descrição, intuição e metáfora. As entrevistas ocorreram de janeiro a julho de 2018, e, mediante autorização das participantes, foram gravadas em mídia de áudio para obter total fidedignidade dos relatos. As informações foram transcritas na íntegra para o programa Microsoft Word do Office de Windows 2016. Empreendeu-se uma leitura em primeiro plano dos depoimentos, para assim realizar a leitura flutuante do conteúdo discursivo, identificando as unidades significantes para, logo depois, estabelecer as categorias analíticas. Surgiram as categorias: Cenas da reconstrução da Corresponsabilidade como Valor Social e Terapêutico; A Sexualidade nas Cenas de Expressão de Sentimentos e As Cenas da “Des”Institucionalização. Evidenciou-se um déficit de estudos acerca do tema, o que faz, para este, ser um acréscimo científico de valia, priorizando as tecnologias leves. Entende-se a sexualidade não só como uma necessidade básica do ser humano, mas também como as percepções do corpo, do prazer, do desprazer, dos valores afetivos e da responsabilidade que se tem por si e pelos outros. Sendo que a sexualidade tem uma cultura imposta social ou religiosamente com modificações constantes, perpassando temas como machismo, aborto e violência sexual. Assim mesmo, é possível debruçar uma pseudodesinstitucionalização pela dificuldade encontrada de um pensamento e agir pós-moderno, já que os trabalhadores de saúde vinham dessa lógica manicomial, trazendo reflexões pessoais e sobre uma

reestruturação no cuidado em Saúde Mental, mais solidária e comprometida já que “o cuidado” é a essência da Enfermagem.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental

ABSTRACT

This study aimed to understand the daily life of residents of a Therapeutic Residency in Minas Gerais, with an approach to the context and presentation of the reality experienced by the residents, in order to contribute to improvements in care practice and their social reintegration. In addition to expanding the scientific production on the study, it brings important reflections about it. This is an exploratory descriptive study of a qualitative approach, the setting of which was a Type II Therapeutic Residency, with the participation of six residents. Data collection was done through a semi-structured interview, with the complementation of the participant observation recorded in Campo diary. We used the triangulation of data between the bibliography, the interviews and the field diary, supported in the methodological framework of Comprehensive Sociology of Daily Life proposed by the French sociologist Michel Maffesoli, from the perspective of description, intuition and metaphor. The interviews took place from January to July of 2018, and, with the authorization of the participants, were recorded on audio media to obtain full trustworthiness of the reports. The information was transcribed in its entirety into the Microsoft Office program of Windows 2016. A foreground reading of the testimonies was carried out in order to carry out the floating reading of the discursive content, identifying the significant units to establish the categories analytical methods. The following categories emerged: Scenes of the reconstruction of Stewardship as Social and Therapeutic Value; The Sexuality in the Scenes of Expression of Feelings and the Scenes of the "Des" Institutionalization. There was a lack of studies on the subject, which makes it a scientific addition to the theme, giving priority to light technologies. Sexuality is understood not only as a basic human need, but also as the perceptions of the body, pleasure, displeasure, affective values and responsibility that one has for oneself and for others. Since sexuality has a culture imposed socially or religiously with constant changes, perpassing issues such as machismo, abortion and sexual violence. Likewise, it is possible to look at a pseudo-institutionalization for the difficulty found in a postmodern thought and to act, since the health workers came from this manicomial logic,

bringing personal reflections and a restructuring in Mental Health care, more supportive and committed since "Care" is the essence of nursing.

Keywords: Mental Health Services, Psychiatric Nursing, Mental Health.

RESUMEN

Este estudio objetivó comprender el cotidiano de las moradoras de una Residencia Terapéutica en Minas Gerais, con abordaje del contexto y presentación de la realidad vivenciada por las moradoras, a fin de contribuir a mejoras en la práctica asistencial y en la reinserción social de ellas. Además de ampliar la producción científica sobre el estudio, trae importantes reflexiones. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de abordaje cualitativo, cuyo escenario fue una Residencia Terapéutica tipo II, con la participación de seis residentes. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevista semiestructurada, con la complementación de la observación participante registrada en diario de Campo. Se utilizó la triangulación de datos entre la bibliografía, las entrevistas y el diario de campo, apoyados en el referencial metodológico de la Sociología Comprensiva del Cotidiano propuesta por el sociólogo francés Michel Maffesoli, en la perspectiva de descripción, intuición y metáfora. Las entrevistas ocurrieron de enero a julio de 2018, y, con autorización de las participantes, fueron grabadas en medios de audio para obtener total fidedignidad de los relatos. La información fue transcrita en su totalidad para el programa Microsoft Word de Windows de Windows 2016. Se emprendió una lectura en primer plano de los testimonios, para así realizar la lectura flotante del contenido discursivo, identificando las unidades significantes para luego establecer las categorías analíticas. Surgieron las categorías: Escenas de la reconstrucción de la Corresponsabilidad como Valor Social y Terapéutico; La Sexualidad en las Escenas de Expresión de Sentimientos y las escenas de la "Des" Institucionalización. Se evidenció un déficit de estudios acerca del tema, lo que hace, para éste, ser un aumento científico de valor, priorizando las tecnologías ligeras. Se entiende la sexualidad no sólo como una necesidad básica del ser humano, sino también como las percepciones del cuerpo, del placer, del displacer, de los valores afectivos y de la responsabilidad que se tiene por sí y por los demás. Siendo que la sexualidad tiene una cultura impuesta social o religiosa con modificaciones constantes, atravesando temas como

machismo, aborto y violencia sexual. Así mismo, es posible contemplar una pseudodesinstitucionalización por la dificultad encontrada de un pensamiento y actuar posmoderno, ya que los trabajadores de salud venían de esa lógica manicomial, trayendo reflexiones personales y sobre una reestructuración en el cuidado en Salud Mental, más solidaria y comprometida ya que "el cuidado" es la esencia de enfermería.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental, Enfermería Psiquiátrica, Salud Mental

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAQ	Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano
CECOS	Centro de Convivência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GEDAE	Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos
HPS	Hospital Pronto Socorro
HU	Hospital Universitário
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPES	Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PTI	Projeto Terapêutico Individualizado
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica

RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL CONCEITUAL, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO	23
2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA	23
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONTEXTO HISTÓRICO	26
2.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	33
2.4 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.....	40
2.5 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI.....	43
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	49
3.1 DELINEAMENTO.....	49
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA	52
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO ...	54
3.4 PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES	57
3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	58
3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS	60
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1 CENAS DA RECONSTRUÇÃO DA CORRESPONSABILIDADE COMO VALOR SOCIAL E TERAPÊUTICO.....	62
4.2 A SEXUALIDADE NAS CENAS DE EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS.....	68
4.3 AS CENAS DA “DES”-INSTITUCIONALIZAÇÃO	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE	97
ANEXO	98

APRESENTAÇÃO

O caminho de autoconhecimento nos faz forte e, para começar, podem me chamar de Yami, sou peruana da cidade de Arequipa, a cidade branca, sou Áries, de espírito aventureiro, meu elemento é o fogo, o que descreveria minha independência, meu entusiasmo, minha originalidade, coragem, teimosia e impulsividade. Sou naturalmente criativa, entusiasta para atividades e competições, por conseguinte, não existem limites para alcançar o que eu desejo e, na realidade, há cinco anos atrás eu não pensava em viajar de jeito nenhum para o Brasil por muitas circunstâncias, uma delas e mais poderosa era o medo ao desconhecido. Minha decisão aconteceu depois de estudar o idioma português, uma vez que os professores me ensinaram uma realidade curiosa e uma pronúncia das palavras do jeito mais alegre que poderia ter conhecido.

No ano 2016, ganhei uma bolsa de estudos pelo programa de cooperação entre a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e o grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB) para o mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que aceitou meu currículo. Pensei que era o momento de vencer meus medos, de conhecer sobre a Enfermagem e a natação no Brasil. Assim que decidi fazer a travessia, não foi fácil obter todos os documentos antes de viajar, problemas burocráticos, meu estresse da minha defesa de “tesis” para obter o grau de especialista em Centro Cirúrgico que ocorreu um dia antes de viajar, mas tudo deu certo, graças ao apoio familiar e da minha amiga Hania.

Desse modo, chegando ao Brasil, fui bem recebida, acolhida, foram pacientes comigo, mas era um processo que tinha que passar sozinha, em meu silêncio, nesse quarto onde tudo começou, a dor de cabeça por tentar compreender o português, o estresse de encontrar meu jeito expresso em seu idioma, não sabendo se era eu, questionando-me se estava no lugar certo. Consegui entender aos poucos, que a minha essência não estava se mostrando e que precisava nadar para clarear minha mente, respirar, olhar o verde, correr,

sorrir, viver, focando que ia virar mestre e carregar uma grande responsabilidade, mas, mesmo assim, só um sorriso e dizer eu posso! Pois a última coisa que poderia perder seria a esperança.

Logo depois, um novo desafio surgiu, aceitar ou não o projeto que meu orientador me oferecia, mas, para me decidir, tinha primeiro que conhecer a população de meu projeto, que tinha algum tipo de alteração mental. Então, a dificuldade de interação começou pela mitificação e preconceitos inconscientemente impostos pela sociedade, mas que, através dos recursos terapêuticos, geraram confiança, expressão inconsciente e criativa, sensibilizando e contribuindo para o bem-estar na comunicação social dos olhares, dos gestos, do toque terapêutico e das conversas formais. Estabelecido o vínculo, minha motivação surgiu como desafio de entrar na vida daquelas pessoas como amiga e conseguir entendê-las. Foi assim que minha vida se tornou colorida, fazendo e cultivando amizades.

1 INTRODUÇÃO

Desde a metade do século XIX iniciou-se uma forma de compreender e lidar com os transtornos mentais considerando os comportamentos como desviantes, sendo objeto de estudo da prática médica (CAPONI, 2012). A clínica ampliada proposta por Campos e Amaral (2007) ultrapassa a busca pela saúde por meios curativos, preventivos, de reabilitação, propondo ampliar a autonomia das pessoas com transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um processo complexo, de iniciativas sociais, culturais e políticas, que possuem a finalidade e o desafio de reconfigurar a ligação entre a sociedade e pessoas que passam por algum sofrimento psíquico. É um processo que procura transformar o olhar do ser humano perante o outro, sendo considerado um processo que abrange desde transformações institucionais, como o saber teórico, até as práticas e estratégias sociais (ALMEIDA FILHO; QUEIRÓS; RODRIGUES, 2016).

Esse processo se iniciou no Brasil no ano 1970, após surgirem várias denúncias de abandono, isolamento e os mais diversos tipos de agressões que aconteciam dentro das diversas instituições psiquiátricas, que acarretavam a "cronificação" dos doentes. Concomitantemente surgiram diferentes movimentos pelos direitos civis e humanos, por meio das reformas sociais e sanitárias, que impuseram um novo modelo de assistência em saúde. Este foge às práticas hospitalocêntricas e excludentes, que, desde os primórdios, são aplicadas, principalmente em pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico e se volta para práticas e estratégias mais humanizadas e de reinserção social (RIBEIRO; AVELLAR, 2016; VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Diante disso, em 1989, no Brasil foi apresentado no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, que dispunha sobre a “abolição gradativa dos hospitais psiquiátricos e a substituição destes por outros recursos assistenciais”. Regulamentou-se também as “internações compulsórias, a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, redirecionando assim o modelo assistencial de saúde mental, buscando contemplar os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica”. Após 12 anos de tramitação no Congresso, foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (FERREIRA, 2016).

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo Sistema de Saúde no Brasil, mas o cenário foi evoluindo nos últimos 30 anos. É assim que o Centro de atenção psicossocial (Caps) vem modificando a estrutura de assistência à saúde mental, em substituição de modo

progressivo ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas (BRASIL, 2011).

No ano 2000, após a visível evolução do processo de RP e a partir do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que dispôs sobre a Organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e outras providências, estabeleceu-se a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que busca a reestruturação e humanização da Saúde Mental, como previsto na Leiº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2013).

Desse modo se tem a origem ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que é considerado um serviço estratégico e um ponto fundamental na desospitalização e reinserção social das pessoas, que permaneceram internadas em hospitais psiquiátricos por um longo período de suas vidas. As SRT foram criadas por meio da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, quando ficou estabelecido que esse serviço pode ser implantado em duas modalidades: as residências do Tipo I, que são destinadas às pessoas em processo de desinstitucionalização, nas quais devem morar no máximo oito moradores, e as residências do Tipo II, destinadas às pessoas com transtornos mentais e elevado nível de dependência, especificamente física, com necessidades de cuidados permanentes e específicos com capacidade para dez pessoas (BRASIL, 2011).

Na atualidade, segundo a segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), os SRTs são moradias em unidades individuais, podendo ser casas ou apartamentos. Os SRTs sejam tipo I ou tipo II, passam a acolher até dez moradores, que são atendidos por uma equipe composta de um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial, que atuarão na assistência e supervisão das atividades. São divididas em residências femininas, masculinas e unidade mista, reproduzindo uma rotina de um lar, o que garante melhor assistência, promove a autonomia e a reinserção social dessas pessoas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019).

Em Juiz de Fora, a desinstitucionalização vem ocorrendo desde o início da década de 1990, com a implementação das linhas de cuidado, do SRT, e a abolição de hospitais psiquiátricos pela Prefeitura em articulação com o Governo Federal. Atualmente o município conta com 29 casas e a gestão dessas residências é terceirizada e realizada por Organizações Não Governamentais (ONGs), por meio de um convênio com a Prefeitura.

Perante essa situação da Saúde Mental no Brasil e em Juiz de Fora, de constante crescimento e evolução, encontram-se diversos estudos com Profissionais dos Caps e do SRT, na Rede de Atenção Psicossocial, porém se percebe que os usuários dessa rede são pouco ouvidos. Sendo que todos os usuários, desde o menos dependente até o mais dependente,

possuem sua visão de mundo, suas vivências, suas limitações, seus medos, seus sonhos e desejos, que foram abafados pelo paradigma criado desde a Idade Média sobre o louco e a loucura, como citam Providello e Yasui (2013, p. 6): “Não existiu a possibilidade de os internos dos manicômios, “work houses” e hospitais gerais, escreverem sua própria história, mais que isso, não houve a possibilidade de serem ouvidos ou deixarem obras para a posteridade [...]”.

Por cotidiano entende-se aquilo de todos os dias, diário, comum, habitual, assim como pode-se ter a impressão de que se trate de algo sem muita importância. Porém, quando se analisa o termo de forma profunda, percebe-se que esse traz o sentido de ocupação e o uso do ambiente da vida de uma forma significativa e transformadora por algum sujeito, é algo repleto de significados e de identidade (MARQUES; TREVISAN, 2014).

Deve-se pensar que o cotidiano é um espaço de constantes processos e mudanças, em que as experiências se tornam vivências que são influenciadas pelas ações, trocas, sensações e contexto em que se está inserido. Portanto, a inserção da pessoa no SRT deve ser considerada como um longo processo de adaptação e reconstrução do próprio cotidiano, necessitando de práticas individuais que auxiliem na construção da autonomia, cidadania e reinserção na sociedade. Assim sendo, os SRTs não são simplesmente serviços de saúde pública, são considerados espaços que proporcionam às pessoas a possibilidade de morar e viver, criando um cotidiano significativo e particular para elas (MARQUES; TREVISAN, 2014).

O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garante o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2011, pág. 2).

Assim, pode-se pensar que a RP não consiste somente numa reforma profissional e institucional. É uma reforma pessoal, pois esses usuários que hoje moram nas residências terapêuticas estão no processo de libertação, crescimento e autoconhecimento, o que exige diversas mudanças, que podem ser percebidas no cotidiano desses moradores. É preciso conhecer e analisar para implementar melhorias na assistência em saúde e na reinserção social destes (MARQUES; TREVISAN, 2014).

Diante disso, surge a preocupação em relação às pessoas com sofrimento psíquico que residem no SRT e que, por anos, viveram o cotidiano institucional, que lhes era imposto de forma impessoal, com regras e rotinas rígidas, o que as levavam a se afastarem da singularidade do sujeito. Nesse sentido, surgem questões como: será que essas pessoas encontram no SRT um espaço que estimula a superação dos impactos vivenciados no Hospital

Psiquiátrico, devido a essa troca de cotidiano? Será que esse espaço proporciona à pessoa a sensação de ocupação e de reconstrução de sua autonomia? Esse espaço é considerado somente uma moradia ou também espaço de aquisições no processo de formação da cidadania do morador? (MARQUES; TREVISAN, 2014).

Rotelli (1990, p. 89-99) ressalta que:

Você não pode mudar um paradigma com uma lei, o pensamento dos psiquiatras. O processo de desinstitucionalização, [...] não é só fechar os asilos [...], é mudar o paradigma, o olhar que tem sobre a loucura, sobre necessidades do povo, [...] falamos sobre a desinstitucionalização do hospital psiquiátrico, mas também psiquiatria, loucura e a relação com a loucura.

Enfim, várias coisas mudaram, entre elas a maneira de olhar para as pessoas em estado de sofrimento psíquico, o jeito de lidar com elas e como tratá-las de acordo com suas necessidades, experiências, objetivos e pertencimento dentro da sociedade, buscando ouvi-las e conhecer um pouco da realidade do personagem principal da Reforma Psiquiátrica.

Por conseguinte, revisaram-se artigos nacionais que permitiram identificar os avanços e grandes desafios que enfrentam as RTs. Foram encontrados poucos estudos do tema de estudo. Verificou-se que, segundo a distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos por Unidade Federativa (UF), existem 610 SRTs em funcionamento no País, e o Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos (Gedae) administra 29 residências terapêuticas em Juiz de Fora (BRASIL, 2015).

Como questão norteadora tem-se: Como é o seu dia a dia na casa? O objeto de pesquisa consistiu na indagação das impressões, sentimentos opiniões e vivências das moradoras de uma RT. A realização do estudo se justifica pela necessidade de buscar respostas para o problema, contribuindo para uma reflexão e fornecendo subsídios para a construção do conhecimento e de novas propostas de assistência à pessoa com sofrimento mental. Além disso, indica caminhos para a melhoria do cuidado realizado e oportuniza que a Enfermagem repense e ressignifique o cuidado numa Residência Terapêutica.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi compreender o cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica em seu contexto, apresentando a realidade vivenciada pelas usuárias dessas residências. Fundamenta-se na Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli, no que se refere à contemplação do mundo, à crítica sobre a razão “pura” e à constituição de uma razão sensível, compreendendo a essência do fenômeno vivido.

2 REFERENCIAL CONCEITUAL, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

Foram adotados cinco referenciais para alicerçar a presente investigação, a saber: 1) História da Loucura; 2) Reforma Psiquiátrica: Contexto Histórico; 3) Centros de Atenção Psicossocial; 4) Residências Terapêuticas e 5) Sociologia Compreensiva de Michel Mafessoli.

2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental e, do século XIV ao XVII, aparece uma nova encarnação do mal, um outro olhar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão. A verdadeira herança da lepra não está aí, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demoraria a se apropriar, a loucura (FOUCAULT, 1997).

Na Alemanha, em Nuremberg, os loucos tinham uma existência facilmente errante, as cidades, os escorraçavam de seus muros; deixavam que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos, sendo um costume frequente, durante a primeira metade do século XV, quando registrou-se a presença de 62 loucos, dos quais 31 foram excluídos (FOUCAULT, 1997).

Particularmente, as cidades da Europa viam as naus de loucos atracarem em seus portos, obtendo-se, assim, duas experiências da loucura no período da Renascença. De um lado, uma experiência cósmica, composta pela Nau dos loucos; de outro, uma experiência crítica, relacionada a toda a ligação que o homem mantém consigo mesmo. É o confronto entre essas duas experiências que expressa o modo como o início da Renascença enxerga a loucura (FOUCAULT, 1997).

Na maior parte das cidades da Europa, existiu, ao longo de toda a Idade Média e da Renascença, um lugar de detenção reservado aos insanos: é o caso do Châtelet de Melun ou da famosa Torre dos Loucos de Caen. Em cidades como Nuremberg, os loucos eram alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não eram tratados: apenas eram jogados na prisão e não tinham acesso nem à igreja. Acontecia de alguns loucos serem chicoteados publicamente e, no decorrer de uma espécie de jogo, eles eram perseguidos numa corrida simulada e escorraçados da cidade a bastonadas (FOUCAULT, 1997).

Igualmente na literatura erudita, a loucura está em ação, sendo objeto de discursos, ela sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si o estar

mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão (HEIDELBERG, 1480; FOUCAULT, 1997).

Para a consciência ocidental, a loucura surge simultaneamente em pontos múltiplos, formando uma constelação que aos poucos se desloca e transforma o projeto, cuja figura esconde talvez o enigma de uma verdade. Pode acontecer de alguns conceitos ou uma certa pretensão do saber recobrirem esta dispersão primeira de um modo superficial: testemunho disso é o esforço que faz o mundo moderno falar da loucura apenas nos termos serenos e objetivos da doença mental e para obliterar os valores patéticos nas significações mistas da patologia e da filantropia (FOUCAULT, 1997).

Foucault “abre” a história da filosofia, demonstrando que há uma intuição histórica na constituição dos saberes. A análise de Foucault recobre a concepção da loucura como uma ação divina, em que os loucos seriam criaturas misteriosas com poderes místicos; a concepção do louco como sujeito imoral. Sendo assim, ladrões recorrentes, portadores de infecções sexualmente transmissíveis ou pródigos eram frequentemente internados nessa época e, com a construção do Hospital Geral em Paris, cerca de 10% da população foram internados, abordando a noção psiquiátrica da loucura, que ocorre após a disciplina tornar-se uma ciência separada da medicina (FOUCAULT, 1997).

Foucault (1997, p. 36) destaca que duas questões são fundamentais para entender a experiência da loucura no Classicismo. Primeiramente, a loucura passa a ser considerada e entendida somente em relação à razão, pois, num movimento de referência recíproca, se, por um lado, loucura e razão se recusam, de outro, uma fundamenta a outra. Em segundo lugar, a loucura só passa a ter sentido no próprio campo da razão, tornando-se uma de suas formas. Esta última, por sua vez, designa a loucura como um momento essencial de sua própria natureza, já que agora “a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea, a fim de melhor certificar-se de si mesma”.

Foucault busca denunciar a rigidez dos métodos tidos como mais humanos de lidar com os internos dos manicômios, sendo que, a partir da metade do século XVII, a ligação entre a loucura e o internamento ocorreu. O internamento é importante para Foucault, por duas razões: primeiramente, por ele ser a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura e, em segundo lugar, porque será exatamente ele que provocará o escândalo quando essa experiência desaparecer, no século XIX, da cultura europeia, a ponto de, por exemplo, com Pinel ou Tuke, aparecer a ideia de uma libertação dos loucos do internamento produzido pelo século XVII (FOUCAULT, 1997).

Mas, ao contrário de fazer a história da suposta libertação, Foucault presta atenção na racionalidade própria desse internamento. Tenta entender os seus mecanismos e as práticas específicas, compreendendo um modelo de pesquisa na História da Loucura, chamada de arqueológica, e observa as regras de formação do discurso analisado, as regularidades que existem na própria dispersão dos enunciados, em vez de procurar um fio condutor na história para dar conta, cronologicamente, do conceito de loucura (FOUCAULT, 1997).

O internamento do século XVII não é um estabelecimento médico, mas uma estrutura semijurídica que, assim como os tribunais, decide, julga e executa. Na organização das casas de internamento, portanto, não está presente nenhuma ideia ou liderança médica. Percebe-se nesse procedimento que desliga o internamento da medicina, uma determinada concepção de história utilizada que não pretende identificar o presente com o passado, como a seguinte passagem expressa: “É preciso despedaçar o que permitia o jogo consolante dos reconhecimentos. Saber, mesmo na ordem histórica, não significa **reencontrar** e sobretudo não significa ‘reencontrar-nos’” (FOUCAULT, 1997, p. 27).

Para Foucault, o Classicismo inventou o internamento, de forma semelhante à segregação dos leprosos na Idade Média. Assim, aquele vazio deixado pelos leprosos foi ocupado pelos “internos”. Esse aprisionamento inventado pelo classicismo é complexo e possui significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais (FOUCAULT, 1997).

Mesmo assim, a psicologia nasce, não por um movimento que revela a verdade da loucura, mas por um movimento que dissocia a unidade tão característica ao Classicismo entre a loucura e o desatino, como o próprio filósofo afirma: “O que se encontra no começo das coisas não é a identidade ainda preservada da origem, é a discórdia entre as coisas, é o disparate” (FOUCAULT, 1997, p. 18).

Logo depois do nascimento da psicologia, ocorre toda uma reabilitação moral dos pobres em um contexto no qual a indigência se mantinha pela caridade, tornando-se elemento indispensável ao Estado. Assim, há uma reintegração econômica e moral desse personagem, já que, na economia mercantilista, ele não possuía lugar, pois não era produtor nem consumidor. O seu único destino só poderia ser o exílio da sociedade através do internamento, mas, com a indústria que acabava de nascer, ele voltou a fazer parte da nação, por isso o internamento é criticado, exatamente porque ele produzia um grave erro econômico quando se acreditou que acabaria com a miséria. É nesse momento que todo o campo que anteriormente envolvia a loucura se fragmenta, desfazendo-se tanto do desatino quanto da miséria (FOUCAULT, 1997).

A loucura ganha um estatuto público e o espaço do confinamento é criado para garantir a segurança da sociedade contra os seus perigos. A luta entre as velhas funções do internamento e o estatuto hospitalar à loucura é percebida como o procedimento histórico-genealógico utilizado por Foucault “onde tudo o que há de estranho no homem seria sufocado e reduzido ao silêncio” (FOUCAULT, 1997, p. 428). Será no momento em que o internamento se transforma em medicação, que o gesto negativo de exclusão adquire o significado positivo da cura. Então o internamento assumiu um valor “terapêutico” por meio do reajustamento político, social e moral da relação entre loucura e desatino de que a medicina poderá apossar-se do asilo e de todas as experiências da loucura (FOUCAULT, 1997).

Além disso, ao assistir filmes produzidos no final do século XX e no começo do século XXI, como *Garota Interrompida* (*Girl Interrupted*), *Uma Mente Brilhante* (*Beautiful Mind*) e *Em Nome de Deus* (*The Magdalene Sisters*), percebe-se uma crítica muito forte à forma como a sociedade ocidental do século XIX até meados do século XX se relacionou com os desvios e os descontroles, comumente homogeneizados e enquadrados pela expressão loucura. Dentro dessa crítica, estabelecida de maneiras diversas por cada um dos filmes, destacam-se duas que os unem: a contestação do internamento como a única solução encontrada para lidar com a loucura e, ainda, o domínio exercido pelas concepções médicas em seu tratamento (FOUCAULT, 1997).

Foucault (1997, p. 522) afirma que, ao tentar fazer a história do louco, o que ele fez foi a história daquilo que tornou possível o aparecimento de uma psicologia. “Com o nascimento do louco no mundo moderno, a psicologia produz uma nova relação que, a partir de então, passa a constituir o ser humano: o homem detém em seu interior a sua própria verdade”. “O louco também é detentor da sua verdade, mas essa verdade está oculta e, como ele não consegue alcançá-la, nem decifrá-la, então ele clama desesperadamente para que ela seja, enfim, revelada”.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONTEXTO HISTÓRICO

O modelo de tratamento predominante da psiquiatria tradicional, nas décadas de 1857 a 1990 se caracterizava pelo alinhamento ao modelo clínico-biológico, tendo o hospital psiquiátrico como centro do tratamento. Neste, as pessoas ditas loucas eram despontados pela sociedade e passavam muitas vezes a vida toda sem contato com o mundo externo e sem condições mínimas de dignidade humana. Obviamente, este modelo de tratamento não surtia

o efeito desejado, ou seja, não curava as pessoas com transtornos mentais, ao contrário, era comum que piorassem lá dentro e nunca mais obtivessem a liberdade, sendo submetidas a situações como receber sessões de eletrochoques e viver em lugares insalubres e quase sem alimentação (CEZAR, 2017).

Desde o fim da II Guerra Mundial, as instituições psiquiátricas, o sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas, concretizando-se em iniciativas como: mudanças e reorientações, tanto no âmbito dos direitos humanos como no das políticas sociais, com grande ênfase na experiência italiana, que foi efetivada a partir dos anos 60, em relativa sintonia também, com outros processos europeus, dando lugar à Reforma Psiquiátrica (RP) ou desinstitucionalização (GOULART, 1993; AMARANTE, 1996; CEZAR, 2017).

Apesar do exemplo inglês, o movimento de reforma começou mesmo em Paris, no ano de 1792, sob os estudos do Dr. Philippe Pinel, desenvolvedor da tese de que pessoas psicologicamente enfermas precisariam de cuidados gentis para melhorar suas condições de saúde mental ao contrário da recorrente violência. Ele ordenou que as instalações sob seus comandos fossem limpas, que os pacientes fossem desencadeados e colocados em quartos com luz solar, autorizados a se exercitarem livremente dentro do hospital e que sua qualidade de cuidado fosse melhorada. O tratamento moral evitava os tratamentos médicos tradicionais comumente encontrados nos manicômios, como a sangria terapêutica e as restrições físicas, e, em vez disso, concentrava-se em tornar os manicômios mais parecidos com um “lar estrito e bem administrado” (FOERSCHNER,2010, p. 3).

No entanto, os críticos, principalmente os norte-americanos, argumentavam que o método não tratava realmente os pacientes, na medida em que os tornava dependentes de seus médicos para ter conforto. No século XX, historiadores e médicos contemporâneos argumentaram que o método moral simplesmente não era funcional como parecia ser (FOERSCHNER,2010).

Após esse período, a conversa a respeito de tratamentos e saúde mental estava pronta para dar um grande passo adiante. Surgiu a figura de Sigmund Freud; sua teoria, baseando-se no diálogo e na livre associação dos elementos surgidos, encorajava seus pacientes a falarem acerca do que quer que aparecesse em suas mentes, analisando por meio de seus estudos as atividades psicológicas destas pessoas. A teoria de Freud era de que as vias de conversa, os sonhos, abriam uma porta para a mente inconsciente do paciente, concedendo acesso a qualquer tipo de pensamento e sentimentos reprimidos, que poderiam ter forçado ou tido influência em sua instabilidade mental (FOERSCHNER,2010).

Entre as abordagens e métodos surgidos nos séculos XX e XXI, seria fácil observar a ascensão e a queda de alguns deles, pouco efetivos e bastante invasivos, como a terapia eletroconvulsiva, a psicocirurgia e alguns tipos de drogas. Esse panorama mudou no fim da década de 1990, quando foi introduzido pela primeira vez, nos tratamentos psicofarmacológicos, o componente fármaco conhecido como lítio. Este se mostrava bastante eficiente no controle dos sintomas das psicoses em geral, apresentando resultados diferentes em comparação com qualquer outro método que já tivesse sido tentado, sendo o primeiro sinal de ascensão da psicofarmacologia moderna, concretizando-se como mais um grande passo em direção às mudanças positivas em relação aos tratamentos dos transtornos mentais (FOERSCHNER,2010).

Surgiram assim, propostas de desospitalização e de desinstitucionalização que foram inspiradas no processo de reorganização psiquiátrica da Itália, liderada por Franco Basaglia, e que tinha por objetivo liberar pessoas portadoras de transtornos mentais da violência institucional que representava o seu isolamento do convívio social, visto que os longos períodos de internação a que eram submetidas acabavam por agravar o seu quadro clínico. Além disso atentavam contra a sua dignidade, em face da privação indevida da sua liberdade, com a conseqüente quebra dos laços familiares, afetivos e comunitários, mantidos por elas (CEZAR, 2017).

A instituição serve a uma área de cento e vinte mil habitantes (italianos, judeus, escandinavos, negros e porto-riquenhos), parcialmente subvencionados pelo Welfare. Na retaguarda da nova unidade psiquiátrica, continua existindo de forma ativa o Hospital Psiquiátrico estatal, para onde ainda podem ser enviados os doentes definidos como "crônicos" e "transtornados". Assim, a ação dessa unidade tem um caráter preventivo que não incide sobre a cultura da doença mental, perpetuando assim o preconceito de sua incurabilidade, contra o qual presume lutar. A artificialidade da instituição se revela no não-cumprimento concreto de sua própria função primária e na criação de uma nova categoria de enfermos entre os marginais-desadaptados, produto direto da postura sócio-econômica de base. Ela cria um novo tipo de marginalidade improdutiva, que só pode ser recuperada se for incorporada a uma nova instituição, capaz de encontrar nessa marginalidade a justificativa para a própria existência (BASAGLIA, 2005, p. 155).

Quanto ao Brasil, historicamente as raízes da psiquiatria estão ligadas ao processo colonizador, sendo as primeiras intervenções por parte do Estado em relação à loucura, onde as Santas Casas passaram a acolher aos loucos, datadas da primeira metade do século XIX. A pretensão em urbanizar o País é responsável, em parte, por esse processo. Por conta da reorganização das cidades, os então chamados alienados não poderiam mais circular livremente pelas vias públicas (MACHADO, 1978).

Nesse sentido, o decreto assinado por D. Pedro II em 1841, que autoriza a criação de um hospital para doentes mentais, figura como marco do nascimento da Psiquiatria no País. Outros interesses, principalmente aqueles financeiros, são responsáveis pela construção e expansão de um grande sistema manicomial que, a partir da ditadura civil-militar, passou a ser estabelecido, além da manutenção de grandes manicômios públicos, por parcerias entre hospitais privados e o setor público (MACHADO, 1978).

É nesse contexto de intensificação das lutas pelo processo de redemocratização, que, em abril de 1978, ocorreu a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), que ficou marcada como o estopim do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, em que os profissionais vinculados às três unidades da Divisão: Centro Psiquiátrico Pedro II; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, iniciaram uma greve do setor público no período da ditadura. Denunciaram as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e vários desses profissionais foram demitidos (AMARANTE, 1998).

Um fato anterior e importante para tal movimento foi registrado, quando três médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II denunciaram as irregularidades daquele hospital, expondo publicamente a situação. A greve culminou na demissão de 260 estagiários e profissionais que já vivenciavam condições precarizadas de trabalho, além da publicização da violência dos manicômios e um relativo alcance de divulgação na mídia nacional, constituindo-se, em 1978, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) considerado: “o ator através do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (AMARANTE, 1998, p. 214).

Este movimento organizou críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas, ampliando o entendimento da função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico. Com isso, surgiu um espaço de discussão no campo da saúde mental, dando início às primeiras elaborações concretas de propostas de desinstitucionalização, ultrapassando sua natureza exclusivamente técnico-científica, incentivados por outras legislações que passaram a vigorar nos anos de 1990 e 2000 (AMARANTE, 1995, 2015).

Graças à luta de muitas pessoas, o modelo de assistência à saúde, enfatizando a saúde mental, mudou muito no Brasil. Vale lembrar que os avanços conquistados estão inscritos no SUS, sendo o contexto histórico-político-social nas últimas décadas do século XX denso, ao que tange às políticas de saúde mental no Brasil. O SUS, criado pela Lei Federal 8.080/90,

investiu no avanço do movimento de reforma psiquiátrica que vinha se organizando desde a década de 1970 e foi estabelecido pelo Projeto nº 3.657, conhecido como projeto de Lei Antimanicomial, apresentado ao Congresso Nacional em 1989 (BRASIL, 2005).

Esta, por sua vez, carrega o termo Reforma, a partir do entendimento proposto pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES/FIOCRUZ) de algo que está para além de simples transformações superficiais ou mudanças na aparência, constituindo-se: “no sentido de uma reforma estrutural, com um expressivo núcleo de subversão às condições da relação saúde-Estado”. No Brasil, o movimento de RP é caracterizado como um:

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

De fato, a Carta de Bauru (1987) marcou a primeira manifestação pública no Brasil, reivindicando a extinção dos manicômios e lutando contra a exclusão e discriminação no âmbito social. Tratou-se de um documento de ruptura, no qual os trabalhadores em saúde mental recusaram o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas que desrespeitavam os direitos da pessoa humana. Nasceu, então, um novo compromisso, para além da racionalização e modernização dos serviços em saúde mental (CARTA DE BAURU, 1987).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental”, é uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Essa lei direciona a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado, guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros (YASUI; BARZAGHI, 2018).

Além disso, outros documentos oficiais, tais como a Portaria n. 3.088 de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), e a Lei n. 10.708 de 2003, viabilizam um “auxílio reabilitação-psicossocial organizado por meio do Programa de Volta pra Casa”.

O cenário brasileiro atual é composto pela atenção estratégica com 2.209 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), 34 unidades de acolhimento e 4.620 leitos de psiquiatria em hospitais gerais. Conta também com estratégias de desinstitucionalização representadas pelos 289 Serviços Residenciais terapêuticos e pelos 4.349 beneficiários do Programa de Volta pra casa, além da retaguarda representada pelas intervenções na Atenção Básica, com 39.228 Equipes de Saúde da Família, 3.898 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) e 111 equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2015, apud FERREIRA, 2016).

A Política de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, foram esclarecidas com a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, tendo como objetivo, organizar o tratamento e a assistência a pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental, propondo, de acordo com as diretrizes do SUS, a implantação de uma Rede de serviços aos usuários. Esta deve ser plural, com diferentes graus de complexidade e as abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, buscando promover uma maior integração e participação social da pessoa que apresenta transtorno mental, sem perder a essência de respeito à Lei 10.216/01 (BRASIL, 2019).

Mencionaram-se medidas para fortalecer o atendimento no SUS para torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada com disponibilização da Eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas. Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como, por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns (BRASIL, 2019).

Também foi criada nova modalidade de Caps (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de Enfermagem de plantão, sendo programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, e encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio Caps-AD, sendo incentivado o atendimento ambulatorio (BRASIL, 2019).

Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos, incluindo nas Raps os serviços de: Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatorias Especializadas; Hospital Psiquiátrico e Hospital-Dia, seguindo princípios básicos de legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade e de atendimento baseados em evidências, onde os leitos devem estar localizados em Enfermarias Psiquiátricas, contando com a presença obrigatória de Equipe

Multiprofissional e médico psiquiatra obrigatória. Com respeito aos pacientes menores de idade e adolescentes, não há restrições absolutas, nem impedimento legal para a internação em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2019).

A reforma psiquiátrica possibilitou novas abordagens, princípios valores e olhares às pessoas em sofrimento psíquico, no âmbito familiar, social e cultural, mas que ainda há a necessidade constante de redimensionar esse olhar, pois a vida destas pessoas hoje, após a reforma, é um ir e vir de um recurso para outro com a intervenção de diferentes profissionais, o que torna uma instituição enorme e fisicamente dispersa (HIRDES, 2007; CEZAR, 2017).

Os leitos em hospitais psiquiátricos foram bastante reduzidos, pois, segundo o Ministério da Saúde, de 2010 a 2014, houve a redução de 17% do total de hospitais especializados em psiquiatria pelo SUS (eram 215 e, em 2014, o número caiu para 178), com a migração do tratamento para os Caps, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento e Consultórios de Rua, além da disponibilidade de leitos em Hospitais Gerais para atendimento à crise (NEMITZ, 2016).

Os hospitais psiquiátricos produziram uma legião de pessoas cronificadas, infantilizadas, destituídas de vínculos de qualquer natureza, sejam familiares, de amizade, ou outros, ao segregar a pessoa que sofre psiquicamente do seu cotidiano diversificado, fonte de toda aprendizagem humana. Foram condenadas a algo que se pode chamar de “morte civil” (NEMITZ, 2016).

Isso se confirma na fala de Antonin Artaud (2000, p. 73), que foi diretor de teatro Francês, que foi internado em vários manicômios e recebeu diversos tratamentos com eletrochoque, que prejudicaram a memória, o corpo e o pensamento. Relatou uma carta: “Não quero que ninguém ignore meus gritos de dor e quero que eles sejam ouvidos”, o que repercutiu na obra de Franco Basaglia, ícone da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ressaltando a frase de que “a liberdade é terapêutica” (NEMITZ, 2016; MELO, 2012).

No entanto, Paulo Amarante (2015, p. 55) entende que “a reforma psiquiátrica é por natureza, um processo social complexo, de transformações essenciais nas dimensões da epistemologia, da clínica, no campo jurídico e na dimensão cultural”. Ressalta a dimensão cultural, que é catalizadora das outras três dimensões, porque dela permite mudanças no modo como os sujeitos se posicionam no mundo, como o veem e como o entendem que garantem e sustentam como o sofrimento psíquico será abordado em suas manifestações, ademais sabe-se que a autonomia da pessoa com transtorno mental, no campo artístico cultural, é uma demanda (FREITAS, 2018).

2.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil, a RP teve como maior conquista a criação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps), com o fim de substituir as práticas asilares predominantes dos hospitais psiquiátricos. Dispositivo estratégico na consolidação das mudanças operadas na Saúde Mental, que promovem a inclusão social dos usuários do SUS com experiências de sofrimento psíquico. Trata-se de um serviço aberto e comunitário de saúde, ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofrem com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses, entre outros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (L'ABBATE,2003).

O primeiro Caps surgiu no Brasil em 1987, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, também conhecido como “CAPS Itapeva”, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Este local foi transformado em um serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecia um atendimento intensivo para portadores de doença mental, sendo um modelo realmente inovador dentro da nova perspectiva filosófica do atendimento em saúde mental desse período (BRASIL, 2004a; L'ABBATE,2006).

Uma das mudanças proporcionadas com a reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de possibilitar que o doente mental permanecesse com sua família, mas, para que este convívio fosse saudável e positivo, era preciso que o serviço estivesse inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se propunham a oferecer um cuidado contínuo (AMARANTE, 2003).

As inspirações para o Caps Professor Luís Cerqueira e outros, partiram em geral das experiências vivenciadas fora do País, basicamente de algumas comunidades terapêuticas italianas. A mais forte inspiração, segundo Pitta (2016, p. 130-131), foram os centros de atenções psicossociais que surgiram em Manágua (Nicarágua), por volta do ano de 1986, em plena revolução daquele. Mesmo com todas as crises, econômicas, sociais e políticas, os centros dispunham de maneiras criativas para cuidar responsabilmente de pessoas com transtornos mentais (RIBEIRO, 2004).

A criação do Caps, em São Paulo no ano de 1987 e do Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps) em Santos no ano de 1989, colocou em evidência a indiscutível influência direta dessas experiências na Política nacional em saúde mental e resultou na publicação da Portaria do MS nº 224/92, em vigor desde janeiro de 1992, estabelecendo diretrizes e normas para a assistência em saúde mental. Além de reafirmar os princípios do SUS, instituiu e regulamentou a estrutura de novos serviços em saúde mental, orientados nas experiências do Caps e do Naps (LUZIO; L'ABBATE S, 2006).

Os Caps/Naps podiam constituir-se, ainda, em “porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental”, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendiam também, a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. Posteriormente, a Portaria do MS nº 336/2002 designou nova nomenclatura ao Caps/Naps, apenas de Caps, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, CAPS I; CAPS II; CAPS III e atualmente o CAPS IV, estabelecendo três modalidades definidas, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (L'ABBATE S, 2006; PORTARIA, 2002; FERREIRA *et al.*, 2016).

Dessa maneira, observa-se que a RP não foi uma simples reforma de serviços prestados para pessoas que têm problemas de saúde mental, mas sim, trata-se de um processo de desinstitucionalização, influenciado por Franco Basaglia em sua lei, que proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos. Isso implicou o fechamento dos manicômios e a eliminação de coerções e tutelas quanto ao questionamento do status de periculosidade do louco (BASAGLIA, 2005).

Além de Franco Basaglia (1985), Rotelli (1990), Amarante (1995) e (2007), Foucault (2012) e Goffman (2013) abordam em suas pesquisas o tema da institucionalização, explicitando o que hospitais psiquiátricos e manicômios causaram nos usuários internados, deixando “marcas” nessas pessoas.

Foucault (1984, p. 146) salienta, diz que:

[...] o exercício de poder que é realizado pela instituição médico-psiquiátrica através de uma sobreposição de um saber sobre o modo de funcionar os corpos, organizando as condições de possibilidade da pessoa falar de si mesmo, de seu corpo e suas doenças desde a idade clássica, colocando-se como única forma legítima de entendimento sobre essa experiência humana, na medida em que a sustenta como uma doença mental.

Amarante (1996, p. 83) afirma que “alguns setores entendem a desinstitucionalização como desospitalização, ou, ainda, como desassistência abandonar os doentes à própria sorte”. Já Leitão (2018, p. 258) define a desinstitucionalização como:

[...] a redução das internações, motivada por inegáveis indícios de deficiência dos hospitais psiquiátricos, combinada com o aparecimento do “institucionalismo” (manifestação de incapacidades como resultado do isolamento e da atenção em asilos distantes), representando uma resposta satisfatória do sistema às deformações decorrentes da busca aleatória do diferente e do tratamento do excluído.

Cabe ressaltar que os Caps se estruturam como serviços de atendimento diário, constituindo-se numa ampliação, tanto na intensidade dos cuidados aos portadores de transtornos mentais quanto de sua diversidade, incluindo as especificidades de sua clientela e da cidade ou local onde estão inseridos (RIBEIRO, 2005). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2015), os Caps são instituições nas suas diferentes modalidades de atenção estratégica da Raps:

serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2011, p. 9).

Como instituição que objetiva o atendimento multidisciplinar, os Caps têm como modelo de atendimento o trabalho em Rede, que é a comunicação ativa entre os outros componentes que compõem a rede de atendimento em saúde mental como: a atenção básica, Estratégias de Saúde da Família (ESFs), a pessoa e sua família. Desse modo, o objetivo dos Caps é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (GOLDBERG, 1972; FERREIRA, 2016).

Trata-se de um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos que visam, no que diz respeito aos atendimentos primários e secundários, a: a) Prestar atendimento em regime de atenção diária; b) Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; e c) Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (GOLDBERG, 1972; FERREIRA, 2016).

Os Caps têm papel estratégico na articulação da Raps, visando tanto à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários quanto à ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde na articulação e ativação dos recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (BRASIL, 2015).

O cuidado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, em ambiente de “portas abertas”, inserido na comunidade. As ações dos Caps são realizadas coletiva ou individualmente, destinadas às famílias ou à comunidade e podem acontecer no espaço do Caps e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas (BRASIL, 2015).

A Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012b), estabelece que poderão compor, de diferentes formas, os PTS, de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, as seguintes estratégias:

Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.

Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidas como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.

Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares do usuário e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos Caps como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.

Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, de forma a contribuir para o processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Ações de redução de danos: conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrassetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.

2.3.1 TIPOS DE CAPS

A cobertura nacional é Caps/100 mil habitantes

Caps I considera como território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes;

Caps II são de atendimento diário de adultos, abrangendo pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, considerando como território de abrangência e cobertura de 100 mil habitantes;

Caps III, para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes, considerando como território de abrangência e cobertura 150 mil habitantes;

Capsi, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

Capsad, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de Caps possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação;

Caps ad III Álcool e Drogas, atendimento de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; para todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Segundo a Nota Técnica 11/2019 se agrega um tipo de Caps, sendo:

Os Caps AD IV de Atenção Especializada, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), destinam-se a proporcionar atenção integral e continuada às pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas (relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas) e poderão ser criados em todas as capitais estaduais, bem como nos Municípios com população acima de 500.000 habitantes, funcionaram 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados. Visam ao atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, sendo que, tratando-se destes dois últimos grupos populacionais, seu atendimento deverá adequar-se ao previsto no Estatuto da Criança e do adolescente. Estes novos centros podem ser de dois tipos: Caps AD IV Novo ou Caps AD IV Reestruturado (BRASIL, 2019).

Destaca-se que os Caps são imprescindíveis à vida de sofrendores de problemas mentais, de forma que visam interagir com a pessoa, reabilitando-o para a vida social, reintegrando-o ao meio, proporcionando tratamento adequado, uma vez que os dispositivos fornecem atividades diversas como estratégia aleatória para a reabilitação psicossocial, articulada nos Centros, mas desenvolvidas na comunidade e em sua vida. Existem cinco tipos diferentes de Centros para melhor cuidar do necessitado. Assim a participação dos profissionais em conjunto com as práticas de reinserção social do Caps pode tornar-se uma ferramenta adicional à vida adequada e digna merecida por tais pessoas, e existe a necessidade de maiores investimentos aos Centros de Atenção Psicossociais, de modo estrutural, bem como de medicamentos e materiais (BRASIL, 2005).

2.4 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

A Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe a exigência de construção de um novo paradigma de cuidar em saúde mental, colocando em pauta a urgente transformação na oferta de condições de saúde e de vida para as pessoas com transtorno mental a fim de romper com a lógica da exclusão e segregação social. Nesse sentido, na II Conferência de Saúde Mental, no ano 1992, discutiram-se temas como: O que fazer com as pessoas institucionalizadas que perderam o vínculo familiar? A autonomia e reinserção social geram posteriormente mudanças nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 2013).

No Brasil, especificamente nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto, Santos, Rio de Janeiro e Porto Alegre, houve experiências por meio de moradias com a reinserção social de pessoas com transtorno mental, uma vez que a partir da criação do SUS, foi instituído o Serviço Residencial Terapêutico (SANTOS, 2006). Desse modo, as portarias nº 106, nº 1.220, nº 246 e nº 2068 regulamentam a implantação, o funcionamento, a organização e o financiamento do SRT. Este representa conquistas e viabiliza a expansão de uma iniciativa até então restrita a alguns estados pioneiros, reconhecendo o direito à liberdade das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004b).

Guattari (1992) expressa que contextos dos mais heterogêneos podem possibilitar uma evolução positiva para o ex-interno, como vão desde as relações com o espaço arquitetônico, as relações econômicas, a cogestão entre os moradores e funcionários da casa, os espaços de tratamento, a aprendizagem a cada abertura para se conhecer o exterior, a exploração processual das singularidades dos acontecimentos, enfim, tudo aquilo que possibilita contribuir para a criação de uma relação autêntica com o outro (GUATTARI, 1992).

O SRT, por meio da Portaria 3090/2012, estabeleceu que esse espaço está articulado à Rede de Atenção Psicossocial e que os profissionais, ali vinculados, tenham experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial, diferenciando modelos de SRT. O SRT tipo I era destinado a pessoas com transtorno mental com capacidade de autocuidado, em processo de desinstitucionalização, com número de moradores, no mínimo, quatro e, no máximo, oito, tendo como profissional fixo na casa o cuidador. Já o tipo II, as pessoas com transtorno mental acentuado e com alto grau de dependência (principalmente física) e que necessitariam de cuidados permanentes com número de moradores de, no mínimo, quatro e,

no máximo, dez, contando com diversos profissionais, como cuidadores, técnico em Enfermagem psiquiátrica e auxiliar de Enfermagem (BRASIL, 2000).

As Residências Terapêuticas vinculam-se aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), ambulatório especializado em saúde mental, ou mesmo à equipe de saúde da família com suporte matricial em saúde mental. Descaracterizando-se como um serviço de saúde, promovem o contato de seus moradores com a sociedade e articulam o processo de reinserção social a fim de concretizar o morar e viver na cidade (BRASIL, 2000).

A Residência Terapêutica representa um dos dispositivos do processo de Reabilitação Psicossocial, com a lógica de reduzir leitos dos hospitais psiquiátricos e superar a condição cronicante a que muitas pessoas foram relegadas. Por conseguinte, os percursos singulares que acompanham a experiência de viver numa casa (e não mais num hospital) são fundamentais para a apropriação da casa como o habitar pelos seus moradores.

É um processo que envolve tanto as relações internas da casa quanto com a vizinhança. Saraceno (2001) pontua a importância dessa interação para aumentar a tolerância e desenvolver a solidariedade, assim como a manutenção do contato com a família, com o objetivo de “co-envolvê-la” na experiência de vida autônoma do usuário (SARACENO, 2001).

Portanto, esse autor, diferencia o habitar do estar (ou morar) no processo de reabilitação dos ex-pacientes, moradores dos hospitais psiquiátricos. Para o autor, “o estar” está relacionado com a “escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico” (SARACENO, 2001).

Nesse sentido, os SRTs surgiram como uma instância de extrema importância para atenção à saúde mental, com infraestrutura física e, em algumas realidades, com equipe multiprofissional, inseridos nos espaços urbanos, designados para acompanhar e ajudar as pessoas na construção de autonomia e independência, adequadas às necessidades. Isso se deu sob a proposta de um Projeto Terapêutico Individualizado (PTI), mas que o nome de Projeto Terapêutico Singular é mais apropriado por ser feito para grupos ou famílias e não só para pessoas, além de buscar a singularidade como elemento central de articulação (BRASIL, 2007).

Na regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), aponta-se que sua concepção e efetivação exigem pactuação entre os serviços da rede de atenção à saúde, básica e especializada, e em ações intersetoriais. Surge na perspectiva de ir além do

desencarceramento de pessoas com transtornos mentais, mas especialmente de prepará-las para serem reinseridas socialmente (BRASIL, 2015).

Na atualidade, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), os SRTs são moradias em unidades individuais, podendo ser casas ou apartamentos, definidos como:

[...] moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção”, acolhendo preferencialmente egressos de internações prolongadas, pacientes com transtornos mentais graves, moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns [...].

Os SRTs, seja tipo I ou tipo II, são moradias para pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização e passam a acolher até dez moradores, que são atendidos por uma equipe composta de um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial, que atuarão na assistência e supervisão das atividades (BRASIL, 2019).

Ainda assim, não é apenas nessa mudança de ambiente (do hospital psiquiátrico para a RT) que o processo de reabilitação com o habitar irá acontecer. É preciso um trabalho coletivo de construção de relações entre os moradores e os funcionários. É nessa relação que a reabilitação psicossocial pode acontecer, não como uma “substituição da desabilitação, mas como um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos” (SARACENO, 2001, p. 13).

Não obstante, o manicômio foi o lugar por excelência onde o habitar foi negado e afirmado o morar. As experiências de moradias pós-hospitais psiquiátricos devem facilitar a criação de lugares para viver, sem programar a forma de viver nesses espaços. Destarte, a noção de casa será não somente o conjunto de experiências concretas de reaquisição, reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades. Portanto, pressupõe a existência de uma casa presente (SARACENO, 2001).

A RT é uma abertura de espaços de negociação, como uma criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos, que vai além da moradia e percorre intervenções e intersecções em variados campos, pois se precisa de uma integralidade do cuidado (ROTELLI, 1990, p.89-99).

Contudo, a saída do espaço do manicômio para uma RT não garante a desinstitucionalização, uma vez que é na vida cotidiana que a pessoa se insere na sociedade. As atividades do dia a dia constituem uma trama de relações sociais, as quais são vinculadas às diferentes atividades do dia. Nessa trama, a pessoa apropria-se do seu modo de realidade, marca sua personalidade, mantém sua particularidade e constrói uma vida inserida na sociedade (KANTORSKI *et. al*, 2013).

2.5 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI

O estudo fundamentou-se na Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, teórico da Sociologia Pós-Moderna, por suas ideias e pressupostos que serviram como base para estudos sobre o cotidiano e imaginário, focalizando o processo saúde-doença, fugindo do aspecto tecnicista da ciência atual.

Michel Maffesoli, sociólogo francês, discípulo de Gilbert Durand e Julien Freund, nascido em uma comuna francesa, Graisses-sac, em 14 de novembro de 1944, casado, pai de quatro filhos, era professor de Sociologia da Universidade de Paris-Sorbonne Descartes. Juntamente com Georges Balandier, fundou, em 1982, o Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano (CEAQ), edita a revista *Sociétés*. Publicou pela editora Sulina os livros: “A Transfiguração do Político: a Tribalização do mundo”; “A Violência Totalitária: Ensaio de Antropologia Política” e “O Mistério da Conjunção: ensaios sobre comunicação corpo e socialidade” (MAFFESOLI, 2010a).

Assim, Maffesoli, influenciado por Dürand, entende a ordem do imaginário como uma fantasia socialmente solidificada, que organiza a percepção da realidade e é incorporada em diferentes áreas da vida cotidiana. O imaginário, circunscrito ao campo do propriamente imaterial, ao terreno de uma representação coletiva gestada no desejo de transcender o real, moldando o significado da realidade em que os indivíduos se desdobram (PASÍN, 2015).

Nesse sentido, privilegia, enquanto objeto de análise, tudo aquilo que não é produzido pelo cálculo, pela intenção, pela estratégia, enfim, pela racionalidade tradicional, adotando a sociologia do aqui e agora. Trata-se de um marginal célebre, um franco atirador elegante, sedutor e erudito, que ousa pensar corajosamente contra o conformismo dominante e disfarçado de argumento de autoridade, combatendo o conformismo das massas e, sobretudo, dos intelectuais. Pensador generoso sem ser ingênuo nem cínico, capaz de descrever o vivido sem odiá-lo, reconhece nas pequenas atividades do dia a dia essa força da potência social, utilizan-

do cinco Pressupostos Teóricos, integrando a Sociologia Compreensiva com a Área da Saúde (MAFFESOLI, 2010a).

Como grande preocupação entendeu-se as formas sociais, na interação das pessoas em torno das mídias, valorizando as histórias pessoais e visões de mundo, construídas a partir dos encontros, o perfil, das pessoas em sofrimento psíquico, era considerada como doença mental crônica. Esta cronicidade se faz no fato de que o passado afetou seu presente, entendendo a sensibilidade presente na vida cotidiana.

[...] o cotidiano é uma forma (anti-racionalizada) teatralizada e superficial, cujo estudo demanda compreender o jogo das formas sociais aí presentes. As formas nas quais os fenômenos sociais aparecem e se enquadram dão a simbologia e a significação do mundo fenomênico; são a matéria-prima de como o mundo se dá a conhecer (MAFFESOLI, 2010, apud TEDESCO, p. 124).

O perfil do entrevistado cumpre um importante papel, mesmo que, em anos ou meses depois, ele tenha mudado de opinião. O que importa, na verdade, assim como no cotidiano, é o momento, o instante, ou seja, como ele lê a sua vida a partir do atual. O método proposto pelo autor busca manter a captação dos fenômenos em sua essência. De acordo com Maffesoli, trata-se de “buscar a significação de um fenômeno em vez de estar focalizado sobre a descoberta das explicações causais” (MAFFESOLI, 1998, p.178).

A noção de formismo não permite mais contrassensos habitualmente induzidos pela ideia de forma; [...] bastante adequada para descrever, de dentro, os contornos, os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana (MAFFESOLI, 2010a, p. 31).

Do mesmo modo, utilizou-se a sensibilidade como protagonista para o entendimento do percurso pós-moderno, levando em conta os aspectos pré-individuais, mediante o que chama de “investigação de sentido”, passando por um olhar aprofundado nas minúcias da vida cotidiana, centrada em teorias do imaginário. Então, o sensível seria assim parte integrante do mundo, modo de compreender e principalmente vivenciar os fenômenos sociais. É possível aproximar-se de uma metáfora presente na música de Vinícius de Moraes e Toquinho “A vida tem sempre razão”, ao dizerem "que nada adianta postar-se de fora". Somente assim, para o autor e para este estudo, é possível tangenciar a experiência sensível em sua totalidade e distintas nuances (MAFFESOLI, 1998).

Discorrendo acerca da simplicidade da vida de todos os dias, que inclui os diversos modos de vida, as maneiras de ser, de pensar, de se situar e de se comportar em relação ao outro e à natureza, dá o caráter experimental à vida cotidiana, na qual o ato de interpretar e

de compreender o conhecimento comum se torna mais relevante que explicar os fatos (MAFFESOLI, 2010a).

Ao ligar a vivência à experiência sensível, se quebram-se aqui os conceitos preestabelecidos que compartimentam o saber, a reflexão, e deles desvinculam a experiência sensível, como não pertencente às bases racionais. Maffesoli propõe a ênfase da vivência cotidiana e da sabedoria popular, fundamentos da Sociologia, como modo de reformulá-la, atribuindo-lhe a denominação de “sociosofia” (MAFFESOLI, 2010a, p.12) para integrar e compreender a “mística do estar junto”, explicando as agregações sociais não pela visão racionalista, mas pelos vínculos e as relações de pertença. Utiliza-se da fórmula de Fernando Pessoa (1982, p. 36): “Uns governam o mundo, outros são o mundo” como forma de propor a “centralidade subterrânea”, determinando a socialidade e não as formas econômico-políticas como determinantes da vida social (MAFFESOLI, 2010a).

Maffesoli recorre à fenomenologia como outro modo de pensar o mundo, unindo a razão instrumental à razão sensível, que opõe o **porque** moderno ao **como** pós-moderno, que não fala pelo objeto, mas através dele, dialogando, intelecto por alma. É preciso neste dialogar, dar a devida importância à intuição, como a percepção individual de um saber coletivo, cotidiano, que advém de uma interação entre os sujeitos no mundo, em cada grupo social e, portanto, em cada indivíduo, se constitui como vínculo esta ligação, não será somente racional, mas também não lógica, daí a importância da intuição e da metáfora (MAFFESOLI, 1998, p. 194).

Lançando para a pós-modernidade um outro olhar metodológico, no qual propõe a busca de semelhanças e não de verdades, Maffesoli trabalha com o que chama de “dimensão aberta”, empregando noções e pressupostos no lugar de conceitos. Assim, a pós-modernidade, para Maffesoli, não se trata de um conceito, e sim do que está sendo elaborado depois da modernidade, um momento histórico, em que a aparência, o senso comum ou a experiência vivida, por meio da razão interna, retomam uma importância que a modernidade havia lhes negado em favor do pragmatismo econômico. A pós-modernidade nos traz a revolução da vida cotidiana, na qual perdura o conhecimento íntimo e intuitivo de um mundo não mais individual, mas coletivo (MAFFESOLI, 1998).

O autor considera a cultura feita de elementos simples que sedimentam o estar-junto e o viver-junto, expressos na duplicidade, na teatralidade cotidiana, no sentimento trágico da existência, no fantástico vivido no dia a dia, na proxemia que se mostra insignificante e, ao mesmo tempo, estruturante (MAFFESOLI, 2010a).

2.5.1 Noções desenvolvidas por Maffesoli

A seguir, apresenta-se as noções desenvolvidas por Michel Maffesoli: a) Imaginário; b) pós-modernidade; c) cotidiano; d) Individualismo vs tribalismo.

a. Imaginário: Michel Maffesoli propõe uma sociologia da vida quotidiana centrada em teorias do imaginário. Buscando ideias de seu mestre, Gilbert Durand, acredita que a cultura não pode ser compreendida de forma integral, caso não se aceite que exista “algo a mais”, ou seja, uma superação da cultura. Isto é o que se tenta captar por meio do imaginário. Segundo o autor, “o imaginário é algo que ultrapassa o indivíduo, que impregna o coletivo ou, ao menos, parte do coletivo” (MAFFESOLI, 2010a, p. 76). Para Maffesoli, o imaginário pós-moderno reflete o tribalismo, isto é, o imaginário individual corresponde ao imaginário do grupo no qual a pessoa se encontra inserida. O imaginário apresenta diversos elementos ou parâmetros: o racional, o onírico, o lúdico, a fantasia, o imaginativo, o afetivo, o não racional, o irracional (SILVA, 2001);

b. Pós-modernidade: Vive-se em um mundo pós-moderno, onde não há mais adesão aos princípios de fachada que deixaram de ter qualquer vinculação com a realidade da vida. Para Maffesoli (2004, p. 13; p. 15), “está chegando ao fim um ciclo, o que foi inaugurado com a consagração do bem como valor absoluto”, em que se deixa de lado o dever ser, dando espaço a um viver dionisíaco, ou seja, “um hedonismo generalizado, selvageria latente, animalidade serena” (FREITAS, 2005);

c. Cotidiano: a maneira de viver de cada pessoa e do coletivo, o saber-fazer, saber-dizer e saber-viver definem o cotidiano. O reaprendizado, presente neste, permite a evolução no processo de viver. “Existe, efetivamente, um “conhecimento” empírico cotidiano que não pode ser dispensado” e este torna relativas as certezas estabelecidas pelo racionalismo monovalente. Segundo Maffesoli (2007, p.198), “De tanto nos interrogarmos sobre a sociedade ou sobre os elementos puramente racionais, intencionais ou econômicos que a constituem, terminamos por deixar de lado a socialidade, que é uma espécie de empatia comunalizada” O sociólogo denomina de societal “o estar junto” contemporâneo, não só vinculado ao racional mas também ao onírico, ao lúdico e ao imaginário, fatores que se apresentam primordiais na pós-modernidade (MAFFESOLI, 2010a);

d. Individualismo vs tribalismo: o pensamento pós-moderno considera que o ser humano não pode mais ser analisado individualmente. O imaginário de cada pessoa é resultante de um corpo social e que, de retorno, volta a materializar-se nele. Para Maffesoli (1998, p. 104), “toda a vida mental nasce de uma relação e de seu jogo de ações e retroações”. Há uma

mudança de paradigma, na qual o social (em que a pessoa tem uma função na sociedade) dá lugar à socialidade (em que a pessoa representa papéis, tanto profissionalmente quanto no seio das tribos de que participa). Nestas tribos, a aparência (estética) é importante como vetor de agregação, como cimento social, enquanto que a teatralidade instaura e reafirma a comunidade. Cada pessoa é, ao mesmo tempo, ator e espectador (MAFFESOLI, 2010a).

2.5.2 Pressupostos da Sociologia Compreensiva

Maffesoli em seu livro “O conhecimento comum: Introdução à sociologia compreensiva”, destaca cinco pressupostos teóricos e da sensibilidade que buscam entender os fenômenos levando em conta o cotidiano e o imaginário na pós-modernidade. Autores como Nitschke, Ghiorzi, Fernandes, Araruna e Souza embasaram seus estudos nas obras de Maffesoli, utilizando na metodologia os cinco pressupostos teóricos e da sensibilidade que serão descritos a seguir.

a. Crítica do dualismo: para Maffesoli, é de extrema importância que haja uma dosagem sutil entre erudição (crítica, razão) e paixão (sentimento, imaginação), para que se possa avaliar da melhor maneira possível um fenômeno qualquer. Nos tempos pós-modernos, há uma saturação dos grandes sistemas explicativos, com o renascimento da exploração da biografia.

O pensador, “aquele que diz o mundo”, não se deve abstrair; é que ele faz parte daquilo que descreve e, situado no plano interno, é capaz de manifestar uma certa visão de dentro, uma intuição, ou seja, tudo o que diz respeito à vida cotidiana, as experiências vividas, as crenças, a interação com outras pessoas e com o ambiente, deve ser levado em conta, tanto do ponto de vista sociológico como em outras áreas do conhecimento (MAFFESOLI, 2010a, p. 25).

Maffesoli advoga que o racionalismo estático, símbolo do pensamento moderno, deve dar lugar à racionalidade aberta da pós-modernidade, que apela para o entusiasmo, para o instinto. É o que chama de razão sensível. Segundo o mesmo, “o afeto, o emocional, o afetual, coisas que são da ordem da paixão, não estão mais separados em um domínio à parte” (MAFFESOLI, 1998, p. 53) e servem como ferramentas metodológicas para a reflexão epistemológica. A simples razão, durante toda a modernidade, não é o bastante. É preciso haver integração entre razão e componentes da personalidade, resultando em um alargamento da consciência (MAFFESOLI, 1998);

b. Crítica à Forma: nesse pressuposto, o autor traz sua noção de formismo, criticando a forma que limita e fecha o significado. O formismo permite descrever os contornos por dentro, ou

seja, do interior, essa atitude respeita o efêmero e as insignificâncias da vida cotidiana. Ou seja, “a forma permite a apreensão da imagem e de sua pregnância no corpo social” (Maffesoli, 1998, p. 29). O essencial é o cíclico processo de construção/destruição. Assim, Maffesoli sugere remexer aqueles conceitos que pareciam estruturados e acabados e traz que o que importa verdadeiramente são as inquietações e questionamentos, mais do que as respostas;

c. Sensibilidade Relativista: não existe uma realidade única, nosso viver é heterogêneo e plural, exigindo compreensão ampla e integral. Este pressuposto declara que a verdade é sempre factual e momentânea. Da mesma forma, não há novidades nas histórias humanas, cujos valores retornam de modo cíclico. O que muda é a reflexão tecnicista;

d. Pesquisa Estilística: aqui a proposta é proceder como o se, em vez do porque. Ressaltando a diversidade e fazendo um alerta para que a ciência leve em consideração o nosso tempo, expondo-se através de um *feedback* constante entre empatia e forma. Sugere também uma escrita mais aberta sem perder a competência científica;

e. Pensamento Libertário: o pesquisador é também ator e participante, sendo importante a compreensão e o exercício da ação de colocar-se no lugar do outro, apontando que é preciso uma atitude de empatia, subjetividade e intersubjetividade. Segundo o sociólogo, deve-se “trabalhar pela liberdade do olhar. É ela a um só tempo insolente, ingênua, mesmo trivial e, menos incômoda, mas abre brechas e permite intensas trocas” (MAFFESOLI, 2010a, p. 41).

Maffesoli propicia por meio da Sociologia Compreensiva um estudo amplo, aberto, com novas racionalidades e contribui para a atuação da Enfermagem e saúde, a partir do cotidiano. Enfoca a maneira de viver, que se dá em uma determinada cadência, ressignificando o cuidado que vai para além da técnica, incitando a mudança do olhar e da direção, para que se possa estar em sintonia com as diferentes situações do viver e do conviver, abandonando o desenvolvimento, para se envolver em um cuidado afetivo, aquele que toca, sendo, portanto, efetivo.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A seguir, apresenta-se as etapas utilizadas para a trajetória metodológica, onde vem sustentando o tripé: experiência, coletivo e vivência ou senso comum, presente e empatia, numa perspectiva fenomenológica, sendo diversa e específica à cada moradora em seu cotidiano (MAFFESOLI, 1987). Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa ancorado no referencial teórico da Sociologia compreensiva de Michel Maffesoli.

3.1 DELINEAMENTO

Para a busca da compreensão sobre o cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica em seu próprio contexto, foi usada a abordagem qualitativa, pois se procura responder a questões muito particulares, em um nível de realidade que não se consegue ou não se deve quantificar. Trabalha com o universo das significações plurais e esse universo humano pode ser resumido como mundo das relações, representações e intenções, tornando o objeto de pesquisa uma realidade que não pode ser visível e dificilmente numerada. Necessita assim da exposição e interpretação da pesquisadora, por um processo compreensivo e interpretativo contextualizado, estudando fenômenos por um viés compreensivo das relações humanas (MINAYO, 2014).

Por tanto, adota-se esse tipo de abordagem porque possui fundamentação teórica e permite desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos, favorecendo a concepção de novas abordagens, revisões, conceitos e categorias no decorrer da investigação. É uma pesquisa que se configura pela prática e sistematização crescente do conhecimento até que haja a compreensão do processo ou comunidade em estudo (MINAYO, 2014).

A pesquisa é exploratória porque possui a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, a partir de um levantamento bibliográfico, entrevistas e informações no campo de pesquisa, proporcionando um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Por conseguinte, se sustenta na metodologia da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, recorrendo à fenomenologia como outro modo de pensar o mundo, unindo a razão instrumental à razão sensível, que opõe o “porque” moderno ao “como” pós-moderno, que não fala pelo objeto, mas através dele, dialogando com o intelecto x alma, sendo preciso dar a devida importância aos três momentos, a descrição; a intuição, e a metáfora (MAFFESOLI, 1998, p.194).

Outrossim, Maffesoli busca descrever a experiência tal como ela. São as imagens construídas do imaginário e experiências individuais que vão descrever os fenômenos sociais e permitir a compreensão de sua razão interna e de seu sentido, objetivando-se compreender o cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica em Minas Gerais, deixando fluir a metáfora. Pode-se dizer que é a vivência que, em suas formas paroxísmicas, irradia as diversas manifestações da existência do dia a dia (MAFFESOLI, 1998).

Lançando para a pós-modernidade um outro olhar metodológico, que propõe a busca de semelhanças e não de verdades, Maffesoli trabalha com o que chama de “dimensão aberta”, empregando noções e pressupostos no lugar de conceitos. A pós-modernidade traz a revolução da vida cotidiana, na qual perdura o conhecimento íntimo e intuitivo de um mundo não mais individual, mas coletivo. Considera a cultura feita de elementos simples que sedimentam o estar-junto e o viver-junto, expressos na duplicidade, na teatralidade cotidiana, no sentimento trágico da existência, no fantástico vivido no dia a dia, na proximidade que se mostra insignificante e, ao mesmo tempo, estruturante, que é colocada na visão das moradoras entrevistadas (MAFFESOLI, 2010a).

Por tanto, faz-se necessário descrever as três fases do fundamento metodológico da fenomenologia de acordo com Michel Maffesoli: a ser a descrição, intuição e metáfora. Na descrição, contempla-se o objeto de pesquisa a ser compreendido, apreciando o cenário e as relações entre os elementos ali contidos. Significa pôr em ação um espírito contemplativo, que saiba perceber a inegável criação social, com um olhar cuidadoso e reflexivo,

reconhecendo que não há um sentido estabelecido, mas sim, uma pluralidade de situações pontuais, livre de julgamentos e preconceitos. Isso se refletiu no entrevistador - entrevistado de maneira horizontal e resultou desse conviver, de “estar com o outro”, de pôr em ação um pensamento flexível, intuitivo, alusivo, obtendo um conhecimento mais profundo e mais próximo da realidade (MAFFESOLI, 1998).

A descrição é, justamente, o respeito ao dado mundano, ela se contenta em ser acariciante, em mais acompanhar do que subjugar uma realidade complexa e aberta, em dizer que o real já está aí, e que, de certo modo, basta fazer sobressair suas qualidades específicas. Além disso, ater-se à apresentação das coisas, sendo o **como** que permite que aquilo que anteriormente não era senão possibilidade se atualize e se torne realidade, tratando de buscar a significação de um fenômeno em vez de estar focalizado sobre a descoberta das explicações causais (MAFFESOLI, 1998).

Com a intuição, extraem-se os sentidos da descrição, realizada para compreender os fenômenos pelo que **são**, tais como em **si mesmos**, é como a percepção individual de um saber coletivo, cotidiano, que advém de uma interação entre os sujeitos no mundo, ou “saber incorporado”, que, em cada grupo social e, portanto em cada pessoa, constitui-se sem que se lhe dê muita atenção (MAFFESOLI, 1998). Como afirma Jung (1996), talvez se trate de um inconsciente primordial que determina nossa maneira de ser. É dizer que é a postura existencial que marca a vida diária é um arquétipo (conjunto de imagens primordiais em nosso imaginário, que dão sentido às histórias passadas durante as gerações, servindo para representar o conhecimento no inconsciente), que assegura, em longo prazo, a perduração de todo um conjunto social.

Nesse sentido, a subjetividade do pesquisador enraizada nas atividades cotidianas das relações humanas consegue trazer, à luz determinados aspectos que se figuram na linguagem dos símbolos, das imagens ou que habitam o inconsciente. Tais fatos não seriam possíveis com um olhar objetivo, trazendo esse olhar inquestionavelmente consciente com uma sensibilidade ecológica e uma ecologia do espírito, da qual a intuição é um dos aspectos mais evidentes. Compreende a visão interior da realidade do macro ou microscópico, um importante elemento para a realização da pesquisa, complementando a cientificidade advinda dos resultados (MAFFESOLI, 1998).

A intuição é um bom meio de apreender o retorno da experiência cotidiana, a metáfora é a mais capacitada para perceber “o aspecto matizado de um mundo marginal, cujos desdobramentos ainda são imprevisíveis” (MAFFESOLI, 1998, p. 147). Estes oferecem nos resultados um meio mais propositivo, um espaço de discussões e reflexões, na busca da lógica

interna que move as coisas e as pessoas, com o reconhecimento da parcela de imaginário que as impregna, levando em conta o “dado”, reconhecendo-o como tal e respeitando suas coibições. A metáfora ajuda a perceber as significações, fazendo sobressair a complexidade de uma vivência existente, além de toda apreensão intelectual, elaborando uma verdadeira razão sensível (MAFFESOLI, 1998).

Sob esse olhar é que a Sociologia Compreensiva oferece outra visão sobre as relações humanas, compreende como cada pessoa vivencia esse processo de saúde-doença, procura entender o imprevisível, e, que segundo Nóbrega (2012, p. 373) dá valor “ao casual, ao banal, às inconcretudes, às apresentações incompletas da vida e às ações subjetivas dos sujeitos em seu ambiente de relações” (PEREIRA, 2005; CAMARGO, 2011).

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O estudo foi realizado em uma Residência Terapêutica, ligada a um Centro de Atenção Psicossocial, gerenciado pela rede de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de um município de Minas Gerais.

A rede de assistência à Saúde Mental no município estrutura-se com o suporte de leitos hospitalares e demais serviços substitutivos, além de equipes compostas de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, atuando nos consultórios de rua.

Na abrangência do SUS, encontra-se o Hospital Regional Dr. João Penido, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), o Hospital Ana Nery e o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) no Hospital Pronto Socorro (HPS).

Na atualidade, a cidade possui cinco Caps, sendo, Caps i, Caps AD III, Caps Leste II, Caps III e o Caps HU II. Este último está vinculado ao Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Os dois últimos funcionam 24 horas e sempre os usuários recebem atendimento próximo a família, com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico, conforme o quadro de saúde particular e o cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

Segundo a Nota técnica, agregar-se-ia um tipo de Caps AD IV de Atenção Especializada, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, subdividindo-se em Caps AD IV Novo ou Caps AD IV Reestruturado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2019).

O município conta com 29 Residências Terapêuticas, que estão localizadas no espaço urbano, implementadas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. É considerado um serviço estratégico, visando à desospitalização e reinserção social de pessoas que permaneceram internadas em hospitais psiquiátricos por um longo período de suas vidas. As RTs foram criadas por meio da Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000, subdividindo-se em residências do Tipo I, destinadas a pessoas em processo de desinstitucionalização, com no máximo oito moradores, e as residências do Tipo II, destinadas a pessoas com transtornos mentais e elevado nível de dependência, especificamente física, que necessitam de cuidados permanentes e específicos, com no máximo 10 pessoas (BRASIL, 2012).

As RT's eram geridas por Casa Viva, mas, por “irregularidades na prestação dos serviços, teve o pedido de impugnação deferido” passando para o Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos (Gedae) no dia 05 de maio do ano 2018. Sendo assim, diversas RT's tiveram que passar por um processo de mudança, incluindo a casa onde foi realizada a pesquisa, fechando no dia 24 de julho de 2018. Tanto a nova nota técnica 11/2019 quanto a mudança não afetaram a realização da pesquisa por ter sido realizada antes de tal alteração (ARBEX, 2019).

Portanto, o cenário de pesquisa foi uma RT feminina tipo II, que contava com uma equipe de quatro cuidadoras, em plantões de 12/36 horas. Contava com uma cuidadora por dia, revezando à noite; um técnico de Enfermagem, que trabalhava de segunda a sábado das 7h às19 horas, e a equipe técnica é acompanhada, supervisionada e avaliada pelo Caps por meio de um Enfermeiro, um Psicólogo, que realizavam visitas domiciliares entre semanas.

A casa era uma estrutura de dois andares, onde se apreciava um balcão com grade na entrada; portas de madeira; uma sala pequena com sofá, cômoda e armário onde mantinham jogos de tabuleiro; uma cozinha que contava com uma ampla mesa, cinco cadeiras, geladeira, fogão, armários com cadeados, área para lavar o serviço, uma janela de teto na altura da mesa, mas que não desempenhava sua função por encontrar-se na área do terraço coberta, porque o ambiente era pouco arejado e iluminado.

Também possuía cinco quartos; o primeiro quarto ficava perto da porta, contava com quatro camas, uma janela com grade de vista para a rua, um guarda-roupa, um cômodo e um quadro com desenho de um *iceberg*. Carl Jung (1996, p. 162) afirma:

A norma psicológica diz que, quando você não se torna consciente de uma situação interna, isso acontece fora como um destino. Isto é, quando uma pessoa não está ciente de suas contradições internas, a realidade dificilmente representará o conflito.

O segundo quarto tinha três camas, uma janela com vista para o pátio e um guarda-roupa; o terceiro quarto tinha duas camas, uma janela com vista para o pátio, uma cômoda e um guarda-roupa.

Os dois últimos quartos se encontravam no segundo andar; o quarto da esquerda tinha uma cama, uma cômoda, televisão, uma mesa e um guarda-roupas, já o da direita tinha banheiro privativo, uma mesa, uma cômoda e televisão. A casa possuía também dos banheiros no primeiro andar, o primeiro apresentava o espelho e o vaso quebrados e era usado pelas moradoras, e o banheiro do pessoal técnico era um espaço muito reduzido, com a porta de difícil abertura, continha um chuveiro que não funcionava, uma pia, uma prateleira usada como estante para material de limpeza, material de higiene, esmaltes e cosméticos.

Ao subir as escadas, encontrava-se um terraço arejado coberto, com um quarto para os medicamentos a serem administrados, uma mesa e os prontuários. Com a descrição referida, a casa é mobiliada com equipamentos necessários à realização das atividades domésticas. Oferece no mínimo três refeições. A manutenção desta estrutura, bem como o pagamento das pessoas técnicas, profissionais ou não, era administrada pela Associação Casa Viva do Município, que, no presente ano, por problemas de financiamento e outros, passou a ser gerida pelo Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos (Gedae).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a realização desta pesquisa, de uma população total de 10 moradoras, foram adotados critérios de inclusão: seis moradoras voluntárias, lúcidas, orientadas, ativas, do ponto de vista psíquico e clínico, aptas a responder às questões apresentadas pela pesquisadora durante a entrevista. Tais informações puderam ser constatadas mediante a observação participante e informações colhidas com as cuidadoras e o técnico de Enfermagem.

As moradoras se encontravam em tratamento, incluindo medicamentos e acompanhamento psicoterapêutico por meio de visitas domiciliares ou na ida ao Caps para fazer os exames necessários. Por isso puderam ser ouvidas considerando que elas estavam em condições psíquicas estáveis, pois não se encontram em crise e eram acompanhadas pela equipe profissional.

A representatividade dos participantes deve contemplar o grupo direcionado ao objeto de estudo, a fim que os relatos forneçam informações suficientes para realizar a análise

compreensiva e concisa, independentemente do número de participantes conforme afirma Minayo:

[...] numa busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade o processo de compreensão, seu critério, portanto não é numérico (MINAYO, 2014, p.196).

As moradoras participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I), após a leitura e esclarecimentos necessários, cumprindo os requerimentos e determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Considera-se que “todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano[...]” (BRASIL, 2012a, p. 1). Foram excluídas quatro moradoras, três que não aceitaram a participar e uma por possuir alto nível de dependência, impossibilitando a comunicação.

O processo de recrutamento fundamentou-se na seleção por amostragem intencional, considerando que foi realizada com uma seleção alicerçada no conhecimento prévio acerca da população e do objeto de estudo, ou seja, com a formação do vínculo em primeira instância. Minayo (2014, p. 197) afirma que se devem:

privilegiar os sujeitos sociais que detêm atributos que o investigador pretende conhecer, definir claramente o grupo social mais relevante, sobre o qual recai a pergunta central da pesquisa centralizando o foco da pesquisa e da observação.

O convite às moradoras para participarem da pesquisa foi realizado pessoalmente, na Residência Terapêutica, enquadrando-se nos critérios de inclusão após a formação do vínculo, seguido de agendamento para entrevista individual em dia e horários acordados entre participante e pesquisadora. Seis moradoras aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas, foram realizadas na sala, no sofá, no pátio ou no segundo andar, em locais onde as moradoras se sentissem confortáveis e tranquilas, sendo espaços intimistas e propícios para a realização da pesquisa.

Durante a abordagem, foram elucidados às participantes o objetivo da pesquisa, os benefícios esperados e a importância dos resultados para a prática assistencial. As participantes foram informadas a respeito de todos os aspectos éticos do estudo e sobre seus direitos e receberam uma via do TCLE datada e assinada, tanto pela participante quanto pela pesquisadora.

Para manutenção do anonimato, foram utilizados codinomes representados por pedras preciosas escolhidas pelas participantes, inspiradas no brilho especial de sua vivência passada e atual, lembrando que são joias, tentando ver que cada pedra tem luz própria e especial, até o ponto de conseguir polir e fazer com que brilhem mais do que nunca, sabendo que seu valor real se encontra nas forças extremas que trabalham debaixo da superfície. Para facilitar a compreensão dos resultados e discussões, a seguir apresenta-se uma breve caracterização das participantes.

Ágata, de 51 anos, foi a primeira a ser entrevistada. Ela teve um filho quando esteve internada em Barbacena, trabalhou como doméstica; é aposentada, apresentava mudanças de humor constantes, gosta muito de anéis, é hipertensa, analfabeta, pertence a religião católica, geralmente fica isolada, com interação limitante, ia caminhando para o Caps às terças-feiras.

Jade, de 44 anos, tem como curadora a sua irmã. É aposentada, apresentava discurso delirante e pensamento desorganizado por momentos, no nível físico, apresentava uma hérnia visceral inoperável no abdômen, fumava sete vezes ao dia, gostava muito de café e de chamar a atenção, às vezes ficava agitada, travessa e falante.

Esmeralda, de 55 anos, foi internada no Hospital Ana Nery após surto, apresentava transtorno esquizoparanoide, era amável, carinhosa, falante, atenciosa. Fumava sete vezes ao dia, de religião evangélica, foi portadora de AIDS. Aos 14 anos, foi adotada, aos 16 teve uma filha, depois se casou e teve mais três filhos. Ela matou a sua primeira filha e foi condenada a 33 anos de prisão. Por esse fato, quando vê uma mulher jovem, chama de filha. Faleceu no mês de julho do ano 2018 por complicações da AIDS.

Safira, de 68 anos, esteve internada no Hospital Ana Nery desde o ano 2013, apresentava fala confusa e às vezes pensamento desorganizado, era trabalhadora, calma, carinhosa, de religião evangélica, fumava sete vezes ao dia, era falante após beber muito café, tem suporte parcial de seu primo e tem um filho com transtorno mental, internado em Petrópolis.

Alexandrita, de 28 anos, não tem história de hospitalização há 14 anos, tinha dois namorados, uma mulher usuária de drogas e um homem alcoólatra, anteriormente teve um relacionamento, mas separou-se por agressões sexuais. Tem saídas diurnas e noturnas e, a maioria das vezes, retorna agitada. Gosta muito de música sertaneja em particular, considerava-se a chefe da residência terapêutica.

Água Marinha, de 41 anos, foi internada no Hospital Ana Nery, apresentava Diabetes Mellitus tipo II, com pé diabético tratado, possuía excessivas pintas no rosto e corpo, tipo verrugas, é evangélica, tinha três irmãos, pai vivo, gostava de roubar, por isso que não lhe era

permitido sair sozinha da casa. Gostava de bonecas, tinha uma em seu armário, apresentava a sintomatologia da própria doença com ênfase no aumento do apetite, era tímida, amável e atenciosa.

A seguir, apresenta-se o processo de coleta de informações.

3.4 PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Fundamentou-se na etapa de “descrição” proposta por Maffesoli, contemplando os fenômenos sem aferir julgamentos ou levantar pressupostos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE I) segundo Minayo (2014, p. 191):

A entrevista semiestruturada é um instrumento de coleta de informação, é uma conversa a dois com o objetivo de construir dados pertinentes ao estudo, combinando perguntas abertas e fechadas, em forma de conversa sobre as experiências da pessoa, possibilitando ao mesmo discorrer sobre o assunto abordado sem se prender à pergunta formulada pelo pesquisador.

Os dados qualitativos só podem ser colhidos através do diálogo direto entre a pesquisadora e a entrevistada, pois trouxeram consigo reflexões do próprio sujeito sobre a realidade. As questões propostas foram: Como você se sente morando aqui? Como é o seu dia-a-dia na casa?

As entrevistas foram realizadas entre 5 de janeiro e 17 de julho do ano 2018, mediante anuência das participantes. Foram gravadas em mídia de áudio, com autorização das entrevistadas, para obter total fidedignidade dos relatos. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos, sendo a menor entrevista com duração de 15 minutos e a maior com duração de 2 horas e 15 minutos. As entrevistas eram interrompidas pelas próprias participantes quando expressavam que não tinham nada mais a dizer. Posteriormente, as informações foram tratadas pela transcrição na íntegra dos conteúdos discursivos para o programa *Microsoft Word do Office de Windows 2016*.

A coleta de informações ocorreu de forma tranquila e harmoniosa, após de ter formado o vínculo, as entrevistadas apresentaram-se confiantes em desvelar-se, expressando conteúdos íntimos, afetivos e sentimentos angustiantes, carregados de emoção. Isso demonstra o vínculo e a sinergia das interações constituídas com a pesquisadora, que anteriormente havia se inserido no campo da pesquisa através da realização dos recursos terapêuticos e outras atividades, o que proporcionou uma maior abertura e acolhimento afetivo por parte das

moradoras, sendo que duas participantes demonstraram maior proatividade em contribuir com a pesquisa, destacando a relevância do estudo.

Durante as entrevistas, a conversa fluiu de maneira dinâmica, as participantes se sentiram tranquilas e acolhidas, promovendo falas críticas e sinceras a respeito das atividades e serviços que lhes são oferecidos para elas diariamente. Do mesmo modo, a interação com o outro foi compreensiva, construindo o diálogo, focando o estar-junto, desvelando informações sensíveis.

Como complemento da coleta de dados, utilizou-se a observação participante, entre 5 de janeiro e 17 de julho de 2018, sendo considerada como parte essencial do trabalho de campo da pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2012, p. 35):

Define-se observação participante como um processo em que a pesquisadora se insere como observadora de uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida cotidiana deles, com a finalidade de colher dados, analisar e compreender o contexto da pesquisa, auxiliando assim na vinculação dos fatos e suas representações, e a desvendar as contradições entre as normas e práticas vividas cotidianamente pelo grupo observado.

Neste instrumento, foi necessário que a pesquisadora se eximisse de pré-julgamentos, projeções e hipóteses, colocando-se assim no lugar do outro inserindo-se no contexto, para que não interferisse na subjetividade e no resultado da pesquisa (MINAYO, 2014).

Todas aquelas informações e fenômenos de grande importância, como a rotina diária, os cuidados básicos com o corpo e a alimentação, o tom da voz e outras linguagens não verbais, os medos, desejos, pequenos fatos que refletem as reações emocionais das pessoas, foram registradas num Diário de Campo, durante a observação participante e entrevistas, dando fidedignidade e riqueza à pesquisa (MINAYO, 2014).

3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Logo depois da transcrição das entrevistas, deu-se início à análise das informações iniciou-se com a leitura em primeiro plano dos depoimentos, para depois realizar a leitura flutuante do conteúdo discursivo. De acordo com Minayo (2014, p. 316), “este momento requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo, deixando-o se impregnar pelo seu conteúdo”. Posteriormente, executou-se a leitura exaustiva e minuciosa, objetivando identificar as unidades de significado emergentes dos discursos, que foram a base para a categorização dos achados.

As informações foram acopladas em categorias analíticas temáticas e se efetuou a análise de conteúdo, que, segundo Minayo (2014, p.304), “diz respeito às as técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

Na etapa de triangulação de dados qualitativos, a pesquisadora buscou acrescentar algo à discussão que já existe sobre o tema estudado, ampliando sua visão crítica, propondo novas explicações e interpretações, configurando-se numa nova perspectiva teórica, atribuindo maior fidedignidade do conhecimento e reflexões desenvolvidas. Com o uso da triangulação, objetiva-se, fundamentalmente, abrandar eventuais deficiências, insuficiências e omissões que advêm da utilização de um método de coleta único, uma única fonte de dados, etc (BERNARDI, PRADO, KEMPFER, 2015; FLICK, 2009a).

Nas palavras de Azevedo *et al.* (2013), pode-se considerar que, ao buscar determinado conhecimento, o pesquisador precisará posicionar-se em outros dois pontos de vista, no mínimo, a fim de ajustar a adequada distância e angulação dos conceitos e se posicionar definitivamente após a análise das visões distintas (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Conforme afirma Flick (2009b, p. 361), “a triangulação é utilizada para designar a combinação de diversos métodos, grupos de estudo, ambientes locais e perspectivas teóricas distintas para tratar um fenômeno”. O mesmo autor ainda afirma que, no contexto da pesquisa científica, a triangulação acontece quando da utilização de pelo menos dois métodos diferentes para investigar um mesmo fenômeno (FLICK, 2009a).

Sob esta perspectiva, é possível se valer da ideia da proposta da triangulação não como uma convergência de pontos, mas sim como um cristal que reflete as externalidades, criando diferentes cores, padrões, matrizes, projetando-os em diferentes direções, numa abordagem epistemológica pós-moderna. Nesse sentido, a triangulação pode ser entendida como um meio que revela as diferentes nuances e idiosincrasias dos fenômenos sociais, aproximando o pesquisador da sua realidade de pesquisa de um modo mais integral e genuíno (RICHARDSON; PIERRE, 2005; DENZIN; LINCOLN, 2005).

Com base nessa sistematização, o conceito básico de triangulação apresentado por Zapellini e Feuerschütte (2015, p. 246-247) é:

[...] procedimento que combina diferentes métodos de coleta e de análise de dados, diferentes populações/sujeitos (ou amostras/objetos), diferentes perspectivas teóricas e diferentes momentos no tempo, com o propósito de consolidar suas conclusões a respeito do fenômeno que está sendo investigado.

E que segundo Cárdenas (2018, p. 246) refere que:

A triangulação também contribui para a criação de métodos inventivos, equilibrando novas formas de apreender um problema com métodos tradicionais de coleta de dados (ABDALLA, *et al.*, 2018).

Utilizou-se a triangulação dos dados coletados na busca bibliográfica, nas entrevistas e no diário de campo com base no referencial metodológico da Sociologia do cotidiano de Michel Maffesoli (1998). Estabeleceu-se tanto a compreensão, por meio do desvelar dos sentidos íntimos advindo das falas, como todo o processo de apreensão e significação do fenômeno, com embasamento nas etapas de intuição e metáfora descritas por Maffesoli.

3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

No presente estudo, atenderam-se todos os aspectos e requisitos éticos legais que a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) delibera. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora, para apreciação, tendo sido aprovado com a emissão do parecer nº 2.159.786 (ANEXO III) no dia 29 de junho de 2017. As entrevistas foram realizadas somente após aprovação do projeto (BRASIL, 2012).

Também se garantiu às participantes o anonimato, a elucidação a respeito do objetivo, da justificativa e dos procedimentos do estudo, bem como a informação de que não haveria nenhum custo adicional, nem recebimento de qualquer vantagem financeira em sua participação. Além disso, foram informadas de que os resultados encontrados na pesquisa serão divulgados em artigos e eventos de âmbito científico (BRASIL, 2012).

O estudo oportunizou benefícios, visto que os resultados suscitaram reflexões que respaldam as discussões acerca do cuidado prestado por enfermeiros na área de assistência de Saúde Mental, contribuindo assim para a prática desses e de outros profissionais (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a etapa de compreensão e de significação dos sentidos correspondentes nas categorias analíticas, gerados com base nos relatos dos participantes da pesquisa. Tais categorias, se estruturam por agrupamentos de afinidade dos conteúdos dos discursos, compondo-se, assim, as diferentes unidades temáticas. Após tal separação, por meio da leitura compreensiva dos achados, organizam-se as unidades de significado com ênfase na intuição e metáfora propostas por Maffesoli.

Para Minayo (2012) define compreensão como sendo capacidade do ser humano de se colocar no lugar do outro, e essa compreensão é algo que se pode exercitar, apesar de parcialmente, devido à limitação do ser humano na interpretação e entendimento do mundo e da vida. É preciso levar em consideração a particularidade de cada pessoa, pois esta é a forma de manifestação da vivência, sabendo que as experiências ocorrem dentro de um contexto, e são envolvidas pela história coletiva, individual e cultural que a pessoa possui.

A triangulação entre os dados dos depoimentos das participantes, o referencial teórico, os registros no diário de campo, incluindo também a observação participante, gerou a discussão compreensiva de tais conteúdos.

As seis participantes da pesquisa vêm de hospitais psiquiátricos, devido ao processo de desinstitucionalização para o âmbito social. No que tange a isso, Maffesoli (2010) refere que as relações sociais, na pós-modernidade, só têm sentido se experienciadas a partir das relações orgânicas e cotidianas, da presença, do “estar-junto com”, o que não se deve tomar meramente sob aspecto civilizatório, ritualístico e moralista da modernidade. Em vez de se buscar motivar a sociabilidade, deve-se buscar a “socialidade”, que encerra maior complexidade ante seu valor simbólico, da memória coletiva e do imaginário social (MAFFESOLI, 2010a).

Com base nessa visão, ocorreram as entrevistas, as unidades de significado e os fragmentos de depoimentos estão agrupados por convergência de significação. Destarte, da escuta atenta das falas, da experiência do **estar junto com**, na oportunidade das entrevistas, surgiram as seguintes categorias: cenas da reconstrução da corresponsabilidade como valor social e terapêutico; a sexualidade nas cenas de expressão de sentimentos e as cenas da “des”institucionalização, as quais serão abordadas a seguir.

4.1 CENAS DA RECONSTRUÇÃO DA CORRESPONSABILIDADE COMO VALOR SOCIAL E TERAPÊUTICO

“Quando percebemos a beleza do cotidiano notamos também que a chave à felicidade constante está em valorizar as simplicidades”

(Rosicleide David).

Esta primeira categoria aborda a reconstrução da corresponsabilidade, na perspectiva das atividades diárias das participantes, do início do dia até o fim dele, envolvendo cuidados básicos que estão ligados ao corpo e à saúde no contexto de uma Residência Terapêutica inserida na sociedade, na qual se apresentará o valor social.

As moradoras se responsabilizaram por sua moradia, cada uma tinha suas próprias tarefas de limpeza, higiene e cuidado, tanto com seus objetos pessoais como com a casa. Podiam sair, com independência, exceto duas moradoras que saíam sempre acompanhadas, uma por risco de fugir e a outra por questão de problemas de saúde, uma vez que precisa controlar a glicose e, quando saía sozinha, por piedade dela, pessoas lhe davam comida e isso fazia mal à sua saúde.

Eu faço minha cama, separo a roupa, passeio pela casa, vou para o balcão depois vou para a Rua comprar pão e papel higiênico... Gosto de fazer tudo, lavar cozinhar, café, estendo a roupa, dou medicação para elas [...] (Esmeralda).

[...] Lavo copos ... do café ...limpo o pó ... coloco o sujo no lixo (Ágata)

Um estudo intitulado “Reabilitação psicossocial e produção de sujeitos: etnografia em um Serviço Residencial Terapêutico” refere que, na década de 1990, a ideia de acabar com o hospital era para “ressignificá-lo”. A partir da relação do vínculo, elabora-se um saber individual relacionado ao cuidado e, nessa relação, a pessoa se torna agente de seu próprio processo terapêutico. Ao expor seus desejos, sofrimentos e demandas, vai sendo orientada/ensinada a reivindicar a satisfação de suas necessidades e orientada a realizar as atividades de vida diárias, como o cuidado com a higiene pessoal, responsabilizando-se por sua saúde e pela administração de suas medicações. Assim, elabora-se um contexto de possibilidades para que elas produzam a sua “autonomia”, com posicionamento ativo e participativo e, por conseguinte, melhorando a sua qualidade de vida (SARTORI, 2017).

Strauss (1999, p.121) destaca a importância do ensinamento proporcionado ao aprendiz.

O aprendiz tem algo a desaprender, a enfrentar, e isso entrará cedo na trajetória de seu aprendizado e, muitas vezes permanecerá com ele até muito tarde. Talvez seja isso um modo diferente de dizer que o treinador deve desafiar antigas maneiras de fazer, de ver e pensar, bem como deve apontar, novas maneiras (STRAUSS, 1999, p. 121).

Sartori (2017) também aborda a relevância da relação de vínculo do morador com o profissional de referência e aponta que práticas como escuta terapêutica, acolhimento, acompanhamento terapêutico são formas de adentrar a sua singularidade, o que permite a revelação das dificuldades, necessidades e vontades. Dessa forma, pode-se estruturar um “cuidado singular”, o que obriga a RT a se transformar em um “dispositivo de saúde”, como se pôde perceber na RT cenário do estudo, com o desvelar das participantes.

O dia aqui... trabalho todo dia [...] (Jade).

De acordo com a fala de Jade e as anotações da pesquisadora no diário de campo, a moradora sempre contribuía com a limpeza da casa, varria e, depois de fumar, lavava a louça que usava para tomar café, almoçar e jantar. Segundo Foucault (1997) e Sartori (2017), pacientes internados em hospitais psiquiátricos não precisavam se preocupar com atividades da vida diária ou com responsabilidades de comprar, preparar alimentos, lavar louça e nem

com a higiene pessoal. Viviam numa situação de ócio, sujeitos a horários institucionais, disciplinas do hospital, sendo constantemente vigiados e punidos. Por isso, atualmente, os profissionais ensinam as moradoras a realizar tarefas que antes lhes eram proibidas, contribuindo assim para o desenvolvimento de sua autonomia (FOUCAULT, 1997; SARTORI, 2017).

O depoimento de Safira apresentado a seguir remete ao que Sartre (1952, p. 55) afirma: “Não importa o que fizeram com você. O que importa é o que você faz com aquilo que fizeram com você”. Nesse sentido, cabe ressaltar que, embora Safira tenha sido tratada na instituição de onde veio como alguém totalmente incapaz de realizar atividades de vida diária e lhe tenha sido negado esse conhecimento, agora que pode fazê-las, contribui com a colega em tarefas que esta tem dificuldade de realizar.

ajudo a Esmeralda estender roupa [...] (Safira).

[...]depois vou lá fora dobro minha roupa, minha coberta, arrumo tudo isso (Água Marinha).

Ser autônomo é basicamente a possibilidade da pessoa realizar escolhas. A autonomia é relacional, porque, se constitui na relação com “o outro”, em um processo de construção conjunta, de “coprodução” de vida (CAMPOS, 2006). Essa relação “com o outro” faz com que nenhuma escolha possa ser individualizada, já que depende do cenário e das relações que possibilitam, libertam ou constroem essas escolhas. De acordo com as observações do diário de campo todas as roupas são compartilhadas por todas as moradoras, até a roupa íntima. Neste ponto, a palavra autonomia se refere à capacidade em lidar com as redes de relações e dependências no mundo.

Nesse sentido, destaca-se a atitude de Água Marinha, que vai ao encontro dessa relação “com o outro”, uma vez que a moradora se dispõe a cuidar de tarefas referentes a casa como um todo para o bem comum, como ajudar a colocar no varal para secar a roupa da casa. Enquanto Alexandrita relata que

[...] limpo casa, faço isso porque eu gosto, não é por causa dessas empregadas que mandam não, eu faço o que eu gosto, sempre fiz..., limpar a casa, a cozinha, limpar meu quarto sempre fiz (Alexandrita).

Apreciando as cenas, verificou-se que cada uma delas, gosta de fazer tarefas do lar, cuidando de alguma maneira as coisas da coletividade, sem um horário rígido ou restrito e dando-se a conhecer a si mesmas em cada uma dessas tarefas. Todas tinham um papel a

cumprir na casa. Essa ação coletiva remete ao simbolismo da lenda de Narciso da mitologia grega: “Narciso não é o indivíduo triunfante, mas o indivíduo fragilizado e desestabilizado por ter de carregar-se e de construir-se sozinho, sem apoios que, outrora, eram constituídos pelas normas sociais e referências coletivas introjetadas” (LIPOVETSKY, 2004, p. 21).

Assim elas construíram o “como fazer” as tarefas dentro da casa, com apoio das pessoas que trabalham no Caps. Tal vivência pode ser definida como o que Nitschke (1999) chamou de “família do coração”, que se estabelece na interação com o outro, identificando componentes como relações de poder, condições de integração, expressão de afeto, intimidade, comunicação, negociação, conflito e adaptação.

Algumas moradoras mencionaram dificuldades em realizar tarefas desejadas, devido a não aceitação pela equipe ou pelas demais moradoras, o que remete a processos de superproteção e minimização das potencialidades. Isso dificulta a reconstrução da responsabilidade no cotidiano e o resgate das identidades.

[...] Aqui é assim, sabão em pó, se quiser, tem que pedir não de antes não, jogava a caixa na sua mão, agora é miséria, ela mesma põe lá... só isso? (Alexandrita).

[...] a Jade que lava a bunda com o vaso que está no banheiro, lava vasilha assim ...como é? ... como pode? a cuidadora é cega...não somos obrigadas a fazer isso não, se isso queremos fazer... se não queremos fazer a gente não faz isso não [...] (Alexandrita).

A partir da instituição da Lei n. 10.216, do ano 2001, os portadores de transtornos mentais passam a ser atores de seu próprio tratamento e não mais objetos de violência. Nesse sentido, a autonomia precisa ser pensada como um conceito vinculado ao exercício de cidadania, do conhecimento de seus próprios direitos e da capacidade de reivindicar caso seus direitos não sejam respeitados. Com base no diário de campo, observou-se uma cena em que Esmeralda colocava roupa na máquina de lavar e não permitia que ninguém a ajudasse, o que causou um desentendimento entre ela e Alexandrita, que queria colaborar nessa tarefa.

Esmeralda é quem estende, ela gosta de estender as roupas das meninas, eu queria estender para ajudar, mas ela não deixa (Água Marinha).

Observa-se que o cotidiano é um espaço privilegiado do aqui e agora, embora se constate que ela não é perfeita, que pode ser vista como um nó e não como um ninho, numa realidade única (PERROT, apud NITSCHKE, 1999)

Foucault (1997), em sua obra denominada “História da loucura”, expõe que a estigmatização dos loucos prevaleceu ao longo do tempo e levou à exclusão social dessas pessoas, numa sociedade dita normal. A palavra “exclusão” remete à postura central da

assistência psiquiátrica brasileira, desde o seu início até os dias atuais. Entendendo-se assim como um valor social negativo, que reflete nos sentimentos das moradoras, como mostra o depoimento a seguir.

Eu sinto só... me sinto só ... abandono ... de abandono assim social sabe? ... ninguém vem me ver ... aí fico triste no canto, ninguém quer conversar comigo só Jade que conversa comigo, ela que está aqui sentada, Ágata é muito isolada, não gosta de conversar não, ninguém... ninguém vem me ver [...] (Água marinha).

De acordo com Maffesoli, o individualismo é substituído pela necessidade de se identificar com o grupo, chamando-se uma comunidade emocional condicionada ao sentimento de atores sociais propensos a mudanças efêmeras, como o ocorrido após duas semanas de convivência da pesquisadora com as moradoras na RT, criando-se um vínculo e transformando-se os sentimentos destas em relação àquela por meio da aceitação.

Percebeu-se a existência de uma responsabilidade no cotidiano reconstruído de maneira subjetiva, devido à realização rotineira de atividades diárias, até mesmo as saídas da RT com independência, o que de fato é um grande avanço. No entanto, observa-se ainda dificuldade na superação das práticas de cuidado normatizadoras realizadas por parte dos profissionais da saúde, na efetivação da inserção social na sociedade, que ainda as exclui ou é indiferente à presença delas.

Portanto, se destaca a importância do papel das equipes multiprofissionais de saúde mental no desenvolvimento de práticas na comunidade voltadas para o esclarecimento da população por meio de ações de sensibilização para a desconstrução do estigma da “loucura”, envolto pela ideia de periculosidade, incapacidade e necessidade de reclusão, podendo ser visitas a uma RT, fazendo festas temáticas junto com a comunidade, que os moradores participem de eventos dentro da comunidade, entre outros. É fundamental a desconstrução de estigmas e a aceitação da diferença.

Para uma das moradoras, por exemplo, sua casa fica numa fazenda, onde ela provavelmente nasceu e cresceu, essa é sua referência de moradia. Ela mostra em várias circunstâncias que gosta da RT, mas ainda não a habita, não a reconhece como sua moradia (nem se sabe se um dia isso irá acontecer). Por isso ela é sempre vigiada, “se deixar o portão aberto, ela foge”. Lancetti (2010, p. 4) foi um dos poucos autores que discutiu a questão da “fuga” no que diz respeito aos pacientes psiquiátricos. “Quando as RT emergiram, as cenas sórdidas pararam de acontecer”, é nesse sentido que, poucas pessoas tornaram a ser internados e alguns evadiram a RT, onde essas fugas parecem ser elementos fundamentais para esse

modo de habitar, porque trata-se de RT onde se é possível sair, estas casas tem pontos de fuga que não pode ser desprezada no momento do cuidado.

Segundo KODA (2002, p. 183) refere que:

A porta era vista como um símbolo daquilo que se quer negar, da violência do manicômio, da segregação e exclusão do doente mental, sinônimo do Hospital Psiquiátrico. Seu sentido cristalizava-se naquilo que fecha, que isola, ela não era passagem ou proteção, mas sim aquilo que reiterava uma posição manicomial

Assim como o autor refere essa porta tenta ser substituída pelo vínculo com a equipe que devem estar junto a essa pessoa em risco de fuga, para estar sempre acompanhado.

A RT é uma casa, com possibilidade de ir e vir de quem lá vive, mas, ao mesmo tempo, tendo em vista a dimensão do cuidado, os profissionais de saúde têm responsabilidade em relação aos moradores, o que faz com que se preocupem com o controle da circulação na casa, de quem entra e sai. Nesse contexto, emerge a linha tênue entre cuidar e tutelar. Cuidar é criar possibilidades, abrir caminhos para a criação do novo; tutelar é impedir essa criação sob a máscara de cuidado.

As cenas e a imersão mostram que a liberdade é terapêutica, pois se sabe que, por serem consideradas loucas, perderam o que o homem tem de mais precioso: a liberdade, o direito de ir e vir e fazer escolhas. Dessa forma, torna-se incrível poder reconstruir histórias de vida que estavam pausadas dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos, criando um novo lugar e uma nova sociabilidade, ou, nas palavras de Esmeralda, integrando-se a uma “Família que gosta de fazer terapia”.

Uei assim fazendo terapia... assim com os doentes já dei banho ontem ...todo dia ocupo o dia um pouquinho, eu que dá banho o todo dia... já dei banho hoje ... Eu dou banho nelas eu cuido ... de manhã acordo uma roupinha já dei banho nela ...a Safira?... Olha ela limpinha! Limpinha, cuido, cuido dos doentes somos uma família que gosta de fazer terapia (Esmeralda).

As RTs capacitam as moradoras no processo de responsabilização por sua própria vida, e não há uma instituição que invista mais nesse sentido. Há serviços, pessoas e instrumentos que agora auxiliam essas pessoas nas suas decisões e na participação nos espaços sociais, inclusive na casa. Espaço este que está em constante construção através do cotidiano coletivo e singular dos moradores. Essa experiência mostra que, mesmo sendo “a casa deles”, a RT poderá nunca ser um lar para algumas, com um valor social ainda ineficaz na tentativa de desconstruir estigmas e transformar o modo como as diferenças são concebidas socialmente.

Assim mesmo segundo Maffesoli (2010b, p.96), nos traz dos termos de “familiarismo” que caracterizaria este tipo de relações estabelecidas entre moradoras de esta RT e “tribos” que proliferam na vida cotidiana de estas pessoas, encontrando possivelmente a tribo dos funcionários, técnicos de Enfermagem e as moradoras. Nesse sentido estabelece-se a lógica do doméstico, enfatizando a existência de relações mais amplas, de uma moral universal aplicável em todos os lugares e em todos os tempos, longe de ser uma estrutura simples ou primitiva é considerada complexa (MAFFESOLI, 2010b).

Assim mesmo, uma imagem projetada de modo metafórico, de G. Simmel relata que: “A porta é o que define, o que cerca, o que determina um território, mas ela só tem existência em relação a uma ponte, que liga esse mesmo território ao exterior” (G. SIMMEL Apud MAFFESOLI, 2010b, p. 100). É assim que o insignificante da vida cotidiana não deixa de fortalecer importantes relações significativas entre as pessoas da RT como as do exterior a esta, integrando-se em redes que marcam esse espírito pós-moderno, formada de relações abertas e emocionais. É a partir do termo casa que se explica o processo de civilização, em torno a qual se articula a vida social, onde é essencial “construir a casa do homem” esse símbolo tem uma função de enraizamento que faz de todos nós “homens da terra”, sendo a imagem de casa o mundo civilizado no seu todo (MAFFESOLI, 2010b)

É assim que: “não é mais só a casa que se constrói, o mundo que se ordena, o homem e a sociedade que se perfazem, mas o macrocosmo que tornamos humano” (MAFFESOLI, 2010b, p. 105).

4.2 A SEXUALIDADE NAS CENAS DE EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS

“Nós teremos uma sociedade de perigos, de um lado, aqueles que estão em perigo, e do outro, aqueles que são perigosos (...) A sexualidade se tornará uma ameaça em todas as relações sociais, em todas as relações entre membros de diferentes faixas etárias, em todas as relações entre indivíduos. E a sexualidade não será mais um tipo de comportamento marcado por proibições precisas, mas um tipo de perigo pairante, um tipo de fantasma onipresente, um fantasma que se apresentará entre homens e mulheres, crianças e adultos, e possivelmente entre os próprios adultos”.

(Michel Foucault).

Os sentimentos expressos nesta categoria evidenciam que, na atualidade, para a população em geral e, em particular, para pessoas com transtorno mental, os temas

reprodução e sexualidade se entendem como preocupações agudas, considerando a medicalização, o impacto da discriminação e do estigma relativos à orientação sexual e às relações de gênero, como homofobia, machismo, preconceito, incluindo a pobreza e o racismo (BARBOSA, *et al.*, 2015; PAIVA, 2008; WAINBERG *et al.*, 2016). Assim mesmo se apresenta um campo que é importante a ser discutida, por estar presente no cotidiano das moradoras desta RT,

Giugliano (2004) e Pinto *et al.* (2007) afirmaram que conceitos de sexualidade assumem diferentes significados ao longo do tempo e apresentam problemas quanto ao diagnóstico das pessoas ditas “desviantes” em relação à conduta sexual; estas vivências sexuais são apenas tratadas como outro sintoma. Embora se saiba que a sexualidade tem sérias implicações na área de Saúde Mental, são poucos os estudos encontrados em relação ao tema.

Segundo Foucault (1984, p. 208), “a sexualidade é um comutador que nenhum sistema moderno de poder pode dispensar [...]. Ela não é aquilo que o poder tem medo, mas aquilo que se usa para seu exercício”. As proibições não são formas essenciais do poder, são apenas seus limites, as formas frustradas e as relações de poder são, antes de tudo, produtivas. O foco principal do autor são os efeitos do poder e a produção de "verdade".

A seguir, mostra-se um relato de sentimentos sobre sua sexualidade:

Aqui ... me elogiou... Falou que tenho orelhas bonitas ... me elogiou... O moço de ali do Caps ... é um paciente... conversei que sou amiga com você ... Ele toma remédio... paciente ... tem filho (Ágata).

Salienta-se que o relacionamento social é muito complexo, aprende-se a viver tanto o gênero quanto a sexualidade na própria cultura, seja por meio da mídia, igreja, ciência, leis e também, contemporaneamente, através de discursos de movimentos sociais ou dispositivos tecnológicos. Enfim, as muitas formas de experimentar prazeres, desejos, de dar afeto e de recebê-lo, amar e ser amado são ensinadas em cada cultura e diferem-se de uma geração para outra, sendo que o único modo de lidar com essa contemporaneidade é não se recusar a vivê-la (LOURO, 2008).

Então, de acordo com o diário de campo, pode-se considerar o que Ágata chamou de “elogio” como uma fala pejorativa, uma vez que ela possuía perfurações maiores nas orelhas do que as comumente feitas para se usar brincos, devido ao fato, narrado por ela, de que, no passado, sua ex-patroa arrancou-lhe os brincos das orelhas, o que causou em Ágata esse problema estético. Outra interpretação seria mesmo a que Ágata tomou para si, o rapaz

realmente se interessou por ela e viu beleza onde muitos veem defeito. O importante é que ela se sentiu feliz, valorizada como mulher.

Perry e Wright (2006), em um estudo que objetivou comparar a sexualidade de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais com a população em geral, reportaram dados que sugerem que essas pessoas estariam mais propensas a relacionamentos amorosos simultâneos e a ter relações sexuais mais cedo com mais parceiros, o que aumentaria o risco de exposição às infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Isso explicaria o comportamento de Jade que segundo Gejer (2006) o deficiente mental, como qualquer outra pessoa, tem necessidade de expressar seus sentimentos de maneira particular e intransferível.

No que tange a isso, nas observações registradas no diário de campo, podem-se citar duas ocorrências: Jade beijou a boca de Safira, e esta saiu rindo. A pesquisadora perguntou por que ela fez aquilo, ao que Jade respondeu com outra pergunta: “... eu gosto... você não é homem não?” E, em seguida, tentou tatear o corpo da pesquisadora para saber se ela era homem ou mulher. A segunda cena foi narrada por Cornalina, que afirmou que, no dia anterior: Jade e Safira estavam se beijando o tempo todo, e os vizinhos reclamaram da conduta das duas.

Cabe ressaltar que a manutenção de um relacionamento íntimo tem sido considerada uma dimensão fundamental para a promoção do bem-estar (LAURENCEAU *et al.*, 2004) e a intimidade, um ingrediente valioso para o desenvolvimento de relações mais satisfatórias e com qualidade de pessoas mais velhas na tentativa de desconstruir muitos estereótipos (GOTTMAN *et al.*, 2006). Pode-se observar um exemplo de tais estereótipos na fala de Esmeralda, quando indagada se ela gostaria de beijar ou “ficar” com algum homem, ao que ela respondeu: “Eu sou velhinha... não tô para isso não... eu gosto de cuidar delas [das outras moradoras]”, barreiras como a idade cronológica e seu ímpeto de prestar cuidado.

Além disso, pode ser que, segundo a Teoria da Seletividade Socioemocional, ela tenha se tornado mais seletiva na escolha de parceiros sociais, valorizando as relações que são emocionalmente mais significativas, numa tentativa de otimizar os seus recursos físicos e emocionais. Assim, à medida que se envelhece, investe-se mais na qualidade e na intensidade das relações, do que propriamente na quantidade (CARSTENSEN *et al.*, 1999). Ela não conseguiu desenvolver esse lado, ficou restrita a casa e sem sair, sem se permitir ter um relacionamento com o sexo masculino, morando com mulheres, dando a entender que queria cuidar delas. Talvez isso se justifique pelo fato de, no passado, ela não ter conseguido cuidar de sua filha e ainda carrega esse sentimento muito profundo e enraizado.

Por outro lado, pode-se perceber a influência da religião muito fortemente enraizada nos comportamentos das pessoas. Sabe-se que a religião liga a sexualidade à normatização, repressão e culpa (NICOLINO, 2012) e as igrejas têm um papel regulador e não esclarecedor. Muitas religiões são contrárias ao sexo antes do casamento, condenam o adultério, o aborto e o homossexualismo (NOLETO, 2016).

A sexualidade dessas pessoas nunca foi levada em conta, nem considerada importante. Enfatiza-se a negação de sentimentos e emoções que possam surgir de um relacionamento, e a sexualidade delas é vista como um sintoma de seu transtorno mental (CARNEIRO *et al.*, 2004). Alexandrita reprovou o comportamento de Rubi, que chamou um homem de “gostoso”. Repreendeu a atitude dizendo “... aqui não é casa de piranha não, ela que está acostumada a andar com homem de rua ... vai pra rua mesmo, que isso?”

Compreende-se na fala de Alexandrita um pré-julgamento em relação à atitude de Rubi, o que pode representar uma possível inveja. Também esse discurso repercute a cultura do machismo, impregnada em nossa sociedade, em que se considera normal que um homem chame uma mulher na rua de “gostosa”, o que é considerado uma evidência de sua masculinidade, mas nunca o inverso. A mulher que toma uma atitude dessa é vista com maus olhos pela sociedade, podendo ser tida como uma prostituta (KOENIG, 2012).

No início da humanidade a figura de Eva, como na mitologia, com a figura de Afrodite, o corpo da mulher e sua sexualidade teriam sido criadas a partir da costela do homem e a segunda de um pênis castrado de um deus; também acreditavam nos testículos femininos agora chamado de ovários, tais pensamentos foram conhecidos até o século VXII. Já no século XIX, acreditava-se que a histeria era uma doença própria da mulher, sendo tratada no século XX por meio de diversas cirurgias. Muito depois, se avançou no campo da sexologia e, com o surgimento de movimentos femininos, a mulher passou a ser considerada agente de sujeito de prazer sexual (AMORIM, 2005).

É nesse contexto de tabus e desinformação que o prazer feminino se torna problemático, aparecendo o orgasmo como indicador de bem-estar. Se, por um lado, a medicalização da sexualidade fez com que o prazer feminino fosse um tópico de pesquisa científica, por outro, não foi capaz de tornar o prazer sexual algo além de uma função secundária ao prazer sexual masculino (AMORIM, 2005).

Detomini *et al.* (2016) apontam a discriminação e o despreparo dos profissionais de saúde face à sexualidade da população com demanda psíquica. Ressaltam que essas pessoas têm condições e direitos de viver plenamente sua sexualidade, embora considerem que há um significativo caminho a ser percorrido na busca de uma atenção satisfatória voltada à

temática, tendo em vista que a questão sexual dessas pessoas é vista como proveniente da “própria loucura”, e, por isso, considera-se, de modo geral, que deva ser reprimida. Nesse sentido, os autores apontam a necessidade de capacitação desses profissionais, considerando os direitos humanos e a integralidade como princípios do cuidado em Saúde Mental (DETOMINI *et.al.*, 2016).

Podem-se perceber na fala de Cornalina críticas a atitudes de outras moradoras no que tange à sexualidade: “[...] 11h40 da noite, bebendo com o namorado... eles brigaram, ela volta alterada, querendo bater em alguém [...] a Alexandrita também tem a mulher dela [...] ontem viram ela saindo da casa dela abraçadinhas”. A fala de Cornalina põe em evidência questões como a infidelidade, o estigma e a orientação sexual distinta do que é designado como “normal” na sociedade atual.

No entanto, a ciência Médica tem o poder para classificar e diagnosticar os corpos normais e anormais, bem como os modos de subjetivação que caracterizam casos de transtornos mentais associados à conduta sexual, construindo um padrão de normatividade à base de discursos hegemônicos. Desse modo, o sujeito transexual e a pessoa que nasce com uma genitália diferente do padrão normativo estabelecido pela Ciência Médica são classificados(as) como transtornados(as) ou como pessoas que possuem uma sexualidade ambígua (PAIVA; QUEIROZ, 2018).

Apresenta-se a seguir um relato de violência sexual: um dano que perdura por toda a vida, com impactos negativos nas suas diversas esferas, como baixa autoestima.

Uns 16 era que eu namorava ele, eu ia na casa dele, transava com ele, abri a vagina para estar com ele, quase engravidei dele [...] eu abortei em 2007 ou 2008 mais ou menos assim. Aí eu fugia de casa, eu tomava remédio com meu pai lá em São Marcos aí que a especialista mandou comprar absorvente, a moça falou assim comigo a ginecologista (Água Marinha).

No Brasil, são escassos os estudos sobre as repercussões do aborto na saúde mental. Os que foram localizados analisam a reação das mulheres logo após a realização da interrupção ou em períodos próximos. De forma convergente, registram relatos ambíguos das mulheres, conjugando sentimentos de mal-estar físico ou emocional com alívio e bem-estar (COSTA, 1995, REARDON, 2018).

No caso de Água Marinha, esta teve apoio de seu pai, mas as repercussões psíquicas do aborto constituem aspecto polêmico na literatura internacional, já que sua prática é crime, como no Brasil, mas a repercussão psíquica merece especial atenção. Em outros países, não há evidências de efeitos importantes do aborto sobre a saúde mental do ponto de vista populacional. Para muitas mulheres, o longo percurso até a obtenção dos meios para abortar, a

falta de atenção humanizada nos serviços de saúde, a divulgação da prisão de pacientes quando ainda internadas tornam dramáticas suas vivências, merecendo estudos que enfoquem a violência institucional e suas repercussões sobre a saúde dessas mulheres (COHEN, 2006, REARDON, 2018). Água Marinha relata uma história de abuso sexual.

O homem chupou meu peito, meus peitos todinho lá na Ana Nery, falou Martinha vem cá quero te namorar, vem cá chupo assim, vou falar que esse homem é um homem velho de cabelo grisalho, que tem orelha assim sabe aí ele chupou meu peito, me abusou sexualmente, comigo eu fiz exame lá do corpo do delito, aqui ninguém me maltrata sexualmente... sentia ruim sabe, sentia como se fosse meu pai que houvesse chupado sabe? Chupando meus peitos... pela aparência corporal, sabe foi ali na funerária, ali tem um quarto pequeno, ali foi chupando meu peito, eu senti o toque dele apertando meu peito assim sabe (Água Marinha).

Ao ser indagada pela pesquisadora sobre porque tinha mencionado seu pai, ela respondeu que o pai dela nunca tinha feito nada disso com ela, era mesmo pelo cabelo grisalho. Esber (2005, p. 75) destaca que:

Para uma instância abusadora, existe uma instância abusada e uma instância contextual reforçadora do abuso. Desta última, participamos todos, que reforçamos a manutenção da violência sexual com nossos mitos e tabus – mesmo que de forma inconsciente.

Há anos, as mulheres estão em constante luta por igualdade de direitos. No Renascimento, no século XVIII, foi onde começou a se considerar a existência de ambos os sexos biologicamente diferentes, que, no ambiente igualitário da Revolução Francesa, deu-se uma reviravolta no modo de pensar a existência de homens e mulheres com os movimentos de liberdade, igualdade e fraternidade, desfazendo a concepção da mulher como ser inferior. Esta ganhou corporeidade própria e graças a esses movimentos, conquistou espaços em 1948, com a Declaração dos Direitos Humanos. No Brasil, isso só ocorreu após a promulgação da Constituição de 1988, chamada constituição cidadã, já que o papel da mulher, antes disso, era de submissão, com o envolvimento em atividades domésticas, cumprindo com o dever de reprodução, dogma defendido pela Igreja Católica (MATAR, 2008).

Na Conferência da Mulher realizada em Beijing, ressaltou-se que:

Os Direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas a sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências (apud, MATAR,2008).

Nesse sentido, permanece o prazer como um fim em si mesmo oculto do discurso das Conferências Internacionais da ONU. Parece ainda distante a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos em acordos internacionais (MATAR,2008).

A OMS (2002) define violência sexual como:

qualquer ato sexual ou tentativa de ato sexual não desejados, comentários ou insinuações sexuais não desejadas, atos de tráfico ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por parte de qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer contexto. A violência sexual não está limitada à penetração da vulva, do ânus ou de outra parte do corpo com pênis ou outro objeto e inclui estupro, agressão, molestamento, assédio e incesto, sendo que as definições para esses atos específicos diferem entre países.

No ano 2018, no prestigiado periódico médico “The Lancet”, foi divulgado pelo Instituto Guttmacher, que as mulheres são as principais vítimas de violência dos direitos sexuais e reprodutivos em todo o mundo e, segundo Elizabeth Zuccala e Richard Horton, respectivamente editora sênior e editor-chefe da “The Lancet”, que:

O progresso não é inevitável, e alguns dos avanços feitos até agora não estão garantidos. De todo modo, mais de duas décadas depois da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD, na sigla em inglês, realizada em 1994 e na qual foram estabelecidos o conceito inicial de direitos reprodutivos e sexuais e sua ligação com os direitos humanos), temos uma constante: os corpos das mulheres continuam a ser o campo onde as batalhas ideológicas dessa questão são travadas, com resultados devastadores (ZUCCALA *et al.*, 2018).

Evidencia-se, assim, que numa sociedade patriarcal, os direitos sexuais e reprodutivos são uma conquista recente, como se mostra na declaração do dia primeiro de abril de 2019:

declaração Política que reafirma o apoio ao Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que estabeleceu que a saúde reprodutiva, os direitos individuais e o empoderamento das mulheres são cruciais para atingir o desenvolvimento sustentável (ONU BRASIL, 2019).

Esta representa um marco histórico em direitos humanos, saúde reprodutiva e autonomia. Mas sabe-se que, apesar dos avanços, alguns danos perduram por toda a vida, com impactos negativos, como perda do prazer nas relações sexuais, baixa autoestima, uso de drogas e álcool, entre outros, o que também é apontado em outros estudos (REARDON, 2018). Água Marinha declara que:

Eu sinto, minha vagina sente, falta de um homem para namorar, mas não tem, quisera visitar meus colegas de lá, mas não tenho dinheiro, por isso peço o número de celular.

Ao fazer essa declaração, ela se mostrou calma, talvez pelo fato de ter acontecido há muitos anos, mas esse fato marcou sua vida. A Teoria de Maslow (1974) enfatiza o amor como uma necessidade de algo a ser preenchido. Distinguindo entre dois tipos possíveis de amor: o primeiro, baseado nas necessidades de deficiência “necessidades D”, que seriam as biológicas, de segurança, de amor e pertença, e relativas à autoestima; o segundo, baseado nas necessidades relativas ao ser “necessidades S”, quais sejam, as intelectuais, estéticas, de autorrealização. O “amor D” é autocentrado, egoísta, fragmentado. O “amor S” é altruísta, não possessivo, mais admirador, proporciona maior prazer e resulta na aceitação do próprio eu (MASLOW, 1974).

Por outro lado, Foucault (1999, p. 67) refere que:

O prazer sexual como substância ética continua sendo a ordem da força, da força com a qual se deve lutar e sobre a qual o sujeito deve assegurar sua dominação. No entanto, cada vez mais a ênfase é colocada na fraqueza do indivíduo, na fragilidade, na necessidade de fugir, de escapar da proteção e de permanecer seguro. A moral sexual exige tanto e sempre que o indivíduo se submeta a uma determinada arte de viver que define os critérios éticos e estéticos da existência, mas esta arte se refere cada vez mais aos princípios universais da natureza ou da razão aos quais todos devem dobrar da mesma maneira, qualquer que seja seu status. Em relação à definição de trabalho a ser feito em si mesmo: através de exercícios de abstinência e de controle que constituem, o lugar atribuído ao conhecimento, o “eu” torna-se mais importante: a tarefa de se colocar à prova. Examinar a si mesmo, controlar-se em uma série de exercícios bem definidos coloca a questão da aversão à verdade sobre o que se é daquilo que se faz e do que se pode fazer no centro da constituição do sujeito moral, definido pela soberania do indivíduo sobre si mesmo, mas esta soberania é estendida a uma experiência de domínio de “um goce” sem desejo e sem constrangimento. Estando longe de vivenciar um prazer sexual, em que estes estavam associados com o mal em que o comportamento deve se submeter à forma universal da lei e em que a decifração do desejo será uma condição indispensável para o acesso a uma existência purificada.

A violência sexual contra mulheres, considerada moral e eticamente uma situação absurda e vergonhosa, tem sido entendida como decorrente das normas hierárquicas de gênero, que levam os homens a se acharem no direito de controlar e usar o corpo feminino, configurando uma situação de abuso de poder (MARCIONI, 2002). Nesse sentido, populações mais pobres, com menor escolaridade, desamparadas e pessoas com Transtorno Mental são as maiores vítimas.

Segundo Maffesoli (2010b, p. 107; 72), “os prazeres da vida, comer, beber, tagarelar, amar, discutir, passam logo, é dizer esquecemo-nos sempre de leva-las em conta, mas constituem queiramos ou não o elemento base da construção social da realidade”. É assim que

“o corpo e todo o relacionado com ele é negado ou relegado à esfera da vida privada, porque ele pode ser imprevisível, caótico e nunca completamente dominável, por causa talvez da impureza é sempre tachado e pouco discutido, onde só existe o que se deixa ver ou viver pelos sentidos”, fazendo-se necessária mais estudos que estejam focados a uma compreensão crítica da sexualidade dos moradores em uma RT, dando importância ao sensível.

4.3 AS CENAS DA “DES”-INSTITUCIONALIZAÇÃO

“Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros (...) Trata-se de um outro modo de estar na vida e, como tal, de produzir práticas em saúde. Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos tornam subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidades”
(Alex R. Alverga; Magda D. B. Dimenstein).

Esta categoria aborda os efeitos da “des”institucionalização, pois muitos dos cuidadores que trabalham na atualidade vem da realidade do hospital psiquiátrico, e, assim como para eles, essa mudança também é difícil para as moradoras. Custa-lhes desenraizar-se de uma vivência cheia de limitações e, porque não mencionar, algum tipo de violência, física, moral ou mental. Bachelard (2008, p. 25) refere que “todo espaço realmente habitado traz a essência da noção de casa e a casa é o nosso canto do mundo, o nosso primeiro universo”.

Segundo Erving Goffman (1961, p. 8; p.16):

[...] Qualquer grupo de pessoas; prisioneiros, primitivos, pilotos ou pacientes; desenvolve uma vida própria que se torna significativa, razoável e normal desde que você se aproxime dela, e que uma forma de conhecer qualquer desses mundos é submeter-se à companhia de seus participantes, de acordo com as pequenas conjunturas a que estão sujeitos.[...] e que quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais fechadas do que outras, seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico, por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de **instituições totais** (apud, BENELLI, 2004).

Portanto, o processo de desinstitucionalização tem como objetivo inserir a pessoa afetada de algum tipo de transtorno mental na sociedade, tentando compreender a essa pessoa em sofrimento psíquico, trazendo a família em ação conjunta com as Políticas Públicas de

Saúde no que diz respeito ao cuidado e à assistência, transpondo as barreiras que culturalmente impõem a hospitalização e conseqüentemente a exclusão.

A desinstitucionalização é um processo árduo que exige, sim, a destruição das clausuras, dos desejos de manicômio e das sanhas de lucro com o sofrimento alheio. Desinstitucionalizar é reintegrar pessoas que, por violência histórica, passaram a morar nos manicômios longos anos da sua vida, mas é também impedir reinternações repetidas. Desinstitucionalizar é, sobretudo e ainda, acabar com espaços que estimulem e favoreçam a institucionalização (ABRASCO,2019). Portanto, a criação das Residências Terapêuticas dá suporte interdisciplinar, devendo considerar a singularidade de cada morador, e não apenas os projetos e ações baseados no coletivo (BRASIL, 2004a).

Desse modo, as cenas que se apresentam focam o abuso de poder por parte dos cuidadores, representado por maus-tratos físicos e também por palavras, principalmente pela forma como são ditas, que ficam no inconsciente, condicionando a pessoa a fazer as coisas por medo de uma reprimenda, resultando na possível perda de decisão pessoal que parece ter sido ritualizada. Segundo Goffman, em hospitais para doentes mentais, alguns auxiliares obrigavam um paciente que desejava um cigarro a dizer “por favor” ou a saltar para consegui-lo, apresentando uma renúncia a sua vontade (GOFFMAN, 1961, p. 46), como mostra o depoimento a seguir:

Eu ajudo aqui limpar os copos, copinhos... não mandando como aquela vez que você saiu, quando você foi embora a cuidadora falou, Água Marinha! vem cá lavar os copos senão você não vai ver televisão... não assim gritando sabe! assim não gostei não, quando você chega acalma ela (Água Marinha).

Nesse ambiente, apresenta-se o prêmio ou privilégio claramente definido obtido em troca de obediência, em ação e espírito, à equipe dirigente, compreendendo a “fantasia de libertação”. Apresenta-se o poder como uma relação dinâmica de estratégias sempre atuantes (GOFFMAN, 1961). Por outro lado, Foucault (1999, p.118) mencionou que “a disciplina implica não somente obediência a um superior, se não que tinha como objetivo principal o aumento do autodomínio”.

É possível que a expressão usada por Água Marinha, “acalmar ela”, signifique que a cuidadora experimenta um sentimento de vergonha inconsciente por essa atitude, algo que ainda precisa ser trabalhado. A cuidadora frequentava reuniões de capacitação, ela buscava melhorar aquele “cuidado”. De igual modo, a liberação vai acontecer quando a pessoa com

transtorno mental aprenda a manejar os fios no mundo interno, conseguindo privilégios, que talvez dolorosamente serão descobertos.

Foucault (1984, p.10) refere que a “verdade” está circularmente ligada a sistemas de poder, que a reproduzem, apoiam e a efeitos de poder que ela induz:

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "Política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

Utilizando uma analogia, sabe-se que as ideias de Pinel caminham junto com o processo de Desinstitucionalização na medida em que ele “quebrou as correntes”, ele aprisionou os doentes mentais em sintomatologias concomitantemente aos tratamentos medicamentosos; por outro lado, a busca por “des”institucionalizar os doentes mentais dos hospitais psiquiátricos, levando-os para RTs encontra outra barreira, que é a difícil mudança de pensamento e, por conseguinte, de ações, por parte dos cuidadores. Sendo assim, os doentes mentais ficariam presos a uma “pseudoliberalidade”, fazendo um “ciclo” vicioso no tempo.

Outro depoimento mostra sentimentos de opressão, medo e pavor, resultando na vontade de ir para longe da Residência Terapêutica, que é chamada de casa, por não ter conforto necessário, por experimentar a violência física. Assim mesmo, observou-se aquela cena na qual deixou as moradoras em um estado de tensão, medo e pavor.

Esse plantão ali é um inferno...me sinto oprimida, estou dentro da minha casa, mas eu tenho que sair de casa passar uma semana fora para não explodir aqui dentro, aqui não vou ter minha razão se aí eu voar ou eu bater ali vai ter que fazer como naquele dia que fez comigo, como esse homem fez... ali já foi embora (Alexandrita).

O depoimento de Alexandrita demonstra a reação da moradora de não ser mais controlada pela “equipe dirigente”. Ela sabe o que é ter poder. Ninguém podia entrar em seu quarto e ela deixou claro para a nova integrante da casa que detinha o poder sobre as demais moradoras. Ela, de algum modo, exercia esse poder. Também tinha uma pseudoliberalidade, podia sair da casa e chegar quando quisesse, mas tinha que anotar sua saída e chegada num caderno, avisando sempre aonde iria.

Sendo assim, a reestruturação do cuidado em saúde mental implica a convivência e interação social com as moradoras, ampliando as oportunidades destas para as relações sociais, uma vez que, no contexto da desinstitucionalização: “um dos principais objetivos é

umentar as possibilidades de existência do louco no tecido social” (NETO, 2017; ARGILES *et al.*, 2013, p. 205).

É importante saber que, nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado, o que Goffman (1961, p. 18; p. 23) define como “o grupo dos internados e uma pequena equipe de supervisão, em que geralmente, os internados vivem na instituição e têm contato restrito com o mundo existente fora de suas paredes”; “a equipe dirigente muitas vezes trabalha num sistema de oito horas por dia e está integrada no mundo externo”.

Cada grupo tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis, mantendo um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional, usando essa tensão persistente como uma força estratégica no controle de homens; o que se apresenta na seguinte cena:

Num certo dia, Alexandrita chegou muito nervosa, gritando e xingando o técnico de Enfermagem que estava de plantão. Cornalina disse que ouviu quando ela gritou: “Você vai me bater? Vem cá então, vem cá” e que, depois, viu Alexandrita deitada no chão com as mãos para trás e o funcionário em cima dela, segurando suas mãos com um pedaço de pau ao lado. Disse que Alexandrita suplicava por socorro! (Anotações do diário de campo).

Goffman (1961, p. 51) “descreve um terceiro elemento no sistema de privilégio ligado ao castigo definido como consequências de desobediência a regras”, o que se apreciou naquele dia ao observar provocações de ambas as partes, por meio de luta de poder, resultando naquela cena de confrontação.

É de grande importância discutir a Lei n.º 7.498 /86, que exige a presença de enfermeiro legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Enfermagem – COREN durante todo o horário de funcionamento das unidades de saúde, cabendo-lhe também exercer supervisão e orientação de técnicos e auxiliares. Assim mesmo no Art. 23, o pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, no Art. 12, 13 e 15 as atividades como executar ações de tratamento simples, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro (DE ENFERMAGEM, 1986).

Nesse sentido a presença do enfermeiro, de maneira permanente, em uma RT, se faz necessária para possibilitar um cuidado humanizado, é encarregado de supervisionar as atividades dos técnicos e auxiliares; é responsável pelos cuidados diretos a pacientes graves e

de maior complexidade técnica; tem conhecimento como tecnologias leves para ser aplicadas em RT. O cuidado é a essência da Enfermagem, portanto tem que caminhar junto com o técnico de Enfermagem e com os profissionais atuantes em uma RT.

Por outro lado, nos hospitais psiquiátricos, apresentaram-se processos em que o “EU” da pessoa foi mortificado por possíveis rebaixamentos, degradações, humilhações profanações no que relativamente foi padronizado. Analisar esse processo pode auxiliar as disposições que os estabelecimentos devem garantir com o fim de preservar o “EU” civil (GOFFMAN, 1961). Isso era o que Foucault (1999, p.120) chamava de abuso de poder.

Na fala seguinte, observou-se a desconfiança da moradora com respeito aos cuidadores da RT:

[...] essa mulher é um demônio, diante de gente trata bem mas detrás da gente [referia-se à cuidadora] Zapp e Zapp ai cuhechiando ai ... o grupo um grupo ali deles só deles ai ri ... tempo tudo riii....o Deus odeio que ria de mim... eu moro aqui, ela é empregada, veio para trabalhar, aqui não é cuidadora não aqui é empregada nada de cuidador... Aqui é tudo ah! ... a Cuidadora aqui pode confiar em nenhum, que é tudo um só ...tudo um grupo tudo um grupo em WhatsApp facebook tudo tudo grupo a confiar em nenhum[...] (Alexandrita).

De acordo com o diário de campo, Alexandrita se mostrava alterada no momento da fala, apresentando impotência, ao saber que as cuidadoras não cumpriam a função de “cuidar”. As cuidadoras devem exercer o papel de mediadoras de conflitos, evitando brigas entre as moradoras, porém a implicância e a desconfiança da moradora em relação às cuidadoras, por meio de atitudes inconvenientes, brincadeiras e provocações constantes, pode dificultar essa relação, porque são seres humanos relacionais. Fica evidente que a relação entre cuidador e morador se vê pautada na disciplina, ordem e obediência.

É provável que o sistema de privilégios tenha como consequência a obtenção de cooperação de pessoas que muitas vezes têm razão para não cooperar, o que gera a reflexão de institucionalizar ou desinstitucionalizar, pois, apesar de as moradoras terem certa liberdade numa RT, a ex-interna esquece grande parte do que era a vida na instituição, começando a aceitar como indiscutível os privilégios em torno dos quais se organizava a vida na instituição

Apresentam-se dois fatores, a desculturação, que, segundo Goffman (1961, p. 68), “é a impossibilidade de adquirir os hábitos atualmente exigidos pela sociedade mais ampla”, e o estigma, que “é quando a ex-interna adquiriu um baixo status proativo, tendo uma recepção fria no mundo mais amplo”.

Além disso, a moradora mencionou que a cuidadora cumpre a função de empregada e não de cuidadora, talvez porque não seja puramente essa a sua função, ela cumpre outras funções também, e sabe-se que cuidar é um processo simples, no entanto pode ser complexo.

Ressalta-se que o cuidado é para Enfermagem a essência de suas práticas e o objeto de estudo de suas teorias (WALDOW, 2008, apud MONTEIRO, 2016), apresenta-se como uma ciência humana dada a natureza de seu objeto central que é o cuidado, e, segundo Madeleine Leininger (1970):

A Enfermagem envolve habilidades e sensibilidade para administrar os aspectos técnicos e não técnicos da terapia do paciente, juntamente com uma judiciosa combinação de conhecimentos psicológicos, fisiológicos, culturais e sociológicos sobre o processo de cuidado e de tratamento.

De acordo com Jean Watson, há uma “dimensão sagrada no cuidado” relacionada ao “mistério de amor cósmico”, ancorada pela teoria nightingaleana, que é “colocar ao paciente nas melhores condições para que a saúde se faça presente”. É a união com a outra pessoa que consideramos o todo dessa pessoa e seu “estar no mundo”, na qual acontecem “transações intersubjetivas” onde a “dignidade humana e humanismo são preservados e a indignidade humana é suavizada na experiência saúde-doença” (WATSON, 1999, p. 58). É assim que coloco o papel do enfermeiro como destaque diante do pedido da moradora de querer o melhor atendimento possível, ser visível e não ignorada.

Segundo Maffesoli (2010b, p. 70): “no lugar da força bruta do sensível, ele impõe a força bruta do conceito, desde então exerce sua violência contra o sensível”, onde ser razoável significa “não confie em seus impulsos, não escute seu corpo, aprenda a se controlar e controlar sua própria sensibilidade” (SLOTERDIJK APUD MAFFESOLI 2010b, p. 70).

A aparência da RT pode não considerar a teatralidade do cotidiano e sim o vetor de conhecimento, é dizer o bom senso não se engana, quando vê no “estar bem em sua pele” o indicio talvez de um inegável desequilíbrio pelos fatos acontecidos num espaço que se cristalizou no tempo e no inconsciente dos moradores, profissionais e não profissionais dos antigos hospitais psiquiátricos ou manicômios e se reproduzem como pequenos mini hospícios de uma realidade ainda não resolvida (MAFFESOLI, 2010b).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, a loucura habitou o imaginário popular de diversas formas, mudando tanto a palavra quanto o significado da mesma ao longo da história, passou de divindade a algo nefasto. A história mostra como a loucura passa a ser revestida com caráter moral e institucionalizado. Com o fim de “curar”, optava-se por tratamentos médicos, experimentais e

sangrentos para os doentes mentais, desprovidos de razão, restringindo sua própria autonomia; “Homens normais” buscavam desesperadamente alguma explicação lógica e científica para esse mal, mostrando a crueldade expressa em manicômios e hospitais psiquiátricos, sem deixar de lado o modelo capitalista nos avanços do tratamento, que trouxe muita riqueza, tanto para a indústria farmacêutica, como para a médica.

Sendo assim, a obra de Foucault inspirou os movimentos de luta antimanicomial e antipsiquiatria, incluindo os usuários em sua batalha, transformando o atendimento público com a criação dos Raps, Caps, RTs e demais estratégias de desinstitucionalização. A Reforma Psiquiátrica foi um passo para buscar a cidadania das pessoas com alguma doença mental, ainda é complexa, carregada de muitos desafios e se encontra em desenvolvimento.

Portanto um dos espaços de reinserção social é a RT, criada para resgate da autonomia, ressignificação cotidiana e recuperação da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. Esse ambiente chamado casa, se encontra em constante construção através do cotidiano coletivo e singular das moradoras, apoderando-se da sua própria história, gerando como resultado um valor dentro da sociedade e, na busca da desestigmatização do termo “loucura”, encontra-se ainda uma sociedade que exclui ou é indiferente a essas pessoas.

É assim que, nesta pesquisa, antes de compreender o cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica, buscou-se estabelecer um vínculo. O termo vínculo, parece algo simples e rápido de se realizar, mas, com a vivência, foi sendo experienciado um cuidado longitudinal, com muita responsabilidade, porém complexo. Focou-se a importância de ser colocada no cotidiano da Enfermagem porque é assim que se pode chegar a descobrir a essência das pessoas, porque e como os acontecimentos ocorrem, para assim estabelecer um cuidado mais efetivo, com um olhar mais solidário. Assim mesmo, experimentou-se medo, receio, constrangimento, já que era novo para a pesquisadora, que vinha com uma formação biomédica, de outra cultura, além da dificuldade de expressar-se corretamente por um idioma tão complicado que é o português.

Desafios que foram se apresentando à pesquisadora, mas, com o passar do tempo, um a um foi sendo superado, mostrando proatividade, interesse, às vezes, deixando-se levar pela “corrente”. Sempre dando importância ao esse conhecimento adquirido no mestrado, às aulas que teve com o orientador, para assim entrar em seu “universo”, o que contribuiu para a sua formação, uma vez que saiu de sua zona de conforto “do espaço biomédico”, descobrindo as barreiras que a área da saúde mental enfrenta em nível mundial, tão relegada a segundo plano, apesar de ser tão essencial e transversal a todas as áreas da Enfermagem. Todo esse aprendizado permitiu à pesquisadora um olhar mais compreensivo e solidário.

Desse modo, apresenta-se uma síntese compreensiva da investigação. Sendo importante ressaltar que as participantes da pesquisa possuem um histórico de violações de direitos e de seu próprio cuidado integral, por serem provenientes de internamentos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, olhando-se, assim, sua singularidade.

Primeiramente, evidenciou-se um número reduzido de estudos sobre o cotidiano de moradores em uma RT, o que não permitiu ter uma construção de diálogo com a literatura. Destarte, sugere-se pesquisar mais profundamente em outros cenários de RT para confirmar, comparar e complementar, as subjetividades das pessoas em sofrimento psíquico, com o fim de propor soluções com respeito a políticas públicas e seu cuidado. As narrativas das moradoras estão permeadas de peculiaridades emergindo a partir das relações de seu próprio meio social, sendo possível verificar como essas pessoas reconstruíram sua identidade, uma vez que, provavelmente, encontraram o que Nietzsche descreve como uma família do coração. Faz-se necessário também conhecer a opinião dos familiares.

Na prática diária do profissional, este deve priorizar as tecnologias leves, prática fundamentada no acolhimento, diálogo, vínculo, corresponsabilidade, escuta ativa entre moradores e profissionais. Aconteça o que for, somos nós os responsáveis por aquilo que aconteceu e que deixamos que acontecesse. A mudança se encontra em cada um de nós para fazer um bom trabalho com as atuais RTs, parando de culpar o outro, eximindo-nos de responsabilidade, deixando de fugir das verdades, para que assim a realidade seja transformada. O mais importante da autorresponsabilização é criar meios de enfrentamento o mais rápido possível, perdoando-se ajustando as engrenagens para decisões mais bem-sucedidas.

Além disso, outra limitante foram os escassos estudos focados em pessoas com transtorno mental, que têm condições e direitos de viver plenamente sua sexualidade, tema que, de fato, tem um longo caminho para conseguir uma atenção satisfatória, a qual requer uma mudança de paradigmas, onde as ações dos profissionais sejam mais humanizadas. Percebe-se que as instituições, impregnadas do modelo biomédico e curativo, fizessem com que o humano passe para o biológico, afastando o trabalho da Enfermagem da visão humanista e holística do cuidado.

Apesar disso, tais fatos produzem reflexões que geram novas possibilidades de atuação na compreensão também da sua sexualidade. A população restringe o termo ao campo biológico, ignorando as percepções do corpo, do prazer, do desprazer, dos valores afetivos e da responsabilidade que se deve ter por si e pelos outros em todas as fases do ciclo de vida.

Isso foi expresso pelas moradoras por meio de seus atos e falas, aflorando a necessidade do ser humano.

Essa necessidade, no que tange às pessoas com transtornos mentais, é vista com preconceito, já que a sexualidade muitas vezes se vê ligada à beleza jovial e essas pessoas carregam estigma e preconceito social. Elas em seu cotidiano, enfrentam a dificuldade de se relacionar, a baixa autoestima, anseios e também medos. Não se pensa que essas pessoas queiram namorar, casar, ter um relacionamento afetivo de fato, apesar de este ser um direito delas, como de qualquer outra pessoa. Sabe-se que cada cultura tem seus traços peculiares, que são passados de geração em geração, diferindo de lugar para lugar, e essas pessoas têm uma única opção de lidar com tudo isso: não recusarem a viver aquilo que puderem viver, compreendendo que essa experiência faz parte da própria necessidade humana de amor e relacionamento.

Além disso, desmistificando aquele pensamento de que as pessoas de mais idade não têm direito de desfrutar de sua sexualidade, condição imposta talvez por norma social ou religiosa. Isso demonstra o que socioculturalmente se espera de uma mulher idosa, fraqueza, submissa, dependência e sensibilidade emotiva, e a maioria de fato se compreende assim por ter sido educada em um código de moral e ética sexual muito rígida. Desse modo, encontram-se lacunas no que se refere a esse desvelar da sua sexualidade, tanto da pessoa com alguma doença mental, quanto da própria família desde uma vivência cotidiana numa RT.

Destaca-se também a cultura do machismo instalada na sociedade desde o início da humanidade, considerando a mulher como problemática, descrevendo seu corpo desde o molde do sexo masculino, impregnada de tabus, desinformação. Vive-se uma pós-modernidade com sequelas modernistas e históricas, que devem ser ainda mais fortemente discutidas, tanto entre os profissionais de saúde, quanto com a sociedade, para que se possa alcançar um melhor atendimento e compreensão dessas questões.

Além disso, a violência sexual, que gera abortos ilegais, mal-estar físico e emocional, se vê refletida num déficit de compreensão, de atenção mais humana não só nos serviços de saúde, mas também na sociedade em geral. Isso requer estudos mais aprofundados, uma vez que os direitos sexuais e reprodutivos são conquistas recentes, e os danos provocados pelo desrespeito a eles são às vezes irreparáveis.

Por outro lado, o processo de desinstitucionalização tem como finalidade mudar as práticas instituídas do cuidar em direção a um processo mais humano com o apoio da sociedade e da família. É impossível desarticular a figura do enfermeiro como integrante

desse processo já que a base da profissão é o “cuidado”, para assim ressignificar ou reconstruir a autonomia destas pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

O olhar do enfermeiro deve se voltar, tanto para o doente mental, quanto para as pessoas com quem constrói suas relações, compreendendo uma totalidade. Fechar os olhos para isso é como criar uma pseudo(des)institucionalização. Há ainda muito que se avançar e a criação de Residências Terapêuticas são uma boa política, no entanto deveria ser aperfeiçoada para assim poder cumprir esse papel de ação terapêutica como o próprio nome indica.

De fato, vivemos numa sociedade que exclui as pessoas tidas como diferentes, loucos, moradores de rua, negros, *gays*, lésbicas, refugiados, travestis, transexuais, usuários de álcool e outras drogas, entre outros; as quais são estigmatizadas. Trata-se de um tipo de violência sutil, presente nos olhares, na compaixão das pessoas, no estresse do dia a dia nas cidades que possui códigos rígidos de sobrevivência. Essas pessoas já mencionadas requerem respeito para com sua existência singular. Atualmente vivemos ainda numa cultura narcisista, reverenciando o que espelha o outro, aquela racionalidade hegemônica, é aí quando se aprecia o abuso do poder, obediência, ordem, disciplina e como efeito a violência física.

De acordo com as falas das participantes e o vivenciado por elas é que se observou uma minireprodução da lógica das “instituições totais” dentro da RT, que deveria a *priori* produzir uma nova forma de ser e estar com a doença mental conforme o que preconiza a Raps, recomendando a importância de conhecer e reconhecer a RT como um espaço de prática na disciplina de Saúde Mental. Esta é transversal a todas as disciplinas que estão presentes na formação em Enfermagem de qualquer instituição de ensino superior, sendo relevante o conhecimento sobre comunicação, relacionamento terapêutico, a fim de preparar o estudante para ver o outro como pessoa, desmitificando medos e preconceitos para assegurar uma prática humanizada mais completa e consciente de cuidado em um ser complexo humano e singular.

Destarte, é necessário reestruturação do cuidado na Saúde Mental, relacionando a convivência e a interação social com a tentativa de desculturalizar esse “modos operandi” na instituição. A relação de cuidado na RT cenário de estudo se aproxima da atividade de assistência singular, em que há a preocupação com as necessidades do outro. De maneira profissional, combinam-se saberes clínicos, psicológicos e assistenciais para uma intervenção de qualidade nas práticas de cuidado realizadas pela Enfermagem. Poder-se-à afirmar que esse espaço chamado RT, provavelmente seria a “casa” em si das participantes do estudo, porque há humanização na atuação do profissional enfermeiro. Este deve assumir o papel de gerenciador, uma vez que essas pessoas dependem da atuação dele.

Os profissionais da Enfermagem precisam se reconhecer como pessoas que prestam cuidado. Como afirma Jean Watson, em seu livro da Enfermagem Pós-moderna e Futura, uma das soluções para melhorar o cuidado é construir, desconstruir e reconstruir o nosso Self, nosso Eu, e, nesse sentido, a imaginação e a criatividade geram uma nova ordem para transformar o cuidado, trazendo aquelas peças cortadas juntas, tornando-se no que está destinada a ser.

Esta pesquisa trouxe muitas reflexões, conectando o passado com o presente e se espera que, no futuro, a situação das pessoas que precisam de terapia e tratamento mental melhore, que o mundo seja liberto dos preconceitos, que haja compreensão e solidariedade.

Estudos como este, são um desafio, dada a complexidade de se compreender em profundidade o quanto os transtornos mentais podem interferir na capacidade cognitiva de seus portadores, bem como em sua capacidade de se relacionar e se defender. Isso ocasiona limitações, as quais ajudaram a compreender melhor aspectos complexos envolvidos em temas com o abordado nesta investigação que são considerados ainda como “tabus”, tanto para a população dita como “normal”, quanto para os doentes mentais.

Assim mesmo, além de divulgar este estudo cientificamente, objetivou-se apresentar resultados relevantes para a prática assistencial, comprometendo-se com o benefício de retorno social, otimizando assim o trabalho profissional enfermeiro no cotidiano terapêutico dos moradores de uma RT.

O cuidado é a essência da Enfermagem, devendo ser constituído por ações transpessoais subjetivas e intersubjetivas para assim poder proteger, melhorar e preservar a humanidade, ajudando o portador de transtornos mentais a encontrar um significado da sua “doença”, sofrimento, dor e existência, bem como a adquirir autocontrole, autoconhecimento e autocuidado.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, M. M. *et al.* Quality in qualitative organizational research: types of triangulation as a methodological alternative. **Rev. Administração: Ensino e Pesquisa**. v.19, n.1, p. 66-98, jan-abr. 2018.

ABRASCO, **Posicionamento do GT de Saúde Mental da ABRASCO Sobre A Nota Técnica Nº. 11/2019 Cgmad/Dapes/Sas/Ms.** Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais - L@GIR, 2019. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/lagir/2019/03/01/posicionamento-do-gt-de-saude-mental-da-abrasco-sobre-a-nota-tecnica-no-112019-cgmaddapessasms/>. Acesso em: 03 mar. 2019.

ALMEIDA F., QUEIRÓS, P., RODRIGUES, M. Reabilitação Psicossocial Em Moradias Assistidas No Brasil E Em Portugal. **Rev. Texto Contexto - Enferm**, v. 25, n. 1, 2016, p.1-9.

ALMEIDA JÚNIOR, JC. Arenas de produção de políticas públicas: a nova política nacional de saúde mental. **Rev Direito GV**, São Paulo, v. 9, n. 2, jul./dez. 2013, p. 659-680.

AMARANTE P. New subjects; new rights: The debate about the psychiatric in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n 3, 1995, p. 491-494.

_____, **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____, **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

_____, **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados.** São Paulo: Zagodoni, 2015.

_____, **Saúde mental e atenção psicossocial**, 4ed Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

AMORIM, A. M. **Da costela de Adão: o recalque e a negatização do feminino em nossa cultura e na psicanálise**, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/15669/1/Ana%20Maria%20Amorim%20de%20Faria%20s.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2019.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial. 2013.

ARBEX, D. Gedae assumirá gestão de 29 residências terapêuticas em Juiz de Fora, **Tribuna de Minas**, 2019. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/03-05-2018/gedae-assumira-gestao-de-29-residencias-terapeuticas-em-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 05 mai. 2018.

ARTAUD, A. **Escritos de um Louco.** In: Coletivo Sabotagem. O Alienista. São Paulo: Editora Ática, 2000. Disponível em: <http://www.sabotagem.cjb.net/ASSIS>. Acesso em: 20 dec. 2018.

ASSIS, M. **O Alienista.** Rio de Janeiro: Três livros e Fascículos, 1984.

AZEVEDO, C.; OLIVEIRA, L.; GONZALEZ, R.; ABDALLA, M. A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. In:

ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, IV, 2013. Brasília. **Anais[...]**. Brasília: ANPAD, 2013.

BACHELARD, G. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1989, p. 25.

BARBOSA, J. A. G.; SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 7, 2015, p. 2165-2172.

BARROS RB, J. S. Lares Abrigados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2001, p. 57-69.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005, p. 23-34.

BERNARDI, M; PRADO, M.; KEMPFER, S. **Delineando e articulando distintas fontes de dados**: o desafio da triangulação no processo de análise qualitativa CIAIQ, Florianópolis, v.1, 2015, p. 261-264.

BRASIL, Ministério da Saúde **Portaria Nº 1.220**, Brasília, de 7 de novembro de 2000.

_____, Ministério da Saúde (MS). **Legislação em saúde mental: 1990-2004**, ed 5. Brasília: MS; 2004a.

_____, Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 08 de set. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília/DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15anosCaracas.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a edição. Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2007.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012- Estabelecem Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 out. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 121**, de 25 de janeiro de 2012. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. Brasília, 2013, p. 176. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 09 out. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em Dados - 12**. Brasília, 2015, p. 48. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 20 fev. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

CAMARGO, C. L.; QUIRINO, M. D.; MORAIS, A. C. A etnografia nas pesquisas de enfermagem com ênfase no cuidado, **Cogitare enferm**, Bahía, v. 16, n. 3, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17807/16299>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CAMPOS, R.T.O; CAMPOS, G.W.S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**, In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, v. 1, 2006, p.669-88.

CAMPOS, G.; AMARAL, M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2019.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2012v9n2p101/23517>. Acesso em: 03 jul. 2019.

CÁRDENAS, A. R., *et al.* O Uso da Triangulação em Teses e Dissertações de Programas de Pós-Graduação em Administração no Brasil. **Rev. Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 1-22, 2018. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/16f7b6134d7c63761425821be48374ea/1?cbl=2034243&pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 04 mai. 2019.

CARNEIRO, F.O., *et al.* O sexo dos outros: percepção da enfermagem psiquiátrica sobre a vida sexual dos pacientes internados. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2004, p. 428-438. Disponível em: http://revista.enfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=984. Acesso em: 20 nov. 2018.

CARSTENSEN, L., ISAACOWITZ, D., CHARLES, S. **Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity**, *American psychologist*, v. 54, n. 3, 1999, p.165.

CENTRE D'ÉTUDES SUR L'ACTUEL ET QUOTIDIEN (CEAQ). **Michel Maffesoli: Curriculum vitae du.** França, 2018. Disponível em: <http://www.ceaq-sorbonne.org/node.php?id=91>. Acesso em: 24 out. 2018.

CEZAR, M. A.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134-151, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272017000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2018.

COHEN, S. A. **Abortion and mental health: myths and realities.** Guttmacher Policy Review, v. 9, 2006, p. 8-12. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/gpr/2006/08/abortion-and-mental-health-myths-and-realities>. Acesso em 22 dec. 2018.

COSTA, R. G. *et al.* A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 1995, p. 97-105. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 dec. 2018.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a **regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1986.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **Introduction:** The discipline and practice of qualitative research. The Sage Handbook of qualitative research. 4. ed. Thousand Oaks: Sage. Califórnia, 2005, p. 1-32.

DETOMINI, V. C.; RASERA, E. F.; PERES, R. S. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, 2016, p. 81-95. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2018.

ESBER, K. M. **Pessoas que Cometeram Violência Sexual:** Patologia Individual ou Questão Familiar? Monografia de Pós-graduação em Terapia de Famílias e Casais. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

FERREIRA, J. T. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Rev Saberes**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016. Disponível em: <https://facsapaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**, 2009a. Porto Alegre: Bookman; Artmed.

_____, **Introdução à pesquisa qualitativa**, 2009b. 3.ed. Porto Alegre: Bookman.

FOERSCHNER, A. M. **The History of Mental Illness:** From "Skull Drills" to "Happy Pills". Inquiries Journal, v. 2 n. 9, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder:** sobre a história da sexualidade, ed 4. Rio de Janeiro, Graal. cap. 16, p. 208, 1984

_____, **A História da Loucura na Idade Clássica**, 1997. São Paulo, Perspectiva.

_____, **História da sexualidade: O cuidado de si**, Ed. Graal, Vol. 3, 1999.

_____, **O nascimento da clínica**, Rio de Janeiro: Forense, 2003.

FREITAS, F. F. P.; AMARANTE, P. D. A importância de Hans Prinzhorn para a reforma psiquiátrica no Brasil, **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, n. 117, p. 503-517, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n117/503-517/pt/>. Acesso em: 4 mar. 2019.

FREITAS, R. F. A subversão pós-moderna e o diabólico Maffesoli: uma breve discussão sobre o mal como essência necessária à mídia contemporânea. **Rev. Famecos**. Porto Alegre, n. 26, abril, 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3309/2566>. Acesso em: 10 set. 2018.

GEJER, D. O adolescente com deficiência mental e sua sexualidade, **Jornal Desafio**, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.entreamigos.com.br/textos/sexualid/oadole.htm>. Acesso em: 03 jul. 2019.

GIUGLIANO, J. **A sociohistorical perspective of sexual health: the clinician's role**, journal of Sex & Marital Therapy, Inglaterra, v. 11, n. 1-2, p. 43-55, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/John_Giugliano/publication/239798783_A_Sociohistorical_Perspective_of_Sexual_Health_The_Clinician's_Role/links/54b01fe0cf28ebe92de46ce.pdf. Acesso em: 16 abr. 2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**, São Paulo. p. 314, 1961. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>. Acesso em: 10 dic. 2018.

GOLDBERG, D. **The Detection of Psychiatric illness by Questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness**. University Press, London: Oxford, 1972.

GOTTMAN, J. M.; GOTTMAN, J. S.; DECLAIRÉ, J. **10 Lessons to Transform your Marriage**, Three Rivers Press, New York, 2006.

GUATTARI F. **Caosmose. Um Novo Paradigma Estético**, ed. 34, São Paulo, 1992. Disponível em: https://monoskop.org/images/0/03/Guattari_Felix_Caosmose_Um_novo_paradigma_estetico.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma (re) visão. **Cien Saude Colet**, 2007. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-reforma-psiquiatica-no-brasil-uma-re-visao/1241?id=1241>. Acesso em: 03 jul. 2019.

JUNG, C. G. *et al.* **O homem e seus símbolos**, ed. 14, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 316, 1996.

KANTORSKI, L. *et al.* Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano num Serviço Residencial Terapêutico: um estudo de caso, **Rev. eletrônica enferm**, Caxias do Sul, v. 15, n.

1, p. 61-70, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/16128/0>. Acesso em: 20 out. 2018.

KLEIN, S. K. *et al.* Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1521-1530. ISSN 1413-8123, 2018 Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n5/1521-1530/pt>. Acesso em: 15 nov. 2018.

KODA, M. Y. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. 2002. **Tesis Doctoral**. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-17112002-120859/publico/Mirna1.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

KOENIG, H. G. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. L&PM, Porto Alegre, p. 54-67, 2012.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Rev. Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2018.

LANCETTI, A. Cuidado e território no trabalho Coletivo. **Cadernos de subjetividade**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica. Núcleo de Estudos e pesquisa da Subjetividade, p. 90-97, 2010.

LAURENCEAU, J. *et al.* **Intimacy as na interpersonal process: Current status and future directions**, Handbook of closeness and intimacy, New Jersey, p. 61-78, 2004.

LEITÃO, A. *et al.* Vidas Esquecidas: Reforma Psiquiátrica, Dignidade e Desinstitucionalização. **Revista Jurídica**, v. 53, n. 4, p. 255-274, 2018. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3218>. Acesso em: 02 nov. 2018.

LEININGER, M. Nursing and anthropology: Two worlds to blend. John Wiley & Sons, 1970.

LIPOVETSKY, G. **Metamorfoses da cultura liberal: ética, mídia e empresa**, Porto Alegre: Sulina, 2004.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-posições**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 17-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v19n2/a03v19n2>. Acesso em: 03 nov. 2018.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, p. 281-298. ISSN 1414-3283, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2018.

MACHADO, R; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**, Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987

_____, **Elogio da Razão Sensível**, tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck, ed. 4. Petrópolis: Vozes, p.305, 1998.

_____, **A parte do diabo**: resumo da subversão pós-moderna. Rio de Janeiro: Record, 2004

_____, **O conhecimento comum: introdução a sociologia compreensiva**, tradução de Aluizio R. Trinta, ed. Porto Alegre: Sulina. p. 261, 2010a.

_____, **No fundo das aparências**. ed. 4, 2010b. Vozes.

MANIFESTO de Bauru. In: CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2., Bauru. São Paulo, 1987. Disponível em: http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru. Acesso em: 02 set. 2018.

MARCIANI, J. **Reseña de la prostitución a través de la historia**, Perú: Cedro, 2002.

MARQUES, E.; TREVISAN, É. A reconstrução do Cotidiano na Residência Terapêutica sob o olhar da Reabilitação Psicossocial. **Revista Saúde Com**, Uberaba, v. 3, n. 10, p.232-244, 2014. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/308/247>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MASLOW, A. H. **The Farther reaches of human nature**, ed. 3, New York, Viking Press, 1973.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Rev. int. direitos human**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, June de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2019.

MELO, W. As Regiões de Fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre Saúde e Cultura. **Rev. Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 7, n. 2, p. 211-222, dez. 2012. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Melo,_Walter.doc. Acesso em: 31 out. 2018.

MINAYO, M. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 04 nov. de 2018.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, ed. 14. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, P.V., *et al.* Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **REME, Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 20, p. 957, 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29838&indexSearch=ID>. Acesso em: 13 mar. 2019.

NEMITZ, E. Manicômios nunca mais: a consolidação da Reforma Psiquiátrica e os rumos da saúde mental. 105. ed. **Rev. Contato**, Paraná, ano 18, maio-jun. 2016. Disponível em: <http://crppr.org.br/wpcontent/uploads/2018/05/105.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

NETO, P. M. R.; AVELLAR, L. Z.; TRISTÃO, K. G. Convivência social com Moradores de Residências Terapêuticas. **Rev. Psicologia & Sociedade**, Vitória, vol. 29, 2017. Disponível em: <http://submission.scielo.br/index.php/psoc/article/view/152335>. Acesso em: 25 nov. 2018.

NICOLINO, A. S. Primazia da beleza feminina e juventude empobrecida: notas de uma relação conflituosa. **Rev. Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 83-94, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000100007&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 out. 2018.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável**. Florianópolis: UFPel, 1996.

NÓBREGA, J. F. *et al.* A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 373-376, 2012.

NOLETO, R. Religião e sexualidade: dilemas contemporâneos brasileiros. **cadernos pagu**, São Paulo, n. 46, 2016, p. 471-479. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645923>. Acesso em: 30 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: Centro de Documentação OPAS/OMS, 2002.

PAIVA, G.; QUEIROZ, A. S. Discurso, Poder E Sexualidade Em Foucault. **Revista OFFLINE**, Fortaleza, n. 11, 2018. ISSN 2317-2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/dialectus/article/view/31003>. Acesso em 10 nov. 2018.

PAIVA, V. **A psicologia redescobrirá a sexualidade?** *Rev. Psicologia em Estudo*, São Paulo, v. 31 n.14, p. 641-651, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2871/287122111002/>. Acesso em 10 mar 2019.

PASÍN, Á. Una aproximación a la sociología de lo imaginario de Michel Maffesoli. **Sociológica México**, n. 53, p. 101-119, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/sugey/Downloads/371-724-1-SM.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

PEREIRA, A. O Quotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem, **Rev. Gaúcha enferm**, Bahía, v. 26, n. 3, p. 316-325, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/4762>. Acesso em: 10 out. 2018.

PERROT, M. A História feita de greves, excluídos e mulheres. In: *Tempo Social*; **Rev. Social**, USP, São Paulo, v. 8 n. 2 p. 191-200, 1996. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/ts/article/view/86432>. Acesso em: 14 mar. 2019.

PESSOA, F. Livro do Desassossego sd ed. 1982. Disponível em: <https://www.luso-livros.net/wp-content/uploads/2013/11/Livro-do-Desassossego-.pdf>.

PINTO, D. S., *et al.* Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2224-2233, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900030. Acesso em: 17 abr. 2019.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial**, ed. 4. HUACITEC Editora, p. 203, 2016.

PORTARIA, G. M. nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. **Diário Oficial da União**, v. 20, 2002. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **Rev. Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000401515&lng=e n&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2018.

REARDON, D. **A controvérsia sobre o aborto e a saúde mental: Uma revisão abrangente da literatura sobre acordos de base comum, desacordos, recomendações acionáveis e oportunidades de pesquisa**. SAGE medicamento aberto, vol. 6, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207970/>. Acesso em: 21 dec. 2018.

RIBEIRO, A. M. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Rev. Psicol. USP**, v. 16, n. 4, p. 33-56, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642005000300003>. Acesso em: 17 set. 2018.

RIBEIRO P.; AVELLAR, L. Concepções sobre a interação com Moradores de Residências Terapêuticas. **Rev. Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 162-170, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000100162&lng=e n&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2018.

RICHARDSON, L.; PIERRE, E. A. S. Writing: A Method of Inquiry, In: N. K. Denzin and Y. S. Lincoln. **The Sage Handbook of Qualitative Research**. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 2005. P. 516–529.

ROTELLI, F. **A Instituição Inventada**, In: Nicácio F. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, p. 89-99, 1990

SANTOS, K. W. A. A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos. **Cadernos IPUB**, v. 22, p. 163-178, 2006.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível**, ed. 2, Belo Horizonte: Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARTORI, L. **Reabilitação psicossocial e produção de sujeitos: etnografia em um Serviço Residencial Terapêutico**, Anais da VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia (ReACT), 2017. Disponível em: <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/2634/2374>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**, Trad. V. Ferreira. ed. 3. Lisboa:

Presença, 1970. Disponível em: http://stoa.usp.br/alexccarneiro/files/-1/4529/sartre_exitencialismo_humanismo.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____, "**Saint-Genet, comédien et martyr**". Oeuvres complètes de Jean Genet, t. I. Gallimard, 1952:644

SILVA, J. O imaginário é uma realidade. **Rev. Famecos**, Goiânia, v. 15, p. 74-82, 2001. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3123>. Acesso em: 13 jul. 2018.

VIDAL, C.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000100013>. Acesso em: 25 out. 2018.

VIEIRA, A. M., *et al.* **Saúde mental e desinstitucionalização manicomial: a concepção da família como participante desse processo**. TCC-Psicologia, 2018. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/91>. Acesso em: 21 dec. 2018.

WAINBERG, M. L., *et al.* **Mental illness sexual stigma: Implications for health and recovery**, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Epub 31 de março de 2016.

WALDOW, V.R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

WATSON, J., *et al.* Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. 2002.

YASUI, S; BARZAGHI, N. **História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, Convención Internacional "Cuba Salud", 2018. Disponível em: <http://convencionosalud2018.sld.cu/index.php/convencionosalud/2018/paper/viewFile/792/898>. Acesso em: 19 set. 2018.

ZAPPELLINI, M.; FEUERSCHÜTTE, G. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração, **Rev. Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 241-273, 2015. Disponível em: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/238>. Acesso em: 13 mar. 2019.

ZUCCALA, E.; HORTON, R. Abordar a agenda inacabada sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos na era dos ODS, **Rev. The Lancet**, London, v. 391, n. 10140, p. 2581-2583, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30890-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30890-0/fulltext). Acesso em: 29 abr. 2019.

APÊNDICE I



ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

“O cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica em Minas Gerais”

Pesquisadora: Yamileth Sugey Torres Paucar - Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

DATA: ___/___/ 201__

Roteiro para entrevista semiestruturada:

Iniciais: _____

Codinome escolhido: _____

Sexo: Feminino

Idade: _____

1-Como você se sente morando aqui?

2-Como é o seu dia-a-dia na casa?

ANEXO I



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS-CEP/UFJF
36036900 JUIZ DE FORA-MG-BRASIL
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu **Yamileth Sughey Torres Paucar** responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “**O Cotidiano das moradoras de uma Residência Terapêutica em Minas Gerais**”, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
 - b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
 - c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
 - d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
 - e) Que o pesquisador estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
 - f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
 - g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assinando este termo para salvaguardar seus direitos.
-

Yamileth Sugey Torres Paucar – Mestranda em Enfermagem da Universidade
Federal de Juiz de Fora.

Prof. Orientador Dr. Marcelo da Silva Alves

Juiz de Fora ____de _____de 20__.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos e legais desta pesquisa, você
poderá consultar:

CEP-Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP:36036-900 /Juiz de Fora - MG

Fone: (32)2102-3788

E-mail:cep.propesq@ufjf.edu.br

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA****COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS-CEP/UFJF****36036900 JUIZ DE FORA-MG-BRASIL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A senhora está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “**O COTIDIANO DAS MORADORAS DE UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA EM MINAS GERAIS**”. Nesta pesquisa pretendemos compreender sua visão de mundo, suas vivências, suas limitações, seus medos, seus sonhos e desejos do dia-a-dia como moradora de uma Residência Terapêutica. O motivo que nos leva a estudar o tema proposto é a necessidade de compreender melhor o dia-a-dia das moradoras da Residência Terapêutica para ir em busca de melhorias no cuidado, nas ações terapêuticas, no auxílio à recuperação da independência e inclusão social das mesmas, visto que a poucos estudos que abordam o tema.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A senhora participará de **uma entrevista**, agendada no dia e horário em que estiver disponível. Para realizar a coleta de informações necessárias, onde farei algumas perguntas em forma de conversa. Esta **entrevista será gravada em um aparelho celular, com programa de áudio MP3**, sem que haja qualquer tipo de gravação de vídeos ou fotos. Essas **entrevistas serão digitadas em programa para texto Microsoft Word 2013**, sem alteração alguma de suas falas e/ou expressões. Ao fim da digitação, a pesquisadora irá realizar a leitura e interpretação das entrevistas, para análise e resultado.

Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras, como exemplo, conversar, ler e escrever e a técnica a ser empregada durante a pesquisa será apenas a coleta de informações por meio de entrevistas. Caso ocorra alguma intercorrência a pesquisa será interrompida visando preservar o bem-estar psicoemocional da participante, a pesquisadora estará acompanhada do seu Orientador Professor Doutor Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Saúde Coletiva, para que assim o mesmo possa promover uma intervenção adequada em determinada ocorrência.

Os riscos embora mínimos, se apresentam em relação a restrição e divulgação de dados referentes ao participante e aos resultados da pesquisa, que serão evitados com total cuidado, sendo assim garantida a preservação de identidades e informações dos mesmos. **Será assegurado pela pesquisadora, reparação e ressarcimento por qualquer dano, que por causalidade possa ocorrer em virtude da pesquisa.**

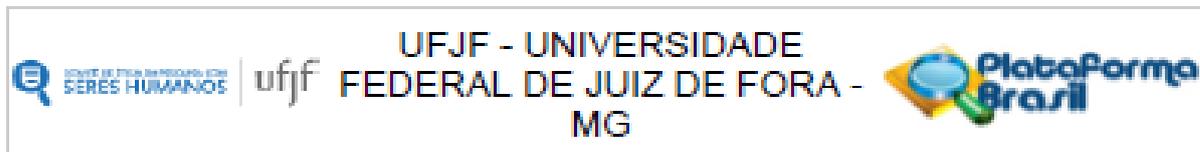
O estudo trará benefícios, visto que os resultados poderão guiar reflexões e respaldar as discussões sobre a temática, além de trazer contribuições para a prática dos enfermeiros e outros profissionais de saúde do CAPS.

Para participar deste estudo a senhora não terá nenhum custo financeiro e, **não receberá nenhum tipo de pagamento pela participação**, assim como não haverá nenhum reembolso de qualquer valor, pois não existirá nenhum gasto extra.

Ainda que os riscos sejam mínimos, caso sejam identificados e comprovados danos resultantes desta pesquisa, a senhora **tem garantido o direito a indenização, que será paga pela pesquisadora.**

A senhora poderá esclarecer suas dúvidas em qualquer aspecto que desejar, no momento em que achar necessário, e **estará livre para participar ou recusar-se a**

participar da pesquisa. Da mesma maneira que poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, isto é, livre e



Continuação do Parecer: 2.159.788

ao participante e aos resultados da pesquisa, que serão evitados com total cuidado, sendo assim garantida a preservação de identidades e informações dos mesmos. A pesquisa trará benefícios diretos e posteriores visto que os resultados encontrados potencialmente conduzirão e apolarão discussões e reflexões sobre o tema, podendo assim acametar em contribuições nas práticas assistenciais dos profissionais da rede de saúde mental. (BRASIL, 2012). Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Itens III; III.2 e V.

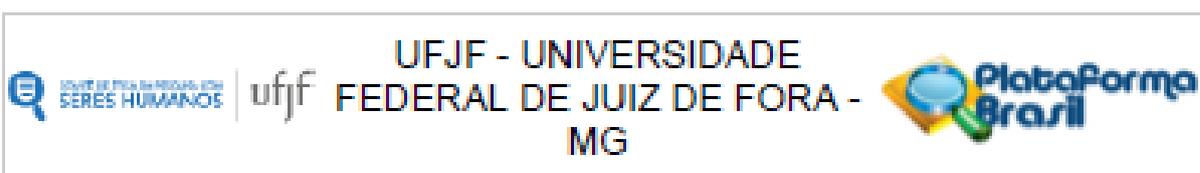
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, Itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de Infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.159.788

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2018.

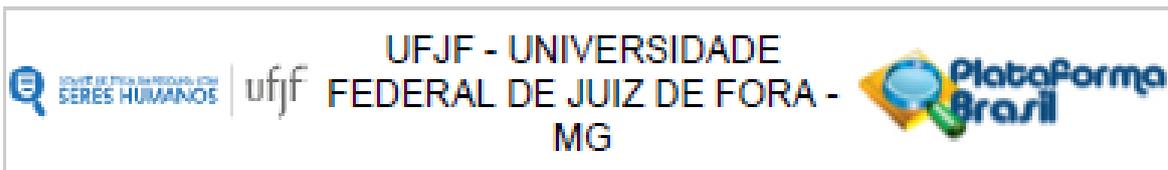
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita exclusão de Ana Luisa Gerhelm da Silva e Patricia Rodrigues Braz, por não participarem mais da presente proposta e já terem concluído seus respectivos cursos junto à UFJF; e promulgação do cronograma de execução. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_924410 E1.pdf	05/07/2017 16:49:49		Aceito
Folha de Rosto	FROSTO1.pdf	03/07/2017 16:51:42	Marcelo da Silva Alves	Aceito
Outros	cv.pdf	18/05/2017 11:10:40	Marcelo da Silva Alves	Aceito
Cronograma	Cronogramarevisado.pdf	18/05/2017 11:10:08	Marcelo da Silva Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOrevisado.pdf	18/05/2017 11:09:48	Marcelo da Silva Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle2.pdf	28/03/2017 21:27:08	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale2.pdf	28/03/2017 21:26:31	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito
Outros	Instrumentocoletadados.pdf	27/12/2016 00:12:49	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.159.786

Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizaodirecao2.pdf	06/12/2016 20:52:28	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaodirecao1.pdf	06/12/2016 20:52:13	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoandrela2.pdf	06/12/2016 20:50:43	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoandrela1.pdf	06/12/2016 20:50:23	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	06/12/2016 20:47:53	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfra.pdf	06/12/2016 20:46:17	ANA LUISA GERHEIM DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 06 de Julho de 2017

Assinado por:
Patricia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br