

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

SÂMIA LUIZA COELHO DA SILVA

**OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE
CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS
DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO – PIAUÍ.**

TERESINA – PIAUÍ

2016

SÂMIA LUIZA COELHO DA SILVA

**OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE
CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS
DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO – PIAUÍ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa

TERESINA – PIAUÍ

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

Serviço de Processamento Técnico

S586s Silva, Sâmia Luiza Coêlho da.

Os serviços residenciais terapêuticos na perspectiva de constituição de entidade familiar: um estudo nas residências das cidades de Teresina e União – Piauí / Sâmia Luiza Coêlho da Silva. – 2016.

165 f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa.

1. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). 2. Saúde Mental. 3. Avaliação. 4. Família - Anaparentalidade. I. Título.

CDD 614.58

SÂMIA LUIZA COÊLHO DA SILVA

**OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE
CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS
DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO – PIAUÍ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

TERESINA, ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa
Orientadora e Presidente

Profa. Dra. Solange Maria Teixeira
(Membro Interno)

Prof. Dra. Mauriceia Lígia Neves da Costa Carneiro
(Membro Externo)

Dedico este trabalho a todos os que fazem parte dos Serviços Residenciais Terapêuticos e à extensão de pessoas que contribuíram e contribuem na complementaridade da “família” construída no interior de cada dispositivo do Estado do Piauí.

AGRADECIMENTOS

“As palavras são impregnadas de VIBRAÇÕES, por isso não devemos PERDER nenhuma oportunidade de manifestar nossos sentimentos e dizer MUITO OBRIGADA!” (autor desconhecido).

Para a conclusão de mais essa etapa em minha vida agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pelas bênçãos e pela permissão concedida de ter trilhado esse caminho com saúde e ao lado da minha família e de pessoas queridas e por ter me sustentado durante todo esse trajeto na fé e na esperança de vencer os desafios diários.

Aos meus pais agradeço imensamente por sempre estarem ao meu lado incondicionalmente. À minha mãe Sônia, o meu muito obrigada, por todo o amor, paciência, carinho, dedicação sem medidas, pelas conversas de incentivo e por ser a base de toda a nossa família. Ao meu pai Luiz, agradeço por ser um pai que, mesmo por trás dos bastidores, deseja tudo de melhor aos filhos, obrigada meu pai por ser prestativo, pelo carinho detectado num simples olhar e pela admiração sempre direcionada a mim e aos meus irmãos.

À minha amada professora e orientadora, Lucia Rosa, todos os agradecimentos tecidos não seriam suficientes para expressar a imensa gratidão que eu lhe dedico. O meu muito obrigada por todos os ensinamentos, pela paciência, disponibilidade nos horários e períodos mais inesperados possíveis, pelos momentos de apoio quando nem eu mesma acreditava em mim, sua humanidade e humildade são motivos de admiração profunda de qualquer ser, seu jeito mais do que especial, minha querida e eterna prof., ultrapassaram o papel de orientadora nessa jornada, permitindo a mim muitas vezes lhe enxergar como “mãe postiça” no meu caminhar.

Aos meus irmãos pelo apoio fraternal dedicado. Ao Diego que mesmo antes de iniciar essa caminhada me auxiliou com todo o seu talento e me deu forças para seguir em frente e ao Hyago por ser prestativo e torcer pelas minhas conquistas.

À minha família Coelho e Silva, em especial à minha tia e madrinha Tereza e minha tia Tetê, pessoas a quem tenho a mais profunda admiração em todos os sentidos e que sempre me apoiaram, me estimularam e contribuíram da melhor forma possível para que eu concretizasse a minha pesquisa e dissertação.

À minha vovó Zuzu, tias e tios, primas, em especial à priminha Aldiana com quem pude contar em todos os momentos, primos e a todos os aderentes pelos quais tenho muito carinho,

o meu muito obrigada pelos momentos de alegria e descontração e pelo apoio, que certamente foram relevantes para a minha caminhada.

Ao meu amor e companheiro da vida Júnior, pela tentativa diária de desvendar o enigma que eu sou, por me compreender nos meus momentos de raiva, de angústia e desespero, pelo entendimento da ausência na relação e na sua vida, obrigada por acreditar no meu potencial desde a minha primeira tentativa de ingressar no programa e até mesmo antes disso, pelo incentivo, estímulo, pelo auxílio em todos os sentidos e por me ensinar a importância de amar.

A todos os que fazem parte do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e do Departamento de Serviço Social. Aos docentes, agradeço por todas as contribuições e saberes concedidos durante essa jornada e que foram valiosos ao meu crescimento pessoal e profissional e aos funcionários (Laiane e Cícero) pela prontidão e atendimento nas horas em que mais precisei.

À professora Solange, agradeço pela disponibilidade constante desde a minha primeira qualificação e pelo incentivo, auxílio e contribuições dadas durante todo o processo, que seguramente foram de imenso valor.

Aos professores Mauriceia, Patrícia, Iolanda, Réia, Luciano e Emanuel que gentilmente se disponibilizaram a colaborar com o meu trabalho, com sugestões relevantes que consolidaram o meu trajeto de pesquisa e construção do estudo.

À minha querida mestre e amiga Izabel Hérika pela permissão concedida em adentrar a sua vida e ter tido a oportunidade de conhecer uma pessoa tão rica de sentimentos bons e desinteressados. Tenha a certeza de que seu suporte emocional e intelectual foram essenciais desde o primeiro momento para a minha inserção no programa e, principalmente, para a minha trajetória durante todo o percurso.

Às amigas Catarina, Francisca, Fernanda, Sherly, Marianne, Tahiana, Julietty, enfim à toda a turma, agradeço pela convivência na jornada, pelas angústias compartilhadas, pelos momentos de descontração, pelo companheirismo e, principalmente, às amigas Catarina e Francisca sou profundamente grata pela amizade sempre ofertada.

Às colegas mestres Fábria, Iamara, Ellayne, Sofia e Catiane pelo auxílio, pelas dicas prestadas e pelo compartilhamento de saberes, o que aliviou os meus anseios adquiridos até o último momento desse trajeto.

À amiga Ravena que com seu jeitinho mais do que especial me deu todo suporte emocional necessário para que eu seguisse em frente, obrigada amiga pela escuta, pelo apoio e por fazer enxergar que sou capaz de ultrapassar as barreiras da vida.

À amiga Kênia que sempre me deu força e segurou a “barra” quando eu mais precisei, saiba que sem seu suporte eu não conseguiria ter chegado à metade do caminho.

À Vívien que hoje ousou chamar de amiga, agradeço pela flexibilidade quanto à minha ausência, pela compreensão e pelo incentivo sempre direcionados para que eu me reerguesse.

À toda equipe CES, em especial a Socorrinha, Rejane, Lívia, Diego Mota, Almeida, Polyanna e Natália e também aos que já fizeram parte dela, agradeço pela solidariedade, pelos momentos de alegria e pelo aprendizado diário.

Às amigas de profissão Poliana, Carol, Aline e Talila pela torcida e incentivo.

A todos os que participaram desta investigação, direta ou indiretamente, e serviram de inspiração para este trabalho. Um obrigado especial aos meus sujeitos de pesquisa – moradores, cuidadores, coordenadoras e a profissional Marta Evelin – pela disponibilidade, confiança e por terem destinado parte de seu tempo ao meu estudo.

Enfim, agradeço a todos os que contribuíram, de forma direta ou indireta, para que eu trilhasse e concluísse esse caminho tão árduo do mestrado.

Muito obrigada a todos!!!

**Não importa aonde você parou...
Em que momento da vida você cansou...
O que importa é que sempre é possível e necessário
"Recomeçar".
Recomeçar é dar uma chance a si mesmo...
É renovar as esperanças na vida e o mais importante...
Acreditar em você de novo.
(Carlos Drummond de Andrade)**

RESUMO

A reforma psiquiátrica, enquanto orientadora da política pública, tida como um movimento iniciado no Brasil na década de 1970, atualmente encontra-se consolidada com a apresentação de produtos voltados à atenção psicossocial em detrimento do modelo hospitalocêntrico. No contexto reformista, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) se conforma como um desses produtos e se constitui como um dispositivo destinado às Pessoas com Transtornos Mentais (PcTMs) egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos com a finalidade de reinseri-las socialmente. Ademais, a literatura sobre o SRT, enquanto serviço consignado, demonstra incipiência em investimentos referentes ao aspecto avaliativo, sobretudo, no que concerne ao convívio, observado como uma dimensão invisível nas residências terapêuticas e que necessita ser trazida ao âmbito do conhecimento. Nesse diapasão, o presente trabalho objetivou avaliar os produtos consignados pela implementação dos SRTs focando na direção da constituição de configuração de relações socioafetivas e/ou familiares. A pesquisa é qualitativa, descritiva e explicativa e teve como cenário os cinco (5) SRTs das cidades de Teresina e União do Estado do Piauí e como sujeitos de pesquisa vinte e cinco (25) profissionais desse serviço (4 coordenadoras/gestoras e 21 cuidadores), sete (7) moradores e uma (1) profissional da área da saúde mental que participou do processo de implantação das residências no Piauí. O instrumento privilegiado para a obtenção das informações foi a entrevista semiestruturada que, no estudo em pauta, foi somada à observação participante, tida como mecanismo relevante na concretização da pesquisa juntamente com a pesquisa bibliográfica, o diário de campo e a análise documental. Os resultados obtidos apontam que os SRTs, como dispositivos consolidados no Estado do Piauí, revelam realidades singulares, manifestadas pelo cotidiano e pelas relações advindas da convivência diária entre moradores, cuidadores e gestoras/coordenadoras. Percebeu-se que a dimensão do convívio nos serviços predominou de maneira favorável à emergência de relações de afeto, de amor, de solidariedade, embora tenha observado a existência de assimetrias expressas pelos conflitos e tensões que, para a pesquisa, foram notados como fatores “comuns” no interior de uma “família”. Diante disso, o trabalho mostrou a constituição da família anaparental nos SRTs do Piauí condensada à luz de peculiaridades e de categorias que balizaram a pesquisa, a citar: ostensibilidade, estabilidade e afetividade.

Palavras-chave: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); Saúde Mental; Avaliação; Família(s); Anaparentalidade.

ABSTRACT

The psychiatric reform, as guidance of public policy, seen as a movement started in Brazil in the 1970s, currently is consolidated with the presentation of products designed to psychosocial care rather than the hospitalocentric model. The reformist context, the Therapeutic Residential Services (TRS) conforms to one of these products and is constituted as a device for People with Mental Disorders (PwMDs) graduates of long admissions to psychiatric hospitals in order to reinsert them socially. Furthermore, the literature on the TRS, while factored service, demonstrates incipiency into investments related to the evaluative aspect, especially when it comes to socializing, observed as an invisible dimension in therapeutic homes and that needs to be brought to the scope of knowledge. In this vein, this study aimed to evaluate the products earmarked for the implementation of TRSs focusing toward the configuration of social-affective relationships and/or family. The research is qualitative, descriptive and explanatory and took place at the five (05) TRSs from the cities of Teresina and União in Piauí and as a research subject: twenty-five (25) professionals that service (04 coordinators / managers and 21 caregivers) and seven (07) residents and (01) professional from mental health area who participated of the implementation of the residences in Piauí. The principal instrument for obtaining the information was the semi-structured interview that in the study in question was added to the participant observation, taken as a relevant mechanism to achievement of research with the bibliographic research, the diary and document analysis. The results show that the TRSs, as devices consolidated in the state of Piauí, reveal unique realities expressed by the everyday and the relations arising from the daily coexistence between residents, caregivers and managers / coordinators. It can be seen that the size of conviviality in services predominated favorably the emergence of relations of affection, of love, of solidarity, although it noted the existence of asymmetries expressed by conflicts and tensions that for the research were noted as factors "common "within a "family". Thus, the study showed the constitution of affective bonding and interaction among relatives family in TRSs from Piauí condensed in light of peculiarities and categories that guided the research, quote: sense of ostensible, stability and affection.

Keywords: Therapeutic Residential Services (SRTs); Mental health; Evaluation; Family (s); Affective Bonding and Interaction among Relatives.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACSM	Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ETAC	Enfermaria Transitória de Atendimento à Crise
HAA	Hospital Areolino de Abreu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PcTM	Pessoa com Transtorno Mental
PcdoB	Partido Comunista do Brasil
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PSF	Programa de Saúde da Família
RF	Reforma Psiquiátrica
SHD-ad	Serviço de Referência Hospitalar para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	14
<u>1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL</u>	20
1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL FUNDAMENTADA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA	20
1.2. AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS REFORMISTAS EM SAÚDE MENTAL	34
<u>2 PERCURSO METODOLÓGICO: TRAJETÓRIA E CONCRETIZAÇÃO DA PESQUISA</u>	50
2.1 DESVENDANDO A PESQUISA: TIPOLOGIA, TÉCNICAS E QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO	50
2.2 CONTEXTO DA PESQUISA: PERFIL E PROCESSOS REFORMISTAS DO PIAUÍ COM RECORTE DAS CIDADES DE TERESINA E DE UNIÃO	58
<u>3 SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA ANAPARENTAL</u>	77
3.1 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRTs) DO PIAUÍ: MATERIALIZAÇÃO DO “PRODUTO” FAMÍLIA	78
3.1.1 DA FAMÍLIA PATRIARCAL À ANAPARENTAL	82
3.2 A OSTENSIBILIDADE COMO SÍMBOLO DO APARENTE: UMA VERTENTE DA CONSTRUÇÃO DO ANAPARENTALISMO	88
3.2.1 CÓDIGOS IDENTITÁRIOS DA OSTENSIBILIDADE: UMA VISÃO A PARTIR DOS SRTs DO PIAUÍ	89
3.3 ESTABILIDADE: UMA EXPRESSÃO DE EQUILÍBRIO E HARMONIA PARA A CONFORMAÇÃO DE FAMÍLIA(S)	113
3.3.1 INDICADORES DA ESTABILIDADE NOS SRTs DO PIAUÍ: ELEMENTOS PARA A CONSTITUIÇÃO DO ANAPARENTALISMO	114
3.4 AFETIVIDADE: APORTE CONTEMPORÂNEO PARA A CONSIGNAÇÃO DE FAMÍLIA(S)	124
3.4.1 A AFETIVIDADE COMO ELEMENTO ESTRUTURANTE DO ANAPARENTALISMO NOS SRTs DO PIAUÍ	126
<u>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	135
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	140
<u>ANEXOS</u>	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
<u>APÊNDICES</u>	156

INTRODUÇÃO

O interesse pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)¹ nasce oriundo do primeiro contato da pesquisadora com o tema da saúde mental, surgido na graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), materializado no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no ano de 2008, intitulado “Serviços Residenciais Terapêuticos: reintegração e reabilitação social das pessoas com transtornos mentais da cidade de Teresina”.

A partir dessa pesquisa em nível de graduação, e, mais especificamente, da realidade apresentada pelos SRTs no contexto piauiense – atualmente consolidados enquanto dispositivos da saúde mental, mas pouco avaliados quanto aos seus produtos – e, principalmente, pela identificação da pesquisadora com a temática, a autora sentiu-se instigada a realizar uma nova investigação no interior desses serviços, de forma a materializar uma releitura dos mesmos, trazendo elementos que fossem capazes de contribuir para uma ótica panorâmica desses dispositivos.

Para tal, buscou-se investir em outro objeto diferente do TCC, em que elucidada, agora, os SRTs do Piauí sob a perspectiva de constituição de família anaparental. Nesse sentido, a indagação norteadora da pesquisa foi: **Quais são os produtos consignados pelas relações constituídas nos SRTs, das cidades de Teresina e União – PI? Um desses produtos constituiria entidade familiar?**

Há 5 dispositivos², sendo eles: 4 na cidade de Teresina (3 sob gestão estadual e 1 municipal) e 1 na cidade de União em nível municipal, localizada a 54 km da capital.

No Brasil, os SRTs emergem como produtos advindos do movimento de Reforma Psiquiátrica. Tal movimento, com processo iniciado na década de 1970 no período de redemocratização do país, foi de grande significância para a reestruturação da assistência em saúde mental que, por meio da Lei 10.216 de 2001, garante o processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial destinada às pessoas com transtornos mentais (PcTMs).

No modelo comunitário de atenção diária, as práticas profissionais antes realizadas no espaço do manicômio, embasadas pela psiquiatria clássica, passam a ser modificadas. O

¹ No decorrer do trabalho será utilizada a abreviatura como definição do serviço, e também as seguintes nomenclaturas: dispositivos, residências e residências terapêuticas.

² Ressalta-se que no TCC, o foco do trabalho se voltou apenas para os SRTs sob gestão estadual que se condensaram no quantitativo de 3 serviços, pois no período da sua realização o SRT municipal de Teresina ainda não existia e o SRT da cidade de União não foi contemplado como cenário de estudo.

enfoque biológico, psiquiatrizante, que prioriza a doença como foco de assistência no hospital, dá lugar à qualidade, produção e reinvenção de vida nos serviços substitutivos em saúde mental. O que é colocado em destaque são as condições de reprodução da pessoa com transtorno mental e suas relações sociais, marcadas pelo estigma e segregação, ou seja, violação de direitos.

Nessa concepção, é através da construção de um novo olhar sobre as PcTMs e seus lugares no seio social, que se constitui um cuidado diferenciado que busca ultrapassar as barreiras impostas pelo estigma social, tendendo a reinseri-las na comunidade, mesmo que esta não seja a sua de origem, mas onde elas possam circular e reconquistar espaços no retorno à vida em sociedade, conquistando o direito à cidade e seus direitos civis.

Em meio a essas mudanças, novas demandas insurgiram para as políticas de saúde mental. Uma delas seria: o que fazer com as PcTMs que se encontravam em períodos longos de internações e que, parcial ou totalmente, tinham perdido o vínculo familiar e, dessa forma, se transformaram em moradores dos hospitais.

Os SRTs emergem no seio destas estratégias, promulgado pela portaria GM nº 106 de 2000 do Ministério da Saúde. Tais serviços se conformam como dispositivos que objetivam viabilizar os cuidados com o segmento de PcTMs que se encontravam desvinculadas da sociedade, acolhendo os egressos de hospitais psiquiátricos com 2 ou mais anos em vida institucional e que sofreram todos os efeitos da vida manicomial, ou seja, falta ou ruptura de suporte social e/ ou familiar, perda de competências sociais para o convívio social e que não apresentam condições de garantia de um espaço adequado de moradia.

No Piauí, o movimento de Reforma Psiquiátrica constituiu-se tardiamente. Registra-se que predominou por um tempo considerável, mesmo após o início do movimento no país, o modelo hospitalocêntrico fundamentado em internações psiquiátricas, basicamente nos dois hospitais psiquiátricos existentes no Estado: Hospital Areolino de Abreu – HAA (âmbito público) e Sanatório Meduna (âmbito privado, mas conveniado ao SUS), fechado no ano de 2010.

É somente no decorrer dos anos 2000 que o Estado passa a experimentar – através, principalmente, do “boom” na criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e com o primeiro Plano Estadual de Saúde Mental, orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica, o qual ocorre no ano de 2005 –, a inserção de equipamentos voltados à assistência em saúde

mental de caráter aberto e comunitário, incluindo o projeto piloto³ que embalou a criação dos SRTs.

Inicialmente no Piauí, a proposta de criação de SRTs nasce devido à demanda apresentada pelo HAA com relação ao quadro de “pacientes-moradores”, havendo um levantamento de cada pavilhão do hospital sobre aqueles que estavam há mais de quatro anos sem ter alta e sem vínculo com a família (COSTA, 2008).

Segundo Marta Evelin, uma das profissionais que fez parte do projeto piloto,

Desse público de “pacientes-moradores” foram observados os que se adequavam em atender a proposta de implantação do serviço (pacientes mais “independentes”/autônomos e que apresentassem um quadro estável quanto às crises), que teve seu processo ainda no interior do próprio HAA como uma etapa de transição e treinamento, no seio de um pavilhão que estava fechado e que se tornou o espaço destinado a priori a essa experiência de residência terapêutica.

Data-se que esse processo do projeto inicial se deu no final de 2004, contudo a inserção desses SRTs na sociedade, ou seja, fora do espaço manicomial, se realiza apenas em 2006, com a implantação de pelo menos 3 serviços sob gestão estadual na cidade de Teresina e até o ano de 2008 há a inclusão de mais 1 residência (COSTA 2008), desta vez sob gestão municipal, na cidade de União, localizada a 54 km da capital. A residência sob gestão municipal, na cidade de Teresina, tem seu processo de implantação somente no ano de 2012.

Esses SRTs, assim como os demais existentes no país, apresentam um ponto convergente observado pela pesquisadora, pois apesar de implantados e já consolidados em seus territórios de ação e tendo a existência de produtos advindos das suas inserções na sociedade, ainda registra-se insuficiência de estudos que avaliem e contemplem as residências terapêuticas no âmbito qualitativo e que leve em consideração a dimensão do convívio e se o produto gerado por este conforma a configuração de família, tendo em vista que esta dimensão se constitui como um forte princípio de existência desses serviços, já que se conformam como casas inseridas no espaço social.

Para construir as respostas diante das questões norteadoras da pesquisa e para dar consistência ao estudo, utilizou-se um referencial teórico embasado em autores que tratam do âmbito da saúde mental, objetivando dar margem à discussão do processo de reforma psiquiátrica em nível de Brasil e Piauí e da inserção dos SRTs como produto desse movimento de reforma, elucidando, principalmente, o cenário piauiense, haja vista ser o “palco” da

³ Segundo Costa (2008), a elaboração do projeto de criação dos SRTs do Piauí (em maio de 2004), foi realizada por uma equipe do HAA, composta por: 1 assistente social; 1 terapeuta ocupacional; 1 psicóloga; 1 médica e 1 enfermeira (diretora do HAA na época).

pesquisa, além de trazer à tona a incipiência de avaliações quanto aos SRTs, destacando os seguintes autores para a construção do caminho: Amarante (1995; 1996; 1998; 2007; 2008; 2012), Rosa (2004; 2008; 2011; 2013), Furtado (2001; 2006), Viana e Baptista (2012), Furtado e Laperrière (2011), Contandriopoulos *et al.* (2000), Saraceno (1999), Vasconcelos (2001; 2010), Moreira (2007), Cardoso (2007), Macedo e Dimenstein (2012), dentre outros.

Ademais, para dar luz ao âmbito do convívio no tocante à conformação de família, buscou-se trazer à baila a discussão das transformações dessa instituição social e a implicação destas na configuração do anaparentalismo enquanto desenho familiar contemporâneo. Para tal, a partir desta visão, a pesquisadora foca na construção de categorias que fundamentam a existência da família anaparental (ostensibilidade, estabilidade e afetividade) e emprega estas à realidade dos SRTs do Piauí, a partir dos seguintes autores: Mito (1998), Teixeira (2013), Bruschini (1993), Campos (2008), Saraceno (1992), Rosa (2008), Singly (2007), Dias (2007), Sá (2009), Lôbo (2008).

A pesquisa teve como **objetivo geral:** avaliar os produtos consignados pela implementação dos SRTs, nas cidades de Teresina e União – Piauí, focando na direção da constituição de configuração de relações socioafetivas e/ou familiares; e, como **objetivos específicos:** **1-** conhecer e analisar o cotidiano das residências terapêuticas na perspectiva e visão dos moradores que ali vivem, além de cuidadores e de profissionais que auxiliam no processo de reintegração e, principalmente, da ressocialização dos residentes; **2-** traçar um perfil sócio demográfico dos sujeitos (moradores, cuidadores e gestores) de modo a identificá-los, além de auxiliar em uma compreensão mais objetiva da realidade de cada SRT; **3-** analisar as relações estabelecidas entre os sujeitos da pesquisa considerando os marcadores intergeracionais, de classe e de gênero que os envolvem.

Tomando isso como base, para o estudo em pauta, a amostra de participantes da pesquisa se materializou em 33 sujeitos (7 moradores; 21 cuidadores e 4 coordenadoras/gestoras e 1 profissional da área da saúde mental que participou do processo de implantação das residências no Piauí) no cenário dos 5 SRTs do Estado.

É válido ressaltar que, na referida pesquisa, serão considerados os 5 SRTs que compõem a totalidade de dispositivos presentes no Estado do Piauí pelo fato da pesquisadora acreditar ser pertinente e relevante adquirir uma visão panorâmica acerca dos serviços como mecanismo contributivo para a publicização do estudo e elemento significativo ao conhecimento da sociedade.

Ademais, no presente trabalho, considerando os aspectos éticos da pesquisa, os SRTs do Piauí, juntamente com os sujeitos, serão identificados através de pseudônimos⁴, mantendo assim o anonimato e sigilo necessário e em concordância ao que expressa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa teve como determinante principal o fato de a temática ser ainda recente no espaço acadêmico, sendo importante a produção de estudos que contribuam para um maior entendimento sobre esses “novos” dispositivos da política de saúde mental, os SRTs, e suas principais implicações ligadas ao seu objetivo primordial, como também à de construção de entidade familiar. O caráter avaliativo dado ao estudo é considerado necessário para a construção de dados e informações sobre o andamento dos serviços e suas reais possibilidades de contribuições no processo de constituição de “ser família” entre seus moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras.

É importante mencionar que a análise final da pesquisa foi considerada enquanto aproximação da realidade e não como uma forma acabada e fechada, podendo ser criada e recriada por outros trabalhos de pesquisa.

Os produtos da pesquisa estão distribuídos em três partes/seções. A primeira parte, correspondente ao referencial teórico, diz respeito ao primeiro capítulo do trabalho, intitulado “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental”. Este capítulo busca retratar a trajetória do processo de reforma e suas implicações para o surgimento dos SRTs, mostrando a realidade desses dispositivos e a necessidade de avaliação, haja vista se constituírem como serviços solidificados, dando margem, principalmente, à dimensão do convívio e à incipiência deste aspecto quanto ao desenvolvimento de estudos e como produto desses serviços.

A segunda parte do trabalho, correlativa à metodologia e intitulada “Percurso Metodológico: trajetória e concretização da pesquisa” tem o propósito de elucidar todo o caminho de solidificação do estudo, destacando as técnicas utilizadas, as questões éticas e a tipologia da pesquisa, além de traçar seu contexto de realização, dando margem aos processos reformistas do Piauí e ao seu cenário.

⁴ Os pseudônimos utilizados para identificar os SRTs serão: **residência rosa** (SRT1); **residência azul** (SRT2); **residência arco-íris** (SRT3); **residência bicho de sete cabeças** (SRT4) e **residência borboleta** (SRT5). Quanto aos sujeitos estes serão identificados por meio de codinomes que serão correspondentes ao número de moradores, de cuidadores e de coordenadores/gestoras entrevistados no interior de cada serviço, referenciando-os da seguinte forma: morador1 do SRT1; moradora2 do SRT1; cuidadora1 do SRT1, cuidador1 do SRT2; coordenadora SRT1; coordenadora SRT2 e assim sucessivamente.

A terceira seção “Explorando a realidade dos SRTs do Piauí”, traz à tona o subcapítulo intitulado “Serviço Residencial Terapêutico na perspectiva da família anaparental” e objetiva explicar a apreciação das informações construídas e interpretadas através das entrevistas semiestruturadas, assim como da observação da pesquisadora durante a aproximação com os sujeitos pesquisados, à luz das categorias: ostensibilidade, estabilidade e afetividade que nortearão o presente trabalho, de modo a entender como ocorre a conformação do anaparentalismo no seio de cada SRT.

Por fim, têm-se as considerações finais, onde se realizou um balanço dos resultados encontrados, e se recuperou as questões norteadoras que orientaram o trabalho de campo, buscando elucidar os objetivos da pesquisa e o que se cumpriu diante a trajetória do estudo.

Espera-se com este estudo contribuir para ampliar o conhecimento acerca dos SRTs pesquisados, como também para avaliar seus resultados através de sua análise como uma alternativa adequada, ou não, tanto no auxílio do processo de reinserção social dos moradores, como também na constituição familiar que estes podem estabelecer entre si juntamente com os cuidadores e coordenadoras/gestoras dos serviços.

Ainda, espera-se que o produto dessa pesquisa possa ser utilizado como contribuição teórica para ampliar o debate, tanto no meio acadêmico quanto nos espaços institucionais e outros da sociedade, a que se propõe aos SRTs de atuarem como potencializadores do estabelecimento da reinserção social dos seus moradores, da reconstrução de suas identidades e, principalmente, a partir do convívio que possuem, da possibilidade da construção de novos laços e relações socioafetivas.

1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo busca reconstituir a trajetória histórica do movimento de reforma psiquiátrica no contexto internacional e brasileiro, destacando a construção desse processo, seus princípios, principais avanços e sua consolidação na agenda pública por meio da avaliação de determinados produtos construídos nessa luta histórica, a partir da experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs.

1.1 A Política De Saúde Mental Fundamentada Na Reforma Psiquiátrica

Historicamente, os processos reformistas no tocante à saúde mental nascem do descontentamento da institucionalização e das condições a que eram submetidas as pessoas com transtornos mentais.

Tal descontentamento se consolida por meio de um processo, que vai sendo construído desde o período das grandes internações⁵ – período em que “a ideia de submissão do louco ainda persistia” (LOPES, 2001, p. 2) –, vivido em meados do século XIX, que trazia em seu bojo os hospitais psiquiátricos e os asilos que tinham a função de retirar das ruas, aqueles sujeitos que trouxessem desordem social, ou seja, mendigos, prostitutas, vagabundos e “loucos” que após serem segregados eram submetidos a tratamentos desumanos, sofrendo escárnio social; até o período pós-segunda guerra, em que as denúncias de modelos de exclusão se tornam proeminentes e criam a oportunidade de debate que evoluiu para o movimento das transformações das instituições psiquiátricas.

Segundo Padrão (1992), no período pós-segunda guerra, a necessidade da participação da sociedade durante a reconstrução dos países mobilizou novos recursos, avanços tecnológicos e científicos, levando a reformas sociais e sanitárias que modificaram profundamente a abordagem dos transtornos mentais, isto é, processos de alteração nos saberes e nas práticas de intervenção psiquiátrica, que pretendem modificar a relação entre a sociedade e a loucura⁶.

⁵ A adoção do modelo manicomial baseou-se filosoficamente no alienismo, adotado amplamente no ocidente, fazendo imperativa a internação em manicômios para todos que fossem considerados loucos, despossuídos da razão ou delirantes. Contribuiu, ainda, para a rápida adoção do modelo de tratamento asilar, a necessidade de mão de obra para as indústrias, o que exigia liberar de suas funções os cuidadores das pessoas com transtornos mentais (PESSOTI, 2001).

⁶ Entre as condições históricas no período do pós-guerra que influenciaram para modificar a relação entre sociedade e a loucura, Vasconcelos (1992 apud ROSA 2003, p. 54) elenca: “[...] Situações históricas de guerra, momento em que se reforça a solidariedade nacional e há exigência de recuperação das pessoas, especialmente os

A partir daí as análises quanto ao modelo psiquiátrico são transpostas, apontando para uma crise no seu sistema, que além de não intervir na qualidade de vida dos internos, era, segundo seus críticos, o produtor e mantenedor do adoecimento, responsável pelo alto índice de mortalidade e “cronificação” dessas pessoas, gerando inúmeras incapacidades sociais.

As críticas a esse modelo tornaram-se fortes, especialmente na Europa, e culminaram em denúncias sobre a internação prolongada no sentido de que não auxiliava na melhoria dos transtornos mentais, mostrando que a segregação advinda do asilamento dificultava a reinserção familiar e comunitária (COGA; VIZZOTTO, 2003).

Surgiram então processos reformistas na realidade inglesa, francesa, americana, italiana, dentre outras do mundo Ocidental, em contextos legislativos e assistenciais que diminuíram seus manicômios e a população asilar, através de novos modelos de atenção em saúde mental e da incorporação de direitos civis das pessoas com transtornos mentais.

Ademais, como destaca Rosa (2013), no plano internacional, os processos reformadores dos modelos assistenciais em saúde mental são também fortalecidos e impulsionados pelas ações, princípios e recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). A primeira realizou a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, no período de 11 a 14 de novembro de 1990, em Caracas, Venezuela. Do encontro, resultou a Declaração de Caracas, em que os hospitais psiquiátricos metaforicamente denominados manicômios foram condenados, tendo por base quatro eixos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990, p. 8):

- a) **Ético jurídico** – devido à violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais;
- b) **Clínico** – em função da ineficácia terapêutica e da condição de agente patogênico e cronificador historicamente assumido por tais instituições;
- c) **Institucional** – devido a tais instituições se constituírem como espaços de violência – “instituições totais” –, que mortificam, sujeitam;
- d) **Sanitário** – em função da organização do modelo assistencial figurar como “cidade dos loucos”, produzindo a loucura administrativa, executiva e organizacional.

soldados, lesados no conflito bélico. Processos de democratização, revolucionários ou reformistas, pois tendem a consolidar direitos civis, sociais e políticos. [...] Alterações no processo de financiamento e produção de serviços sociais, incluindo políticas neoliberais, que incitam programas de desospitalização. [...] Novas teorias e práticas terapêuticas: Vasconcelos destaca as abordagens psicológicas e o desenvolvimento de serviços comunitários que permitem certo deslocamento nos paradigmas, princípios e práticas psiquiátricas tradicionais [...]”.

No Brasil, tais reformas ocorreram fundamentadas no contexto da Psiquiatria Democrática Italiana⁷ que apregoava que os hospitais psiquiátricos eram espaços de violência e deveriam ser fechados e automaticamente substituídos por serviços territoriais de atenção diária (AMARANTE, 1995).

A figura de Franco Basaglia (1991) é o destaque na perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana. O italiano considerava o hospital psiquiátrico uma experiência opressiva e trágica, um espaço rígido onde todas, ou quase todas as dimensões da vida eram controladas por uma autoridade (GOFFMAN, 2008) e, portanto, precisavam ser confrontadas entre os componentes da comunidade no cotidiano. Em decorrência dos seus pensamentos, cria-se o Movimento de Reforma Psiquiátrica italiana ou “Psiquiatria Democrática Italiana”, um exemplo de sucesso a ser seguido na luta contra a assistência psiquiátrica meramente hospitalar por muitos países, inclusive o Brasil, como será visualizado a seguir (HIRDES, 2007).

Goffman (2008) em seu livro intitulado “Manicômios, Prisões e Conventos” formula alguns conceitos que permitem mostrar a dimensão real de estar na condição de internado, da vivência institucional diária e a relação estabelecida entre os diferentes sujeitos inseridos no contexto da instituição psiquiátrica.

Um dos conceitos elaborados pelo autor refere-se à instituição total. Nessa perspectiva, o modelo institucional psiquiátrico, que responde por uma determinada instituição do social, por oferecer serviços que exigem o isolamento da sociedade por certo período de tempo, impõe uma vida fechada e administrada por uma equipe com vistas ao alcance dos objetivos institucionais.

A partir dessa conceituação institucional, Goffman (2008) passa a mostrar como o caráter total da instituição⁸ influencia na vida dos internos, transformando drasticamente o papel social do sujeito, pelo desencadeamento de um novo estágio em sua vida, denominado “o mundo do internado”. O autor considera que a condição de privação leva o sujeito a sofrer um processo de “mortificação do eu”, limitando a capacidade de perceber a si mesmo (“concepção de si mesmo”) e aquilo que carrega como experiência da vida particular e social (“cultura aparente”) que foi construída e estabelecida ao longo de sua vida fazendo-o perder (ou esquecer temporariamente) suas referências (SANTOS, 2014).

⁷ De acordo com Amarante (1995), no mundo ocidental, sobretudo na Europa, existiram no período pós-guerra as psiquiatrias reformadas, a citar: a Psiquiatria Institucional e as Comunidades Terapêuticas; a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva; a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

⁸ Segundo Goffman (2008), a representação de instituição total se dá pela tendência de fechamento, afastando os seus atendidos do meio da sociedade por um intervalo de tempo e por impor regras próprias (rotina e discursos formais) que visam ao cumprimento dos objetivos institucionais.

Esse momento descrito por Goffman (2008) pode ser observado também através da carreira moral do doente mental que o autor retrata na segunda parte do livro, mais especificamente em sua segunda fase denominada de “fase de internamento”.⁹ Nesta,

[...] o internado percebe que está despojado de muitas de suas defesas, satisfações e afirmações usuais, e está sujeito a um conjunto relativamente completo de experiências de mortificação: restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas, e assim por diante. Aqui se começa a aprender até que ponto é limitada a concepção de si mesma que uma pessoa pode conservar quando o ambiente usual de apoios é subitamente retirado (GOFFMAN, 2008, p. 127).

É nesse diapasão, de repensar o ambiente e o tratamento a que o “doente mental” era submetido, que se dá o movimento no contexto de reformulação da assistência em saúde mental, em que o exemplo/modelo de maior repercussão foi o da Reforma Psiquiátrica italiana ou Psiquiatria Democrática Italiana que “apontou para o fim dos manicômios, começando a se articular o paradigma da desinstitucionalização em saúde mental” (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001, p. 101-102).

De acordo com Rosa (2008), a perspectiva basagliana desloca o objeto da psiquiatria, que antes era focado apenas na doença mental, para a existência-sofrimento da PcTM. Ou seja, ela entende que a questão a ser enfrentada na produção do cuidado da PcTM, é a reinserção do sujeito no mundo social, que não poderia ser feita se o mesmo se encontrasse enclausurado e excluído no hospital psiquiátrico.

Para Nicácio (2013, p. 126),

Basaglia propôs “colocar entre parênteses a doença mental” não no sentido de negar que exista uma experiência de sofrimento e de dor, mas de negar ao saber psiquiátrico sua capacidade de explicar de forma absoluta o fenômeno da loucura (AMARANTE, 1994). Colocar entre parênteses a doença mental é uma forma de denunciar o seu “duplo”, isto é, os efeitos do processo de institucionalização sobre o sujeito. A estereotopia, o alheamento, a infantilização, comportamentos que tendem a ser atribuídos à doença, na verdade são efeitos da cronificação institucional e de um processo de objetivação, isto é, o paciente é convertido em objeto de um saber clínico e de um poder institucional.

A experiência italiana é conhecida em nível internacional, sendo a única que aboliu as internações nos hospitais psiquiátricos, dando início ao processo radical de

⁹ É válido ressaltar que, quanto à carreira moral do doente mental, o autor aborda que esta se dá em três fases principais: o período anterior à admissão no hospital denominado da “fase de pré-paciente”; o período no hospital denominado de “fase de internamento”; o período posterior à alta no hospital e que, quando ocorre, é denominado de “fase de ex-doente” (GOFFMAN, 2008, p. 114).

desinstitucionalização¹⁰, defendendo a ideia de altas hospitalares e a redução gradual do número de leitos. Além disso, sua influência se conforma no plano cultural, apontando a transformação da relação da sociedade com o “louco”, com o foco na sua cidadania, emancipação (ampliar a autonomia x tutela), o poder de trocas sociais e de reinscrição no mundo, em que este devia ser observado como um ser humano como outro qualquer e não um cidadão de segunda categoria, tendo como horizonte a invenção da vida/ produção da saúde, reconstituindo a complexidade do viver com o transtorno mental.

No Brasil, toma-se como base para o surgimento da reforma psiquiátrica a influência basagliana¹¹, como já exposto. No contexto brasileiro, tal como em outros países, houve relatos frequentes de abusos contra os “pacientes” internados em hospitais psiquiátricos, as condições precárias de trabalho nos manicômios, a ineficácia do tratamento, o elevado custo e a maciça privatização da assistência psiquiátrica (COGA; VIZOTTO, 2003). Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais para regular as práticas psiquiátricas brasileiras, preconizando a higiene mental e a eugenia. Em 1964, assim que os militares assumiram o controle político do país, o governo brasileiro celebrou um convênio com hospitais psiquiátricos privados, o Plano de Pronta Ação, repassando a esses hospitais recursos públicos destinados ao tratamento psiquiátrico no país (WAIDMAN, 2004; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Os trabalhadores em saúde mental manifestaram-se fortemente contra a privatização da saúde mental. Além disso, denunciaram as práticas desumanas impostas aos “pacientes” nas instituições privadas (LOUGON, 2006). Essas denúncias, envolvendo internações compulsórias e maus tratos, levaram a comparações das instituições manicomialis com campos de concentração nazistas (SILVA, 2002; COGA; VIZOTTO, 2003).

No final da década de 1970 e início da década de 1980, começaram a surgir os primeiros sinais de redemocratização no Brasil. Contudo, o país enfrentava uma recessão econômica. Nessa conjuntura, o modelo previdenciário entrou em crise (SOARES, 1997). A necessidade de cortar despesas fez com que os altos custos com pagamento dos manicômios particulares

¹⁰ Considera-se aqui a desinstitucionalização como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana. A desinstitucionalização psiquiátrica brasileira se iniciou cerca de duas décadas após os países europeus, tendo início no fim da década de 1970. Essa versão da desinstitucionalização é caracterizada pela *crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos* (ROTELLI, 2001).

¹¹ Embora baseado em modelos internacionais, marcadamente a Psiquiatria Democrática italiana, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento (DELGADO et. al., 2007).

contribuíssem para motivar a reforma psiquiátrica brasileira (ANDREOLI; ALMEIDA-FILHO; MARTIN; MATEUS; MARI, 2007).

No momento de crise do sistema público de saúde, as denúncias de maus tratos aos “pacientes” institucionalizados somaram-se aos movimentos dos trabalhadores de saúde, tais como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM¹², iniciado em 1978, transformado em Movimento da Luta Antimanicomial, considerado embrião de toda uma trajetória de reflexões teóricas e práticas – denúncia contra as precárias condições de trabalho e assistenciais – inicialmente alternativas no campo da assistência psiquiátrica.

Em abril de 1978, o tratamento dado aos internos e as precárias condições de trabalho no Centro Psiquiátrico Pedro II resultaram na greve dos profissionais e geraram uma imensa repercussão negativa na imprensa. Esse episódio criou a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam)¹³, contribuindo para tornar pública a discussão sobre a reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Diante da continuidade da crise econômica e da contenção de gastos, bem como da contínua pressão social para melhorar a assistência à população, iniciaram-se tentativas de reformulação da política de saúde por parte do governo (SOARES, 1997). Na década de 1980, o governo federal lançou uma proposta para a saúde mental que continha pontos importantes defendidos pelo movimento de reforma psiquiátrica. Propunha a substituição do modelo hospitalar por uma atenção mais abrangente, incluindo prevenção, promoção, recuperação e ressocialização das pessoas com transtornos mentais. Incluía diferentes formas de acompanhamento, descentralização dos serviços, tratamento extra-hospitalar e limitação do período de internação (MARIZ, 1983). Todavia, essas propostas permaneceram no plano das intenções. Apenas houve uma maior massificação da assistência psiquiátrica através do Programa de Interiorização da Assistência em Saúde Mental, por meio da atenção ambulatorial e da disponibilização dos psiquiatras, o que redundou em maior prescrição de psicofármacos.

Com as denúncias das precárias condições de trabalho na saúde mental, na década de 1980 foi instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial e já no seu final destaca-se a Constituição de 1988, que significou a concretização da lei do movimento social e político expresso na reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, formulando-se um

¹² Esse movimento denunciou as precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde mental, ampliando a luta pela adoção do modelo de atendimento comunitário às pessoas com transtornos mentais no Brasil (DELGADO, et. al., 2007).

¹³ A Divisão Nacional de Saúde Mental foi criada com o objetivo de diminuir o número de privatizações em benefício de grupos particulares, e investir em serviços estatais, tendo em vista a assistência ambulatorial (LIMA, 2004).

novo modelo de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios de universalização, territorialização, integralidade e da equidade.

Na verdade, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, conceituada como “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2007, p. 58), inicialmente persiste subsumido ao movimento sanitário, mas ganhou uma identidade própria, haja vista que as primeiras tiveram como bandeira de luta a universalidade do direito à saúde, tendo por foco os direitos sociais (ROSA, 2013). Destarte, se consolida ainda na busca de politizar a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas, produzindo reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica. Além disso, criou experiências e estratégias de cuidado contra hegemônicas, conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural (YASUI, 2006). Tal movimento contribuiu significativamente para mudança na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, levando a um repensar nas formas de cuidado e relações sociais das PcTMs.

Rosa (2013) expõe que o movimento orienta-se prioritariamente em torno da luta pelos direitos civis das pessoas com transtornos mentais, isto é, insere-se na luta das minorias sociais pelo reconhecimento social e pelas liberdades básicas, tais como vocalizar suas próprias necessidades, circular pela cidade, tendo garantido o convívio social/ comunitário, mas não abdica dos direitos sociais. Ao contrário, exige-os de maneira conjugada.

Conforme Amarante,

[...] reforma psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. É o reconhecimento dos direitos individuais, uma nova consciência e um novo olhar sobre o significado de cidadania, que favoreceram as reivindicações por liberdade e reavivaram o interesse por problemas sociais e de saúde (AMARANTE, 1995, p. 53).

Yasui (2006, p. 22) segue abordando que

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado à concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais. Ações que acreditam na possibilidade da construção de uma nova sociedade. Acreditam na possibilidade de transformar a sociedade, mudar as relações sociais,

possibilitar a participação nos bens econômicos, culturais, construir um mundo mais justo, mais equânime, mais livre.

Ressalta-se que nesse período, como parte das lutas que ocorreram no bojo do movimento de Reforma Psiquiátrica, no ano de 1987, no Rio de Janeiro, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental no país, que propõe a reorganização dos serviços assistenciais na área, reforçando a ideia de substituição do modelo hospitalocêntrico pelos serviços comunitários.

Ademais, no quadro geral das análises ocorridas na área da saúde e da saúde mental, Rosa (2008), Amarante (1998) e Yasui (2006) trazem um levantamento de eventos que tiveram grande relevância: o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se destacou por protagonizar denúncias com relação à violência dos manicômios e a mercantilização da loucura, apontando propostas para a assistência às PcTMs; a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Camboriú (SC), conhecido como o “Congresso da Abertura”, onde houve a reivindicação para a expansão dos serviços ambulatoriais e melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e a ocorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁴, que aconteceu no ano de 1986 com um aprofundamento significativo na discussão da saúde mental, e, inclusive estabelecendo bases para a I Conferência Nacional de Saúde Mental outrora destacada, e também no debate sobre a defesa da saúde como dever do Estado e como direito universal.

É válido ressaltar que, a ocorrência da VIII Conferência trouxe grandes avanços para a sociedade brasileira, refletidos, por exemplo, nos direitos proclamados em 1988, na Constituição Federal, bem como na elaboração da proposta de criação do Sistema Único de Saúde – SUS que amplia o conceito de saúde, em que os determinantes sociais do processo saúde-doença ganham destaque, que em linhas gerais traduzia e sintetizava, naquele momento, o pensamento e a luta do Movimento de Reforma Sanitária (PEREIRA, 2014).

O movimento de Reforma Sanitária (MRS) foi de grande importância para a saúde e para a saúde mental, pois lutava por um novo modo de conduzir a saúde pública no Brasil, ao propor um novo projeto de assistência à saúde pública, comprometido com os interesses das pessoas com transtornos mentais, tendo o Estado um papel primordial nesse processo, assegurando que a saúde em geral e a saúde mental fosse um direito social de todos e um dever do Estado. Nesse

¹⁴ Na VIII Conferência Nacional de Saúde foi formada uma comissão para fazer novas propostas para a assistência psiquiátrica brasileira. Essa comissão propôs que o atendimento psiquiátrico passasse a ser integral, multiprofissional e realizado em postos de saúde, ambulatorios especializados e em serviços criados especialmente para esse atendimento (BRASIL, 2005). De acordo com Santos (1992), propuseram, ainda, que os atendimentos de emergência psiquiátrica fossem realizados em hospitais gerais. Com essas medidas, a permanência das pessoas com transtornos mentais na comunidade seria facilitada, contribuindo para que mantivessem seus direitos de cidadãos.

contexto, o Estado deveria assegurar serviços de qualidade, tratando as PcTMs como sujeitos de direitos (LIMA, 2004).

Escorel (1998) detalha as origens e a articulação deste processo, descrevendo a participação de outras instituições e outros atores, que foram se agregando, se articulando, compondo um processo histórico, tais como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), os movimentos de saúde ligados as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Igreja Católica e setores dos movimentos estudantis e dos médicos residentes.

Segundo Teixeira (1989, p.39 apud COHN, 1989, p. 129) a Reforma Sanitária

Refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Teixeira e Mendonça (1995) destacam três direcionamentos básicos das estratégias de luta pela Reforma Sanitária: a politização da questão da saúde, visando aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária, a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde e a mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos.

No interior deste processo, localiza-se a saúde mental trilhando os mesmos caminhos. Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica (RP) também se configura não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, emancipação e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.

Nesse contexto, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica passam a ser, desde então, princípios que guiam as Políticas Públicas de Saúde (direitos sociais) e Saúde Mental (direitos civis) no país. Os Movimentos Sanitário e Psiquiátrico defendiam a ampliação do conceito de saúde, a mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, a defesa da saúde

coletiva, a igualdade de direitos de todos, e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Além dos eventos de grande relevância na área da saúde e da saúde mental, destacam-se ainda como ações reformistas no ano de 1987: a existência do Caps Luiz Cerqueira/ Itapeva em São Paulo, como o primeiro Caps do país, constituindo-se como um dos símbolos mais importantes do avanço da reforma psiquiátrica brasileira. No ano de 1989, Santos, também em São Paulo, é destaque como a primeira cidade brasileira a contar com uma política orientada pelo cuidar na comunidade, após o fechamento da Casa de Saúde Anchieta¹⁵, por violação de direitos humanos e nesse mesmo período destaca-se o Projeto de Lei nº 3.657/89 do então Deputado Paulo Delgado como um dos desdobramentos da I Conferência Nacional de Saúde Mental, propondo a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares e que será promulgado apenas 12 anos depois, através da Lei 10.216/2001¹⁶ (Lei da Reforma Psiquiátrica) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A partir da década de 1990, o movimento pela reforma psiquiátrica obteve seus grandes avanços políticos e estratégicos na luta por serviços substitutivos em saúde mental. Nesse momento ocorrem alterações na política de saúde mental que englobam a reestruturação da assistência em saúde mental, circunscritas a esse movimento. Esse conjunto de alterações resultou em processos de desinstitucionalização, que se dão pela desconstrução de aparatos legislativos, ideológicos, tecno-assistenciais e políticos (AMARANTE, 1996) que segregavam a pessoa com transtorno mental do convívio social e do direito de viver na cidade.

Destacam-se neste período a portaria nº 189/1991, que amplia e estabelece a normatização e o financiamento de serviços comunitários de saúde mental (antes financiavam-se apenas hospitais psiquiátricos), e a portaria nº 224/ 1992 que institui critérios de controle e supervisão da melhoria da assistência dos hospitais especializados, permitindo a redução no número de leitos psiquiátricos e descentrando a assistência da figura do médico (biomedicina).

No ano de 1992 ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental que traz, em seu bojo, a participação das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, reconhecidos como

¹⁵ Esta instituição psiquiátrica privada foi fechada pela prefeitura de Santos devido às denúncias sobre maus tratos aos internos. A partir dessa experiência, a prefeitura municipalizou o atendimento psiquiátrico da cidade, contribuindo para a consolidação dos CAPS e de outros serviços substitutivos (COGA; VIZOTTO, 2003; WAIDMAN, 2004).

¹⁶ Pinto; Ferreira (2010) destacam que, após a promulgação da Lei 10.216, outras oito leis estaduais e diversas portarias e programas foram criados para regulamentação do atendimento comunitário destinado às pessoas com transtornos mentais. Merecem destaque o programa “De Volta para Casa” (BRASIL, 2003) e a portaria 336/GM, que atribui aos CAPS o papel central na psiquiatria comunitária brasileira (DELGADO, et. al., 2007).

integrantes da sociedade civil e exigindo, junto ao poder público, o fim da prática assistencial excludente, como uma revisão de práticas, valores e discursos que apontam um conceito de cidadania tal como conceituado por Marshall (1967), a conquista de direitos à liberdade (direitos civis), de participação na vida pública (direitos políticos) e a melhor qualidade de vida (direitos sociais).

Nesse âmbito, compreende-se a reforma psiquiátrica enquanto orientadora da política pública de saúde mental e em alguns aspectos como uma prática democrática, uma vez que a democracia se constrói quando se ampliam os canais de participação e se distribuem as forças entre classes e sociedade civil em favor do bem comum (FERREIRA, 2006). Portanto, a reforma se torna democrática ao definir como campo de atuação o espaço público, atribuindo-se uma categoria política e social, principalmente por levar o coletivo à discussão sobre os conflitos de sua cotidianidade.

A partir das reformulações propostas pela II Conferência se sucedem três momentos importantes na reforma:

1ª – A fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas. No Rio de Janeiro, os velhos pavilhões dos três grandes hospitais federais (Colônia Juliano Moreira, Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Philippe Pinel) transformaram-se em centros comunitários, hospitais-dia, clubes de lazer, etc;

2ª – Com a implantação de serviços que substituem os manicômios surgem unidades de serviços extra-hospitalares, com investimento em ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades. Desse modo, é implantada uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa;

3ª – A preocupação com a questão de moradia leva à criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

O primeiro momento, embora trazendo modificações e técnicas humanizadoras, não suplantou a lógica manicomial – não suplantou a distância da sociedade e da cultura que impõe a seus “pacientes”. O hospital psiquiátrico, mesmo humanizado, é excludente e mantém ainda características de uma instituição total, considerando as concepções de Goffman (2008) já destacadas anteriormente.

No segundo momento a ruptura é mais clara. Os novos serviços se distinguem radicalmente da atenção prestada nos hospitais psiquiátricos. Os CAPS, como dispositivos territoriais, situados dentro do percurso cotidiano das PcTMs, exigem a instituição de uma nova prática que engloba, no mesmo olhar, o ético, o técnico e o político. Antigas práticas

hospitalares ganham agora novos significados. Surgem as cooperativas sociais como forma de construção real e oferta de trabalho e possibilidades de geração de renda para aqueles que, no mundo capitalista, supostamente racional e metódico é negada a oportunidade, pelo preconceito contra o transtorno mental. O próprio lazer passa a ser questionado, deixando de ser simplesmente atividade para preencher o tempo, como nos antigos hospitais psiquiátricos, passando a ser visto como uma instância social na promoção da qualidade de vida (FERREIRA, 2006).

A autora destaca, com relação ao terceiro ponto, que, a fragmentação dos hospitais e a criação dos CAPS mostraram a questão da moradia como um dos motivos principais da ocupação dos hospitais psiquiátricos, fazendo-se necessário demonstrar que muitos pacientes internados poderiam e deveriam viver em moradias, conviver e se reinserir socialmente. Dessa forma, nascem os primeiros lares abrigados, pensões protegidas, protoformas dos SRTs, em vários estados do país. Em fevereiro de 2000, o governo federal cria a portaria n.º 106 instituindo as residências terapêuticas com o objetivo de reformular o modelo de assistência em saúde mental, dando relevo à reinscrição das PcTMs no sistema social.

É válido que se ressalte que o impacto desses SRTs promoveu debate acerca da extinção progressiva dos manicômios, dando ênfase à Lei 10.216 outrora destacada, instituindo a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. A Lei 10.216/01 permitiu o fortalecimento e deu um novo impulso ao movimento de reforma psiquiátrica, esta conquista ocorreu durante a organização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Neste contexto em que os princípios do movimento se alinham com a política de saúde mental a reforma psiquiátrica ganha maior visibilidade (REBOLI; KRÜGER, 2013).

Segundo as autoras, a III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 2001 e teve como Tema “Cuidar, sim. Excluir, não. – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Os debates se organizaram através dos subtemas: financiamento; recursos humanos; controle social, acessibilidade; direitos e cidadania.

A III Conferência reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas do governo, que as políticas de saúde mental reflitam os princípios do SUS. Este evento, ao deliberar sobre o modelo assistencial, enfatizou a importância da construção de novas práticas, de novas formas de lidar com a loucura, de desterritorializar a loucura, de gerar novos atores sociais, de possibilitar que as instituições psiquiátricas, os técnicos e a administração deixem de ter a loucura como objeto privado e passem a concebê-la como questão de vida (FERREIRA, 2006).

Costa e Paulon (2012) ressaltam que os nove anos que separaram a III da IV Conferências Nacionais de Saúde Mental, permitiram visualizar os avanços na implementação da reforma psiquiátrica brasileira, através da inserção de mais de 1500 CAPS, considerado o “carro chefe” da mudança no modelo assistencial. A Marcha dos Usuários da Saúde Mental que aconteceu em Brasília no ano de 2009, contou com a participação de cerca de 2300 pessoas, reivindicando, entre outras temas, a convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Todo esse movimento sinaliza que uma série de importantes mudanças vêm ocorrendo na sociedade brasileira, quando antigos fantasmas manicomiais – isolamento, passividade, tutela, impotência – começam a ser exorcizados, possibilitando maiores e melhores interlocuções entre os ditos 'loucos' e a vida em sociedade. Nesse sentido, a relação com a loucura vem sofrendo modificações, conforme o nível de aprofundamento das mudanças sociais, pressionadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, o que levou à construção de mais de 1021 teses aprovadas na plenária final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (COSTA; PAULON, 2012).

Bezerra (2007), afirma que o processo da reforma psiquiátrica não é apenas um complexo processo que busca desfazer o aparato e a cultura manicomial, mas, sobretudo construir uma nova maneira de olhar e lidar com o sujeito louco, como aquele que pensa, sofre, sonha, sente e deseja estar na vida. Segundo esse autor, a desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria e suas práticas médicas e sociais, mas, sobretudo, reinventar a própria sociedade em que vivemos, configurando assim um processo amplo, complexo e conjuntural.

Amarante (2007) aponta alguns desafios para a saúde mental e atenção psicossocial na atual conjuntura. Um deles foi reorientar as condições de vida de um número significativo de pessoas que se tornaram moradoras de hospitais psiquiátricos, segmento para o qual o Estado brasileiro passa a ter uma enorme dívida social, postas as conseqüências desabilitadoras que o modelo hospitalocêntrico gerou, incapacitando-as temporária ou definitivamente para o convívio social.

As estratégias de residencialidade e emancipação dos sujeitos se colocam como um dos pontos principais e estratégicos das ações voltadas para a desinstitucionalização. Com o aumento dos serviços substitutivos tipo CAPS, a desinstitucionalização ganha corpo no país, “a grande maioria dos sujeitos enclausurados nos grandes manicômios perderam seus vínculos familiares e sociais, e muitas vezes já não desejam mais sair daquele espaço”. (AMARANTE, 2008, p. 87)

As ações desse campo devem oferecer condições concretas para o processo de desinstitucionalização, onde o primeiro passo e também um potente desafio é a constituição de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é de acompanhar esse processo de saída do manicômio e de construção de uma nova rotina de vida, uma nova existência para além dos muros do hospício. Essas equipes possuem papel fundamental no processo de constituição de laços sociais e elaboração das autonomias individuais de cada sujeito. Em muitas situações se faz necessário que os serviços tipo residências terapêuticas sejam assistidas ou supervisionadas por profissionais, isso irá depender do grau de autonomia e independência ou dependência dos moradores.

A política brasileira de estratégias de residencialidades ainda está restrita aos sujeitos egressos de instituições nas quais estiveram por mais de dois anos internados. É nossa expectativa que a proposta seja extensiva a todos aqueles que também tenham dificuldades de moradia ou convívio familiar (AMARANTE, 2008, p. 56).

Vale ressaltar que o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais.

Entre os instrumentos de gestão que permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada, está o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população. Visualizando em números, a quantidade de leitos psiquiátricos passou de 86 mil em 1991 para 35.427 em 2009 (SILVA; FERREIRA, 2010). Em 2010, vinte e três anos após a implantação do primeiro CAPS, o país registrou 1541 CAPS espalhados pelo território nacional (BRASIL, 2010).

Neste contexto e diante dos avanços e desafios impostos na contemporaneidade no seio da saúde mental, observa-se que a reforma psiquiátrica encontra-se consolidada, com princípios institucionalizados, reconhecidamente como política na agenda pública, inclusive com alguns investimentos avaliativos consignados. Contudo, ainda se constata incipiência quanto à

existência de estudos que adensem os aspectos avaliativos dos processos reformistas em saúde mental e os múltiplos produtos assinalados no percurso da produção do cuidado comunitário no país, principalmente no que diz respeito ao âmbito qualitativo de avaliação dos SRTs (foco do estudo) e de um dos produtos existentes nesses dispositivos, como será visto a seguir.

1.2. Avaliação Dos Processos Reformistas Em Saúde Mental

A reforma psiquiátrica brasileira, como já observado, se constituiu como um movimento histórico de caráter político, social e econômico, tendo como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam (GONÇALVES; SENA, 2001).

Enquanto orientadora da política pública, esse movimento encontra-se consolidado, ressaltando a existência de uma luta histórica para conquistá-lo. A reforma, como representação de uma reformulação do modelo assistencial, encontra-se amparada por todo um aparato normativo e legal nas políticas de saúde mental vigentes, e, neste contexto entende-se que para observar a potencialidade das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e manicomial na contemporaneidade, tendo em vista a consolidação desta reforma, é importante atualmente que se tome a avaliação como mecanismo para realizar uma análise aprofundada deste processo de reforma e dos produtos gerados pela sua existência, destacando-a como instrumento para pensar e transformar a prática cotidiana, potencializando o seu campo de possibilidade.

O aparecimento de novos serviços como conseqüência da reforma psiquiátrica, com princípios e tecnologias distintos das práticas psiquiátricas anteriores, trouxe ao debate da saúde mental a questão da necessidade de novos instrumentos de avaliação de qualidade, que não apenas os indicadores clássicos, baseados na quantidade, que se têm mostrado insuficientes ou inadequados (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

Os autores afirmam que as avaliações tradicionais em saúde mental estão relacionadas aos parâmetros epidemiológicos clássicos e às auditorias externas, mediante a utilização do modelo estrutura-processo-resultado¹⁷. Nas avaliações do Ministério da Saúde, no período de Co-Gestão, baseado no projeto de desospitalização, os indicadores para monitorar a assistência hospitalar e ambulatorial eram exclusivamente quantitativos, entre eles: número de admissões e saídas hospitalares, número de leitos, índice de giro, intervalo de substituição, taxa de reinternação, tempo médio de permanência hospitalar e número de consultas por especialidades.

¹⁷ O modelo estrutura-processo-resultado usado correntemente na avaliação de serviços de saúde não propicia a flexibilidade ao se considerar avaliação de qualidade em serviços de saúde mental, pois não cobre e nem descreve o que ocorre na complexa relação entre serviços, usuários e comunidade.

Nesse contexto, deve-se ressaltar que a avaliação de serviços de saúde mental no país, mesmo nos moldes tradicionais, é incipiente. Os limites dos poucos trabalhos desenvolvidos são inerentes a qualquer processo avaliativo e uma opção teórico-metodológica sempre oferece respostas parciais e incompletas frente à complexidade do campo da assistência em saúde e aos possíveis objetos de estudo (FURTADO, 2001).

Em busca da superação dos limites da avaliação tradicional, Carvalho e Amarante (1996) propõem a articulação entre tecnologia, ética e modelo assistencial para a construção de possibilidades de avaliação em saúde mental que destaquem a complexidade do objeto como ponto de partida. O conceito de tecnologia não se refere a um conjunto de técnicas fundamentadas em determinada teoria, mas à ação desse conjunto na realidade; ética pode ser definida como modos de existir que guiam a ação humana e, finalmente, o modelo assistencial pretende ressaltar, além do conjunto de recursos, as relações como níveis fundamentais de análise.

Carvalho e Amarante (1996) enfatizam a importância de desenhos de avaliação dos novos serviços de saúde mental elaborados a partir do estudo do seu cotidiano, privilegiando análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto.

A questão não é só a de definir os parâmetros de qualidade a serem alcançados pelos serviços, seja através de métodos quantitativos ou qualitativos ou ambos, mas mapear as relações e acontecimentos que ocorrem nesses serviços, não considerando seus processos [...] como algo dado, único, verdadeiro e natural (CARVALHO; AMARANTE, 1996, p. 81).

Nesse sentido, poder-se-ia pensar em características dos serviços que são preconizadas como fundamentais e que nem sempre são passíveis de serem medidas: acolhimento, vínculo, responsabilização, plasticidade. A relação com a família e a comunidade também envolve, de forma muito intensa, as características afetivas.

Para a avaliação dos componentes e paradigmas do modelo assistencial proposto pela reforma, a questão da qualidade toma relevância e permite que, nesse contexto, se possa introduzir a proposta de métodos que enfatizem esse plano ao se olhar a realidade e para essas novas modalidades públicas de atenção.

Desta feita, é notória que diante de toda a trajetória de lutas e conquistas ao longo da história que conforma este país, ressaltando especificamente o contexto da política de saúde mental e de todos os avanços e percalços trilhados, a necessidade de investimento em avaliar essa política e dos processos reformistas que a envolvem.

Destarte, a análise de políticas públicas¹⁸, para ser realizada, desenvolveu um método com base na desagregação do processo de uma política em fases ou estágios, e se referindo ao conjunto das fases como o ciclo de uma política. Esse método sofreu ao longo do tempo inúmeros tratamentos e foi originado dos trabalhos pioneiros de Harold Lasswell (1951), dividindo o processo da política pública em sete estágios que compreendiam desde a promoção de determinada ideia, de como solucionar um problema, até a própria solução do problema, porém circunscrita ao âmbito governamental (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Segundo as autoras, em 1974, Gary Brewer alertava para o fato de que as políticas não possuíam um ciclo definido ou linear, ocorrendo modificações em seu curso, e propôs a ideia de um ciclo contínuo com uma nova fase prévia ao debate governamental, que denominou de fase de reconhecimento do problema. Assim, decompôs o processo em seis etapas – invenção, estimativa, seleção, implementação, avaliação e término – e incrementou o modelo de análise proposto por Lasswell, sem romper com a lógica de análise que se estabelecia.

Assim como Brewer, muitos outros analistas da política partiram das etapas propostas por Lasswell para desenvolver seus estudos, trazendo contribuições e sugerindo modificações no modelo, que foi principalmente aprimorado nos anos 1970, quando se apresentava como principal preocupação a análise do modo de funcionamento da máquina estatal (o que o governo faz). O ponto de partida para este aprimoramento foi a identificação das características das agências públicas “fazedoras da política”; dos atores participantes desse processo de “fazer” políticas; das inter-relações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Nos anos 1990, Howlett e Ramesh (1995) condensaram as fases do processo da política pública em cinco etapas: 1) montagem da agenda, que corresponde à fase de reconhecimento do problema; 2) formulação da política, quando há a definição de propostas de solução; 3) tomada de decisão, quando ocorre a escolha de uma solução; 4) implementação, o momento de pôr uma solução em andamento; 5) avaliação, quando é possível o monitoramento de resultados. Na lógica do modelo, cada uma das fases envolve processos distintos, redes próprias de atores, e sofre diversas influências do contexto político mais geral, em um processo dinâmico e constante de negociação. Esta é a ideia de ciclo da política que até os dias atuais é bastante divulgada e trabalhada nos estudos de política.

¹⁸ Trazendo para a realidade da reforma psiquiátrica e dos produtos que esta gerou, levar-se-á em consideração esta acepção e o acompanhamento do raciocínio trazido por Viana e Baptista (2012) que tratam sobre a análise de políticas públicas no contexto do ciclo da política.

As autoras Viana e Baptista (2012) apontam que essas fases se transformam em processos de análise para o modelo de solução de problemas, se relacionando com a aplicação desse modelo da seguinte forma:

a) Reconhecimento do problema – Entrada na agenda

Na perspectiva do ciclo da política, o primeiro passo a considerar na análise do desenvolvimento de uma política é o de reconhecimento de um problema como de relevância pública. Parte-se do pressuposto que os problemas constituem o ponto de partida para a geração de uma política pública; não existem como unidades isoladas, mas resultam de alguns fatores, como demandas políticas e sociais, necessidades identificadas, juízos de valor sobre certa realidade e compromissos políticos assumidos.

Quando um problema torna-se prioritário, entra na agenda política ou decisória do Estado, o que corresponde ao primeiro momento do ciclo de uma política. Portanto, a delimitação de uma agenda política é a definição do conjunto de problemas que serão priorizados pelas autoridades governamentais, constituindo objeto de decisão política.

Kingdon (1984), citado por Viana e Baptista (2012) diferencia três tipos de agenda a considerar no processo político: 1) a agenda sistêmica ou não governamental: corresponde à lista de assuntos e problemas do país, colocados na sociedade, que por algum motivo não despertaram a atenção do governo e dos formuladores de política naquele momento e que ficaram aguardando oportunidade e disputando espaço para entrar na agenda governamental; 2) a agenda institucional ou governamental: inclui os problemas que obtêm a atenção do governo, mas ainda não se apresentam na mesa de decisão; 3) a agenda decisória ou política: corresponde à lista de problemas que estão sendo considerados e que serão trabalhados nos processos decisórios

b) Propostas de solução – Formulação da política

O passo seguinte à entrada do problema na agenda governamental é a formulação propriamente dita da política. O processo de formulação de uma política é o momento em que, dentro do governo, se formulam tipos de soluções para o problema – pode ser entendido como um diálogo entre intenções e ações. A formulação de uma política consiste na investigação do problema e na busca de opções e alternativas para sua resolução.

c) Escolha de uma solução – Tomada de decisão

A fase seguinte à formulação é a de tomada de decisão e abarca o processo de escolha, pelo governo, de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não-ação; é o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção.

Esta fase, junto com a anterior, expressa um importante momento do ciclo de uma política, pois é no decorrer destas fases que se definem os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação, bem como se explicitam as escolhas políticas de uma autoridade central.

d) Por uma solução em andamento – A implementação da política

A fase de implementação da política é o momento de colocar uma determinada solução em prática e tem sido considerada como o momento crucial no ciclo de uma política, isto porque nesta fase novas formulações podem ser feitas, e decisões tomadas na fase anterior podem ser modificadas ou mesmo rejeitadas, alterando inclusive o argumento principal da própria política.

O momento de implementação é de intensa negociação; nele se vê realmente onde se sustentam os pactos estabelecidos. Se o momento de formulação é uma ocasião de grandes consensos, em que tudo é possível, é no momento da implementação que se descobre a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses.

e) Monitoramento dos resultados – Avaliação da política

Após a fase de implementação, sucede a fase de avaliação, última do ciclo da política. A avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões. Refere-se ao processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, visando a subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso.

No Brasil, a avaliação desperta crescente interesse a partir dos anos 1990, quando a ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumenta (HARTZ, 1997 *apud* FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011), no contexto da Constituição de 1988, que amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros.

Fazendo um esboço dos diferentes significados da avaliação nos últimos cem anos, refletindo o contexto histórico existente, os propósitos que as pessoas tinham em mente ao realizarem avaliações, e os princípios filosóficos da época, a avaliação é dividida em quatro gerações (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011).

1ª geração - *Mensuração*: entre as primeiras influências estão as mensurações dos vários atributos de escolares. O papel do avaliador era de um técnico que tem que saber construir e usar os instrumentos, de forma que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida. É muito importante notar que a primeira geração ou o sentido técnico da avaliação persiste até hoje. Com frequência, são publicados textos que usam as palavras ‘medidas’ e ‘avaliação’ como sinônimos.

2ª geração - *Descrição*: logo após a Primeira Guerra Mundial tornou-se evidente que o currículo escolar necessitava passar por uma revisão, e uma abordagem de avaliação que não pudesse prover outros dados além dos relacionados com os estudantes, não serviria aos propósitos da avaliação agora contemplados.

Desta maneira, emerge o que se chama de segunda geração da avaliação, uma abordagem caracterizada pela descrição de padrões de forças e limitações dos objetivos estabelecidos. O papel do avaliador era o de um descritor, apesar dos aspectos técnicos anteriores terem sido mantidos. A medição não era mais tratada como equivalente à avaliação, mas é redefinida como um instrumento que poderia ser usado a seu serviço.

Com a segunda geração, nasce a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade identificada nos Estados Unidos de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados, e não somente de medir resultados, como na geração anterior.

3ª geração – *Julgamento*: tem seu marco inicial a partir do final dos anos 1950. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, mas agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos.

Guba e Lincoln (1989) citados por Furtado e Laperrière (2011) afirmam que as três gerações representaram avanços: a coleta de dados em indivíduos não era sistematicamente possível até o desenvolvimento de instrumentos apropriados, que caracterizou a primeira geração. Mas, a avaliação teria estagnado nesse ponto se a segunda geração não mostrasse formas de avaliar aspectos não-humanos, tais como programas, materiais, estratégias de ensino, padrões organizacionais e “tratamentos” em geral. A terceira geração exigiu que a avaliação julgasse tanto o mérito do objeto de avaliação (seu valor interno ou intrínseco) como a sua importância (seu valor extrínseco ou contextual). Mas, as três gerações, como um grupo, sofreram certas limitações. Os mesmos autores destacam a existência de problemas comuns às três gerações de avaliadores citadas acima e que se caracterizariam por:

- a) tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos;
- b) incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa;
- c) hegemonia do paradigma positivista: desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença em uma verdade única e absoluta, caracterização como “não científico” de tudo o que fuja ao que foi anteriormente citado e desresponsabilização moral e ética do avaliador (já que a ciência seria livre de valores).

A partir de tais críticas, os autores propõem o que eles mesmos intitularam como a 4ª geração de avaliadores, tendo como base uma *avaliação inclusiva e participativa*. A proposição de Guba e Lincoln (1989) impulsionou significativamente as avaliações de cunho participativo, inserindo nas discussões sobre avaliação, ao menos teoricamente, preocupação com a negociação entre os atores sociais envolvidos.

Para Furtado e Laperrière (2011) não existe consenso sobre essa forma de avaliação, do mesmo modo que não existia em relação às formas anteriores, mas oferecem-na como uma construção que aperfeiçoa algumas limitações, vazios e ingenuidades das formulações anteriores.

Em escritos recentes, Lincoln (2003) citado por Furtado e Laperrière (2011) afirma que a avaliação de quarta geração é flexível na medida em que não adere a um discurso específico, mas a interesses plurais e múltiplas vozes. Segundo o autor, trata-se da abordagem mais bem adaptada à pesquisa-ação, à pesquisa-ação participativa e aos modelos baseados na construção do conhecimento gerado pela comunidade e voltados para a própria comunidade.

Contandriopoulos *et al.* (2000), em relação ao aspecto conceitual no campo da avaliação, afirmam que não é possível estabelecer uma definição absoluta e universal da avaliação, mas definem como objeto de um amplo consenso a definição de que avaliar consiste em fazer um **juízo de valor** a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

No conceito de avaliação como um juízo de valor para a tomada de decisões está contido o duplo objeto da avaliação: como instrumento investigativo, que produz conhecimento sobre uma ação social (ação humana organizada), e como instrumento político, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, o que a caracteriza como uma ciência social aplicada.

Seria ingênuo pensar que a avaliação é apenas um processo técnico. Ela é também uma questão política. Avaliar pode se constituir num exercício autoritário de poder de julgar ou, ao contrário, pode se constituir num processo e num projeto em que avaliador e avaliado buscam e sofrem uma mudança qualitativa (GADOTTI, 1999, p. 01).

Mesmo admitindo que avaliar significa, em última instância, **emitir um juízo de valor**, Furtado (2001) ressalta a importância de o processo avaliativo ser acompanhado de uma ampliação e diversificação dos eixos em torno dos quais são emitidos tais julgamentos, ou seja, há necessidade da inclusão de diferentes e divergentes julgamentos, a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos em um programa ou serviço.

No presente estudo, é fundamental considerar essa perspectiva de avaliação que possibilite um espaço de reconstrução, contribuindo para que, no movimento e dinâmica dos SRTs, a avaliação possa servir como um dos mecanismos que direcione, de modo mais qualificado, a ação e o contexto desses serviços.

Na perspectiva da reforma psiquiátrica e dos seus produtos, expressos pela produção do cuidado comunitário no tocante às pessoas com transtornos mentais, observam-se avaliações consignadas em alguns contextos, ressaltando-se, por exemplo, o Avaliar CAPS, realizado em 2008 pelo Ministério da Saúde. Os (CAPS) que se consolidaram como serviço e, no campo da avaliação, manifestaram-se em realidades diversas, sendo perceptível a conformação de trabalhos que destacam a avaliação desses serviços. Lancetti (2008) é destaque nessa concepção avaliativa, abordando uma ótica de CAPS burocrático e CAPS turbinado, em que o primeiro, como o próprio nome sugere, é burocratizado, com a existência de práticas corporativistas e centrado no modelo biomédico e já o segundo representa uma conquista dos ideais do movimento de reforma psiquiátrica, que funciona na interação com a rede de serviços de saúde e com a comunidade.

No âmbito dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que também se consolidam como produto dessa política, já que nasce desse processo de reforma psiquiátrica, apresentam-se indicadores possíveis de avaliação no sentido apontado por Saraceno (1999), que define a atenção psicossocial como sinônimo de cidadania conformando-a a partir de 3 eixos de intervenção, na direção da mudança efetiva que implicam: 1) o morar; 2) o trocar identidades e 3) a produção de valores que a sociedade preza.

Como enfatiza o autor, o morar é um indicador importante na operacionalização da atenção psicossocial, pois expressa o nível de apropriação e poder contratual da pessoa com o seu meio ambiente e com a cidade de modo geral, haja vista no manicômio apenas poder estar, sem se apropriar, ter uma relação de poder com os bens e espaço de seu entorno. Para o autor, “estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço do indivíduo [...] que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico” (p. 114). Neste espaço ocorre a mortificação de seu eu (GOFFMAN, 2008). Na sua moradia tem a possibilidade de habitar, ou seja, ter uma relação de poder e propriedade com seu entorno.

Saraceno (1999) traz as seguintes conceituações a este respeito: o novo modelo referente ao morar, distinguindo conceitos, bem como a noção de “estar” e “habitar”; em que possuir uma casa não implica habitá-la, o que considera como um grau mais evoluído de “propriedade” e não somente material, mas de contratualidade maior em relação à organização material e simbólica do espaço e do objeto, “à sua divisão afetiva com os outros”.

O morar fora do espaço hospitalar/manicomial é ainda fator importante na possibilidade de mudança de identidade, pois permite a multiplicação da mesma, como morador, vizinho, amigo, residente, colega de quarto, dentre outras, preservando a imagem social da pessoa, conforme princípios da Constituição Federal de 1988, que no modelo manicomial é limitada a “paciente, doente, incapaz, delirante”.

A produção de valores que a sociedade preza - na definição de Saraceno (1999, p. 126) “produzir e trocar mercadorias e valores” - remete para ações de geração de emprego e renda, como os propiciados pelas ações da Economia Solidária, através dos empregos protegidos, cooperativas de trabalho, dentre outras, e Programas de Volta para Casa, que permitem uma renda para garantir a manutenção da PcTM, fortalecendo seu poder nas trocas sociais.

É válido ressaltar que o Programa de Volta para Casa se constitui como auxílio aos moradores dos SRTs e tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar a qualidade de vida e o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

O Programa de Volta para Casa representa e atende ao disposto na Lei 10.216 que determina que as PcTMs longamente internadas ou para as quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica e “reabilitação” psicossocial assistida. O Ministério da Saúde (2003, p. 1) afirma que este programa trata de

um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Essa estratégia vem ao encontro de recomendações das Opas e da OMS para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária. O valor do auxílio está definido em lei e em 2008 obteve alteração de R\$ 240,00 para R\$ 320,00 por meio da Portaria nº 1.954/GM de 18/9/2008, publicado no Diário Oficial da União.

Destarte, as primeiras Residências Terapêuticas, segundo as ideias de Vasconcelos (2001), surgem na Itália (Trieste) na década de 1970, como estratégia da desinstitucionalização, que se efetivou somente após 1976. Durante o período de 1971 a 1976, ocorreu uma intensa campanha para obtenção de pensões, aposentadorias e aprovação de subsídios sociais. Inicialmente esse projeto de residência previa a reestruturação de prédios dentro do complexo hospitalar, organizando apartamentos, e, num segundo momento iniciou-se o processo que

levaria os internos a residir em apartamentos na comunidade, sendo liberados recursos financeiros para comprar ou alugar casas e/ou apartamentos.

A implantação de residências terapêuticas, segundo Moreira (2007), já vem ocorrendo há alguns anos com modalidades diversas de acordo com as distintas culturas e realidades norteadoras das políticas públicas de saúde em diferentes países.

Vasconcelos (2010) explicita alguns esquemas utilizados na criação de diferentes modalidades residenciais: (a) adaptação de casas internas ao ambiente hospitalar com a criação de espaços privados nas acomodações antigas; (b) reinserção comunitária através de habitação em famílias adotivas; (c) casas coletivas montadas na comunidade; (d) serviços integrados a um serviço aberto; (e) comunidades terapêuticas e outros esquemas individuais no mercado privado de moradias. O autor registra, assim, uma gama de diferentes dispositivos residenciais como estruturas individuais e coletivas, quartos de hotéis e pensões, famílias substitutivas, rearranjo na família de origem, dentre tantas outras possibilidades.

Amarante (2008) informa que a primeira moradia assistida no país, foi construída em Santos-SP e denominada República Manequinho desde que “debatia-se a necessidade de dispositivos residenciais para os internos desmanicomializados” (p. 644). O mesmo autor informa que os SRTs tiveram que ter conjugadamente a denominação de serviços terapêuticos para poderem ser financiados pelo SUS.

Segundo Moreira (2007), estas modalidades de moradia também variam quanto ao modo de acompanhamento dessa população, que ocorre desde a continuidade da assistência permanente (vinte e quatro horas) até a ausência completa de qualquer supervisão direta de profissionais em saúde mental. Contudo, é importante destacar que:

esses dispositivos residenciais não devem se configurar em mais um serviço de saúde (ainda que denominados ‘**terapêuticos**’), mas concebidos como espaços de morar/habitar, uma vez que já existem as ações assistenciais de saúde, implantadas pelo município, para uso e referência desses moradores assim como o restante da população. Ressalta-se, assim, que a questão central é o viver na cidade ou conquistar o exercício cidadão, necessitando para tal um espaço habitacional próprio, que se configure como um lar e não um local de tratamento (BRASIL, p. 7, 2004).

Experiências de outros países no que concerne a residências para egressos, como as da Itália, Inglaterra, Canadá e Espanha, influenciaram de maneira mais ou menos direta as tentativas brasileiras, embora Furtado (2006, p. 786) afirme que “as estruturas e os processos nacionais foram decisivos na conformação final de nossas iniciativas nessa área, conferindo especificidade e identidade aos nossos serviços residenciais”.

Os primeiros datam do início da década de 1990 com emergência em São Paulo e Rio Grande do Sul, dentro do movimento de reforma psiquiátrica com o objetivo de retirar os “pacientes” das enfermarias e propiciar sua participação na gestão de sua vida, além de diversificar seu contato com o espaço urbano. Não seriam caracterizados como um espaço de atendimento, devendo estar vinculados à rede de assistência local, com atendimento externo ao lar. A equipe que nele trabalharia teria o papel de intermediação entre o lar, o local de assistência e seus profissionais (SUYIAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Na história mais recente, encontra-se menção à “pensão protegida” em documento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Secretaria de Assistência Médica, que em seu *Manual de serviço para a assistência psiquiátrica*, de 14/09/73, estabelece a iniciativa como solução assistencial para atender a situação de transição entre o hospital e a plena reintegração social, onde os pacientes que [...] não precisem mais de hospitalização permaneçam provisoriamente em ambiente supervisionado (FURTADO, 2006).

O autor afirma que a partir da portaria 106/2000, as residências para egressos passaram a ser denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), nomenclatura estabelecida para justificar sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), passando a representar um mecanismo de novas possibilidades para as PcTMs que tiveram consequências danosas do modelo manicomial em suas relações sociais, sendo uma estratégia de reparação da violação dos direitos humanos. De acordo com a portaria em seu parágrafo único

Entende-se por Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias e casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2002, p. 85).

Na reversão do modelo brasileiro de atenção à PcTM, os Serviços Residenciais Terapêuticos ganham lugar estratégico ao priorizarem um segmento considerado pelos padrões capitalistas como desinteressante para a produção, “inimpregáveis”, pois, no geral, associam os resíduos negativos de uma longa vida institucionalizada à “cronicidade”, ao processo de envelhecimento e, algumas vezes, ao retardo mental/ déficit cognitivos, deficiências físicas/ mentais; o fato de terem cometido um homicídio (caso das pessoas em medida de segurança, pessoa que cometeu ilícito penal), no cerne de uma atenção a um grupo invisível socialmente para com o qual o Estado brasileiro tinha uma dívida social impagável.

Além dessa portaria, outras políticas oficiais dão sustentação aos SRTs: a lei federal 10.216/ 2001, mencionada anteriormente, que dispõe sobre a proteção e os direitos das PcTMs;

a lei federal 10.708/2003, que institui o auxílio para pacientes egressos de internações psiquiátricas através do Programa de Volta para Casa, outrora mencionado, e, as portarias 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no país. Em setembro de 2004, foi assinada a portaria GM 2.068, que institui incentivo aos municípios de R\$ 10 mil para a implantação de SRTs (FURTADO, 2006). Atualmente, também se encontra regido pela portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece a divisão destes serviços em duas modalidades (tipo I e II), para viabilizar os cuidados com esses pacientes que se encontravam segregados e com parca qualidade de vida.

§ 1º São definidos como SRTs tipo I moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. Esta modalidade de moradia deve acolher até 08 (oito) moradores.

§ 2º São definidos como SRTs tipo II as modalidades de moradia destinadas àquelas pessoas com transtornos mentais em acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos. Este tipo de SRT deve acolher até 10 (dez) moradores e contar com equipe mínima descrita no anexo I a esta Portaria (BRASIL, 2011, p. 10).

Cada Residência deve ter, pelo menos, um profissional de nível superior da área da saúde mental e dois profissionais de nível médio, com experiência ou capacitação específica em atenção psicossocial. Ao profissional de nível superior cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de reinserção dos moradores. Por sua vez, os profissionais de nível médio atuam como cuidadores e auxiliares diretos na reinscrição social (BRASIL, 2004). No Brasil existem 625 Residências em funcionamento com o total de 3470 moradores (BRASIL, 2011).

Os moradores são acompanhados pela equipe do CAPS, o qual busca atender às necessidades de cada morador. O objetivo do 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 (BRASIL, 2004). Isso mostra a importância da rede socioassistencial e do papel dos serviços comunitários de saúde que integrados se tornam efetivos no cuidado à PcTM.

Esses SRTs abrigam pessoas que estiveram internadas com 2 ou mais anos em hospitais e perderam parcial ou totalmente o vínculo com a família, seja porque estas não contam com o suporte adequado na comunidade (CARDOSO, 2007) ou, como afirma Rosa (2008), a família, por avaliar que o familiar com transtorno mental estaria sendo melhor assistido por uma equipe de profissionais do hospital, deixa-o no hospital aos cuidados dos profissionais, portanto, não correspondendo a um abandono.

O SRT é um serviço que busca romper com o paradigma de clínica, de doença, busca-se deslocar a díade doença-cura avançando para uma relação existência-cuidado, e, conseqüentemente levando em consideração a compreensão do ser humano (no caso os moradores) em suas relações concretas, de suas reais necessidades e de uma vida concreta (AMARANTE, 1995).

O estabelecimento de novas alternativas de vida trazidas por esses SRTs é possibilitado através do processo de desinstitucionalização, considerado um “trabalho terapêutico que se preocupa com a reconstrução das pessoas, enquanto indivíduos que sofrem como sujeitos.” (ROTELLI, 1990, p. 151).

A desinstitucionalização, de acordo com Amarante (1995), não significa apenas desospitalização¹⁹, mas desconstrução, ou seja, a superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro e seu tratamento como entidade abstrata, entendendo desinstitucionalização no sentido de:

[...] tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, em que o tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade. Neste processo, o doente antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é, portanto, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que reconhece o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro e uma terapêutica cidadã. (AMARANTE, 1995, p. 493).

Esse processo de desinstitucionalização se retrata no reinvestimento da subjetividade das PcTMs egressas de longos períodos de internação por meio da sua reintegração e reinserção à sociedade, ressaltando que, como traz Amarante (2007), não somente as PcTMs devem ser admitidas na sociedade, mas essa própria sociedade deve se reabilitar (aprender a conviver com a diferença e o diferente) para possibilitar a inclusão dessas PcTMs no seio social. A desinstitucionalização ocorre tendo o processo de emancipação como proposta central do projeto terapêutico, recompondo a cidadania, reinserindo a PcTM na sociedade e ao mesmo tempo desenvolvendo trabalho para ampliação da autonomia e apropriação da cidade.

O SRT representa uma possibilidade de construção da cidadania das PcTMs, buscando resgatar o retorno à vida na cidade e ao convívio social, sendo a emancipação viabilizada através do processo de atenção psicossocial.

¹⁹ Segundo o autor, desospitalizar significa retirar o sujeito do complexo hospitalar e enviá-lo para casa, enquanto que desinstitucionalizar é um processo muito mais amplo.

Quanto à avaliação desse serviço, Furtado (2006) constata que o país conta com experiências na desinstitucionalização de pacientes crônicos utilizando-se de residências terapêuticas. Tal experiência apresenta-se relativamente diversificada e adaptada às condições locais, estando presente em mais de 14 estados brasileiros. Além disso, essa sempre foi uma alternativa reivindicada pelos movimentos de reforma psiquiátrica (BRASIL, 1994).

No entanto, a despeito da vontade política expressa pelos órgãos oficiais por intermédio das leis e portarias citadas, de sua legitimidade junto aos movimentos pró-reforma, da avaliação positiva dos resultados obtidos pelas iniciativas existentes e da possibilidade de financiamento oriundo dos recursos provenientes da extinção dos leitos, o número de SRTs existentes está muito aquém de seu potencial (FURTADO, 2006).

Para um universo estimado em 14 mil potenciais beneficiários, conta-se atualmente com aproximadamente 10% destes inseridos em SRTs. Tal situação remete a indagações sobre possíveis condicionantes da limitada expansão das moradias no Brasil, se considerados os volumes das necessidades e dos fomentos, muito embora já se tenha destacado que a implementação destes serviços, principalmente a partir de 2011, avançaram com, inclusive, inserção nos estados em que não havia SRTs nos últimos anos. Todavia, ainda sim, o ritmo de implantação dos SRTs se deu com pequena aceleração se comparado ao processo de crescente fechamento de grandes hospitais psiquiátricos, tendo a expansão do número de moradias no país ainda como um grande desafio (BRASIL, 2012).

Afinal, questiona o autor, os entraves seriam de ordem política, de gestão por parte das equipes para o acompanhamento das residências? Ou haveria outros condicionantes, de outras instâncias, a serem identificados?

Além disso, caberia indagar sobre questões intrínsecas às equipes e aos futuros moradores: os fatores envolvidos no processo de passagem das PcTMs internadas dos hospitais para casa; a frequência e intensidade do acompanhamento; as ambiguidades deste serviço/moradia e seu impacto nos moradores e nos papéis profissionais dos cuidadores.

Nesse diapasão, Furtado (2006) afirma que os aspectos inerentes aos entraves para a expansão dos SRTs no país são complexos e delicados, envolvendo questões subjetivas tão numerosas quanto importantes. As várias questões e problemas levantados foram agrupados pelo autor em cinco categorias, permitindo visualizar o que deveria ser enfrentado visando ao efetivo incremento do número de SRTs, de beneficiários dos SRTs e à consequente redução do número de leitos psiquiátricos de “moradores de hospital”.

QUADRO 1: PRINCIPAIS ENTRAVES NA IMPLEMENTAÇÃO DE SRTS

	Categoria	Principais entraves
1	Gestão e Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo envolvimento do gestor local do SUS; - Redes municipais de saúde mental incipientes ou inexistentes; - Incompatibilidade entre a gestão de outros serviços do SUS e das residências terapêuticas; - Garantia de acesso e utilização de recursos já existentes (realocação de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, autorização orçamentária).
2	Legislação e Normas	<ul style="list-style-type: none"> - Lei de Responsabilidade Fiscal impede contratação de recursos humanos para a saúde mental.
3	Trabalhadores e Assistência Ofertada	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo envolvimento dos técnicos no processo; - Ameaça de desemprego vivida pelos trabalhadores dos hospitais dificulta a aceitação dos SRTs.
4	Clientela	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes apresentam receio de deixar os hospitais.
5	Resposta de outros setores e da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Eventualmente, locatários se recusam a alugar seus imóveis para egressos de internações psiquiátricas; - Refratariedade de alguns vizinhos aos SRTs; - Falta de campanha nacional sobre as mudanças na área de saúde mental.

Fonte: FURTADO (2006, p. 794).

Nesse contexto, observa-se que o SRT, enquanto política pública consolidada, também se apresenta configurado de forma avaliativa, mas, como ficou perceptível, ainda de maneira incipiente, tendo em vista que existem poucos estudos que podem contribuir com essa visão mais analítica do serviço²⁰, permeando apenas numa perspectiva mais quantitativa e panorâmica e ainda voltada para o período de implantação, notando-se a inexistência de estudos mais recentes quanto ao âmbito avaliativo.

De fato, o que se permitiu observar, durante todo o percurso teórico realizado, é que a reforma psiquiátrica se consolidou na contemporaneidade e produziu produtos no âmbito do cuidado comunitário destinado às PcTMs no país, muito embora seja notório algumas limitações quanto a sua solidificação na sociedade, é inegável a existência dos avanços que este movimento trouxe, principalmente no tocante ao reconhecimento da cidadania da PcTM, expresso por legislações e pela construção de serviços (CAPS, SRTs, dentre outros) voltados à multiplicação da identidade dessas pessoas.

Todavia, possivelmente existem ainda outras dimensões que ficaram invisíveis nesses serviços de atenção comunitária e que necessitam ser trazidas ao âmbito do conhecimento, um deles é o convívio no SRT entre moradores, cuidadores e gestores e como este tem contribuído para a conformação de possíveis relações socioafetivas e/ou familiares, dentre elas uma nova

²⁰ Ressalta-se que a autora realizou juntamente com a orientadora um rateio de estudos nesse âmbito, constatando a escassez de produções que considerassem uma avaliação desses SRTs num âmbito mais qualitativo.

configuração familiar que mais se aproxima da constituição desse modelo de relação: a anaparental²¹.

No seio deste entendimento se buscará, neste trabalho, trazer à tona essa dimensão e os atravessamentos que a perpassam, haja vista ter se observado a existência na literatura de avaliações considerando dimensões qualitativas em produtos advindos da política de saúde mental, a citar, por exemplo, o CAPS, enquanto que na dimensão qualitativa que engloba os SRTs, considerando o convívio, relata-se uma incipiência de estudos, pontuando-se, desta forma, relevante a realização de uma avaliação dessa dimensão, destacando-se a possibilidade das relações familiares no contexto dos SRTs piauiense, como será observado nos capítulos seguintes.

²¹ Muito embora se tenha conhecimento de que a formação de relações socioafetivas e/ou familiares não se constitua como um dos objetivos do SRT, observando-se tal relação como algo informal no contexto jurídico, pontua-se relevante a conformação do estudo nesse sentido, haja vista considerar a necessidade de reconhecimento dos processos sociais que envolvem qualitativamente os sujeitos que fazem parte desses dispositivos, além do que, com a publicização do estudo, pode-se contribuir posteriormente para um possível reconhecimento no âmbito formal dessas relações socioafetivas e/ou familiares, inclusive para fins sucessórios/patrimoniais.

2 PERCURSO METODOLÓGICO: TRAJETÓRIA E CONCRETIZAÇÃO DA PESQUISA

Este capítulo busca trazer à tona a metodologia adotada para a consignação do presente trabalho. Para tal se utilizou, no decorrer da exposição, de uma discussão focando nos procedimentos metodológicos, partindo dos seguintes pontos: o desenho da metodologia, explicitando o tipo de pesquisa que fundamentou o estudo em pauta e as técnicas utilizadas para a coleta e análise de informações frutos do campo empírico. Além disso, trata sobre as questões éticas e o contexto da pesquisa, colocando à baila o cenário do estudo, enfatizando os processos reformistas de cada território, a citar: Teresina e União, o perfil de cada cidade e a influência desses processos para a consolidação dos SRTs.

2.1 Desvendando a Pesquisa: tipologia, técnicas e questões éticas do estudo

A metodologia deste trabalho foi tomada como uma etapa dinâmica que pressupõe a contínua problematização e atualização do referencial teórico adotado. Assim, compreende-se que esta ocupa lugar central no interior do conhecimento, uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social de mundo, veiculada na teoria, constituindo-se o “caminho do pensamento”, segundo Habermas (1987) citado por Minayo (2008).

Nesse contexto, a proposta de estudo dessa pesquisa se caracteriza por ser de natureza qualitativa, pois se centra no estudo dos SRTs analisando os processos sociais de constituição e as relações estabelecidas nesses serviços. Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos e de implementação de políticas públicas e sociais. Além disso, se caracteriza ainda por ser capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas e aos processos sociais, sendo esses últimos tomados tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas e significativas.

A pesquisa qualitativa pode ainda ser caracterizada, segundo Richardson (1999), como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos.

Portanto, a pesquisa em pauta tem como base principal a abordagem qualitativa, pois se preocupa com uma realidade social multidimensional e complexa, que envolve sujeitos repletos

de determinações e essências, que não podem ser assimiladas apenas por abordagens quantitativas.

Ademais, o estudo se caracteriza ainda por ser descritivo e explicativo. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva

Têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Também são pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis, como, por exemplo, as pesquisas eleitorais que indicam a relação entre preferência político-partidária e nível de rendimentos ou de escolaridade (GIL, 2008, p. 28).

Por se tratar de uma pesquisa que envolve a caracterização de um grupo, no caso representado pelos moradores, cuidadores e gestores dos SRTs, tendo o intuito de identificar suas opiniões, atitudes e crenças é que se retrata tal pesquisa focando-a no aspecto descritivo.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos etc.

Quanto à pesquisa explicativa, pontua-se, de acordo com Lakatos e Marconi (2011), que esta registra fatos, analisa-os, interpreta-os e identifica suas causas. Os autores apontam que essa prática visa ampliar generalizações, definir leis mais amplas, estruturar e definir modelos teóricos. Segundo Gil (2002), essa tipologia de pesquisa identifica os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, constituindo-se como o tipo que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas. Por isso, é o tipo mais complexo e delicado.

Assim, o estudo enquadra-se também na perspectiva explicativa por considerar a realidade dos SRTs e os produtos advindos da sua existência e consolidação, buscando interpretá-los de forma a aprofundar o conhecimento acerca dos fenômenos que os cercam, principalmente no tocante à constituição do “ser família” por meio da construção e conformação de relações e vínculos socioafetivos.

No tocante ao método, o objeto de estudo será apreendido destacando a importância do método histórico-dialético como área de produção de conhecimento e a relevância do pensamento de Marx que afirma existir uma conexão indissociável entre elaboração teórica e formulação metodológica que imbrica a totalidade, a mediação e a contradição (ARCOVERDE, 2013).

A ênfase do estudo se volta à dialética das relações entre o indivíduo e a sociedade, entre as ideias e a base material, entre a realidade e a sua compreensão, como também às correntes que enfatizam o sujeito histórico.

Montaño (2013) afirma que, para Marx, o conhecimento é um processo intelectual, mas inserido e partindo necessariamente do real. Isso expressa o fundamento ontológico do método de Marx. Para ele, o objeto da pesquisa tem uma existência que não depende do sujeito para existir, tendo o pesquisador o objetivo de ir além da aparência fenomênica, imediata e empírica da realidade, para apreender sua essência, ou seja, sua estrutura e dinâmica.

Na perspectiva marxista, os princípios que explicam o processo de desenvolvimento social podem ser sintetizados nas expressões **materialismo histórico** e **materialismo dialético**. O materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. Por sua vez, a dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação.

Dessa forma, na investigação pretendida, o materialismo histórico foi observado como caminho teórico e a dialética como estratégia metodológica em que ambos estão profundamente vinculados, pois, como lembra Lênin (1955), citado por Minayo (2008), o método não é a forma exterior, é a “própria alma do conteúdo porque ele faz a relação entre pensamento e existência e vice-versa” (LÊNIN, 1955, p. 48 apud MINAYO, 2008, p. 95). Assim, o método de Marx foi utilizado como um meio necessário para desvendar a essência do objeto desta pesquisa.

Nesse contexto, o objeto da pesquisa se consolida pela dialética marxista que abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, aqui representados pelos moradores e cuidadores e pelas coordenadoras/gestoras dos SRTs, que lhe atribuem significados, considerados parte integrante da totalidade devendo ser compreendidos e interpretados como determinações essenciais.

Quanto às frentes de pesquisa da investigação, destaca-se que estas visam a fazer a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (GIL, 2002) e para o estudo foram consideradas três: pesquisa bibliográfica, análise documental e pesquisa de

campo, em que nesta última foram priorizados os seguintes instrumentos: entrevistas semiestruturadas, observação participante e diário de campo. Além disso, para complementar as informações construídas através desses elementos, utilizou-se uma breve caracterização sócio demográfica dos participantes, com o intuito de construir uma espécie de “perfil dos entrevistados” para embasar uma melhor compreensão e constituição de um olhar acerca dos participantes e da problematização da pesquisa.

No tocante à entrevista é relevante considerar que esta se constitui como uma técnica amplamente utilizada na investigação social. Severino (2002) chega a analisar que se vive atualmente em uma “sociedade da entrevista”, pois este recurso é empregado para tantos e tão distintos propósitos que se tornou um verdadeiro produto da cultura de massa. Mas, ainda que tão disseminada no cotidiano, a entrevista institui um momento especial na construção das informações. Trata-se de uma forma de interação singular entre pesquisador e interlocutor (CHIZZOTTI, 1991).

A entrevista a ser considerada nesse estudo foi a do tipo semiestruturada, que possui como característica a condução de um roteiro de caráter aberto, onde o entrevistado responde as perguntas dentro dos objetivos do estudo (GIL, 2002), podendo incluir novas dimensões.

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas considerando as questões éticas de uma pesquisa, sendo estas materializadas com os participantes que consentiram em fazer parte do estudo, como voluntários, por meio do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE²²)” como apontado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), respeitando-se o universo cultural e os valores sociais e individuais dos colaboradores, que foram os moradores, os cuidadores e as coordenadoras/gestoras dos SRTs, buscando conhecer e analisar o cotidiano desses serviços.

O universo de participantes compreendido para a pesquisa voltou-se a um total de 60 entrevistados que se subdividiam em: 29 cuidadores; 26 moradores e 5 coordenadoras/gestoras, correspondendo a: 12 cuidadores, 5 moradoras e 1 coordenadora da **residência rosa**; 4 cuidadores, 5 moradores e 1 coordenadora da **residência azul**; 5 cuidadores, 5 moradores e 1 coordenadora da **residência arco-íris**; 4 cuidadores, 7 moradores e 1 coordenadora da **residência bicho de sete cabeças**; 4 cuidadores; 4 moradores e 1 coordenadora da **residência borboleta**, mas por dificuldades e entraves apresentados pelo campo empírico²³ e considerando

²² O TCLE foi elaborado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

²³ Alguns participantes estavam com problemas de saúde e encontravam-se de licença no momento de realização da pesquisa.

os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa²⁴, finalizou-se com uma amostra representativa de 33 entrevistas (7 moradores – 2 da residência rosa, 2 da azul, 2 da arco-íris e 1 da borboleta; 21 cuidadores – 6 da residência rosa, 3 da azul, 5 da arco-íris, 3 da bicho de sete cabeças e 4 da borboleta; 4 coordenadoras/gestoras, com exceção da gestora da residência arco-íris²⁵ e 1 colaboradora profissional da área da saúde mental²⁶).

Na pesquisa optou-se pela sua realização na totalidade de residências existentes no Estado do Piauí, sendo estas cristalizadas em 5 SRTs, em que 4 se encontram inseridos em Teresina (3 sob gestão de nível estadual e 1 municipal) e 1 (sob esfera municipal) na cidade de União, localizado a 54 km da capital. A seleção de todos os serviços do Estado do Piauí se deu com o intuito de trazer à baila uma discussão panorâmica acerca dos SRTs, enfatizando a relevância da temática no seio social.

O período de realização da coleta de informações se condensou nos meses de junho e julho de 2015, após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, expresso por meio do parecer consubstanciado nº 1.094.724 datado do dia 05/06/2015.

A **entrevista semiestruturada** foi o instrumento mais intensamente utilizado para essa pesquisa, de maneira que a pesquisadora partiu dos eixos norteadores das questões, e, em sintonia com as respostas dos entrevistados, pôde ir ajustando-as ao objetivo da sua pesquisa. A entrevista teve como eixo a construção dos indicadores que conformam o estudo, a citar: os processos sociais/ interativos; aspectos históricos existente entre os sujeitos; o dia-a-dia, observando as relações de solidariedade, os conflitos, as tensões, as negociações e o que há em comum a partir da vivência estabelecida entre os moradores, os cuidadores e as coordenadoras/gestoras dos SRTs por meio da realidade instituída em seu interior.

Ainda referente às entrevistas destaca-se que foram realizadas com base nas sugestões de Charmaz (2009), em que se procurou ir além das aparências das experiências descritas, chegando a interromper delicadamente para explorar um determinado enunciado ou tópico, por vezes solicitando mais detalhes, questionando sobre sentimentos, ideias e ações, voltando a pontos anteriores, reduzindo ou acelerando os ritmos, alterando tópicos (por não se adequarem

²⁴ Quanto aos critérios de inclusão, foram inseridas todas as PcTMs que estavam aptas cognitivamente a participarem das entrevistas e aceitaram assinar o TCLE e aos cuidadores e gestoras foram incluídos todos aqueles que estiveram em processo de trabalho nos SRTs a partir de 2 anos, pois o tempo de permanência no serviço foi relevante para analisar os indicadores do estudo, além da aceitação em assinar o TCLE. Os critérios de exclusão levaram em consideração, para os cuidadores e gestoras, o tempo de trabalho no SRT pesquisado, sendo excluídos aqueles que estavam em permanência no serviço por menos de 2 anos de trabalho prestado e para as PcTMs aquelas que apresentassem deficiência cognitiva e/ou possuíssem algum impedimento para a realização da entrevista devido ao grau do transtorno mental.

²⁵ No momento de realização da entrevista a mesma se encontrava com problemas de saúde.

²⁶ Considerou-se relevante a participação dessa entrevistada, haja vista a mesma ter participado do “projeto piloto inicial” de introdução dos SRTs no Estado do Piauí e da sua real efetivação.

àquela participante, por exemplo), respeitando os participantes e manifestando estima pela sua participação. Claramente, alguns participantes foram mais expansivos que outros, mas, mesmo com os que verbalizaram menos, adotou-se a estratégia de uma atitude de escuta atenta, o que provavelmente fez surgir uma relação de empatia com todas, no geral.

As informações, por meio da tipologia que compreende a entrevista semiestruturada, foram discutidas à luz da revisão de literatura, buscando a construção de resposta para a pergunta da pesquisa, tendo como base o método dialético de Marx, fitando ir além da aparência dos fatos e levando em consideração o contexto, as determinações mais próximas e as mais contemplativas que emanam do objeto (MALAGODI, 1993).

A pesquisa proposta também levou em consideração a **observação participante** focando a realidade social das PcTMs e demais profissionais que fazem parte dos SRTs. A observação participante, segundo Minayo (2005), é definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os “observados”, e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, constrói informações. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Ressalta-se que uma das intenções da pesquisa foi a de realizar uma participação significativa, por meio da observação participante, no cotidiano dos SRTs, de seus moradores, de seus cuidadores e demais profissionais para possibilitar uma percepção considerável quanto às realidades vivenciadas pelos mesmos objetivando investigar e explorar essa realidade como campo empírico repleto de subjetividades e relações interativas, fitando, principalmente, a busca pela resposta da problematização deste estudo.

A observação participante, em qualquer nível de profundidade em que for realizada ou em que teoria se baseie, tradicionalmente utiliza um instrumento denominado **diário de campo**, constituindo um caderno de anotações do dia-a-dia da pesquisa, que ressalta a importância dos registros que descrevem as situações do cotidiano com toda a sua complexidade, buscando a compreensão do seu significado (MINAYO, 2005).

No caso do estudo em pauta, o uso do diário de campo foi utilizado como recurso metodológico para exercer a reflexão e a narração dos acontecimentos diários e situações vivenciadas na pesquisa e, aqui, este se constituiu como elemento primordial para complementar a observação participante, pois o registro do que foi sendo observado foi “peça” chave para algumas finalizações de pensamentos da pesquisadora acerca dos SRTs.

Além disso, a prática sistemática deste registro é importante recurso metodológico para maior compreensão e explicação das informações por outras técnicas, visando contribuir para

a reflexão e compreensão mais adequada da realidade social, pois esta não se esgota na relação de complemento e explicação direta, avança em direção ao movimento dialético entre um olhar mais aprofundado e o olhar atento da pesquisadora sobre a realidade, passando pela questão da relação intersubjetiva entre a pesquisadora e os sujeitos da realidade pesquisada, e, por fim, culmina auxiliando a realização do processo interpretativo da pesquisadora (WITAKER, 2002).

No tocante à **pesquisa bibliográfica**, esta é considerada de fundamental importância por propiciar o estudo de um tema sob novo enfoque ou abordagem (GIL, 2002). No caso da pesquisa em foco, a pesquisa bibliográfica foi iniciada ainda na graduação, visto estar relacionada ao mesmo lócus empírico da monografia, sendo destacada, neste momento, em processo contínuo, tendo em vista que um tema estudado nunca se esgota em discussões, haja vista a realidade estar em constante mutação.

Conforme Marconi e Lakatos (2003), a bibliografia pertinente oferece meios para definir, resolver, não somente problemas conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente, além de ajudar o pesquisador a manejar as informações e suas tendências.

Quanto à **análise documental**, esta foi realizada através do acesso a alguns documentos (relatórios, atas de reuniões, álbuns de fotografias, dentre outros) existentes nos SRTs, ressaltando que estes se constituíram como de grande valor contributivo para o desenvolvimento do estudo.

A análise documental é bastante relevante na perspectiva de preparação da investigação. Segundo Minayo (2008), é necessário decidir que documentos listar e de que tipo: escritos, visuais, audiovisuais e outros.

Após a construção de informações, por meio dos instrumentos citados, o conteúdo levantado foi analisado por meio da análise e interpretação de conteúdo. A importância do conteúdo não está nele mesmo, mas no fato de proporcionar respostas às investigações. Para Bardin (2006), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (IDEM, 2006, p. 51).

Dessa forma, percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura das informações construídas. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

No que se refere às diferentes etapas inerentes à análise de conteúdo, autores utilizam diferentes terminologias, as quais são bastante semelhantes (TRIVIÑOS, 1987). Diante dessa diversificação e também aproximação terminológica, optou-se por elencar para este estudo as etapas da técnica segundo Bardin (2006), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da construção de informações, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2006).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

Cabe salientar que, ao se trabalhar com a análise de conteúdo, de acordo com a autora Laurence Bardin, o cuidado com a descrição e execução de cada uma das fases da análise, por mais que se mantenham a flexibilidade e a criatividade, caracteriza-se como forma de gerar confiabilidade e validade. Flick (2009) enfatiza que o cuidado com o detalhamento do processo da pesquisa como um todo (o planejamento da pesquisa), como também a adequada exposição das informações (incluindo a redação) na busca da confiabilidade, ou seja, na busca pela

validação e confiabilidade, uma boa redação dos resultados da pesquisa, na qual se torna explícita uma boa organização dos dados é fundamental.

Nesse sentido, a pesquisa proposta leva em consideração a análise constituída como meio de conseguir respostas às indagações, procurando estabelecer as relações necessárias entre as informações construídas e os pressupostos teóricos. No caso da interpretação, esta busca dar um significado mais amplo às respostas. Conforme Marconi e Lakatos, significa a exposição do verdadeiro significado do material apresentado, em relação aos objetivos propostos (MARCONI; LAKATOS, 2003).

É válido realçar que a pesquisa contou com **aspectos facilitadores** e também com elementos que a **dificultaram**. Como pontos que auxiliaram seu desenvolvimento destacam-se a aprovação do CEP quanto ao projeto de pesquisa de forma breve²⁷, possibilitando à pesquisadora a realização da pesquisa de campo (observação participante e entrevistas) num contexto favorável, além disso, a facilidade de acesso aos serviços, através de autorização institucional (municipal e estadual), e, aos colaboradores entrevistados (bastante flexíveis e participativos) foi um subsídio positivo para a consolidação da pesquisa. Quanto aos entraves, pontua-se a ausência de alguns profissionais, no momento de realização das entrevistas, por motivo de saúde, obstaculizando a coleta de informações e a condensação de um material contributivo à análise dos dados.

2.2 Contexto da Pesquisa: perfil e processos reformistas do Piauí com recorte das cidades de Teresina e de União

O estado do Piauí, com 224 municípios, está localizado geograficamente na região Nordeste do país, conta com uma população de 3.119.697 habitantes, 63% residentes na área urbana (Censo IBGE, 2009) e densidade demográfica de 12,5 hab./km². Tem uma economia frágil, dependente do setor terciário e primário, conseqüentemente é dependente de recursos da União (ROSA, 2011).

Historicamente, segundo a autora, no tocante à assistência psiquiátrica do Estado, acompanhando a tendência nacional, ressalta-se que esta esteve centralizada na sua capital, Teresina, e concentrada no modelo hospitalocêntrico, através do Hospital Areolino de Abreu, criado em 1907, único hospital psiquiátrico público vinculado ao governo estadual e do Sanatório Meduna, criado em 1952, um hospital particular, mas conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), este último fechado em 2010. Tais serviços se configuraram por orientar a

²⁷ O projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil no mês de abril de 2015 e no mês de junho de 2015 recebeu aprovação pelo parecer substanciado do CEP da Universidade Federal do Piauí.

atenção para os momentos de crise psiquiátrica, tratadas pela via das internações integrais, centradas no medicamento e na ação profissional do médico.

Ressalta-se que, inicialmente, o ideário mudancista em saúde mental no Piauí é disseminado a partir dos anos 1980 e das ações da Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí (ACSM) e da Associação Psiquiátrica do Piauí, que fomentam a criação da coordenação estadual de saúde mental e lutam pela interiorização/descentralização das ações de saúde mental da capital para os principais municípios pólos de desenvolvimento do estado, sobretudo Picos, Parnaíba e Floriano, destacando-se as ações em prol da inserção da psiquiatria nos hospitais gerais (ROSA, 2003 *apud* ROSA, 2011).

A Coordenação de Saúde Mental do estado é criada e são credenciados e implantados leitos em alguns hospitais gerais do estado, experiência pontual, que não se prolonga temporalmente, sofrendo descontinuidade com mudanças de gestores (ROSA, 2011).

Assim, o governo do estado, mesmo diante da iniciação de pontuais mudanças, continua a manter uma política centrada no modelo hospitalocêntrico, concentrando toda a atenção no Hospital Areolino de Abreu, que se torna o epicentro da assistência e questões políticas do campo da saúde mental.

Segundo Macedo e Dimenstein (2012) as ações que caracterizaram o contexto piauiense na década de 1980 também estiveram voltadas para melhoria da estrutura física e administrativo-financeira dos hospitais psiquiátricos (Hospital Areolino de Abreu e Sanatório Meduna), aumentando sua capacidade de internação e atendimento ambulatorial.

É, sobretudo na década de 1990, com a implementação da política de reestruturação da assistência em saúde mental pelo governo federal brasileiro, como já destacado, acompanhando as recomendações da Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), a partir do que estabelece a Declaração de Caracas, reforçado pelo reconhecimento da condição de sujeito de direitos da PcTM, em 17/12/1991 pela Organização das Nações Unidas, que divulga o documento que trata da “proteção de PcTMs e a melhoria da assistência à saúde mental”, que os gestores da política de saúde do Piauí são exigidos a alterar o padrão dominante da organização assistencial no campo (ROSA, 2011).

A autora aponta que o final da década de 1990 é marcado pela intensificação dos debates legislativos em torno da saúde mental, no âmbito estadual e municipal de Teresina, a partir de propostas de leis baseadas no Projeto de lei federal apresentado por Paulo Delgado, visando à extinção dos hospitais psiquiátricos e investimentos na atenção baseada na comunidade.

Macedo e Dimenstein (2012) corroboram com Rosa (2011) ao destacarem que no plano jurídico-político, a saúde mental piauiense foi marcada, no final de 1990, por dois eventos: um

na esfera do legislativo estadual; outro na esfera municipal. Segundo os autores, desta vez, houve o surgimento de novos atores, apesar da habilidade dos defensores do hospital na corrida para a manutenção da centralidade da sua força e poder psiquiátrico na condução da política local.

A despeito dos intensos debates e movimentações sociopolíticas ocorridas no plano nacional sobre o projeto de Lei Paulo Delgado, inclusive com aprovações de similares em vários estados e municípios brasileiros, os autores afirmam que no Piauí tal discussão só foi iniciada em 1997 quando matéria semelhante foi apresentada no legislativo estadual pelo Dep. Olavo Rebelo (PT). Entretanto, a discussão do projeto de lei estadual foi postergada por seu relator, o então Dep. Kleber Eulálio (PMDB), até o tempo necessário para ser elaborado um substituto por um dos representantes da Associação Piauiense de Psiquiatria. Assim feito, o projeto reformulado foi apresentado àquela casa pelo Dep. Wilson Martins (PSDB) (ROSA, 2004). A partir de então o plano legislativo passou a ser o novo espaço de investimento político dos psiquiatras piauienses.

Com os dois projetos de lei tramitando no cenário reformista local, abrem-se novos tempos de embates e disputas com a realização de eventos, ora propostos pelo Dep. Olavo Rebelo, ora pelos psiquiatras do Hospital Areolino de Abreu aliados ao Dep. Wilson Martins para a construção de uma lei estadual para a saúde mental no Piauí. Os debates ocorreram basicamente em torno do tema fechamento ou manutenção do hospital psiquiátrico. A discussão alcançou a participação em massa dos psiquiatras da cidade, sendo tímida a participação de outros profissionais desse segmento (ROSA, 2004). Os motivos para tanto eram os trabalhadores estarem bem mais interessados na melhoria da estrutura dos serviços existentes para que lhes fosse garantido o melhor espaço para o exercício de seus atos profissionais (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Ao final das discussões no legislativo estadual ficou evidenciada a força dos psiquiatras pela manutenção do hospital, acompanhada da ampliação dos serviços ambulatoriais e abertura de leitos em hospitais gerais. No entanto, em função da indefinição de um consenso quanto aos leitos nos hospitais gerais, o projeto não mais foi discutido e acabou esquecido na Assembleia Legislativa do Estado (ROSA, 2004).

Segundo a autora, no ano de 1999 surge uma nova cena no plano legislativo local, porém no âmbito municipal. O vereador Anselmo Dias (PCdoB) propõe um projeto de Lei para Teresina, sob os moldes do projeto do Dep. Paulo Delgado, em que postulava a expansão dos serviços ambulatoriais, bem como a abertura de serviços substitutivos ao hospital na capital. Rapidamente os psiquiatras se organizaram e realizaram fortes investidas entre os profissionais

dos hospitais psiquiátricos propalando que caso o projeto de lei em questão fosse aprovado, isso geraria o fechamento do hospital e comprometeria os empregos de todos os técnicos.

Naturalmente o plenário daquela casa legislativa contou com a presença massiva de profissionais do setor, tendo o debate circulado em torno das expressões “alternativo”, “complementar” ou “substitutivo”, quanto à função dos serviços extra-hospitalares que a matéria previa. Além disso, o debate fez ouvir os profissionais de saúde mental presentes no plenário, que optaram pela proposta de serviços complementares em detrimento da concepção “serviços substitutivos”. A justificativa: o medo da perda dos seus empregos. Dado às dificuldades para se chegar a um consenso, a vereadora Flora Izabel (PT) aliou-se ao proponente do projeto e, juntos, elaboraram uma matéria substitutiva que foi aprovada com o texto final concebendo o CAPS como serviço complementar ao hospital (Lei Municipal N.º. 2.987 de 17.05.2001) (GUIMARÃES, ROSA E EVELIN, 2008). Decisão que acabou conservando a hegemonia do hospital e dos psiquiatras nas decisões sobre o rumo da Política de Saúde Mental do Estado.

Assim sendo, chama atenção a capacidade de articulação e sagacidade dos defensores do hospital em meio aos eventos no legislativo estadual e municipal em termos de se anteciparem aos acontecimentos, configurando o processo reformista em curso de acordo com seus interesses. Foi assim no início da década de 1980 e também por toda a década de 1990 com as movimentações para fixar um tipo de reforma, que, no Piauí, ficou conhecida como “reforma da assistência psiquiátrica” com a manutenção do hospital, logo, com a hegemonia do poder médico (MACEDO E DIMENSTEIN, 2012).

Segundo Rosa (2011), é no âmago desse contexto que o Piauí conduz seu “processo reformista”, contando, inclusive, com as políticas indutoras do governo federal, haja vista as resistências locais de diversas ordens, oriundas, sobretudo de alguns grupos de profissionais da saúde mental e dos próprios gestores, que não priorizavam a saúde mental como política pública (PASSAMANI, 2005), além do segmento da sociedade civil que se encontrava em uma conjuntura de refluxo pelo próprio sofrimento inerente aos processos sociais num contexto de convivência com o transtorno mental e o desconhecimento de direitos, apresentando pouco potencial de participação política (ROSA, 2008).

As resistências comumente têm origem na falta de entendimento do processo em curso, envolvendo o SUS como um todo ou nas lutas corporativas de alguns segmentos de profissionais que temem pela perda de emprego, lutam por determinados espaços como reserva de “mercado de trabalho” ou mesmo por questões político-ideológicas ou até por questões técnico-operacionais ou éticas, pois a produção de um novo modelo exige um novo tipo de

profissional, principalmente que: reconheça a cidadania da PcTM, incorporando o controle social em sua prática profissional, isto é, a participação e negociação permanente com usuários, familiares e com outros profissionais do serviço, como parte do dia a dia assistencial; aceite reorganizar e mudar os processos de trabalhos pautados na mera medicalização e burocratização para atuar no território existencial, onde a vida da PcTM acontece, mobilizando recursos e forças sociais para combater o estigma e produzir processos de inclusão social deste segmento historicamente excluído e estigmatizado.

Exige assim, a multiplicação da identidade social da PcTM e a construção de outros percursos em lugares e relações sociais orientados pela tolerância social e convívio com o diferente e com a diferença.

É diante deste contexto que o Piauí se insere no processo reformista de uma maneira peculiar, devido ao atraso histórico da sua inserção no próprio SUS, pois o estado somente em 2003 é habilitado na condição de gestão plena do Sistema Estadual de Saúde (PIAUI, 2005) e pelas resistências, sobretudo dos gestores às inovações introduzidas.

Na verdade, como afirma Rosa (2011), o ideário reformista se difunde pelo Estado do Piauí, através de eventos públicos, tais como seminários, palestras, sob comando da coordenação estadual de saúde mental, em 2003 transformada em gerência, pelas ações da Associação Psiquiátrica do Piauí e das atividades das disciplinas relacionadas à saúde mental, sobretudo da Universidade Federal do Piauí e pelos debates legislativos outrora mencionados.

Assim, do Piauí, como também dos estados cujos gestores não acompanharam os novos rumos estabelecidos pela política federal a partir das deliberações das conferências nacionais de saúde, saúde mental e pactos com conselhos gestores municipais e estaduais, foi exigido sintonizar as suas ações com as mudanças em curso, sobretudo com a política de redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, estabelecido pela Portaria nº 52 de 2004, produzida como forma de pressionar os gestores a criar serviços comunitários de saúde mental, em reforço à Portaria nº 1.455/GM de 2003 que determina incentivos financeiros para implantação dos CAPS nos municípios²⁸.

Com a intensificação do fechamento do número de leitos em hospitais psiquiátricos do Piauí²⁹, que no final de década de 1990 totalizava 580, passando para 160 no final de 2010,

²⁸ Registra-se atualmente a existência de 62 CAPS em todo o Estado do Piauí, número considerado significativo, haja vista a inserção do movimento de Reforma Psiquiátrica piauiense ter se condensado tardiamente.

²⁹ A década de 1990 se encerra no Piauí com 580 leitos em hospitais psiquiátricos, 300 no Sanatório Meduna e 280 no Hospital Areolino de Abreu. Em 2009 totalizavam 360: 200 no Sanatório Meduna e 160 no Hospital Areolino de Abreu. Com o fechamento do Sanatório Meduna, em maio de 2010, o ano se encerra com 160 leitos em hospitais psiquiátricos (ROSA, 2011, p. 25).

como estratégia do Ministério da saúde para pressionar os gestores a investir em política de saúde mental e, sobretudo criar serviços comunitários, a ação indutora do Ministério da Saúde para a criação de uma política estadual de saúde mental orientada pela reforma psiquiátrica, se soma à ação da Gerência de Saúde Mental para coordenar tal processo no plano local, bem como a atuação do Ministério Público Estadual, que passa a judicializar ações junto aos gestores estaduais e municipais, principalmente de Teresina, para evitar a desassistência em saúde mental.

No tocante à capital Teresina ressalta-se que seu processo reformista também se insere em meio a resistências historicamente apresentadas pelo gestor municipal em investir em serviços e numa política pública de saúde mental (ROSA, 2011).

A gerência de saúde mental e o Ministério Público se constituem como os responsáveis pela produção de fatos, ações e mecanismos para pressionar o gestor a efetivar serviços e ações em saúde mental. Várias reuniões e audiências públicas levam a termos de declaração, pesquisas e termos de ajustamento de conduta (TAC), no sentido de materializar uma rede diversificada de serviços de saúde mental no município de Teresina.

Na verdade, a capital Teresina tem alguns serviços comunitários criados ainda na década de 1990. Inicialmente conta com os serviços ambulatoriais de saúde mental, em média de 8 a 10 consultórios, espalhados por várias unidades de saúde localizadas em diversos bairros da cidade, no geral contando apenas com a atuação do médico psiquiatra, poucas unidades contando também com a ação de psicólogos e apenas uma com assistente social, a Unidade de Saúde Monte Castelo (ROSA, 2011).

Um serviço na área de álcool e outras drogas é iniciado na Policlínica de saúde da Prefeitura Municipal de Teresina, transformando-se, em 1994, em Núcleo de Apoio Psicossocial e, em 2003, em CAPS ad, por iniciativa do Dr. Mauro Cezar Passamani.

De maneira similar, em 1986 é criado um serviço ambulatorial voltado para o segmento infante-juvenil no Ambulatório do Hospital Areolino de Abreu, que em 1997 é transformado em Hospital dia e, em 2004 em CAPSi, por iniciativa do Dr. Carlos Alberto Soares.

Dessa maneira, como afirma Rosa (2011), orientados pelo empenho e análise pessoal, são criados os primeiros serviços comunitários, inicialmente com frágil sustentação institucional, mas que aos poucos vão desbravando investimentos na área da saúde mental para o município.

O novo milênio, como aponta a autora, é brindado na saúde mental com a Lei municipal de Teresina nº 2.987, de 17 de maio de 2001, que “dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental do município de Teresina”. Contudo, tal lei não assegurou a materialização de um novo modelo

assistencial em saúde mental, permanecendo na inércia até meados do novo milênio. Segundo Rosa (2008), a partir desse período é criada a Âncora – associação de familiares, usuários e pessoas interessadas na causa da saúde mental, como parte do movimento social em prol da saúde mental do Estado.

Em fevereiro de 2005, por gestões locais de representantes do Ministério da Saúde, em seminário sobre saúde mental realizado em Teresina, pela Gerência de Saúde Mental do Estado, é assinado o “Pacto pela expansão da rede extra-hospitalar de cuidados em saúde mental” visando apoiar e trabalhar pela viabilização de iniciativas voltadas para a reversão do modelo assistencial “[...] em prol da construção de uma rede assistencial efetiva, centrada em dispositivos extra-hospitalares, de inserção comunitária e atuação dentro da lógica territorial” (PIAUI, 2005 *apud* ROSA, 2011).

O gestor municipal de Teresina ganha destaque na maioria das ações para redirecionar o modelo assistencial psiquiátrico por vários motivos, em particular:

[...] a) pelo porte populacional, concentrando mais de 800 mil habitantes; b) ser o município de procedência da maioria dos internos em serviços psiquiátricos; c) ser o único município com gestão plena do sistema de saúde do Estado, tendo conseqüentemente que criar uma política de saúde mental; d) receber todo repasse orçamentário do SUS procedente do Fundo Nacional de Saúde (teto financeiro do SUS relacionado às Autorizações de Internações Hospitalares – AIHS) (ROSA, 2011, p. 26).

Apesar das gestões para a criação de uma rede diversificada e comunitária de saúde mental em Teresina, pouco se efetivará de 2007 a 2009.

Segundo dados do Ministério Público (2007) citados na obra de Rosa (2011), em março de 2007, a gerente de saúde mental, Edna de Melo Castelo Branco, em reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Piauí, apresenta um projeto para implantação em Teresina de um CAPS tipo III, em função da necessidade de critérios envolvendo parâmetros populacionais e deste município ser gestão plena do sistema de saúde. O referido projeto teve resistência da representante da Fundação Municipal de Saúde de Teresina que alegou na ocasião que esta instituição não participou da discussão em torno da criação de um CAPS III.

Assim, de acordo com a autora, no mês seguinte é realizada uma audiência no Ministério Público para discussão sobre a rede comunitária de saúde mental do município de Teresina, tendo em vista fechamentos de leitos em hospitais psiquiátricos fomentados pela Portaria nº 52 do Ministério da Saúde e temores da Promotora pública Dr^a Claudia Pessoa Marques da Rocha Seabra em relação à desassistência à PcTM, representantes da Fundação Municipal de Saúde

de Teresina alegam impossibilidade em abrir um serviço nesta modalidade em função de dificuldades em relação a: estrutura física e recursos humanos.

O Ministério Público requisitou da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, num prazo de 90 dias, a efetivação de um levantamento epidemiológico em saúde mental, quanto às internações, segundo procedimento realizado, diagnóstico CID-10, local de residência e faixa etária, com a finalidade de promover uma análise da realidade da saúde mental e levantar propostas de resposta do município à assistência da PcTM (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA, 2007).

Os resultados do levantamento foram entregues em setembro de 2007, evidenciando que os moradores do município de Teresina são os principais demandantes de internações psiquiátricas no estado, representando 57,05% das mesmas (ROSA, 2011).

Contudo, é a partir de relatório - datado de 13/10/2009 responsável por registrar os resultados de uma vistoria realizada no Sanatório Meduna, que constatou uma realidade assistencial bastante precária em termos de higiene, pessoal, equipamentos, estrutura física (conservação predial), registros e assistência em geral, comprometendo os direitos humanos das PcTMs lá atendidas (PIAUI, 2009) -, que se propõe o descredenciamento dos leitos psiquiátricos do SUS deste serviço e a consolidação no município de uma rede de atenção em saúde mental diversificada, com a criação de um CAPS III, cadastramento de leitos de psiquiatria em hospitais gerais e implantação de mais um CAPS ad.

Somente em 2010, por meio de relatório de atividades do grupo de trabalho em saúde mental (PIAUI, 2010) é constatado que o município de Teresina:

[...] implantou o Caps III em março de 2010; criou a Comissão municipal de saúde mental, através da Portaria nº 194, de 29/03/2010; tem 04 leitos psiquiátricos no Hospital da Primavera desde março 2010; está em processo de criação de 02 serviços de residência terapêutica³⁰ para acolher 12 moradores do Hospital Areolino de Abreu; deverá implantar mais um Caps ad; incluiu no seu planejamento a inserção no organograma da Fundação Municipal de Saúde de uma gerência de saúde mental. (SESAPI, 2010 *apud* ROSA, 2011, p. 30-31).

Com relação à rede estadual, concretizou-se: a criação da Enfermaria Transitória de Atendimento à Crise (ETAC) a partir de março de 2010, com 8 leitos, com a função de regular as internações integrais; a inauguração, em 20/03/2010 do Serviço de Referência Hospitalar para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas (SHD-ad) no Hospital do

³⁰ Ressalta-se a existência de um SRT em nível municipal desde o ano de 2013, serviço este incluído como locus empírico do estudo em pauta.

Mocambinho, em Teresina, com 10 leitos para tratamento clínico de pessoas com uso indevido de substâncias psicoativas (ROSA, 2011).

Nessa perspectiva, as conquistas da reforma psiquiátrica no contexto piauiense abrangem várias dimensões. Segundo o documento Saúde Mental em Dados 7 (BRASIL, 2010) a rede de saúde mental do Estado conta com um número de 38 CAPS, em pleno funcionamento, sendo: 25 CAPS I; 06 CAPS II; 01 CAPS III; 04 CAPS ad e 01 CAPSi. Tem ainda 5 SRTs, 4 na capital Teresina e 1 no município de União. Conforme a mesma fonte, conta com 17 ambulatórios de saúde mental, concentrados na ação do médico psiquiatra e conseqüentemente na renovação e prescrição medicamentosa. Ingressou em 2010 com 2 hospitais psiquiátricos, 1 público e 1 privado conveniado ao SUS, mas concluiu o ano com apenas um hospital psiquiátrico. Há um Serviço Hospitalar de Referência na área de Álcool e Drogas, situado em Teresina, com 10 leitos. Contou com 6 iniciativas de inclusão social pelo trabalho e 19 leitos psiquiátricos em hospital geral (ROSA, 2011).

Ademais, em março de 2010, com relação à esfera municipal, destaca-se a instituição da Comissão Municipal de Saúde Mental pela portaria nº 194 para “atuar como órgão consultivo do Gestor da Fundação Municipal de Saúde na elaboração e execução de políticas públicas na área da saúde mental”, que se reuniu pela primeira vez em fevereiro de 2011, com a apresentação dos serviços comunitários de saúde mental do município.

No tocante ao processo reformista da cidade de União, Branco (2007) sinaliza que este município é um dos parceiros importantes deste processo de consolidação do movimento de reforma psiquiátrica no Estado do Piauí, haja vista ter aderido à Política do Ministério da Saúde, implantando todos os serviços preconizados pela reforma psiquiátrica, consolidando a nova rede de cuidados em saúde mental, destacando-se como um dos poucos municípios do Estado que contempla os preceitos da reforma de maneira integral, contando com: 1 CAPS implantado; 1 SRT; Capacitação das equipes de PSF/ Atenção Básica através do Projeto do Ministério da Saúde de Qualificação dos CAPS e 1 Cooperativa de Geração de Emprego e Renda.

Ademais, a autora destaca que, no cenário da cidade, o protagonismo da administração do município na pessoa do Prefeito Gustavo Medeiros compõe um dos grandes divisores no processo de redirecionamento da assistência em saúde mental na localidade, tendo em vista que sua figura se mostrou, desde o início da gestão, sensível para as causas da saúde mental (BONA, 2007) e compromissada em contribuir com a reforma psiquiátrica do Estado do Piauí.

Além disso, União conta com a figura da terapeuta ocupacional Marta Evelin de Carvalho Bona³¹, atual coordenadora do CAPS da cidade, e responsável pela inserção de grandes contribuições na área da saúde mental para o município. Marta Evelin milita em União como uma espécie de “desbravadora” das práticas de atenção psicossocial destinada às PcTMs, induzindo a iniciação de processos de trabalho inovadores que as valorizem, que reconheçam a sua cidadania e que envolvam o agrupamento de conhecimentos, de experiências, de valores e de conceitos sobre a loucura. Ademais, também é uma das colaboradoras que se encontra à frente da Âncora em Teresina e do projeto Loucomotiva que, com um nome tão emblemático, motiva o empoderamento das PcTMs com a promoção de encontros em várias cidades do Piauí.

Em União, também geriu e coordena atualmente o projeto Helicônia, inaugurado no ano de 2006, projeto que, segundo ela, incluiu, inicialmente, 12 usuários do CAPS que se voltavam ao plantio, cultivo e venda de flores tropicais (BONA, 2008). “O projeto desenvolveu e desenvolve nas PcTMs o poder do trabalho” (IDEM, 2008, p. 162), haja vista se tratar de um projeto que se volta à geração de trabalho e renda, além disso, promove nelas o reconhecimento que passam a adquirir de que são capazes, tornando-se vivas e afastando o preconceito e o estigma social de ter o transtorno mental como impossibilidade ou condenação.

Quanto aos serviços de saúde mental, além do município contar com o projeto Helicônia e com o CAPS Edson Sampaio Almeida³², instalado em União em novembro de 2004, realça-se também a implantação de um SRT desde o ano de 2007, o que remete à percepção de que, dentre todas as cidades que conformam o contexto piauiense, União se destaca na inserção desse serviço por motivos, os quais enfatiza Marta Evelin em entrevista com a pesquisadora, ocasionados pela realidade apresentada no Hospital Areolino de Abreu que tinha “pacientes moradores” pertencentes à localidade, que demandavam pela existência desse dispositivo, o que, somado ao apoio do gestor do município, acabou encontrando a possibilidade de ser criado e de se firmar como serviço destinado ao público de até então “pacientes moradores”.

Assim, o SRT de União nasceu fincado à singularidade da realidade exposta. Como afirma Marta Evelin:

[...] aí foi feita a residência terapêutica, na época só tinha uma PcTM que era moradora de União, então a gente teve que fazer outro processo, porque tinha também mais pessoas que estavam no Areolino de Abreu e não tinham sido incluídas nas 3

³¹ Em sua vida profissional teve oportunidades de trabalhar em hospitais psiquiátricos, hospitais dias, CAPS, residência terapêutica e ser membro voluntária da Âncora (Associação de familiares, usuários e pessoas interessadas na causa da saúde mental). (BONA, 2007).

³² Segundo Rosa (2011, p. 69-70) o CAPS recebeu tal nomenclatura em homenagem a um morador da cidade que apresentava um quadro de deficiência mental, ou seja, era uma pessoa diferente na cidade, mas circulava e era acolhido na sua diferença, sendo cuidado por todos, nos diferentes lugares e espaços em que chegava.

residências implantadas pelo Estado daqui, então a gente incluiu o “E”, a “M.H”, a “N” era moradora de rua de União, que nessa época assim que lançou a portaria da residência terapêutica podia incluir morador de rua, mas com menos de 1 ano eles viram o que podia acontecer e eles baixaram a portaria, cortando morador de rua [...] (GRIFOS NOSSOS)

Na verdade, a residência terapêutica de União representa um ganho para o município e solidifica-se como complemento da rede de atenção psicossocial³³ da cidade, assim como os demais serviços outrora mencionados.

Nesse contexto e diante do exposto, observa-se que o Estado do Piauí vem se consolidando no processo de reforma psiquiátrica, com implantação e desenvolvimento de políticas públicas, formação de movimentos políticos e consignação de legislações no âmbito jurídico. Em seu recorte, nas cidades de Teresina e União, os processos reformistas consignaram-se de maneira peculiar, muito embora com atraso histórico, mas, sobretudo, buscando a materialização da Política de Saúde Mental no perfil de suas realidades.

No seio deste trabalho, o SRT se conforma – assim como os demais serviços comunitários implantados – como uma conquista oriunda dos processos reformistas e que, como já assinalado no capítulo teórico anterior, representa um produto da reforma psiquiátrica. Enquanto serviço consignado no Estado, nas cidades de Teresina e União, embora tenha sido investigado em algumas perspectivas, encontra-se ainda incipiência quanto à avaliação do convívio como dimensão de formação de família nesses SRTs.

De posse dessa apreensão – antes de adentrar a parte que compreende a análise das informações coletadas no campo empírico e de expressar uma discussão das protoformas e de como se condensam os SRTs enquanto equipamentos que objetivam a reinserção social dos moradores, e, principalmente, fitando perceber a constituição de relações socioafetivas e/ou familiares, dentre elas, o modelo anaparental enquanto desenho familiar – observou-se necessária pontuar as particularidades desses serviços, enfatizando o perfil sócio demográfico construído com os participantes da pesquisa e o *plus* contributivo deste, enquanto mecanismo analítico, para a conformação do estudo.

Ressalta-se que a exibição desse perfil é de importância significativa para a percepção desses sujeitos, com a exposição de “pistas” acerca não somente das singularidades que lhes

³³ A rede de atenção psicossocial é oriunda da portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde e representa uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Na rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os SRTs apresentam-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização (BRASIL, 2011).

comportam, mas, principalmente, desvendando as suas relações com as residências terapêuticas.

Assim, o perfil sócio demográfico foi construído com o intuito de cruzar as informações obtidas a partir das variáveis levantadas com o fim de encontrar elementos de regularidade para abrir pistas conceptuais que possam contribuir para sustentar a interpretação dos resultados (BRANDÃO, 2007). Diante desse contexto, seguem os seguintes quadros com os entrevistados.

QUADRO 2: PERFIL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS MORADORAS DOS SRTs

	IDADE	SEXO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	TEMPO NO SRT	HOSPITAL PSQUIÁTRICO DE QUE É EGRESSO	TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NESSE HOSPITAL	POSSUI OU NÃO FAMÍLIA DE ORIGEM E VÍNCULOS COM ESSA FAMÍLIA	POSSUI ALGUM CASO DE REINTERNAÇÃO	DIAGNÓSTICO
Moradora 1 SRT1	33 anos	Feminino	3ª série do ensino fundamental	03 anos	Hospital Areolino de Abreu	01 ano de permanência	Possui família de origem, porém não mantém vínculos	Até o momento da realização da entrevista ainda não tinha apresentado nenhuma reinternação	Bipolar
Moradora 2 SRT1	27 anos	Feminino	Ensino fundamental completo	08 meses	Hospital Areolino de Abreu	02 meses de permanência	Possui família de origem (mãe, irmã e um filho) e mantém vínculos	Até o momento da realização da entrevista ainda não tinha apresentado nenhuma reinternação	Depressão pós-parto
Moradora 1 SRT2	58 anos	Feminino	Ensino médio completo	09 anos	Hospital Areolino de Abreu	03 anos e 08 meses de permanência	Possui família de origem, porém não mantém vínculos	Até o momento da realização da entrevista ainda não tinha apresentado nenhuma reinternação	Esquizofrenia
Morador 2 SRT2	47 anos	Masculino	5ª série do ensino fundamental	08 anos	Hospital Areolino de Abreu	Não lembrou quanto tempo passou no hospital, mas afirmou que se internava e reinternava várias vezes	Possui família de origem (irmão) e mantém vínculos	Sim	Esquizofrenia

Moradora 1 SRT3	63 anos	Feminino	Ensino fundamental incompleto	09 anos	Meduna	12 anos de permanência	Possui vínculo com uma tia	Sim (20 dias de internação)	Não soube informar
Morador 2 SRT3	53 anos	Masculino	Ensino fundamental incompleto	09 anos	Hospital Areolino de Abreu	30 anos de permanência	Não possui vínculo com a família de origem	Não	Não soube informar
Morador 1 SRT5	34 anos	Masculino	Ensino médio completo	04 anos	Hospital Areolino de Abreu	04 anos de permanência	Possui família de origem, porém não mantém vínculos	Afirmou ter dado entrada algumas vezes no hospital Areolino de Abreu, todavia sem nenhuma reinternação	Bipolar

QUADRO 3: PERFIL DAS COORDENADORAS E DOS CUIDADORES DOS SRTs

	IDADE	SEXO	VÍNCULO COM O SRT EM QUE TRABALHA	ALÉM DO SRT TRABALHA EM MAIS ALGUM OUTRO LOCAL	TEMPO QUE TRABALHA NO SRT	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA SAÚDE MENTAL
Coordenadora SRT1	60 anos	Feminino	Efetiva	No hospital Areolino de Abreu na função de assistente social	02 anos e 09 meses	21 anos
Coordenadora SRT2	64 anos	Feminino	Cargo comissionado	No hospital Areolino de Abreu; No seu próprio consultório, além disso é perita de trânsito.	10 anos	29 anos (milita no hospital Areolino de Abreu em vários setores, unidade feminina, unidade mista, unidade de urgência, criou o serviço de alcoolismo e drogas da rede pública, trabalhou por muito anos lá e, nesse momento, se encontra no ambulatório fazendo psicoterapia)

Coordenadora SRT4	Não quis revelar	Feminino	Efetiva	Trabalha no hospital Areolino de Abreu como assistente social e é formada em direito e faz conciliação não remunerada	09 anos	20 anos
Coordenadora SRT5	39 anos	Feminino	É efetiva, mas remanejada pela residência com redução de carga horária	Trabalha no CAPs sudeste como enfermeira da atenção psicossocial e está remanejada pra escola técnica do SUS pra ajudar na educação permanente de saúde	02 anos	Nasceu na casa de doidos, sua formação foi dentro de casa, sua experiência foi domiciliar e viveu na doença mental procurando a saúde mental para vida inteira
Cuidadora 1 SRT1	23 anos	Feminino	Efetiva	Não	02 anos e 06 meses	02 anos e 06 meses (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 2 SRT1	25 anos	Masculino	Efetivo	Não	03 anos	Um pouco mais de três anos, pois fez estágio na área (CAPs) antes de iniciar como cuidador no SRT.
Cuidadora 3 SRT1	29 anos	Feminino	Efetiva	Trabalha no hospital público da cidade de Alto Longá	02 anos	02 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 4 SRT1	32 anos	Masculino	Efetivo	Trabalha em uma empresa de importações do seu pai e relata que a renda do SRT não é a sua principal	03 anos	03 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)

Cuidadora 5 SRT1	32 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	02 anos	04 anos, pois trabalhou 02 anos no CAPs antes de iniciar no SRT.
Cuidadora 6 SRT1	35 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	02 anos	02 anos e 01 mês de experiência na saúde mental porque teve 01 mês de experiência no CAPs tirando férias de uma funcionária.
Cuidadora 1 SRT2	48 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidadora 2 SRT2	25 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	04 anos	04 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidadora 3 SRT2	53 anos	Feminino	Serviço prestado	Não trabalha em nenhum outro local a não ser o trabalho voluntário na igreja como ministra que faz na comunidade em que mora	08 anos	08 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidadora 1 SRT3	33 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidadora 2 SRT3	37 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidadora 3 SRT3	47 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 4 SRT3	40 anos	Masculino	Serviço prestado	Sim (como agente de portaria em uma escola)	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 5 SRT3	41 anos	Masculino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)

Cuidadora 1 SRT4	44 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidadora 2 SRT4	43 anos	Feminino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 3 SRT4	39 anos	Masculino	Serviço prestado	Não	09 anos	09 anos e 03 meses, pois ainda passou três meses no pavilhão do hospital Areolino de Abreu também como serviço prestado pelo estado.
Cuidadora 1 SRT5	33 anos	Feminino	Efetiva	Não	02 anos	02 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 2 SRT5	30 anos	Masculino	Serviço prestado	Sim, trabalha com venda de confecções	08 anos	08 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 3 SRT5	41 anos	Masculino	Serviço prestado	Não	02 anos	02 anos (o mesmo período do seu tempo de permanência no SRT)
Cuidador 4 SRT5	31 anos	Masculino	Serviço prestado	Sim, possui uma metalúrgica	02 anos e 06 meses	04 anos, pois já havia trabalhado como cuidador na gestão municipal passada

O quadro demonstra a edificação do perfil por meio de predominâncias (pontos em comum) e peculiaridades entre os entrevistados, possibilitando a percepção dos seguintes aspectos: **para os moradores:** faixa etária; sexo; escolarização; temporalidade nos SRTs; hospital psiquiátrico de que é egresso; diagnóstico; o tempo de institucionalização e se possui algum caso de reinternação; possui ou não família de origem e vínculos com essa família; **para coordenadoras/gestoras e cuidadores:** faixa etária; sexo; vínculo com o SRT em que trabalha e temporalidade de permanência; além do SRT, trabalha em mais algum outro local; tempo de experiência na saúde mental.

Nos aspectos levantados no quadro, observou-se entre os moradores entrevistados a predominância do sexo feminino, o que sinalizou a importância das dimensões de gênero na avaliação desse serviço; a faixa etária ficou compreendida entre 27 e 63 anos de idade, o que demonstrou a variabilidade de idade e a questão intergeracional, dando visibilidade a um certo domínio de pessoas no processo de envelhecimento; e, quanto à escolarização o que prevaleceu foi uma concentração de moradores no nível de ensino fundamental, segmento de baixa renda que historicamente tem dificuldades de avançar em outros níveis de escolaridade e profissionalização, em que apenas dois dos sete entrevistados cursaram o ensino médio completo.

Além disso, destacam-se ainda pontos em comum, como serem egressos do Hospital Areolino de Abreu³⁴, tendo vivências semelhantes quanto à institucionalização e apresentando ínfimos registros de reinternações, fazendo com que os vínculos estabelecidos dentro da residência contribuam para uma continência que dispensa a vida manicomial/hospitalismo, e, no tocante à temporalidade percebeu-se uma média superior a 2 anos de permanência, o que para Lôbo (2008) representa um período expressivo para a conformação de laços socioafetivos e/ou familiares, haja vista ter como elemento aditivo a esse contexto o fato de mais da metade dos moradores não possuírem vínculos com a família de origem, colaborando, dessa forma, para a constituição de ligações significativas, advindas do aspecto da vivência, entre estes, cuidadores e coordenadoras/gestoras no que concerne a construção de relações socioafetivas e/ou familiares.

Quanto aos coordenadores/gestores, foi notória a predominância do sexo feminino em todas as 4 entrevistadas, demonstrando o peso da figura feminina na gestão do serviço, sendo possível perceber que a constituição dos SRTs na perspectiva de família tem a ver com a

³⁴ Registra-se apenas a exceção de uma moradora egressa do Meduna.

maternagem, em que a mulher se torna a responsável por gerir os cuidados e dar suporte aos constituintes do serviço, principalmente os moradores.

A faixa etária média compreendida entre as participantes foi entre 39 a 64 anos de idade que possuem vínculo efetivo com o SRT com uma temporalidade acima de 2 anos no dispositivo e experiência na saúde mental com um tempo mediano a partir de 20 anos exercidos no Hospital Areolino de Abreu (3 entrevistadas) e CAPS (1 entrevistada), período considerado significativo no aspecto de conhecimento e vivência na área, além de sinalizar também para a maior parte das entrevistadas a persistência de vínculo com o Hospital Areolino de Abreu. Destaca-se que das cinco gestoras, três são assistentes sociais³⁵, o que sinaliza o “peso” da profissão nesse processo de consolidação dos dispositivos e reinserção social das PcTMs.

Na realidade, o Serviço Social e a demanda por assistentes sociais na área da saúde mental, inicialmente, vieram da necessidade colocada pelos médicos de conhecer o histórico social dos pacientes. Neste sentido, o assistente social foi demandado para potencializar a mediação entre a instituição e a família, contribuindo, assim, para o momento da alta desse paciente. Fato que remete ao exemplo das primeiras atividades na área da assistência psiquiátrica nos Estados Unidos, no modelo denominado *after-care*³⁶ (ROSA, 2003, p. 220).

No caso da atuação e participação desse profissional quanto à conformação dos SRTs no estado do Piauí é importante que se destaque que suas gerências nos dispositivos se voltam à militância no fazer e na intervenção profissional, buscando fomentar o protagonismo e a reconstrução dos moradores para que estes passem a se perceber como sujeitos de direitos. Além de ser relevante pontuar que o tempo de permanência dessas profissionais na gestão dos SRTs expressa a estabilidade no serviço, visto que as três assistentes sociais existentes nos dispositivos mantêm seu processo de trabalho contínuo, sem mudança de alocação e/ou função.

No que diz respeito aos cuidadores entrevistados, o que se destaca é uma predominância do sexo feminino que prevaleceu em 13 dos 21 sujeitos participantes da pesquisa. A faixa etária compreendeu-se entre 23 e 53 anos de idade, com cerca de 15 profissionais na condição de serviço prestado e 6 efetivos, em que os 15 cuidadores só exercem atividade laborativa nos SRTs, o que representa um quantitativo expressivo de profissionais que não possuem outra

³⁵ Das cinco gestoras, três são assistentes sociais, uma é psicóloga e uma é enfermeira, porém, ressalta-se que uma das assistentes sociais não foi entrevistada por motivos de saúde, totalizando na amostra de quatro gestoras.

³⁶ A ideia de prestar assistência temporária ao doente mental após a alta hospitalar foi mencionada pela primeira vez em 1905 na *National Conference of Charities and Correction*. Na Europa, esta ideia teve uma longa história desde sua introdução, no ano de 1829, pelo médico alemão Dr. Lindpainter. Em 1841, foram fundadas na França as Sociedades de Voluntários *de after-care*, o mesmo ocorrendo alguns anos mais tarde na Inglaterra. Nos Estados Unidos, durante a última década do século passado diversos psiquiatras e também assistentes sociais defenderam vigorosamente a organização de sociedades parecidas em seu país (SILVA, 1993).

fonte de renda, além de a maior parte de entrevistados se encontrarem na condição de precarização de vínculos, demonstrando que o Estado não efetiva esses profissionais ao não promover concurso público.

Quanto ao tempo de permanência no SRT, o que prevaleceu para a maioria dos entrevistados foi que este se constitui como sendo o mesmo de experiência na área da saúde mental, demonstrando a necessidade de capacitação dos profissionais no sentido de se aperfeiçoarem para atender de forma mais habilitada os moradores e compreender o contexto de suas realidades.

Assim, a regularidade no quadro do perfil dos entrevistados possibilitou e permitiu uma percepção construtiva para a compreensão de como a edificação das relações se constituem nesses SRTs, ao considerar que os pontos em comum e as singularidades são aspectos relevantes para a solidificação dessas relações, principalmente quando se observa a questão do tempo (durabilidade) de permanência dos moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras nestes dispositivos, o que sinalizou tal questão como subsídio para a conformação dos laços e vínculos socioafetivos advindos do convívio mantido por estes e a possível constituição de família.

3 SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA ANAPARENTAL

O capítulo que segue visa elucidar a apreciação das informações resultantes das entrevistas realizadas com os moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras dos SRTs do Piauí. Tem por objetivo analisá-las à luz das referências teóricas balizadoras da pesquisa e das categorias: ostensibilidade, estabilidade e afetividade, e, de como estas, conjugadamente a outros indicadores que serão desvendados no decorrer do texto, solidificam a perspectiva de conformação do “produto” família nesses serviços.

3.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do Piauí: materialização do “produto”³⁷ família

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), como exposto na parte teórica deste trabalho, ao mesmo tempo em que são equipamentos pertencentes a uma rede de serviços de saúde, tem peculiaridades que os tornam diferentes dos outros dispositivos. Outrossim, denota uma vivência na mais ampla significância que o termo possa assumir, de transição entre um equipamento, em termos formais, e de uma casa no sentido de lar (KANTORSKI *et al*, 2014). Numa palavra, é um dispositivo em movimento. É neste espaço onde e quando a vida acontece que o cotidiano se desenvolve, se (re)inventa e se (re)significa.

Como produto dos SRTs, fincado no seu objetivo primordial que se volta à *desinstitucionalização* e *reinserção social* das PcTMs por meio da reconstrução das suas identidades, através da *cidadania*, *emancipação* e *autonomia*, observou-se que os serviços do Piauí, de implantação tardia, porém com um período de inserção significativo quanto ao contexto aqui abordado pela autora³⁸, já evidenciam resultados consideráveis³⁹, demonstrando a existência dos produtos que se cumprem em meio ao cotidiano vivenciado entre moradores, cuidadores e coordenadores/gestores.

Ademais, em todos os SRTs, foi possível a percepção do produto *desinstitucionalização* como elemento de desconstrução (AMARANTE, 1995) do modelo hospitalocêntrico e como fator contributivo para a compreensão desses serviços como espaços que proporcionam a produção das subjetividades dos sujeitos que nela habitam.

³⁷ Na política originariamente não foi previsto como um dos produtos a constituição de família.

³⁸ Considera-se que a média de nove anos de existência para 4 serviços e de dois anos para o outro, é um período tido como significativo para a análise do produto família nesses SRTs, haja vista alguns autores, como Lôbo (2008) e Dias (2007), apontarem que a duração de uma convivência a partir de uma média de dois anos já é considerada estável para a consagração de laços afetivos.

³⁹ Tal compreensão foi possível ser concretizada pelo período que a autora permaneceu em campo, onde foi proporcionada a apreensão e percepção dos produtos dos SRTs pesquisados.

[...] a residência terapêutica o próprio no me já diz: é uma residência, é o espaço de morar e de todo esse habitar, a perspectiva de hospital foi abandonada [...] (CUIDADOR 4 SRT1).

A reforma psiquiátrica solicita e orienta, e, nesse sentido, a residência é um serviço no sentido de que está acolhendo um “paciente crônico” numa moradia, sendo necessário estar lá porque **eles não tinham família ou a família não tinha condições de tê-los**, alguns com vínculos e outros com vínculos comprometidos, então é um serviço que continua mantendo os cuidados com a saúde não só mental, mas como um todo, todas as áreas dele; é o biopsicossocial mesmo. (COORDENADORA SRT2).

[...] eles são pessoas como os outros, porque não há diferença, porque quando foi fundada a residência, foi dito que **aqui não é um hospital, é uma casa então a gente convive normal, como uma família, como uma casa, em tudo** [...] (CUIDADORA 3 SRT3).

Quando eles chegaram aqui quando vieram do Areolino eles eram muito agitados, muito agressivos com eles mesmos e com os outros e nessa convivência eles melhoraram 100%, ficaram calmos de uma maneira impressionante (CUIDADOR 3 SRT4).

A desinstitucionalização proporcionou pra eles um lugar pra morar, porque antigamente eles moravam na rua e no hospital e aqui eles estão mais em segurança e protegidos. (CUIDADOR 3 SRT5).

Nesse diapasão, é notória a relevância desse produto nos serviços, tendo em vista que a desinstitucionalização é o pontapé inicial para o processo de **reinserção** das PcTMs, que, em virtude dessa “saída” do hospital psiquiátrico para uma moradia concreta, passam a se reconstruírem como **sujeitos de direitos (cidadãos)** e como pessoas que sentem, que sofrem e que sonham, como outrora tratado por Bezerra (2007). Tal perspectiva é corroborada pelos participantes da pesquisa

[...] a gente sai, almoça, passeia, todos os sábados eles saem. A gente vai pro restaurante, almoça fora vai no lugar mais gostoso da cidade que as opções são poucas, a gente vai no Apache que é um clube que tem piscina eles passam a tarde, não é todo dia, não é toda semana que dá pra fazer isso, porque eles vão pra lá e vão querer beber ou comer alguma coisa [...] (COORDENADORA SRT 5).

A minha qualidade de vida aqui melhorou socialmente [...] aqui eu tenho meus sapatos, eu tenho roupa, eu tenho roupa íntima, tirei meus documentos todos de uma vez com a Dr^a “M”, **eu voto e ninguém me chama de doida não**. (MORADORA 1 SRT 2).

A gente procura quebrar isso, até a questão de não usar uniforme, de tentar deixá-las um pouco livre em relação a isso, de chamar pelo nome e tudo porque a gente percebe ainda um pouco que elas trazem essa tutela do hospital. (CUIDADOR 2 SRT1).

[...] é um serviço terapêutico porque nós procuramos dar um ambiente e uma acolhida e um cuidado necessário pra que eles reconstruam sua independência, a privacidade, a cidadania, **recuperação de hábitos pessoais** [...] (COORDENADORA SRT 2).

Dessa forma, compreendendo os SRTs como casas inseridas no meio social objetivando a reinserção das PcTMs trazendo, em seu bojo, o entendimento de residências baseadas na perspectiva de manutenção de novas relações, da construção de identidades que passam a ser redimensionadas e multiplicadas a partir do momento em que abandonam o âmbito institucional, deixando a visão do “louco”, “incapaz” e “delirante” (SARACENO, 1999) para ser percebido como morador, vizinho, amigo e até mesmo “irmão”, observa-se que esses serviços apresentam também como produtos, aliadas à perspectiva que o SRT apresenta, a *emancipação* e a *autonomia*, que nos SRTs pesquisados consolidaram-se de forma notória, através da construção da independência dos moradores, num processo de reconhecimento das suas capacidades

[...] faço o supermercado todo sábado aqui pra casa, compro frutas e às vezes levo um dos moradores comigo. (MORADORA 1 SRT 2).

[...] lavo minha roupa, ando de bicicleta, porque eu gosto de andar, me dão conselho pra não andar porque tem muita gente ruim fazendo assalto, mas eu ando assim mesmo e vou visitar meus amigos, passear e me divertir. (MORADOR 1 SRT 5).

[...] elas tem o dinheiro delas e eu não posso deixar de dar, o dinheiro é delas, não posso dar todo, então a proposta é de se ir trabalhando, descobrindo o que se pode trabalhar nessa perspectiva, onde pouco a pouco vai se tentando ver e buscando empoderá-las. (COORDENADORA SRT 1).

[...] o mínimo que eles fazem é assistir tv, o “E” ele tem a liberdade, ele tem amigos, tem laços afetivos construídos, **ele visita as pessoas, ele tem whatsapp, tem telefone, ele tem mais crédito do que eu, a “F.R” tem um namorado, ela sai compra coisas, distribui coisas pra vizinhança próxima**, tem um comércio que antes ela era proibida de entrar hoje ela já entra, tem essa circulação, ela gosta muito de pintar as unhas, de ir no salão de se cuidar, ainda estica os cabelos, ela não gosta de ir muito porque quebra e cai, só quando tem um evento na cidade ela faz questão, carnaval, em agosto que é o festejo da cidade ela quer estar nos “trinques”, ela tem chapinha. A “N” ela gosta muito de serviços manuais, ela costura, corta as roupas dela, todo mês calcinha é indispensável, porque ela lava as roupas dela tudo bem lavado, **ela corta as roupas, costura, faz modelo diferente, remenda, pinta as unhas dela**, de manhã está verde, de tarde tá azul e é assim! (COORDENADORA SRT 5).

A narrativa da coordenadora do SRT 5 é bastante paradigmática no sentido de expressar a emancipação dos moradores. Nesse SRT específico, observa-se que essa característica se constitui como um diferencial dos demais serviços, haja vista sua localização estar fincada em um território singular, em que o entorno permite uma maior apropriação dos moradores que, como pôde ser percebido, proporciona o desenvolvimento de novas relações e a possibilidade de se reconstruírem como sujeitos.

Ressalta-se que, com relação a esses produtos gerados pelos SRTs, a autonomia se expressou em um dos serviços como algo ainda a ser alcançado e construído, devido, como

afirma o cuidador, às condições apresentadas pelo bairro onde essa residência está inserida. Além disso, o participante aponta que a questão do território de fixação do SRT é dificultada até mesmo pela locação do imóvel para a implantação deste serviço.

[...] a questão da produção de autonomia do usuário, existem situações em que a gente percebe, sei lá, eu sinto de certa forma essa dificuldade de produzir autonomia primeiro porque não depende só do serviço **tem as questões das condições do bairro**, eu não tenho como colocar uma moradora por exemplo pra fazer uma caminhada porque é um bairro que já tivemos situações de quase ocorrer um assalto, então é um bairro perigoso em determinados horários, até os horários que poderiam ser usados pra lazer a gente não pode fazer um passeio próximo, por exemplo, por conta da **violência e dessa insegurança**, então se torna complicado, um outro ponto é que em relação à questão [...] fora essa questão do bairro, **em relação à estrutura realmente do lugar, porque uma residência deveria ser feito, antes de instalar num lugar, o quê que o lugar oferece?** o quê que o bairro oferece? É, serviços a comunidade, serviços de saúde, etc, e **isso geralmente não acontece até porque, por conta de dificuldades realmente de alugar pra órgão público** você não consegue ter essa seleção de um lugar específico, acaba sendo selecionado o que a imobiliária quer alugar, então você não tem a escolha de um lugar específico que você possa trabalhar como deveria ser. (CUIDADOR 2 SRT 1, grifos nossos).

Assim, foi possível observar que a questão da territorialização do serviço ainda se encontra obstaculizada por alguns elementos, como, por exemplo, a violência, insegurança e até mesmo pela locação de imóveis para a inserção do serviço que, muitas vezes, não consegue permanecer em um único lugar, inviabilizando a apropriação dos moradores no tocante ao seu entorno de habitar.

Por outro lado, são questões postas pelo morar em qualquer cidade nas circunstâncias atuais. Logo, saindo da vida institucionalizada, os moradores terão que se haver com as questões da cidade de modo geral, para o bem e para o mal também.

Embora tenham sido constatadas algumas limitações na consignação de produtos dos SRTs pesquisados, como outrora apontado pelo cuidador de um dos serviços. O que foi perceptível é que, mesmo diante de dificuldades, os SRTs do Piauí buscam diariamente a efetivação dos seus produtos⁴⁰ e um dos que se materializa pela consolidação do serviço e que ainda se encontra como dimensão invisível, sendo necessário seu desvendamento através de debates no âmbito do conhecimento científico, é o convívio estabelecido entre moradores, cuidadores e coordenadores/gestores e como este tem contribuído para a conformação de uma nova configuração familiar: a anaparental.

⁴⁰Os produtos dos SRTs do Piauí (desinstitucionalização, reinserção social, cidadania, autonomia e emancipação) são efetivados de forma singular em cada serviço, em que cada um busca a implantação de estratégias para o andamento da residência, driblando os entraves diários, muitas vezes manifestados pelos recursos humanos, financeiros, dentre outros.

Neste contexto, para melhor compreensão desta configuração de família, notou-se necessária, anteriormente à discussão do produto família nas residências terapêuticas, uma apresentação panorâmica dessa temática e seu desenvolvimento em virtude das transformações societárias, buscando apontar, no seio desta discussão, a conformação do anaparentalismo, concebendo a sua existência em meio à sociedade e destacando as categorias que a compõem e que, neste trabalho, serão o embasamento para a construção do entendimento de família nos SRTs pesquisados, como será condensado mais adiante.

3.1.1 Da família patriarcal à anaparental

Embora seja um tema bastante recorrente em estudos da área social, a família traz em seu bojo expressões e significados variados que tornam este segmento social difícil de ser delimitado, explicado e compreendido. Portanto, não é fácil entender a complexidade da instituição familiar, principalmente na contemporaneidade.

Há vários conceitos de família, mas há um consenso entre muitos autores quanto ao papel fundamental da família na vida do ser humano, pois é nesta que o ser humano se constrói, se humaniza e se socializa na medida em que são supridas suas necessidades.

Fukai (1998) expõe alguns elementos para o reconhecimento desse grupo social tão complexo. Para a autora, a família pode ser abordada segundo três ângulos diversos e complementares: 1. Como unidade doméstica, que se ocupa primordialmente com as condições materiais, isto é, com a manutenção da vida: comer, vestir, abrigar e repousar; 2. Como instituição, representando um conjunto de normas e regras, historicamente construídas, que regem as relações de sangue, doação e aliança; e 3. Como conjunto de valores, definidos como ideologia, estereótipos, prescrições, imagens e representações sobre o que a família é ou deve ser.

Assim, constituída com base nas relações de parentesco cultural e historicamente determinadas, e incluindo-se entre as instituições sociais básicas, pode-se afirmar que à família cabe não apenas o papel de manter a sobrevivência dos indivíduos, mas também de proteção e de socialização dos seus membros, de produção do sentimento de pertencimento, de transmissão cultural e econômica, de estabelecimento das relações de gênero, de fomentação da solidariedade entre gerações, primeira instância de vivência de direitos e de deveres, além de outras funções.

Na realidade, a família vem sendo constituída desde os primórdios da civilização e em nenhuma época um modelo de família se mostrou igual a outro. Cada família possui sua

particularidade muito além de sua estrutura e função, mas se confirma como fundamental para o desenvolvimento do indivíduo, pois é espaço de convivência onde se criam costumes, valores e também conflitos, independentemente de sua configuração (MIOTO, 1998).

Neste sentido, a família é uma síntese de múltiplas determinações sócio-históricas, econômicas e culturais, constituindo uma totalidade dinâmica e contraditória; uma instituição social historicamente condicionada, mas também dialeticamente articulada à estrutura social na qual está inserida (SILVA, 2007; MIOTO, 1997 *apud* TEIXEIRA, 2013).

Concorda-se com Bruschini (1993) quando este afirma que a tendência moderna à naturalização da família tem criado obstáculos de difícil transposição para sua análise, diante da pluralidade das configurações contemporâneas. Por esse motivo, o primeiro passo para estudar a família é o de “dissolver sua aparência de naturalidade, percebendo-a como criação humana mutável” (BRUSCHINI, 2011, p. 50) em constante relação com a realidade social. É, portanto, impossível analisá-la desconectada de uma perspectiva de totalidade das formações econômico-sociais concretas e do seu caráter histórico, pois ela influi e é influenciada pelo contexto histórico. Logo, a não-naturalidade e a mutabilidade são características da família enquanto instituição social (TEIXEIRA, 2013).

Sob esta perspectiva, a mesma autora afirma que a família, em termos de estrutura, é determinada por uma complexa integração de fatores econômicos, sociais e culturais, que remete, de um lado, a uma determinação histórico-estrutural e, de outro lado, à forma específica de organização interna do grupo familiar.

A determinação histórico-estrutural, leva à observação da existência de uma variedade de modelos de família que institui modelos hegemônicos, como a familiar nuclear, na sociedade burguesa, difundindo-se para outras classes sociais, mas comporta também uma variedade de padrões internos que diferenciam as famílias entre as classes, e mesmo com variações no interior de cada classe.

Quanto à organização interna, Campos (2008) aborda que a família não é homogênea, tendo suas relações de forma assimétrica entre seus membros, com diferenciações de gênero, de geração, de hierarquia, porém marcada também por processos de negociação, de cooperação e de solidariedade com uma realidade, como se pode observar, repleta de interesses divergentes.

A família é também o espaço histórico e simbólico onde se desenvolve a divisão do trabalho, dos espaços, das competências, dos valores, dos destinos de homens e mulheres, ainda que isso assumam formas diversas nas várias sociedades (SARACENO, 1992).

No Brasil, como aborda Teixeira (2013), estudiosos entendem que a história da instituição familiar teve como ponto de partida o modelo patriarcal, importado pela colonização, adotado

pelos segmentos dominantes e adaptado às condições do país na era colonial, baseada na questão latifundiária e no escravismo. Há controvérsias em torno da hegemonia deste desenho familiar sobre os demais segmentos sociais, pois a historiografia vem sinalizando a pluralidade das famílias brasileiras desde a era colonial: famílias formadas por concubinatos, chefiadas por mulheres com seus filhos biológicos e/ ou os adotivos, dentre outras. Conforme Corrêa (1993, p. 24) afirma: “[...] sob a hegemonia do modelo patriarcal, foi ocultada a diversidade de uma sociedade multifacetada, móvel, flexível e dispersa, na tentativa de acomodá-la dentro dos estreitos limites do engenho ou da fazenda.”. Rosa (2008, p. 175) corrobora com tal visão ao afirmar que

Essa família, denominada família patriarcal, era chefiada pelo homem, que exercia as funções “militares, religiosas, afetivas e empresariais”. Era o modelo dominante, sendo considerado a referência oficial mais valorizada pela sociedade, no entanto, coexistiam outras formas de organizações familiares, de acordo com a cultura, região e condição sócio econômica de seus indivíduos.

Bruschini (1993) entende que esse modelo de família estava alicerçado em uma rígida divisão sexual do trabalho, sendo reservado às mulheres preponderantemente os afazeres domésticos e sendo elas tendentes à submissão ao marido. Essa divisão de papéis acabava por restringir a atuação feminina somente ao âmbito privado do lar, tendo suas funções econômicas e sociais bem delimitadas para esse espaço. Era demonstrado “[...] o caráter altamente repressivo desta estrutura familiar, reprodutora das normas de disciplinamento e controle social (e sexual) ditadas pela Igreja.” (NEDER, 2010, p. 26).

Com as transformações ocorridas no século XIX e XX, devido ao advento da urbanização, ao início da industrialização, à abolição da escravidão e à imigração, há uma mudança de cenário que vai se alterando aos poucos e provocando a passagem da família extensa para o modelo conjugal, com privilégio das funções afetivas.

Registra-se que, no Brasil, as ações do Estado tenderam a influenciar a organização interna dos grupos familiares, sobretudo dominantes. Costa (1983) mostra como o Estado interferiu na organização interna desses grupos, na perspectiva de restringir o poder do chefe familiar e dos coronéis/patriarcas sobre a parentalha e de, conseqüentemente, ampliar o poder estatal sobre os seus membros. Com a emergência dos saberes médicos, o Estado passa a valorizar o papel da esposa/mãe e da infância ao constituir o cidadão, reduzindo o poder do patriarca, restringindo a ação das famílias sobre o indivíduo e ampliando o raio de ação governamental na vida individual.

Assim, a família patriarcal cede lugar à família nuclear, “[...] fundada no casamento por amor, na valorização do indivíduo psicologizado, centrada na criança e no casal – no triângulo edipiano” (ROSA, 2008, p. 179). Este modelo de família contemporânea é, portanto, centrado na figura do chefe da família (pai), na mãe e nos seus descendentes legítimos. É ainda caracterizado pela divisão sexual do trabalho, com centralidade na figura masculina enquanto provedor e mantenedor da casa e com a mulher como dona do lar e responsável pela educação dos filhos, embora houvesse diminuição da autoridade paterna frente ao modelo hegemônico anterior (SILVA, 2015). Isto porque, de acordo com Bruschini,

A ampliação e diversificação das oportunidades de trabalho, já no final do século XIX e início do XX, a valorização da capacidade intelectual e da instrução libertam os filhos da rígida tutela do patriarca. O ingresso da mulher na força do trabalho rompe a tradicional divisão do trabalho. Os casamentos começam a ser realizados por interesses individuais. As atitudes em relação ao namoro se alteram e este se desloca dos limites da casa para os espaços abertos. Entre pais e filhos começa a haver maior intimidade, ao mesmo tempo que diminui a prática de infringir aos filhos castigos corporais (BRUSCHINI, 1993, p. 69)

Mas, a família conjugal crescentemente passa a viver com outros desenhos familiares, destacando-se as famílias nucleares ampliadas, as monoparentais, sob responsabilidade masculina ou feminina, as homoafetivas, as recombinadas, as unipessoais, dentre outras. Logo, a família não pode mais ser tratada no singular, sendo intensificada sua condição de flexíveis e plurais (VAITSMAN, 1994). A própria Constituição Federal de 1988 reconhece outros desenhos familiares e coloca homens e mulheres como responsáveis pelo grupo.

Segundo Teixeira (2013), na família contemporânea há uma diminuição da dependência, sobretudo econômica das mulheres, dado o acesso cada vez maior à escolarização e ao mercado de trabalho. Todavia, a dupla jornada é o símbolo da manutenção das atribuições das mulheres à esfera doméstica, assim como a fragilidade conjugal, que tende a vulnerabilizá-las ainda mais, dada a tendência à redução do seu padrão de vida com as separações. Com essas desuniões, as mulheres passam a constituir famílias monoparentais sob sua responsabilidade. Entretanto, como destaca Singly (2007), dá à mulher a possibilidade de só viver conjugalmente por motivos amorosos. A lógica que preside a fundação dessas famílias, segundo o autor, é a procura não de solidez, mas da satisfação das necessidades psicológicas (afetivas) de cada membro do casal.

Conforme Dias (2007), a família contemporânea vem se consolidando por meio do afeto entre seus entes. Modernamente, o afeto que se origina espontânea e profundamente, com significado de amizade autêntica e de reciprocidade profunda entre companheiros, vem sendo importante motivação para o estabelecimento de uma convivência entre os seres humanos. Ao

tratar da visão afetiva da relação familiar, Pereira (1998) aborda os benefícios sociais dessa nova concepção afirmando que

Uma família que experimente a convivência do afeto, da liberdade, da veracidade haverá de gerar um grupo não fechado egoisticamente em si mesmo, mas sim voltado para as angústias e problemas de toda a coletividade, passo relevante à correção das injustiças sociais (PEREIRA, 1998, p. 19).

Este modelo é caracterizado pela formação de “grupos” que tanto podem extrapolar o modelo nuclear tradicional, pela inclusão de parentes e agregados (ampliação extensa), quanto nem mesmo realizá-lo, como no caso de casais sem filhos, famílias nas quais um só dos cônjuges está presente, irmãos sem pais ou até mesmo a conformação de amigos, de pessoas ligadas por vínculos duradouros e pelo afeto que decidem morar juntas e que, dessa forma, assinalam a existência do anaparentalismo, isto é, da formação de uma família anaparental.

Etimologicamente falando, família anaparental significa família sem pais. Sá (2009), ao tratar do conceito de tal desenho familiar, afirma diante das concepções de Barros (2003):

São as famílias que não mais contam com os pais, as quais por isso eu chamo famílias anaparentais, designação bastante apropriada, pois “ana” é prefixo de origem grega indicativo de “falta”, “privação”, como em “anarquia”, termo que significa falta de governo (BARROS, 2003 *apud* SÁ, 2009, p. 11).

Destarte, é um formato familiar que é capaz de adquirir as mais diversas configurações. O que não se pode perder de vista é que não é qualquer agrupamento que pode ser considerado família anaparental. Para Lôbo (2008), uma família, para que seja considerada como tal, tem de, obrigatoriamente possuir três características, quais sejam, a *afetividade*, como fundamento e finalidade, com desconsideração do móvel econômico; *estabilidade*, excluindo-se os relacionamentos casuais, episódicos ou descomprometidos, sem comunhão de vida; e *ostensibilidade*, o que pressupõe uma unidade familiar que assim se apresente publicamente⁴¹.

Neste diapasão, concordando com o conceito de família acima e pensando na temática que envolve este trabalho, a definição adotada e que melhor atende a sua dinâmica é trazida por Rosa (2008, p. 166), fundamentada em Bruschini (1993) que alude a uma concepção sociológica desta categoria, sendo então o:

⁴¹É importante ressaltar que, no decorrer deste trabalho, tais características serão tomadas como categorias para a análise dos dados, em que se buscará trazê-las como pontos norteadores para a percepção da existência do anaparentalismo nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) pesquisados.

[...] conjunto de pessoas ligadas ou não por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto [...] e [se conforma] como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres [...]

Este conceito visa a acompanhar as mudanças sociais, históricas, demográficas, políticas e econômicas das organizações familiares tendo por base, principalmente o advento das transformações societárias.

Dessa forma, novas configurações familiares implicam em novas formas de lidar com as modificações na sociedade, principalmente quando se considera que a família por si só já é, conforme destaca Teixeira (2013, p. 27), “uma instituição contraditória e heterogênea, constituída em espaços de conflitos diversificados”.

Conforme Dias (2007), a família, fruto dessas transformações, identifica-se pela comunhão de vida, de amor e de afeto no pão de igualdade, de liberdade, de solidariedade e de responsabilidade recíproca. Por isso, atualmente, a família não é somente formada por ascendentes e descendentes, também não se origina exclusivamente do matrimônio, mas passou a buscar a realização plena de seus membros, em todos os aspectos, envolvendo mais a afetividade do que a propriedade.

Neste contexto, é no entorno desse âmbito de alterações que o anaparentalismo se conforma na sociedade, como outrora citado, e é no seio dessa compreensão que esta conformação será considerada nos SRTs do Piauí⁴², muito embora se tenha o entendimento que a configuração anaparental não se constitua como impacto esperado pelo serviço e pela política e que tal realidade ainda não seja vivenciada de modo formal, pontuando os aspectos jurídicos, haja vista juridicamente o direito de sucessão de bens ainda ser um dos fatores não reconhecido, não se pode deixar de considerar que, de fato, são edificadas relações entre os sujeitos que fazem parte desses serviços e de que essas relações se fortalecem pelo convívio estabelecido, podendo ser observadas como produto para a constituição dessa família, dando visibilidade ao fato de, futuramente, poder permitir não só o reconhecimento, mas a consequência jurídica positiva em torno da questão.

Neste estudo, adotou-se as três características de Lôbo (2008) para fundamentar a pesquisa (ostensibilidade, estabilidade e afetividade) e para mostrar que, baseada nelas, a configuração deste desenho familiar nos serviços é consolidada. Na verdade, esses elementos

⁴² O anaparentalismo, dentre os modelos de configuração familiar, é considerado o que mais se aproxima da formação de família nesses serviços, e advém do convívio e do estabelecimento de laços afetivos duradouros, o que, em tese, e corroborando com Lôbo (2008), é típico de família.

foram tomados como parâmetros para avaliar a existência da família anaparental, além das subcategorias materializadas como produtos dos SRTs, consideradas aportes para essa interpretação, destacando também a presença dos recortes de gênero, etário e hierárquico que, nesse capítulo, serão percorridos em cada categoria de forma silenciada ou aparente e que serão visualizados a seguir.

3.2 A Ostensibilidade Como Símbolo Do Aparente: uma vertente da construção do anaparentalismo

A(s) família(s) se conforma(m) em meio às modificações existentes na sociedade. Enquanto instituição social, essa se constitui em processo de mutabilidade de acordo com a dialética de relações construídas socialmente, fazendo com que esse espaço seja repleto de pluralidades e de configurações diversificadas.

Na formação de família(s) no âmbito contemporâneo e, trazendo para a realidade do estudo, no seio da anaparentalidade, a ostensibilidade se materializa como elemento relevante para a conformação desse desenho.

O termo ostensibilidade, segundo o dicionário Aurélio (2004), significa a representação de algo vistoso, cujo objetivo é ser notado. Algo que se mostra exageradamente, aberto, aparente, franco e que se percebe por evidências ou sintomas feito para chamar atenção. Na classe gramatical sua definição se encontra como adjetivo e que qualifica uma determinada coisa.

Em tempos remotos, a característica aparece nas famílias “quatrocentonas e tradicionais” por meio da ostentação de títulos de nobreza, sobrenomes pomposos, da consanguinidade que expressava a riqueza, status e determinado grau de pertencimento de uma formação familiar (LÔBO, 2008).

Neste trabalho, a ostensibilidade será tomada como uma das categorias de análise para a conformação do anaparentalismo nos SRTs pesquisados, buscando aplicar o que pressupõe Lôbo (2008) acerca deste elemento, quando afirma que a família para se materializar como tal tem que se apresentar publicamente. Segundo o autor, “a ostensibilidade diz respeito à publicidade da convivência” (LÔBO, 2004, p. 151).

No seio dessa compreensão, partindo da convivência pública de que trata Lôbo (2004), para a realidade dos SRTs pesquisados, foi feito o seguinte levantamento com o intuito de aproximar a definição de Lôbo (2004) acerca dessa categoria. Um importante indicador foi o questionamento quanto à visão dos moradores de se constituírem como parte de um SRT, buscando observar o seguinte ponto: **o fato de se constituírem como moradores é para eles**

fator de orgulho ou não?, e, pensando nas famílias “quatrocentonas e tradicionais” que têm orgulho de ostentar determinado sobrenome ou determinados bens (materiais ou imateriais), o que procurou-se pontuar para as residências terapêuticas é que o sobrenome dos moradores poderia ser trocado pelo nome do serviço.

Desta feita, a autora buscará trazer à tona, por meio das entrevistas, **o que na fala dos participantes pôde ser identificado como símbolo deste orgulho**. Ademais, um outro indicador que embasou essa categoria nos SRTs foi **o sentimento dos sujeitos quanto a ser parte da construção dessa família**, muito embora tenha ficado expresso que a maioria dos participantes não tenha o entendimento do que viria a ser uma família anaparental, todavia houve uma predominância na compreensão da residência terapêutica se constituir família e é no âmago desse contexto que se enfocará, no decorrer da exposição da categoria, como cada um se sente fazendo parte daquela família, ostentando a riqueza de ser parte ou de colaborar na construção desta configuração singular.

3.2.1 Códigos identitários da ostensibilidade: uma visão a partir dos SRTs do Piauí

Como exposto, segundo Aurélio (2004), a ostensibilidade se caracteriza pelo aspecto notório e aparente de uma determinada coisa. No caso da família, sua particularidade se manifesta no contexto do que pode ser ostentado pelo grupo no seio da sua realidade (LÔBO, 2008).

Para as residências terapêuticas, ponderando o entendimento do serviço na dimensão, como o próprio nome revela de “residência”, um ambiente comum associado ao habitar e à construção de relações que se solidificam na formação de vínculos que sucedem à possibilidade de constituição de uma configuração familiar, chama-se atenção para a percepção da presença da ostensibilidade de forma singular em cada SRT.

Ressalva-se que há também uma dimensão econômica perpassando a ostensibilidade, haja vista o Estado suprir economicamente o espaço de moradia, através dos equipamentos da casa, pagamento do aluguel, fornecimento da alimentação, pagamento dos “cuidadores”, considerados pré-condições indispensáveis para o morar, o que, de certa forma, contribui para o estabelecimento do convívio e a posterior construção de vínculos entre moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras, haja vista tais fatores propiciados pelo Estado se constituírem também como elementos necessários para a consolidação da convivência e da publicização desta. Além disso, destaca-se ainda que o recurso da Guia de Autorização de Internação Hospitalar que assegurava a diária por morador de hospital acompanhou o mesmo ao ser

transferido para o SRT, representando um subsídio contributivo para a vivência e atendimento das necessidades dos moradores nesse serviço. Tal fator se torna mais relevante ainda em função do ideário neoliberal postular a diminuição de gastos com o social o que enseja preocupações futuras em relação à sustentabilidade desses SRTs.

Nesse contexto, faz-se necessário, considerando a realização da observação participante como destacado no capítulo anterior e para um melhor entendimento dessa categoria, a exposição panorâmica dos SRTs pesquisados como uma das expressões dessa característica, sendo um ponto indicativo e que exprime a simbologia peculiar da conformação da família e do que é ostensível para os sujeitos participantes do estudo.

No campo empírico foram observados pontos particulares de cada serviço e, em virtude de tal característica, elencou-se uma nomenclatura que os identificaram segundo a predominância de determinada propriedade: sexo, condição física e/ou mental e emancipação.

Assim, para os 5 SRTs, as seguintes nomenclaturas foram empregadas: residência rosa (predomínio de mulheres), residência azul (predomínio de homens), residência arco-íris (composição mais mista), residência bicho de sete cabeças (composição mais de pessoas com deficiência mental e física) e residência borboleta (predomínio de uma maior emancipação entre os moradores).

Além disso, destaca-se que, para cada dispositivo, optou-se por trazer suas singularidades, haja vista a pesquisadora ter tido a percepção que o quê os 5 SRTs pesquisados apresentaram em comum foram apenas o nome, pois suas vivências e realidades são bastante peculiares, como pode ser observado a seguir.

- **A residência rosa**

A residência rosa se constitui como o único SRT do Piauí tipo II⁴³ e apresenta um contexto que contempla a existência de cinco (5) moradoras, ladeadas pela coordenadora/gestora, por cuidadores e por técnicos de enfermagem.

Neste dispositivo, registra-se um total de 12 profissionais subdivididos entre cuidadores e técnicos de enfermagem que exercem suas atribuições em regime de plantão (de 12h em 12h).

⁴³Como exposto, o SRT tipo II, definido pela portaria 3.090/11 do Ministério da Saúde, pode abrigar até dez moradores que demandam mais cuidados que o perfil de público do tipo I, sobretudo por possuírem maior grau de dependência. Além do serviço de saúde mental de referência, o SRT tipo II também terá um número maior de cuidadores, além da presença de um técnico de enfermagem.

Na pesquisa em pauta, os sujeitos desse serviço que participaram do estudo se constituíram em 6 cuidadores, 2 moradoras e a coordenadora/gestora, considerando os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa como destacado anteriormente.

A residência rosa foi o foco inicial da observação participante⁴⁴ que se materializou durante 10 dias de permanência neste serviço, em que a pesquisadora buscou fazer parte da vida cotidiana, participando do dia a dia desde o acordar até a hora de dormir.

Ali, o que foi apreendido do cotidiano desse serviço se refere a sua diversidade em alguns contextos. Ficou evidenciado que as moradoras têm suas atividades diárias variadas de acordo com o(a) cuidador(a) do dia. Por ser uma residência que apresenta uma rotatividade considerável de cuidadores diariamente⁴⁵, o que foi observado é que cada turno do dia é vivido pelas moradoras de forma diferente, tendo dias e turnos em que interagem mais do que outros, porém ressalta-se também que esse contexto varia não somente pela questão dos cuidadores, mas, sobretudo, pelo humor e disponibilidade das moradoras desse serviço.

Foi perceptível nesse serviço que as “tarefas diárias” são bastante organizadas, tendo uma rotina estabelecida quanto às atividades a serem desenvolvidas, registrando-se que todas são pactuadas com as moradoras, como por exemplo: lavar roupa, limpar a casa, lavar as louças, varrer o quintal, colocar o lixo para fora, ir para o CAPS e para o curso de computação realizado próximo à residência.

Um ponto interessante e que merece destaque é com relação ao “cozinhar”. Nesse serviço a comida é feita lá mesmo, de forma caseira, ponto observado como algo contributivo para caracterizar e aproximar o conceito do serviço a de uma residência, haja vista que o “comum” de uma casa é oportunizar o alimento em seu interior a partir de diálogos e das escolhas dos moradores, fato esse que realmente ocorre somente neste serviço, destacando-se que nos demais os moradores e profissionais se alimentam de “quentinhas”, pois a gestão estadual atual e a municipal da cidade de União até o momento ainda não haviam se pronunciado quanto à questão de possibilitar tal condição aos SRTs, embora as coordenadoras/gestoras já terem por inúmeras vezes solicitado, sem êxito de retorno.

É válido destacar os produtos percebidos nesse dispositivo pela pesquisadora, pois na residência rosa observou-se que a desinstitucionalização das moradoras para esse serviço se

⁴⁴Em discussão com a orientadora foi definido que a observação participante se condensaria em média de uma semana para cada SRT. Ressalta-se ainda que em todos os serviços, a observação foi realizada mediante a entrega da autorização expedida pela instituição competente para liberação da pesquisa correspondente a cada dispositivo, o que, de fato, se solidificou como elemento facilitador para a consolidação das entrevistas e da pesquisa em geral.

⁴⁵Uma média de 6 cuidadores e 6 técnicos de enfermagem que se revezam semanalmente, em que se tem um quantitativo de 2 cuidadores e 2 técnicos de enfermagem por dia.

constituiu como um contributo às suas reinserções na sociedade. Tal fato foi observado, sobretudo, mediante os passeios, no entorno e na cidade, propiciados, principalmente, aos finais de semana, com o intuito de socializá-las e também de sair um pouco da rotina vivida naquele espaço, como expresso na narrativa de uma cuidadora:

[...] aqui mais é a gente que procura sempre colocar elas pra passear final de semana, no sábado, lógico que isso é muito dependioso porque vai depender de carro, mas sempre que a gente pode, a gente sai, vamos pro encontro dos rios, ponte estaiada, fazemos e levamos lanche né? e sempre elas estão, elas adoram muito isso! (CUIDADORA 5 SRT 1).

Ademais, na residência rosa, foi perceptível enquanto produto uma predominância de emancipação e autonomia entre as moradoras.

[...] Já aqui tem uma moradora que ela assim tem uma autonomia maior e vai e volta sozinha pro **curso de informática** porque é próximo da residência, outra moradora foi inserida agora há pouco tempo e eu acho que não tá com 1 mês a gente leva ela e traz ela também, mas eu acho que com o passar do tempo ela vai se sentir segura de ir e voltar sozinha (CUIDADORA 1 SRT 1).

[...] uma moradora como você já presenciou, ela interage muito comigo, ela fica aqui no escritório, ela já me ajuda e eu já expliquei pra ela que é um computador, que quando chegou aqui não sabia nem o que era, era uma máquina de outro mundo, e eu já coloquei pra ela digitar, a questão dela pegar e de tirar uma cópia, já sabe tirar uma cópia, ela já sabe pegar e abrir um portão, de transmitir um recado, de atender um telefonema! Claro que com suas “deficiências” que também nós temos as nossas pra várias outras coisas e também as outras moradoras de já participar desse processo, de também já de atender um telefone, de resolver a questão de medicação, já estão fazendo cursos fora e é isso assim, caminhando um dia de cada vez (CUIDADOR 4 SRT 1).

A ostensibilidade também se expressou em meio a esses produtos trazidos pela residência rosa, haja vista cada um se constituir como algo peculiar nas realidades vividas pelos SRTs, além disso, focando especificamente nessa categoria e pensando nos questionamentos realizados pela autora quanto ao sentimento dos moradores em fazer parte do serviço e da construção da família anaparental, cita-se o que foi perceptível para a residência rosa: que as moradoras em sua totalidade, incluindo até as não entrevistadas, demonstraram de alguma maneira (seja por conversas informais, seja por expressões de carinho com as demais moradoras e com os profissionais em sua maioria) a satisfação tida em morar na residência e em fazer parte do seu contexto diário:

Gosto de morar aqui! Aqui me acolheram, me dão o que eu nunca tive na minha vida (MORADORA 1 SRT 1).

Minha vida depois que eu vim morar aqui melhorou bastante, porque antes eu vivia numa vida muito triste, eu saía nas ruas, **eu tinha um companheiro meu que ele me espancava, ele já até me estuprou, abusou de mim** eu de resguardo e era muito triste viver com ele e agora depois que eu vim morar na residência mudou muito minha vida, eu nunca tive uma felicidade depois que eu fui morar com meu ex-marido, eu nunca tive uma felicidade com ele como agora eu tô tendo aqui na residência terapêutica, aqui eu me sinto mais à vontade, não tem ninguém pra mandar em mim! E tinha antes, ele mandava em mim, **agora não tem mais como ninguém mandar em mim, eu sou livre aqui, me sinto livre**, mas só que é muito triste a pessoa viver numa vida sofrida como eu já vivi (MORADORA 2 SRT1).

Observou-se, diante das narrativas, que a referência tida para moradoras é a residência, que se configura como expressão de orgulho através do reconhecimento que elas possuem de fazer parte do dispositivo como motivo de felicidade, de satisfação por ter sido acolhida, como observado na verbalização da moradora 1 e de agora se sentir bem, se sentir livre e feliz como sugere a fala da moradora 2.

Ademais, foi possível perceber que essa expressão advinda das moradoras em se constituir como parte da residência rosa se manifestou também pelo sentimento que ambas as entrevistadas possuem em ser parte dessa família, ponto este revelado abertamente em suas falas

Eu vejo todo mundo aqui como a minha família. Eu já to acostumada aqui. Eu convivo com todos eles como se fosse da minha própria família, eu considero todas as moradoras daqui como se fosse da minha família aqui, **como se fosse minhas irmãs, como uma mãe pra mim, como uma tia, como um parente meu!** Eu tenho muita **consideração e muito amor por elas** (MORADORA 2 SRT 1).

Aqui na casa todos são família, eu me enxergo aqui dentro bem e como parte dessa família e aí aqui dentro todo mundo tem uma relação boa (MORADORA 1 SRT 1)

Destaca-se que esse sentimento predominou não somente entre as moradoras, mas também entre cuidadores, que verbalizaram satisfação em se constituir parte da família existente na residência rosa, relatando até sentir saudade/falta quando não estão no dia de trabalho no dispositivo, como se observa na narrativa da cuidadora 6. Quanto à coordenadora/gestora, verificou-se uma reciprocidade de sentimentos para com as moradoras, porém notou-se uma insatisfação com alguns cuidadores, pela ausência de interação, por vezes, para com as moradoras.

[...] na residência não tem como porque logo aqui é uma residência, é uma casa, um espaço de tudo assim. É um espaço normal como outra, sei que tem as medicações nos horários e tudo e que é uma coisa que a gente se cumpre, mas pra mim, pra mim, pra minha pessoa, eu acredito sim que aqui, **eu me sinto a família delas e elas a minha família tanto** que quando eu passo dois, três dias, eu fico morrendo de

saudades e querendo saber se tão bem, como é que tá, se tá tudo tranquilo, eu me sinto sim! (CUIDADORA 6 SRT 1).

Eu não sei se você observou, quando eu chego, eu sempre digo, “pareço uma galinha que perdeu os pintos” (risos). Parece pelo menos a sensação que eu tenho, é que eu **dou algo que elas não recebem dos outros**, no sentido do afago, do acolher, às vezes **eu acho o cuidador distante, então parece que quando eu chego, chegou a “salvadora”**, às vezes tem dias que elas dizem “a senhora já vai?” e isso me dói um pouco, eu tenho que trabalhar e ao mesmo tempo eu fico com a preocupação desse elo, alimentar algo que se um dia eu não tiver como é que vai ser a situação, elas **precisam me ter como coordenadora da casa, mas eu sou a mãe, porque como eu sei que são muito carentes**, ao mesmo tempo eu fico me questionando, eu não posso me pôr distante, você vê quando eu chego elas já vem abraçando [...] quando elas fazem uma coisa errada, quase sempre elas pedem desculpa, elas vem dizer porque que fizeram, o que aconteceu e eu tenho essa sensação, quando eu chego é como se nada vai acontecer, ninguém me grita, porque os cuidadores não gritam na minha frente, eles não ordenam na minha frente, porque se as moradoras me disserem eles já vem e se justificam, eu percebo isso [...] Então quando eu chego é aquela hora, “agora não me acontece nada, ninguém vai dizer nada comigo, ninguém vai fazer nada” e a gente percebe isso, eu já tenho vindo aqui a tarde quando eu posso e aí quando eu chego, “vocês não estão fazendo nada?”, “não tia, não tem nada pra fazer”, “não doutora, eu tava dormindo”, “porque eu acabei de comer”, mas não fazem nada, olha eu compro DVD, elas tem filme, tem Karaokê, eu já disse quando não quiser fazer nada com elas, bota elas pra cantar no karaokê, bota pra elas cantarem, bota músicas pra elas dançarem, pelo amor de Deus, mas não bota, porque não querem a zuada, é um processo. Mas mesmo eu sabendo disso, não posso considerar todo mundo assim, aqui eu tenho cuidadores e técnicos muito bons, que dão afago pra elas, carinho, que se sentem da família mesmo! (COORDENADORA SRT 1).

A narrativa da coordenadora expressa ainda a existência de relações hierárquicas, à medida que a sua presença na residência é associada a uma realidade de impossibilidade de acontecer algo, como por exemplo, quando verbaliza: “[...] quando eu chego é como se nada vai acontecer, ninguém me grita, porque os cuidadores não gritam na minha frente, eles não ordenam na minha frente, porque se as moradoras me disserem eles já vêm e se justificam, eu percebo isso [...]”. Contudo, aponta-se que, mesmo diante de algumas situações, que envolvem os cuidadores, vivenciadas no cotidiano da residência rosa, a gestora destaca a existência de bons profissionais que interagem, que dão afago e carinho para as moradoras e se sentem parte dessa família composta no interior do SRT.

Logo, como a coordenadora não está de maneira intensa todo o dia na residência, os conflitos, e às vezes relações de poder, ocorrem mais frequentemente entre cuidadores e moradores.

Assim, constata-se que a residência rosa, apesar das peculiaridades apresentadas, demonstra a existência ostensível do sentimento de pertencimento ao espaço pelas pessoas que formam o SRT, observados pela pontuação de fatores que expressaram o “fazer parte” da conformação dessa família, propagada de maneira singular não só na residência rosa, mas em todas as que seguem.

- **A residência azul**

A residência azul possui uma realidade fincada à existência de 5 moradores (4 homens e 1 mulher); 5 cuidadoras e 1 coordenadora/gestora. Na pesquisa, dos 5 moradores, participaram apenas 2 (1 homem e 1 mulher), devido aos critérios de inclusão e exclusão⁴⁶; das cuidadoras, 3 aceitaram participar do estudo⁴⁷ mais a coordenadora/gestora.

Este serviço foi o segundo a ser efetivada a observação participante pela pesquisadora, que se deu durante 7 dias de permanência no dispositivo, em que se procurou, assim como nas demais residências, fitar o cotidiano com as atividades realizadas pelos profissionais e pelos moradores.

O que foi possível perceber no tocante ao cotidiano da residência azul é que se caracteriza, assim como na residência rosa, por ser diverso em seu contexto no que concerne ao ambiente proporcionado pelas cuidadoras. Os momentos vividos em seu interior, mesmo que de forma bem suave, têm algumas diferenças dependendo da cuidadora, pois notou-se que o comportamento dos moradores era modificado a partir da troca de turno/diário das cuidadoras naquele espaço, havendo dias em que eram mais inquietos, falantes e participativos e outros mais reservados, como expressa a moradora:

[...] com as cuidadoras a minha relação é boa, a que eu mais me identifico é a “M.J” que conversa com nós todos e nunca teve uma palavra agressiva com a gente porque cada uma aqui tem um jeito, mas eu gosto de todas aqui, a mais fechada é a “S”, é a mais fechada, a gente tem que ver como fala com ela porque é o temperamento mais difícil, aí nesses dias eu procuro ficar na minha pra não incomodar [...] (MORADORA 1 SRT 2).

A narrativa da moradora destaca situações emblemáticas que expressam o convívio e a relação apregoada nesse serviço, dado que, de fato, o dia a dia promove a presença de assimetrias, porém, na verbalização da moradora, conforma também o receio da comunicação,

⁴⁶Destaca-se que esse momento de “construção” de informações com os moradores foi ímpar nesse serviço, haja vista que mesmo levando em consideração somente a realização das duas entrevistas por motivos de deficiência intelectual “mais visíveis” nos demais, eles não se deram por “vencidos”, participando a todo custo das perguntas que eram feitas. Esse momento chamou tanto a atenção deles que quando a pesquisadora percebeu, estava rodeada por todos, acarretando em uma grande “roda de conversa” que foi muito contributiva ao andamento do estudo, pois proporcionou, singularmente, a percepção de cada morador acerca da residência e da possibilidade de conformação de família nesse espaço.

⁴⁷Registra-se que 1 cuidadora não se dispôs a participar da pesquisa por motivos pessoais e a outra não estava apta devido aos critérios de inclusão do estudo, haja vista não possuir o tempo estabelecido de trabalho na residência.

“[...] procuro ficar na minha para não incomodar [...]” e “[...] a gente tem que ver como fala com ela [...]”.

Então, observa-se que cada cuidador(a) imprime sua marca nas rotinas diárias, inclusive através de seu humor e habilidade comunicacional, permitindo ou restringindo trocas e diálogos.

Ressalta-se, contudo, que o convívio no serviço é bastante pacífico, e que há uma predominância entre moradores e cuidadores de uma relação próxima com diálogo, escuta e carinho. Um dos fatores que contribui muito para que isso ocorra dessa forma é o tempo de convívio, pois a maioria dos profissionais e dos moradores se encontram no dispositivo desde a sua fundação.

Registra-se que esse fator de convivência se condensou como elemento importante, inclusive para o desenvolvimento de relações de respeito mútuo, da construção de laços e vínculos mais atrelados ao gostar “puro”, sem segundas intenções, como “irmãos”.

[...] com os meninos aqui não tem maldade entre a gente por eu ser a única moradora mulher da casa, eu enxergo uma relação de respeito com a gente, é bem notório aqui que não tem malícia com a gente, **a gente é como irmãos** e as pessoas que moram aqui são muito puras, o “T”, o “A.J”, o “R” que é muito respeitador [...].

A narrativa deixa entrever certa “aversão” no que tange à possibilidade de relacionarem-se entre si, ao invés, parece reproduzir o tabu universal do incesto, que é a condenação deste tipo de relacionamento entre familiares, contudo não os impedem de gostar e namorar outras pessoas, como foi observado em conversas informais tidas no período da observação da pesquisadora.

Importante, portanto, é ter clareza de tal processo, pois quando um grupo de moradores institui a sua família no interior da residência terapêutica, faz isso com a mentalidade de que aquele espaço se constitui por meio da existência do amor fraterno e de vínculos afetivos sem interesses conjugais.

No que se refere às atividades diárias da residência azul, elucida-se a participação dos moradores na maioria delas. Os afazeres no interior do dispositivo são realizados em concordância com todos, havendo apenas 1 morador que se limita à higiene pessoal e os demais se voltam ao cumprimento de atividades referentes à limpeza da casa, quintal, quartos e os banheiros, ambos reforçados pela expectativa de gênero, pois se encontram subdivididos entre homens e mulheres, ressaltando, inclusive, que nesse serviço tal expectativa é representada

pelos próprios moradores que se constituem em sua maioria por homens, havendo apenas uma mulher moradora como outrora mencionado.

[...] aqui eles participam das atividades da casa, a “A” me ajuda a limpar a casa, o “A.J” lava o banheiro masculino [...] (CUIDADORA 2 SRT 2).

Ademais, quanto aos produtos desse serviço, a emancipação e a autonomia dos moradores foram destaque. Percebeu-se que os moradores mais independentes saem para fazer compras no supermercado, vão ao salão de beleza e ao posto do território, compram roupas no centro da cidade ou nas mediações do bairro, além de fazerem hidroginástica e saírem aos finais de semana para comer pizza ou para o restaurante.

[...] a “A”, o “A”, seu “S” e o “R” fazem hidroginástica no clube do professor, além disso, o “R” estuda na APAE [...] (CUIDADORA 1 SRT 2)

[...] nós saímos pra fazer compra, eu, por exemplo, faço o supermercado todo sábado aqui pra casa, compro frutas e às vezes levo o seu “R” comigo (MORADORA 1 SRT 2).

[...] eles tem hidroginástica e geralmente a gente não vai porque a “A” é a mais esperta e já sabe mais, tem mais autonomia e leva eles, o “R” tem colégio, o “A.J” leva sem problema ou a “A”. Já os outros participam mais dos passeios mesmo que é feito aqui como eu já disse que aí vai todo mundo e às vezes a “Dr.” coloca dinheiro na mão deles assim, por exemplo, se eles quiserem ir na quitanda, eles vão. (CUIDADORA 3 SRT 2).

[...] eu vou pra hidroginástica e a atividade que eu mais gosto de fazer é a de deixar o “R” no colégio (MORADOR 2 SRT 2).

Sendo visível a importância da possibilidade de fazer as atividades por si só, é relevante a conquista do ir e vir, no plano material, expresso pela capacidade de transitar sozinho, como observado por alguns moradores da residência azul. A possibilidade de estarem morando na cidade em si, juntamente com a capacidade de transitarem sozinhos já é uma alternativa terapêutica (MACEDO; SILVEIRA; EULÁLIO, 2011) para esses moradores provenientes de longas internações psiquiátricas.

É importante ressaltar que a emancipação e a apropriação do território conformam para os moradores a solidificação de laços que transcendem a residência.

Esse vínculo deles está além da residência, está se expandindo, como também tem o clube do professor que eles vão, tem essa interação com eles, o centro espírita que a “A” participa que às vezes convidam pra uma feijoada e eles vão, a “A” e o “A.J” vão mais porque são mais sociáveis, porque eles podem ir sozinhos, o “R” pode ir com a “A” porque sozinho ele não vai, mas o “A.J” e a “A” podem ir sozinhos, eles têm esse

núcleo familiar, esse macro social que como toda família tem que eu cultivo muito, vou pro shopping com eles, sentamos nas mesas de café, já fomos pro circo, vamos pra Potycabana, vamos pro Encontro dos Rios, vamos pra igreja. É legal que eles vão, pra rezar, pra missa, pra novena, o seu “S” gosta muito de rezar, ele está sempre com um crucifixo, **quando eu venho de viagem eu sempre trago um pra ele, ele gosta, nós rezamos** e assim nós vamos construindo essa relação interna e externa (COORDENADORA SRT 2).

Desta feita, é válido enfatizar que o produto reinserção social dos moradores ocorre nesse SRT de maneira extensa, pois além da apropriação do entorno, percebeu-se que esse fator proporciona a criação de laços de amizade externos ao serviço.

Quanto à ostensibilidade, o que foi verificado é que a residência azul manifestou esta categoria de forma singular no tocante à construção do desenho de família anaparental. A ostentação em fazer parte do serviço solidificou-se aparente pela expressão de cada morador:

[...] melhorou sim, tá bom aqui! mas na minha casa era melhor só que a minha família não me quer [...] **antes eu morava só, mas meu irmão vendeu minha casa depois que eu vim morar aqui**, mas aqui eu vivo melhor porque eu não faço mais aqui o que eu fazia antes que era só de ficar jogado na rua. (MORADOR 2 SRT 2).

Na realidade da maioria dos SRTs pesquisados, os indivíduos que têm contato com a família de origem não são aceitos por esta, contudo fazem parte de outra família, uma vez que participam do cotidiano e da convivência de outro lar, como é o caso da residência azul e que o morador 2 reconhece, à medida que expressa que o fato de morar nessa residência é melhor do que a vida que tinha antes que era de “[...] só ficar jogado na rua [...]”, na solidão.

Ademais, destaca-se que o sentimento que os moradores alimentam quanto ao fato de ser parte da residência azul é positivo. Observou-se que o orgulho é visível em ter a residência como retaguarda, este serviço é a referência e fator preponderante para o reconhecimento desses moradores enquanto sujeitos de direitos.

[...] nós aqui somos felizes! Porque nada é perfeito né? Você também não tem seus problemas? Nada é perfeito, então eu agradeço sempre a Deus todos os dias e aos espíritos que me protegeram na rua, eu nunca fui estuprada, nunca fizeram mal comigo e **me colocaram numa casa que eu comecei minha vida toda de novo, até documentos** novos eu tirei. Eu tinha perdido tudo, eu tava sem remédio, tava meia surtada, então eu percebo que **aqui é uma nova vida pra mim**, gosto muito do Piauí, porque aqui me abraçaram bem (MORADORA 1 SRT 2).

Além disso, destaca-se que as cuidadoras e a coordenadora/gestora também se consideram parte desse processo de formação da família anaparental na residência azul.

[...] aqui todo mundo tem a consideração pelo outro e ajuda quando precisa... a gente pedindo eles, eles sempre fazem... aí assim, eu vejo que aqui é uma família (CUIDADORA 1 SRT 2).

Eu acho que **o ser humano é tão necessitado de uma figura de mãe, de alguém que cuide, que zele**, que norteie ele, até as pessoas que não tem carência no nível deles, imagina eles né? me lembra uma frase “Quem não tem cão, caça com o gato” não quero ser grosseira com isso, só pra mostrar que pela ausência de uma referência idealizada que é a família, quem eles tem, eles só podem se apegar àquele núcleo, pela necessidade intrínseca de criar vínculos e de ter referência, eu sei que como qualquer coordenadora, depende da personalidade, depende da referência do suporte, a referência de eu posso contar, a referência de ela me defende, é isso que eu quero que eles sintam e saibam, não como mãe, acho muito difícil, **mas se no simbólico deles eu for essa mãe, que eu seja essa mãe, que cuida, que zela**, que defende, que vai lá compra as coisas, que sai com eles, que compra as coisas que eles gostam, que escuta, que pune também, porque sou mãe também pra dar um puxão de orelha quando precisa, fazer um agrado, então eu acho que o ser humano o vínculo é criado pela necessidade intrínseca, aquele ser humano sem vínculos afetivos ou referência porque perderam eles tem que se agarrar a nós e isso eu coloco e me empenho e coloco sempre, eu fomento essa ideia (COORDENADORA SRT2).

[...] sim, tem uma relação aqui como se fosse uma família mesmo né?! é como se fosse uma família [...] a imagem é de uma casa, de uma residência, somos família! eu enxergo essa possibilidade de família aqui, o “T” mesmo me chama de “irmãzinha” de vez em quando: é “F” **tu é minha irmãzinha!** (CUIDADORA 3 SRT 2).

Nesse contexto, assevera-se que a residência azul se constitui como espaço de construção de vínculos, propiciador da conformação de família, família esta ostentada pela existência do serviço como casa, espaço do morar, do viver e do compartilhar esse sentimento do “fazer e se sentir parte” desse dispositivo e do anaparentalismo que ele proporciona.

- **A residência arco-íris**

A residência arco-íris possui 5 moradores, 5 cuidadores e a coordenadora/gestora. A realização da entrevista semiestruturada foi realizada com 2 moradores (1 moradora e 1 morador), com os 5 cuidadores existentes no serviço e com a coordenadora/gestora (ressalta-se que não foi possível a intervenção, pois esta se encontrava ausente do SRT devido a problemas de saúde, como outrora destacado).

Nesta residência, a observação participante se condensou em 7 dias de permanência no serviço e foi realizada com a finalidade de perceber o cotidiano e o convívio em seu interior.

Sendo assim, o que ficou implícito, durante esse processo, é que a residência arco-íris, assim como as demais, é repleta de particularidades e de fatores emblemáticos oriundos de sua realidade. Percebeu-se que o dia a dia do serviço apresentou um ponto singular: a saudade em relação à coordenadora, haja vista que todos (moradores e cuidadores) mantêm uma boa relação afetiva com a mesma e, dessa forma, no dispositivo, a sua ausência foi tida de forma marcante.

Gosto de morar aqui, adoro as meninas, adoro a dona “F” e tô sentindo falta dela desde o dia que ela se adoeceu [...] (MORADORA 1 SRT 3).

[...] eles perguntam muito por ela, eles sabem que ela tá doente e não pode mais vir, mas como tá a irmã dela, como se fosse ela, é a mesma coisa e graças a Deus tá dando tudo certo (CUIDADORA 2 SRT 3)

Na ausência da coordenadora/gestora da residência arco-íris, registra-se que sua irmã “assumiu” as responsabilidades de geri-la, buscando fornecer o suporte (material e financeiro) necessário aos profissionais e moradores, embora, como explícito na fala da moradora, a falta da figura “da dona ‘F’” não possa ser substituída por nenhum recurso material, e, no tocante a esse ponto, a pesquisadora notou através de conversas informais o quanto a “lacuna” deixada pela não presença da gestora era considerada e sentida por todos.

Quanto ao cotidiano, o que se destaca para a residência arco-íris, é que houve uma predominância “no fazer” das atividades diárias por parte dos moradores. No momento da observação participante, foi possível verificar que, mesmo minimamente, cada morador, diante as suas peculiaridades, busca auxiliar de alguma forma na lida diária da casa, em que apenas um morador, por ter saído há pouco tempo do hospital devido a problemas sérios de saúde (infecção pulmonar) e por ainda não ter restabelecido seus movimentos de forma integral, necessita de auxílio por parte dos cuidadores para exercer alguns de seus cuidados básicos.

Eles fazem as coisinhas deles, tem uns que limpam a casa, varrem a casa, varrem a frente, são atenciosos no termo de zelo da casa, eles tem esse cuidado, eles não são sujos, se eles tomam suco, eles mesmos lavam o copo, mesmo guardam, termina de almoçar, eles mesmos jogam as coisas no lixo e o “A” já tem uma atenção maior, porque tenho que dar banho nele, o que tava internado, eu sempre dou banho nele, boto ele pra banhar e tudo, depois vem o almoço, vem a janta, o lanche, tem as medicações 8 horas que eu já tenho que separar devagar, pra 8 horas já estar no ponto, então é isso meu papel aqui (CUIDADORA 2 SRT 3).

Não, porque a “E” quando eu chego aqui ela já tem lavado a roupa dela, às vezes tem limpadão o quarto dela, mas quando ela não limpa, eu digo deixa que eu limpo, porque agora ela sente dor nos braços, nas pernas em tudo, mas no início ela fazia, quando nós chegava já tinha era feito, ela ajudava até nós mesmo a fazer, ela limpava a casa, ela não limpava só o quarto dela, limpava era tudo, lavava roupa de todos e era assim, agora não, que ela já assim cansada, com dores aí ela não faz mais tanto assim não, o “Z.R” ele mesmo lava a roupa dele, aqui nós nunca lavamos a roupa dele, só o tempo que ele tá muito gripado eu digo “não seu ‘J’ deixa que lavo”, não vai pegar em sabão,

mas é assim desse jeito, muito bem, uns convive com os outros aqui é maravilhoso (CUIDADORA 3 SRT 3).

O convívio se manifestou na residência arco-íris por meio das relações existentes entre moradores e cuidadores. No serviço observou-se que as relações entre todos são boas, tendo como fator positivo para isso, a edificação destas desde a fundação do dispositivo, pois se registra que na residência arco-íris todos os profissionais estão desde o início e há uma predominância de moradores nesse SRT desde os primórdios também, o que de certa forma foi apreendido como um bom condicionante para a construção de laços e para percepção de família entre eles.

Eu vejo como uma casa normal, como uma família, apesar deles não serem irmãos mesmo de sangue, **eles se tornaram irmãos pela convivência**, se tornaram uma família, **pelo afeto que eles têm**, pode ter aquela desavença porque algum pegou nas coisas do outro, mas é naquele momento [...] aí o conflito que eles têm assim é de toda família, de pegar alguma coisa do outro, se zanga, mas é só naquele momento, mas não tem aquela briga de querer agredir o outro não tem (CUIDADOR 4 SRT 3).

Eles são muito emocionais, eles sentem mesmo, eles são pessoas de coração mesmo, são muito sentimentais, quando um estava internado a casa ficou triste, tava no morre não morre, eles sentiram, eles ficavam tensos, preocupados, quando ele começou a adoecer era caindo, eles ajudavam a pegar, era aquele cuidado com ele e aí quando ele voltou, voltou com uma sequela e teve que se recuperar por aqui mesmo, o cuidado aqui era grande demais (CUIDADORA 2 SRT 3).

Eu aqui também faço parte de uma grande família que aqui é, é trabalho, mas eu me dou, cada plantão é como se fosse o primeiro, como se fosse o primeiro dia de serviço, minha preocupação é total com qualquer um deles, mesmo porque é só eu aqui, **tudo que houver aqui é de minha responsabilidade** (CUIDADOR 5 SRT 3).

Na residência arco-íris, algo relevante que auxiliou no reforço quanto à perspectiva da construção familiar no serviço é o fato dos moradores terem atualmente “adotado” um animal de estimação⁴⁸, considerado como membro da família, uma gatinha cega chamada “Caçula”, que já deu até “netinhos” para os moradores, segundo a narrativa de uma deles, e é vista por todos com muito afeto, recebendo muito carinho dos moradores e cuidadores.

Todo mundo me trata bem, tem meu banheiro, tem minha televisão, tem meu ventilador, tem meu quarto arrumado, tem minha cama arrumada, tem a gatinha parida, meus netinhos, são 5 gatinhos (MORADORA 1 SRT 3).

Além disso, destaca-se que o laço gerado entre eles foi algo observado como fator tão significativo, que a perda de um morador representou e representa muita saudade para todos.

⁴⁸Anterior ao gatinho caçula registra-se que a residência arco-íris já teve uma cadela chamada Cristal, que faleceu.

[...] aqui tinha um morador que eu era muito apegado com ele, que muita gente critica que não deve se apegar, mas eu sou um ser humano, eu não posso ficar aqui e fazer de conta que não tem ninguém ao meu lado, ele era muito apegado a mim, me chamava de pai, era um senhor de 60 anos, mas que tinha um espírito de criança, tudo que eu pedia pra ele fazer, “sente ali”, ele sentava, muito inteligente, eu fazia pergunta a ele, “qual a capital do Maranhão” “a capital do Ceará”, ele respondia tudo ok, eu até me impressionava com isso e aí **com a perda é como se fosse um membro da família, tanto é que nesse dia eu tava de folga, mas eu vim aqui com a minha mulher quando ele faleceu** (CUIDADOR 5 SRT 3).

Por esta narrativa percebe-se que a existência do laço afetivo é algo nítido entre eles. Registra-se que na residência arco-íris já houve duas perdas de dois entes tidos como queridos por todos que conformam o serviço, em que a outra perda diz respeito a uma moradora que estava desde a fundação da residência e que, portanto, já havia construído vínculos. Percebeu-se que a morte foi tratada como um acontecimento em que o morador é visto como pessoa e não como “pacote”, como no geral é tratado no âmbito hospitalar, deixando claro que este episódio e a saudade sentida por conta do vínculo construído também faz parte da vida.

Os produtos desse serviço se manifestaram das mais diversas formas, em que a desinstitucionalização foi apresentada como fator essencial à existência dos demais, pois o reconhecimento da saída da PcTM do âmbito institucional é um condicionante que subsidia a ocorrência da reinserção social e da emancipação e autonomia dos moradores

Como uma casa normal, é uma casa normal o hospital é fora, tão tal que quando um adoce a gente leva tudo pra fora, porque não tem nada aqui, não tem enfermeira, não tem médico, é tudo no CAPS, tudo na saúde da família, posto de saúde, tudo é pra lá (CUIDADORA 2 SRT 3).

[...] não precisa ninguém dizer nada, aqui não há uma comparação com sistema hospitalar, é uma residência, uma moradia, aqui tem sistema de moradia e não há regras, eles ficam à vontade, aqui não tem fardamento (CUIDADOR 5 SRT 3).

Quando foi passado pra gente vir pra cá, era pra gente passar pra eles que aqui era uma residência, não era pra ser um hospital psiquiátrico (CUIDADOR 4 SRT 3).

Os vizinhos aqui é gente boa, ali no supermercado todo mundo gosta de mim, todo mundo se fala, todo mundo sabe que aqui é uma residência (MORADORA 1 SRT 3).

[...] a “E” participa da legião de Maria, ela vai pra missa, ela vai pra reunião da legião (CUIDADORA 3 SRT 3).

Nesse contexto, pensando nos produtos propiciados na residência arco-íris, o que se salienta para a categoria de ostensibilidade, é que esta se consolida nesse serviço, principalmente, em meio à percepção que cada um tem (morador e cuidador) de que o convívio é fator condicionante à existência da família. Ademais, foi possível a pesquisadora observar

que o fato dos sujeitos participantes se constituírem como parte do SRT é elemento de satisfação para todos, como expressado adiante na narrativa de uma das cuidadoras do serviço que relata se sentir em pé de igualdade com os moradores.

Quando eu chego aqui eu visto meu vestidinho e fico à vontade, eu sei que é o meu trabalho, mas eu fico à vontade, eu gosto e me sinto satisfeita, **porque eles são do meu nível, aqui todo mundo é igual, então a gente fica todo mundo à vontade** (CUIDADORA 2 SRT 3).

Assevera-se que na residência arco-íris existe uma predominância do sentimento de orgulho em ser parte do SRT, principalmente pelo que trouxe a fala dos moradores em conversas informais que “responsabilizaram” o dispositivo pela melhoria em suas qualidades de vida, relatando que depois que passaram a morar na residência e terem sua casa, passaram a se reconhecer como família, como externa uma das cuidadoras:

Eles se sentem como família mesmo, **como irmãos e eles têm a gente como se fosse mãe deles, mãe e pai**, eles sentem que aqui é a casa deles, nunca de maneira alguma eles pensam que vão passar um tempo e depois sair, é a casa e moradia pra eles, a “E” mesmo fala: “nunca mais eu volto pro Areolino de Abreu, pro hospital ou pra lugar nenhum que não seja aqui mesmo na minha casa” (CUIDADORA 1 SRT 3).

- **A residência bicho de sete cabeças**

A residência nomeada “bicho de sete cabeças” possui 7 moradores (4 mulheres e 3 homens), 5 cuidadores e a coordenadora/gestora. Nesta, o contexto da pesquisa (observação participante e entrevistas) se configurou com a participação de apenas 3 cuidadores⁴⁹ e da coordenadora/gestora, haja vista nesse serviço haver predominância de moradores com déficit cognitivo, o que inviabilizou a possibilidade de realização da entrevista com os mesmos.

Na residência bicho de sete cabeças a observação participante também se condensou, assim como na maioria dos serviços, em 7 dias, em que se fitou uma percepção voltada ao aspecto do cotidiano e no que este contribui em relação ao convívio existente entre moradores, cuidadores e a coordenadora/gestora.

⁴⁹Neste serviço a realização da entrevista ocorreu com apenas 3 cuidadores pelo fato de, no momento da observação participante e da realização das entrevistas, haver 1 cuidadora que estava de licença médica e 1 que estava viajando por conta de problemas pessoais e só iria retornar no mês seguinte.

O que foi observado é que o contexto da residência bicho de sete cabeças, apesar de levar em consideração os princípios da reforma psiquiátrica, possui moradores com rotinas ainda bem próximas à perspectiva institucional, isso porque às práticas cotidianas estabelecidas no serviço se resumem às atividades diárias e à alimentação (café, almoço e jantar), sendo pouca a oferta de atividades terapêuticas, além do que, a questão dos passeios e do lazer em geral é escassa, pois, segundo relatos, a dificuldade de transporte é uma realidade que inviabiliza o exercício de tais ações e um transporte coletivo é inadequado para o deslocamento, visto que existe um morador que possui bastante dificuldade de deambulação. Contudo, ressalta-se que, mesmo diante de alguns entraves, há uma predominância no grupo de profissionais que buscam efetivar algumas atividades estrategicamente e no contexto de suas possibilidades, no intuito de modificar a rotina.

Sobre as atividades, faziam antes quando o CAPS era aqui no Parque Alvorada, eu levava 2 vezes por semana pra fazer, pra participar da fisioterapia, mas deu problemão porque não tem carro e o “Z.G” é muito assim, o “A” chutava o povo dentro do ônibus, era muito difícil pra mim, as vezes saía correndo na rua e eu pedindo socorro pra me ajudar, não tinha condições de eu sair com uma pessoa dessas na rua sozinha (CUIDADOR 1 SRT 4).

Se tem um passeio no CAPS, a Dr^a. ajeita um carro, porque carro nós não temos, mas ela arruma uma maneira e vai (CUIDADORA 2 SRT 4).

Na medida do possível a gente sai com eles tá entendendo?! acontece de, de acontecer tudo isso! mas hoje em dia devido à situação que se encontra o Estado do nosso governo nós diminuimos muito esse ritmo né?! das saídas porque o governo não tá dando oportunidade de a gente poder sair com eles e quando a gente saía com eles, saía todos os cuidadores, todos os moradores sempre acompanhando e eles interagem maravilhosamente (CUIDADOR 3 SRT 4).

A gente tem muita dificuldade é no item lazer, eu deixo muito a desejar no item lazer porque nós não contamos com veículo do estado, por exemplo, um carro que comporte todo mundo, os cuidadores, eu e eles, fazer um passeio, passar a manhã em algum lugar (COORDENADORA SRT 4).

O cotidiano e o convívio se apresentaram, mesmo diante de uma predominância de moradores com déficit cognitivo, pelo estabelecimento de atividades desenvolvidas entre eles e pela existência de relações emergidas pelo estar diário entre moradores, cuidadores e coordenadora/gestora. Foi perceptível que todos se relacionam de forma boa, proporcionando uma compreensão aos moradores de um convívio aprazível, capaz de promover a construção de laços, da conformação de “família” e com conflitos e tensões esporádicos.

Graças a Deus é boa, tem nossas desavenças, mas eu sei me colocar no meu lugar e sei colocar eles no lugar deles, então não tenho nada do que falar, nos damos bastante bem na medida do possível, aqui todo mundo colabora, quando é pra fazer as

atividades todo mundo ajuda, até o “R” se pudesse fazer fazia, sabendo que não pode, que não tem condições por causa das limitações dele (CUIDADORA 2 SRT 4).

[...] olha eu vou te dizer uma coisa, quanto mais a gente convive com eles mais a gente se afeiçoa a eles, a gente passa a gostar deles né? [...] com certeza a convivência se torna uma família, **porque do jeito que eu cuido dos meus filhos eu cuido deles**, eu tô falando sério! Eu me sinto um pouco pai deles, não pai por ser pai, mas um pai por cuidar bem cuidado (CUIDADOR 3 SRT 4).

Ademais, pela condição física e mental, a tutela e infantilização pareceu contornar as relações dos cuidadores e moradores de maneira mais pronunciada.

Em observação foi possível reter que o convívio também trouxe junto a si o recorte hierárquico

Nós temos que fazer isso, porque a gente não bate, mas **tem que se impor como cuidadora, temos que mostrar pra eles que nós somos a autoridade** entre aspas pra cuidar deles, pra zelar por eles e dizer o que é certo, aí ligeiro eles ficam um amor de pessoa (CUIDADORA 2 SRT 4).

Perpassando a afirmação de Bruschini (1993) em salientar a presença do jogo de poder no interior da família como algo inerente a sua existência, tem-se aqui para a residência bicho de sete cabeças a hierarquia como um fator presente no convívio e que se expressa em meio ao estabelecimento de uma relação de “zelo” do cuidador para com o morador. Nessa relação de “poder” do cuidador observa-se a discussão de Foucault (2003) que enxerga certa positividade nesse poder disciplinar, em que as microesferas do poder, aqui no caso apreendida pela instituição família⁵⁰, desenvolvem o ser humano quanto um indivíduo, pois, para o autor, os micropoderes são detentores de grande influência nas atitudes humanas.

Para Foucault (2003, p.8):

[...] o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais que uma instância negativa que tem por função reprimir [...].

A verdade é que o poder de fato deve ser visto como uma força, como afirma a física, que atua contra um corpo, ou melhor, como um agente capaz de alterar o estado natural de um corpo, logo, para Foucault (2003), o poder é uma ação sobre ações. O que acontece é que os sujeitos estão há muito tempo sob a docilização à qual se habituaram e mesmo que não sejam

⁵⁰O poder é visto subdividido em instituições, que constituem micropoderes, como por exemplo, a família e o Estado, a escola, a igreja, o trabalho, dentre outras.

completamente obedientes a determinadas normas impostas, sabem que a disciplina é fundamental e a consideram extremamente necessária para a vida em sociedade.

No caso da residência bicho de sete cabeças, o poder, expresso na narrativa da cuidadora, se encaixa na perspectiva do autor, haja vista que “[...] a autoridade entre aspas [...]” a que se referiu volta-se ao desenvolvimento dos moradores, no entendimento da disciplina como mecanismo necessário para a vida em sociedade.

Mas, é necessário destacar que também existe um poder exercido pelos moradores, na medida do possível, e, mediado pelas condições dadas por cada um, pois onde há poder, há contrapoder, relação dialética (há resistência).

Assim, percebe-se que a ostensibilidade se condensou através da concepção que impera na residência de que o afeto é o elemento que constrói o vínculo familiar entre moradores, cuidadores e a coordenadora/gestora.

A afetividade não deixa de ser um vínculo familiar, o vínculo familiar [...] é uma residência que existe afetividade entre as pessoas que moram lá [...] o objetivo principal é mostrar pra família e sociedade que é possível uma pessoa com transtorno mental morar numa residência, ela tem por finalidade mostrar que lá é uma casa, um lar, uma residência [...] (COORDENADORA SRT 4).

Eu sou uma mãezona aqui, eu brigo, eu reclamo, mas estou dando carinho, choro também, porque eu sinto que eles sofrem e eu sou como manteiga derretida. Então eu compartilho sim com eles, **me considero a mãezona** (CUIDADORA 2 SRT 4).

Desta feita, percebeu-se que a categoria de ostensibilidade, muito embora não tenha sido elucidada pela perspectiva dos moradores do serviço, se materializou pelo entendimento e reconhecimento de cuidadores e da coordenadora/gestora em apreender a consignação de “família” na residência bicho de sete cabeças pelo sentimento de afeto e carinho dispensado entre eles que, mesmo diante a imposição de dificuldades⁵¹, sentem-se, até mesmo pelo convívio proporcionado pelo cotidiano nesse serviço, “encravados” no dispositivo pela construção de vínculos que transcendem o âmbito do “trabalho” e das atribuições profissionais diárias.

- **A residência borboleta**

⁵¹ Segundo relatos em conversas informais, no momento em que a pesquisadora solidificou a observação participante tinha cuidador que já estava com 2 meses de atraso no salário.

A residência borboleta é composta por 4 moradores (3 mulheres e 1 homem), dos quais somente 1 participou da entrevista, dados os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, 4 cuidadores, em que todos foram incluídos no estudo; e a coordenadora/gestora.

O contexto da residência borboleta é bastante peculiar. Sua ostensibilidade se encontra expressa pela referência de uma moradora que é surda e é conhecida por todo o bairro e pela cidade devido às atitudes que exercia antes de adentrar o serviço, sendo até vista como um dos motivos de implantação do SRT no município.

O motivo de União se chama “F.R”, ela era uma paciente antiga moradora de União e que também era conhecida aqui no Areolino de Abreu, então ela ia e voltava, ficava na rua, ela passou por um período entrando em crise, a gente não conseguia entrar no CAPS de União, ela ficava no Areolino, fugia, pulava muro, e lá em União a gente fez todo investimento pra resgatar, porque quando ela saía do Areolino ela ficava nas ruas de União, quebrava tudo e era uma queixa danada, no município de União até a “C” me ajudou muito nesse processo de resgatar a família da “F.R” e a gente descobriu que a família dela era de David Caldas, localidade da zona rural lá de União, a gente foi várias vezes em David Caldas e lá ela só tinha um pai que era caseiro e ele disse que não podia ficar de jeito nenhum com ela e uma irmã que fechou a porta e nem quis receber a gente, a gente soube que ela tinha uma filha e uma mãe em Teresina, mas que não tinha quem dava notícia da mãe dela, não tinha endereço, não tinha telefone, não tinha nada pra contato, a gente começou a se questionar, “gente diante disso o que nós vamos fazer?” ela não fica no CAPS nem de segunda a sexta, não tem família que queira, eu ainda fui atrás de alugar junto com o prefeito, tentar ver se a prefeitura podia ajudar em aluguel de um quarto onde ela pudesse passar o dia em União e a noite ir pra casa, pra esse quarto e na cidade ninguém quis alugar nada, de tanto preconceito, porque não tem um vivente de União que não conheça ela, todo mundo [...] hoje ela já construiu uma relação diferente, mas antes na hora que ela apontava parecia que tava vendo era um bicho, era menino correndo, então assim, na hora que sabiam, e eu ia com ela, ela toda segurando no meu braço, a gente caminhando pelas ruas e eu mostrava que ela tinha mudado, que ela tava bem e tudo, então diante disso aí a gente começou a pensar na residência terapêutica que era a única saída pra colocar ela e aí foi feita a residência terapêutica (PROFISSIONAL DA SAÚDE MENTAL).

Diante da narrativa da profissional, observam-se elementos relevantes para a percepção ostensível da residência borboleta. Além de a moradora ser a referência da existência do serviço, tendo em vista que toda a cidade a conhece e atualmente todos indicam a residência como “a casa da muda”, mesmo antes da implantação do SRT no município, a mesma foi alvo de preconceito durante algum tempo em União e hoje superou isso mediante a população, pois reside em um dispositivo, em uma “casa normal”, segundo os profissionais que fazem parte da residência, colocando em prática sua reinserção social por meio de uma nova inscrição na sociedade, como elucidam a coordenadora/gestora e um dos cuidadores.

[...] eu encontrei a “F.R” batendo em pessoas, roubando pessoas e era confusão e chamavam a polícia, agrediam a “F.R”, na realidade como ela é muda e o que ela fala as pessoas não entendem muito e a gente tem que compreender um pouco dela, o que

ela queria era produtos de higiene, shampoo, creme que ela é muito limpa, muito cheirosa, muito perfumada, ela gosta do que é bom e não tinha, aí ela roubava pra ter, ela vivia na rua [...] e hoje as pessoas ficam assustadas com a “F.R” tomando conta da minha bolsa, eu fico lá na SOS e ela fica tomando conta da minha bolsa, toma conta do meu celular, se tocar ela me entrega, toma de conta da chave do carro e nunca sumiu nem 0,50 centavos, então é só a questão de entender a necessidade de cada um [...] a “F.R” tem um namorado, ela sai compra coisas, distribui coisas pra vizinhança próxima, tem um comércio que antes ela era proibida de entrar, hoje ela já entra, tem essa circulação, ela gosta muito de pintar as unhas, de ir no salão, de se cuidar, ainda estica os cabelos, ela não gosta de ir muito porque quebra e cai, só quando tem um evento na cidade ela faz questão, carnaval, em agosto que é o festejo da cidade ela que estar nos trinques, ela tem chapinha [...] (COORDENADORA SRT 5).

“F.R” já foi um pouco mais difícil, já jogou garrafa na minha cabeça, já jogou xícara, ela era rebelde mesmo [...] Hoje tem gente que olha pra ela e fala que não é ela, ela invadia comércios, roubava, quebrava vidraças em praça, andava nua na rua, hoje ela não faz nada disso, chega uma pessoa ela recebe bem, bota cadeira, pega uma água, um suco [...] (CUIDADOR 2 SRT 5).

Das verbalizações da coordenadora/gestora e do cuidador 2, percebe-se que os produtos da residência borboleta encontram-se desde a desinstitucionalização até a reinserção social da moradora, ressaltando aqui que tais produtos inserem-se na perspectiva dos demais moradores que fazem parte do dispositivo também. Além disso, destaca-se para a residência borboleta que a sua nomenclatura, no contexto desse trabalho, emerge por uma singularidade do serviço, que é outro indicador da ostensibilidade, haja vista nesse SRT a emancipação e autonomia dos moradores terem sido notadas pela pesquisadora como algo marcante.

[...] o “E” ele tem a liberdade, ele tem amigos, tem laços afetivos construídos, ele visita as pessoas, ele tem WhatsApp, tem telefone, ele tem mais crédito do que eu [...] (COORDENADORA SRT 5).

O “E” ele faz muito, porque ele pegou a confiança da gente, ele sai com a bicicleta dele, todos os dias de manhã e a tarde ele anda, pede pra dar uma volta, a gente abre o portão pra ele, ele sai na bicicleta, deixa ele ficar a vontade (CUIDADOR 2 SRT 5).

[...] a gente sempre dá uma liberdade pra eles sair, conversar com os vizinhos, os amigos, muita gente gostam deles (CUIDADOR 3 SRT 5).

Ademais, o convívio e as atividades diárias ocorrem na residência borboleta considerando a realidade de cada um que faz parte do serviço, inclusive, relata-se que a vivência cotidiana foi considerada fator essencial no entendimento da construção de laços afetivos, de sentir saudades, e, da consignação de família

Pra ser sincero, eu considero eles como da minha família, devido ao tempo que já estou aqui, há mais de 8 anos (CUIDADOR 2 SRT 5).

Com certeza, **quando eu comecei a trabalhar aqui, pra mim eram pacientes, hoje já são praticamente pessoas da minha família, eu respeito nesse ponto**, eu até sinto saudade, quando a gente passa um, dois dias sem vir, a gente passa por aqui e sente

falta [...] quando eles vão passear, a casa fica grande, enorme [...] (CUIDADOR 3 SRT 5).

A família, nessa residência, é vista como algo construído a partir das relações promovidas entre moradores, cuidadores e coordenadora/gestora que observam esta conformação além da consanguinidade.

[...] a família é o laço de construção afetiva, de ajuda mútua que não quer dizer que não tenha conflitos, então eu acho que eu já consegui atingir esse objetivo no meio das limitações (COORDENADORA SRT 5).

Ressalta-se que a família existente na residência borboleta não difere do contexto das demais, pois as assimetrias permeiam a sua realidade, com a consolidação de relações de negociações, de tensionamentos, mas também de solidariedade e de cooperação.

De vez em quando tem desavenças entre eles, mas é difícil, agora está bem mais calmo do que antigamente, graças a Deus e que continue (CUIDADORA 1 SRT 5).

Os momentos de crise, de raiva um com outro é quando um tem alguma coisa e não quer dividir com eles, de vez em quando são individualistas, dão pra uns, e pra outros não. **Não que seja uma briga, mas uma tensão**, mas briga, briga mesmo, não tem (CUIDADOR 4 SRT 5).

A organização é da seguinte forma: **a “F.R” quem manda, tudo é negociado com ela**, se der uma coisa pra alguém e não dá pra ela é uma situação de conflito e se der 10,00 reais pra ela e não dar pros outros ela cria conflito também, tem que dar pra todo mundo, **ela é justa** [...] a única pessoa que ela aceita autoridade lá dentro além dela sou eu, primeiro sou eu, depois ela, ela admite essa hierarquia, o “E” gosta muito do espaço dele, por isso ele tem um quarto que é dele, mas ele gosta da interação e a “N” sente falta da “F.R” quando ela não tá em casa [...] e eles tem um detalhe, a “M.H” é a que está mais debilitada e eles não brigam pra comer a comida da “M.H”, porque a dela é melhor, é diferente da deles, eles respeitam e entendem que ela precisa, o “E” agora quer uma calça jeans nova, mas ele entende que a gente só vai comprar roupa daqui um tempo que é quando vamos ter essa possibilidade, porque eles entram na organização e administração desse recurso do que a gente pode e vai fazer e eles participam desse processo (COORDENADORA SRT 5).

Tomando por base a narrativa da coordenadora do serviço, observa-se que as relações de assimetria na residência borboleta também conformam a existência do recorte hierárquico que, no seio desse serviço, se manifestou pela peculiaridade da moradora em se sentir parte dessa residência com um olhar de exercer o jogo de poder frente aos demais moradores, mas para “o bem”, em prol da “igualdade” no interior do SRT, por preocupação com o bem estar dos outros, bem próximo às concepções de Foucault (2003) acerca do micropoder, que o considera como “uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais que uma instância negativa que tem por função reprimir” (FOUCAULT, 2003, p. 08).

Além disso, as assimetrias se expressaram, entre os moradores, pela compreensão, pela cooperação e pelo entendimento da realidade do serviço, destacando importante perceber até mesmo o processo de participação na organização e administração do recurso que a “casa” dispõe, observando a partilha do orçamento entre eles, ponto este considerado fator ostensível na conformação de uma “família”.

Diante da caracterização dos SRTs pesquisados, é válido ressaltar que, no interior de suas singularidades também se inserem pontos em comum que trazem, em seu bojo, a exposição da ostensibilidade num contexto positivo, mas também negativo.

Como expressão dessa negatividade, constatou-se que as residências encontram-se fincadas em um território vinculado ao CAPS assim como expressa a portaria GM nº 106 do Ministério da Saúde, e, por conta disso, todas se constituíram, desde o início, no seio de casas alugadas, tendo sua fixação obstaculizada até mesmo devido à imobiliária que apresenta barreiras para alugar o imóvel por receio de depredação e ausência de pagamento por ser um dispositivo aliado ao âmbito público⁵².

Sob esta ótica ficou perceptível, a partir do exposto, que esses percalços provocam a dificuldade de permanência do serviço num único lugar⁵³, causando entraves quanto à preservação da identidade do reconhecimento das PcTMs enquanto vizinhos e moradores, além das lembranças proporcionadas por aquele determinado espaço que fica em prejuízo. Observou-se ainda que todo esse contexto remete à compreensão da composição ostensível de uma “família discriminada” e distinta no território de implantação, haja vista o serviço ser estigmatizado desde a sua implantação no seio social, principalmente no mercado imobiliário, que pode até usar este recurso para ganhos secundários, como especulação econômica, exigindo antecipação de 1 ano de aluguel, por exemplo.

Nossa relação com os vizinhos aqui a gente é discriminado, por isso nós não temos assim muita relação porque **somos meio discriminados**, eu só não sinto com o seu “J” aqui do lado que trata a gente bem, mas o resto fica assim, porque aqui todo mundo sabe que é residência terapêutica, então **os vizinhos preferem manter a distância** (MORADORA 1 SRT 2).

[...] as pessoas dizem: “**uma casa cheia de loucas**”, mas pra mim aqui tem menos conflitos que uma casa normal, então a residência terapêutica vem pra quebrar uma série de preconceitos, de paradigmas, a residência terapêutica serve ali para tirar um monte de preconceito de um monte de gente [...] (COORDENADORA SRT2).

⁵²Pontua-se que houve casos em que a imobiliária chegou a exigir 1 ano do valor do aluguel antecipado por receio do prejuízo financeiro.

⁵³Ressalta-se a existência de um SRT que mudou de local pelo menos duas vezes para acompanhar o território do CAPS.

[...] o “Z.G”, quando ele entra no ônibus ele acha que a primeira cadeira tem que tá vazia pra ele, aí se tem uma pessoa sentada, ele senta no colo, já teve uma vez, uma mulher com um bebê no colo e ele ia sentando em cima, tinha uma senhora com uma cesta cheia de coisas, ele pisou dentro da cesta, ela xingava ele e eu ia e pedia desculpas (CUIDADORA 1 SRT 4).

Pelas narrativas descritas, notou-se que por “resquícios” de imersões manicomiais que conformam os moradores dos SRTs, alguns vizinhos buscam ficar mais distanciados. Distância imposta, como enfatiza Binkowski *et. al* (2011), por quem media a conversa e olha a partir de seu *locus* moral, lente única para ler o mundo, que insiste em determinar destinos e homogeneizar comportamentos, como o que observamos no olhar dos vizinhos a esses SRTs outrora mencionados.

Os autores apontam que para se “despedir destas vizinhanças”, faz-se necessário marcar a imprevisibilidade e o movimento incessante das trocas, relações e mutações que configuram o tecido social. Em meio a capturas, há resistências, produção ininterrupta de subjetividade, algo que se deve salientar quando o exercício de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica se vê ocorrendo na sociedade, especialmente com aqueles “ex-pacientes” que já circulam por aí e não ficam mais restritos a olhares de controle manicomiais, haja vista que a vida não deixa de ser sempre outra, de trocar, de cambiar e de expor-se ao “vizinhar”.

Além disso, quanto ao aspecto ostensível nesses serviços, a pesquisadora considerou relevante trazer à tona a visão que este elemento pode apresentar no que se refere ao vínculo “umbilical” que esses dispositivos mantêm com o Hospital Areolino de Abreu (HAA). Essa característica se mostrou por vezes contraditória e dialética, haja vista que foi possível constatar que os SRTs sob gestão estadual, no geral seus coordenadores são vinculados profissionalmente ao HAA e têm mais acesso e assistência de atendimento no HAA quando um morador entra em crise, devido ao hospital também estar vinculado ao Estado, do que o SRT municipal, que acaba por ter a retaguarda somente do CAPS nesses momentos. Todavia, acrescenta-se que este aspecto se constituiu positivamente para o SRT municipal na ótica da pesquisadora, pois, embora enfrente a barreira do não atendimento/assistência do HAA, por ter a retaguarda do CAPS, acaba por não ficar na lógica manicomial, expandindo-se para a perspectiva mais aberta e comunitária de cuidado.

Quanto ao aspecto positivo dessa ostensibilidade⁵⁴ nos SRTs, destaca-se a predominância de cuidadores e coordenadoras/gestoras que se encontram nos serviços desde o início da

⁵⁴O aspecto destacado postula-se tanto na perspectiva da categoria da ostensibilidade, como exposto, como também na categoria estabilidade, haja vista que o tempo de permanência dos profissionais nos SRTs é um forte indicador para a materialização desta última.

experiência, algo raro em serviço público, já que apenas poucos profissionais são concursados⁵⁵, e que os demais, mesmo na condição de profissional com serviço prestado ou cargo comissionado⁵⁶ e com a mudança de gestão, não deixaram os cargos ocupados e nem foram “convidados” a fazê-lo devido a questões políticas.

Esse contexto constitui-se de grande relevância para a permanência desses profissionais que conformam o interior das residências, remetendo à compreensão de que essa perspectiva subsidia a publicidade desse grupo, o que, somado aos elementos de convivência e do tempo em que se encontram ao lado uns dos outros, vai consignando a existência de laços que solidificam o sentimento de família construído nesses serviços, como pôde ser observado pela verbalização de um cuidador:

O “E” me chama de papai, a “F.R” quando eu chego ela já está sorrindo, todos gostam de mim, mas eu não sei dizer se eles me consideram como pai, mas eles sentem um afeto muito grande. O “E” já chegou até surtar com a troca de prefeito, queriam botar outro cuidador no meu lugar, ele surtou (CUIDADOR 2 SRT 5).

Ressalta-se que quanto aos aspectos de gênero, etários e hierárquicos é relevante trazer à baila a discussão promovida por Bruschini (1993) que concebe a família, enquanto instituição, como um espaço dinâmico, em que o jogo de poder se desenvolve mediado por relações de gênero, de classe, de hierarquias e por questões intergeracionais, estabelecidas a partir das posições singulares ocupadas por seus membros.

Transversalizando essa discussão de que trata Bruschini (1993) com a concepção de Lôbo (2008) acerca de família, que baseia a existência desta instituição social sob três fatores⁵⁷, o que ganhou mais visibilidade na categoria de ostensibilidade foram as questões etárias nos SRTs.

De acordo com Magalhães e Féres-Carneiro (2004, p. 41) a intergeracionalidade pode ser entendida como “o estudo e prática das relações espontâneas entre gerações”. Correa (2000), ao definir a família como uma instituição histórico-social que se constitui num grupo com características singulares e plurais, reunindo elementos de continuidade e contiguidade que incluem laços de aliança, filiação e fraternidade, afirma que na interação desses vínculos encontra-se uma importante herança intergeracional, a qual se reflete na relação familiar e afeta as alianças, os pactos e a convivência entre os membros.

⁵⁵Registra-se que somente a residência rosa possui cuidadores concursados.

⁵⁶Tal contexto pôde ser observado no Quadro 3, correspondente ao perfil sócio demográfico construído com os profissionais participantes da pesquisa.

⁵⁷Os três fatores de que trata Lôbo (2008) refletem-se nas mesmas categorias elencadas para fundamentar a família anaparental nos SRTs pesquisados, sendo eles: a ostensibilidade, a estabilidade e a afetividade.

Nas residências terapêuticas esse indicador se expressou entre os moradores desde o momento em que se constituíram como “pacientes moradores” do HAA, pois o fato de terem morado por uma quantidade de tempo considerável em um ambiente institucional e de terem compartilhado dos mesmos processos institucionalizantes é refletido na vida constituída nos dispositivos residenciais. No interior do hospital psiquiátrico muitos pacientes envelhecem e trazem experiências construídas nesse ambiente para as residências, no entanto a questão etária também vem se desenvolvendo nos SRTs, haja vista existirem moradores que já se encontram em processo de envelhecimento nesses serviços, sinalizando a conformação de uma relação entre a família desses dispositivos que passa a ser baseada num contexto de respeito e de transmissão de valores entre eles.

[...] por mais que eu queira passar uma parte assim mais reforçada de cuidar, de que eu provavelmente estaria cuidando de uma mulher de 60 anos, de uma mulher de 45 anos elas tem um pouco de dificuldade de me ver assim como uma “ajudadora” porque **eu sou bem mais nova que elas, algumas me tratam como filha, outras me tratam como irmã.** A dona “I” já me disse até que eu sou como uma neta dela. Desde o tempo que eu cheguei aqui eu aprendi muito com elas, todo dia aqui é um aprendizado pra mim! (CUIDADORA 1 SRT 1).

Ademais, o recorte etário se manifestou de forma positiva considerando a ostensibilidade nos SRTs, pois refletiu um intercâmbio de trocas existentes entre grupos etários distintos representados pelos moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras. A aproximação das diferentes gerações nas residências terapêuticas levou em conta não só a cronologia, mas considerou, sobretudo, os estilos de vida, o saber, os valores, a memória, com intuito de viabilizar uma relação entre as distintas gerações, como observado pela expressão da cuidadora acima.

De posse dessa alusão, pontua-se que a ostensibilidade se constituiu como um dos elementos que conformam o anaparentalismo nos SRTs do Piauí, porém, ressalta-se a existência de mais duas categorias que necessitam serem elucidadas para a consignação dessa perspectiva nos dispositivos e que seguem mais adiante.

3.3 Estabilidade: uma expressão de equilíbrio e harmonia para a conformação de família(s)

Na conformação da instituição social família(s), a estabilidade, em configurações contemporâneas, se constitui como característica significativa, tendo em vista que na solidificação da unidade familiar deve-se considerar a exclusão dos relacionamentos casuais, episódicos ou descomprometidos, sem comunhão de vida (LÔBO, 2008) e levar em questão a

relevância de um equilíbrio que possa promover harmonia para a existência dessa unidade no seio social.

Segundo o dicionário Aurélio (2004), o termo estabilidade deriva do latim *stabilītas*, podendo ser desvendado pela coexistência duradoura e significa a qualidade de estável (que mantém o equilíbrio, não varia e permanece no mesmo lugar durante muito tempo).

É possível considerar a estabilidade sob diversas perspectivas. A estabilidade política de uma região depende da sua capacidade de evitar as crises e de manter as normas sem grandes alterações; a estabilidade econômica, por sua vez, consegue-se quando não se registram variações relevantes ao nível da produção, da renda nacional, do emprego e dos preços; para a filosofia, a estabilidade é a qualidade de uma **situação que se mantém no tempo** com alguma regularidade, para além do seu dinamismo ou estatismo; no âmbito da informática, a estabilidade é a propriedade dos sistemas que têm um nível de falhas reduzido, quanto menos falhas houver, maior é a estabilidade, e vice-versa.

Na perspectiva dos SRTs, esse elemento se apresenta através de indicadores, aqui considerados como subcategorias dessa característica, sendo eles expressos pela moradia em comum, expressa no tempo que passam juntos; pelo orçamento em comum partilhado e manifestado pelo benefício oriundo do Programa de Volta para Casa para alguns moradores, pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC para outros, pela renda de cuidadores e coordenadoras; pela convivência num mesmo espaço (a residência); pela história em comum existente entre os sujeitos participantes da pesquisa; pelos projetos compartilhados e divididos diariamente.

Nesse diapasão, propõe-se trazer e apresentar os indicadores acima no intuito de desvendar a estabilidade como uma das categorias que contribuem e demonstram a existência da formação de família anaparental nesses serviços.

3.3.1 Indicadores da estabilidade nos SRTs do Piauí: elementos para a constituição do anaparentalismo

O ato de deixar o manicômio para morar no território, segundo Weyler e Fernandes (2005), pode, por vezes, ser considerado como um momento de dificuldade para a PcTM. É necessário que haja uma construção ou articulação da PcTM com os códigos da sociedade e da cidade e vice-versa. Nesse sentido, ao retornar para o território, a PcTM depara-se com uma casa e seu cotidiano, localizada em uma rua, com endereço, que faz parte de um bairro, de uma cidade.

A vida em uma casa é constituída de relações, que se apoiam na construção de novas possibilidades surgidas no cotidiano desse espaço. Acredita-se que uma casa não é feita apenas de paredes e concretos, mas de pessoas que transitam e vivem em seus espaços, tornando-o um lugar próprio de morar (CRITELLI, 2003).

Uma casa é o lugar de lugares conhecidos, de estabilidade e repetição da mesmice cotidiana. Para Critelli (2003), além de servir como local de morar, a casa é o lugar de viver.

O que os antigos gregos sabiam e, hoje não se valoriza, é que a casa de um homem não é feita apenas da chave e da posse, mas sim é o lugar que ele ocupa na cidade, no bairro, na rua com os vizinhos. A moradia de um homem está ligada ao seu pertencimento à cidade e à sua cidadania e, portanto, aos direitos e deveres que lhe competem (CRITELLI, 2003; ARENDT, 2004). D'Urso (2006), inclusive corroborando com os autores acima, afirma que esta cidadania deve ser constituída a partir da edificação de novas relações e consciências e que não se aprende com os livros, mas com a convivência, na vida social e pública.

Nos SRTs pesquisados, o que foi possível constatar é que a moradia em comum representa um forte indicador para a materialização da família por possibilitar condensação da relação espaço/tempo. Todos os serviços evidenciaram o que Critelli (2003) afirma quanto à moradia representar um local de viver, de pertencer e de construir novas possibilidades de vida, como foi possível observar pela coordenadora e pela cuidadora de um dos serviços, que expressa a representatividade dos SRTs como moradias que contemplam a apropriação do entorno e demonstram a imagem de uma casa que transcende o ambiente institucional a que muito tempo os moradores ficaram submetidos.

[...] a residência é uma casa inserida no meio de outras casas com livre acesso à rua, aos serviços, à sociabilidade, à convivência com vizinhos, donos de mercearia, de padaria, aos salões, ao clube que eles frequentam, fazem hidroginástica, fazem ioga no posto de saúde. Então é uma residência porque eles moram, tem os hábitos deles, recebem visitas, comemoram as festas, cada um tem o cantinho deles, com seu quarto climatizado, sua cama, seu armário, sua TV, seu som. Isso é o que as pessoas comuns têm na sua residência [...] (COORDENADORA SRT2).

Não tem imagem de hospital, é de uma casa, de uma residência! (CUIDADORA 3 SRT2).

Para os moradores que tiveram parte de suas vidas dentro de uma instituição psiquiátrica, neste momento viverem e conviverem neste equipamento substitutivo de saúde mental, surge como uma nova perspectiva de vida, já que este serviço almeja estimular a emancipação e autonomia das PcTMs, reinsertando-as na sociedade, de forma que se aproxime do contexto de uma casa, com o estabelecimento de relações com todos os que a ocupam, e em constante

relação com o território no qual está encravado. Portanto, torna-se ator da comunidade e protagonista da sua própria história e da sociedade, num contexto de relações amistosas.

Assim, habitar uma casa requer muitas coisas, como despedir-se de hábitos e permitir que novos se formem; refazer relações com a casa, com o quintal, o jardim, a rua, a luz, o ar, os cheiros e as pessoas (CRITELLI, 2003). Muito embora algumas dessas perspectivas não tenha se condensado de forma plena em todos os SRTs⁵⁸, ainda assim foi perceptível que o cotidiano desenvolvido nesses espaços através das relações construídas a partir da convivência existente entre moradores, cuidadores e gestores tem proporcionado a reconstrução e multiplicação da identidade dos moradores, como outrora já sinalizado por Saraceno (1999).

[...] minha vida depois que eu vim morar aqui melhorou bastante, porque antes eu vivia numa vida muito triste, eu saía nas ruas. Eu tinha um companheiro meu que ele me espancava, ele já até me estuprou, abusou de mim eu de resguardo e era muito triste viver com ele e agora depois que eu vim morar na residência mudou muito minha vida, eu nunca tive uma felicidade depois que eu fui morar com meu ex-marido, eu nunca tive uma felicidade com ele como agora eu tô tendo aqui na residência terapêutica, aqui eu me sinto mais à vontade, não tem ninguém pra mandar em mim, e tinha antes, ele mandava em mim, agora não tem mais como ninguém mandar em mim, eu sou livre aqui, me sinto livre, mas só que é muito triste a pessoa viver numa vida sofrida como eu já vivi (MORADORA 2 SRT1).

[...] de certo o que eu escolhi deu certo que foi morar aqui porque minha vida melhorou, porque o que eu passava na minha vida nenhum cristão se eu falasse agora, até numa igreja nenhum padre acreditava, porque o que eu vivia não era bom, não sei, não sei! (MORADORA 1 SRT1).

[...] a minha qualidade de vida aqui melhorou socialmente. Aqui eu tenho meus sapatos, eu tenho roupa, eu tenho roupa íntima, tirei meus documentos todos de uma vez, eu voto **e ninguém me chama de doida não!** (MORADORA 1 SRT2).

Melhorou 100% graças a Deus, tem nem comparação, aqui eu tenho meu café, tem almoço na hora, tem o jantar, tem dia que eu não estou a fim de jantar, aí não janto, mas a **minha vida melhorou** 100% (MORADORA1 SRT3).

Minha vida aqui melhorou muito depois que eu vim pra cá, porque quando eu morava com minha família nenhum me aceitava, brigavam comigo demais, só vivia em ritmo de briga, e aqui não, melhorou! (MORADOR 1 SRT5).

Percebe-se, em relação ao que expressam os moradores entrevistados, que os SRTs, na dimensão não só de serviço, mas, sobretudo, de residência (espaço do morar/habitar), promove o reconhecimento dos moradores quanto à melhoria das suas condições de vida, tendo a reconstrução das suas identidades consignadas nesses dispositivos, proporcionadas pelo aspecto

⁵⁸Por considerar que cada Serviço Residencial Terapêutico tem sua singularidade identitária, percebeu-se que na residência bicho de sete cabeças a apropriação do entorno se consolidou de forma mais “limitada” devido às condições apresentadas pelos moradores que, em sua maioria, possuem comprometimento físico e mental com maior destaque.

da convivência e do cotidiano que constituem contribuição significativa para essa percepção, haja vista ser no seio da vida com os outros e do dia a dia em que esta se encontra mergulhada, que a edificação dos moradores, enquanto pessoas que se reconhecem como sujeitos de direitos, acontece.

No tocante à questão do cotidiano, é válido ressaltar que, para o estudo em pauta, traz-se as acepções de Agnes Heller (1970), em que parte de seus escritos é dedicada à definição do conceito de “vida cotidiana em geral”, isto é, à caracterização de vida ordinária, independente do modo de produção vigente (PATTO, 1993).

Segundo Heller (1970, p. 07), o cotidiano é o “mundo da vida” que se produz e se reproduz dialeticamente, num eterno movimento. O conceito de cotidiano está relacionado àquilo que é vivido e à vida social dos indivíduos. Um e outro se relacionam entre si.

Desta forma, a existência humana implica necessariamente a existência da vida cotidiana. Segundo Veroneze (2013, p. 165), “não há como desassociar existência e cotidianidade, assim como não há como viver totalmente imerso/a na não cotidianidade (estado de suspensão da cotidianidade)”.

É na cotidianidade que homens e mulheres exteriorizam paixões, sentidos, capacidades intelectuais, habilidades manipulativas, sentimentos, ideias, ideologias, suas crenças, gostos e pendoros, enfim, em sua intensidade e “por inteiro” (VERONEZE, 2013).

Corroborando com Veroneze (2013), nos SRTs pesquisados, o cotidiano, juntamente com a convivência, expressaram-se, enquanto indicadores da categoria estabilidade, como elementos significativos dessa representação

[...] **a gente se diverte bastante aqui** [...] além das atividades né?, a gente joga dominó, a gente brinca de dama, dança, brinca, canta, faz crochê, às vezes a gente faz caminhada, vai pra missa, então brinca mesmo assim, teve um dia que eu trouxe uma bola e foi uma diversão, todo mundo jogou bola, trago balão também e é tudo assim muito divertido porque **faz elas se sentirem mais parte daquilo** e não apenas moradoras e não apenas aquela mesma rotina todo dia, enfim de já tá acostumado [...] eu me sinto acolhida por elas, elas são carinhosas comigo e que a gente tem uma boa vivência que elas podem contar comigo de uma forma que uma neta não contaria, de tipo contar problemas, situações que acontecem na casa dela de conflito e tal (CUIDADORA 1 SRT 1).

[...] a gente convive bem com elas, tem essa questão da conversa do dia a dia, diferente até de outros serviços a gente procura **compartilhar** esses momentos, as refeições, por exemplo, geralmente a gente procura fazer junto, esses momentos geralmente a gente procura estar junto das moradoras e tem essa questão de conversas informais, convívio e até por conta do dia a dia, você tá convivendo com elas diariamente, então é impossível você passar todo um dia **sem manter uma conversa, um vínculo, uma conversa informal, um afeto com elas por mais que seja trabalho!** (CUIDADOR 2 SRT1)

[...] pra ser sincero, **eu considero eles como da minha família, devido ao tempo que já estou aqui, há mais de 8 anos**, claro que a gente tem que saber dividir o trabalho com a família, mas pra mim mesmo, eu considero mais como família, como numa casa normal (CUIDADOR 2 SRT 5).

Nesse contexto, apreende-se que as residências são espaços que podem produzir subjetividades e ampliar o olhar numa perspectiva subjetiva de encontro ou desencontro de afetos e trocas, onde de fato se possa “sentir em casa”.

Ademais, a moradia representa um espaço que proporciona o convívio que se dá cotidianamente entre pessoas, podendo gerar a existência de relações (KUSANO, 2010) e, nos SRTs, essa perspectiva de que trata Kusano não é diferente, pois se verificou que esses elementos de fato contribuem para a formação de laços afetivos e até mesmo para a percepção de família nesses dispositivos, como pôde-se observar pela fala do cuidador do SRT 5 em expressar que pela quantidade de **tempo** em que já se encontra no serviço se sente como parte dele e considera todos da família.

O convívio, como aponta Aurélio (2004), significa uma reunião social que tem como objetivo o estabelecimento ou desenvolvimento de relações amigáveis entre as pessoas de um grupo, comunidade ou associação. É a consignação de laços de cordialidade, camaradagem, se definindo pelo ato de conviver e pela familiaridade.

Segundo Sousa (2009), a convivência social permite às pessoas aperfeiçoarem o conhecimento, aprendendo a ouvir o que o outro tem a dizer, adquirindo formas de pensar que as possibilitam abrir/ampliar a mente ao mundo e se socializarem.

Na verdade, a convivência nos SRTs, possibilitada pelo cotidiano vivido entre moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras, é de grande significância para a constituição de entidade familiar nesses serviços, tendo em vista que juntamente com os vínculos estabelecidos, proporcionados por este indicador, se constitui ponto nevrálgico para esta formação.

Além disso, a convivência constituída em um ambiente em comum proporcionou a percepção de que esta possibilita a promoção da construção de histórias e projetos partilhados entre não só moradores, mas também cuidadores e coordenadoras/gestoras que passam a edificar uma relação constante através das trocas sociais e afetivas que indicam a “qualificação” das vivências nos SRTs.

A percepção desses indicadores, complementares à categoria de estabilidade, se condensaram através das atividades de lazer que partilham entre si: as festas de aniversário comemoradas no interior de cada serviço de forma singular e os demais rituais que os

acompanham; as demandas cotidianas expressas, por exemplo, pelo fazer as compras; pela divisão de tarefas - quem cuida das tarefas e que papéis desempenham na rotina doméstica.

Quanto às atividades de lazer, o que ficou expresso foi uma predominância dessa característica nos SRTs, haja vista apenas um não deter dessa prática de forma constante, fato apregoado pela própria coordenadora/gestora do serviço

[...] a gente tem muita dificuldade é no item lazer, eu deixo muito a desejar no item lazer porque nós não contamos com veículo do Estado, por exemplo, um carro que comporte todo mundo. Os cuidadores, eu e eles, fazer um passeio, passar a manhã em algum lugar, meu carro só cabe eu, 1 pessoa na frente e 3 atrás e os outros vão ficar onde? E tem mais, eu sou assim, quem quiser me criticar que me critique. Se acontece um evento e se todos não puderem ir, então ninguém vai porque o outro que ficar ele não vai entender, não tem compreensão pra entender porque ele não foi, então não vai ninguém ou vão todos ou não vai ninguém isso é minha filosofia de vida (COORDENADORA SRT 4).

No contexto do que traz a coordenadora/gestora do SRT 4, o lazer se apresenta, segundo o exposto, como um entrave devido às dificuldades impostas pelo Estado que, na perspectiva dessa residência, se conforma como o responsável pelo financiamento do serviço.

Ademais, pôde ser percebido que os demais serviços consolidam essa prática.

[...] eu faço um curso de computação e saio com as outras moradoras pra passear, pra fazer compras (MORADORA 1 SRT 1).

[...] a gente costuma fazer atividades em grupo, desenhar, jogar dominó, também faço meu curso no mp3 de computação e lá é muito bom, a gente também aqui passeia com frequência e vai pra academia, vai passear na minha casa que lá é um interior, o Limoeiro... e... é bom, muito bom! (MORADORA 2 SRT 1).

Nós vamos pro shopping, para os restaurantes, vamos pra ponte estaiada, parque das cidades passear, eu vou pra igreja, porque eu sou da legião de Maria [...] (MORADORA 1 SRT 3).

[...] quando tem alguma atividade fora a gente vai, tipo o forró dos velhos, a gente já foi, eu fui a “N” não foi, de primeiro ela ia também, eu também viajo com o projeto “Loucomotiva” e viajo pra participar dos eventos da saúde mental em Teresina e é muito, muito bom! (MORADOR 1 SRT 5).

A coordenadora promove passeios, a gente já foi até Parnaíba, Encontro dos Rios, Zoobotânico, restaurantes, shopping, tudo eles fazem junto com a gente cuidador e tudo promovido por ela! (CUIDADORA 3 SRT 2).

As saídas daqui é mais no final de semana que tem pizza, a gente vai fazer compra no shopping também de roupas, sempre vai a cuidadora, a coordenadora também e os moradores quando essas atividades acontecem! (CUIDADORA 2 SRT 2).

[...] passeiam, a coordenadora leva pra shopping, leva pra pizzaria, de vez em quando eles vão a passeios, um dia desses foram pra quadrilha (CUIDADORA 1 SRT 3).

[...] durante o dia eles vão pra pizzaria, ao shopping, além disso, têm passeios na Potycabana, Zoobotânico eles vão frequentemente (CUIDADOR 4 SRT 3).

As atividades de lazer se constituem como contributo para o exercício das trocas sociais vividas entre o grupo, e, nos SRTs, faz parte de um dos rituais praticados, sendo realizados com frequência, como expresso por uma das moradoras e um dos cuidadores. As festas de aniversário e outras datas importantes comemoradas, como também as demandas cotidianas vivenciadas nesses serviços também se inserem na perspectiva dos “rituais” expressos nos SRTs pesquisados.

[...] aqui a gente sempre comemora todas as coisas, comemora aniversário, comemora dia de ano, o ano novo, de dezembro comemora o natal, a ceia [...] é muito bom! (MORADORA 2 SRT1).

[...] aqui a gente comemora sempre aniversário, às vezes pra comemorar a gente sai pra restaurante, por exemplo, aqui tem três que fazem aniversário no mês de outubro aí a gente deixa pra comemorar tudo junto, agora os dos outros dois como não é no mesmo mês a Dr^a. “A” traz um bolo e a gente comemora... aí assim durante o ano a gente comemora as outras datas também, no dia das mães desse ano a gente fez um almoço diferente, quando dá o dia da independência a Dr^a. deixa a gente ir ver o desfile e no final do ano geralmente a gente comemora o dia 25 que é o natal porque na véspera de natal todo mundo toma o remédio e vai dormir cedo e no ano novo a gente passa dormindo em casa mesmo (MORADORA 1 SRT 2).

[...] várias moradoras daqui do condomínio vão pra aniversários deles, eles vem pra festinhas aqui, eu faço um dia de pizza convido minhas vizinhas e elas vêm pra cá, teve uma coisa muita engraçada que chegou uma vizinha que faz o lanche aqui, aí o “T” virou e disse “você é muito bonita” ela respondeu “eu sou casada” na brincadeira, aí ele disse “mas eu sou mais bonito que seu marido” (risos). Então aqui no condomínio meus vizinhos gostam deles e dão roupa, dão bijuterias, às vezes chego aqui tem um saco de biju, eu levo, o “T” gosta de juntar muita coisa, todos eles conhecem essa história e vão lá, o padre que é amigo nosso já foi lá batizou, os aniversários a gente convida amigas minhas que não moram aqui, eu falo hoje vou encontrar os moradores da residência, vamos. Elas vão levar presentes e tudo (COORDENADORA SRT 2).

A doutora faz aniversário da gente e ela compra bolo e refrigerante pra nós (MORADOR 2 SRT 3).

No nosso aniversário a gente sempre almoça num lugar diferente, no natal a gente também sai pra comemorar, eu acho bom (MORADOR 1 SRT 5).

[...] sempre que eles completam ano, a coordenadora vai com eles pra restaurante e faz a merenda, brincadeira deles lá e voltam! (CUIDADOR 3 SRT 5).

Quanto às demandas cotidianas, chama-se atenção que houve predominância nos 5 SRTs dessas práticas, que se manifestaram positivamente como expressão da estabilidade, haja vista tais atividades se constituírem parte do processo de vivência dos participantes da pesquisa

Quando eu faço alguma atribuição eu sempre procuro colocar elas junto comigo né?, do que elas podem fazer, às vezes até o que elas não sabem eu sempre procuro fazer como [...] é tão tal que quando eu entrei aqui até agora elas já aprenderam muitas coisas, cortar um tempero, a mexer uma panela, a fazer um café né? lógico que a gente

sempre por perto [...] é [...] a varrer uma casa, né? e sempre colocando elas pra fazer um pouco do que eu sei e passo pra elas, de uma forma mais simples que elas possam fazer também (CUIDADORA 5 SRT 1).

Faço o supermercado todo sábado aqui pra casa, compro frutas e às vezes levo um dos moradores comigo, além disso, eu limpo a casa, lavo o banheiro, passo pano na casa, tiro a poeira dos móveis, lavo a minha roupa e eu leio muito, leio livros espíritas, leio um romance que a coordenadora me emprestou [...] eu leio! Dessas atividades a que eu mais gosto é a de limpar a casa (MORADORA 1 SRT 2).

[...] aqui eles participam das atividades da casa, a moradora que tem aqui me ajuda a limpar a casa, tem um que lava o banheiro masculino, tem outro que vai pra APAE estudar, mas sempre quando ele tá em casa ele limpa o quintal ou ele ou outro e tem um que a senhora já notou que ele é limitado (CUIDADORA 2 SRT 2).

“E” e o “Z.R”, eles limpam o quarto deles, eles passam pano, eles limpam banheiro, limpam a casa, ajudam a gente em tudo, agora os outros não, eles são mais limitados, se limitam só em fazer a higiene pessoal e o resto a gente fica dando orientação pra eles, o que eles tem que fazer, mas é assim, eles fazem no dia que eles sentem vontade, agora a “E” e o “Z.R” não, eles ajudam todos os dias (CUIDADOR 5 SRT 3).

Momentos das atividades são escolhidos por eles, a “A” foi quem escolheu, porque ela gosta de tudo limpo, tem que ser tudo do jeito dela, ela varre a casa, na sexta ou no sábado é a nossa faxina, a gente joga água, tira teia de aranha, muda as coisas de lugar, lava as colchas de cama, não tem uma casa, não tem um ser humano pra não fazer uma tarefa de casa pra fazer, eles interagem sim, ajuda sim! (CUIDADORA 1 SRT 4).

Ademais, evidenciou-se também, a partir das demandas cotidianas nos SRTs, a força de marcadores de **gênero** na composição predominante de cada serviço. Observou-se que, no referido tipo de família, tal dimensão se apresenta por meio das relações que homens e mulheres – aqui explicitadas pelos moradores e moradoras, cuidadores e cuidadoras e coordenadoras –, estabelecem no seu dia a dia.

De acordo com Bruschini (1992), ao eleger gênero como uma categoria de análise, os autores passaram a introduzir novas perspectivas de análise em suas pesquisas, buscando, dentre outras questões, compreender como se constrói, cotidianamente, a organização social entre os sexos, como se supera o determinismo biológico, na explicação da dominação masculina, e como se amplia o foco dos estudos, até então centrados na mulher, para a relação entre homens e mulheres.

Na verdade, a compreensão sobre a categoria gênero e o seu significado é distinta a partir de diferentes autores. Para alguns, liderados pela historiadora feminista Joan Scott, ela configura-se como uma categoria analítica, tendo por base a “[...] organização social da diferença sexual.” (KOFES, 1993, p. 21). Para outros autores, sob comando da antropóloga Marilyn Strathern, gênero remete a uma nomenclatura “[...] que se refere a um tipo de categorias de diferenciações” (KOFES, 1993, p. 22), envolvendo não apenas pessoas, mas tudo o que possa objetivar representações sexuais no cerne das relações sociais.

Conforme Kofes (1993) afirma, homens e mulheres nascem com marcadores biológicos comumente bem evidenciados, que, em cada sociedade, ganharão sentidos socioculturalmente construídos que conformarão significados e lugares sociais para cada sexo, a partir das diferentes atividades sociais. Costa *et al.* (2006) afirmam que o conjunto de forças do capitalismo, bem como das relações de desigualdade entre homens e mulheres, fomentou a manutenção da mulher junto ao espaço doméstico, definindo o público como espaço hegemonicamente masculino.

Partindo da perspectiva de Kofes (1993), afirma-se que a categoria gênero é relacional e implica nas relações de poder construídas historicamente na sociedade. Nesse diapasão, apropria-se dessa compreensão para abordar os SRTs pesquisados, sendo fundamental para o entendimento desta análise a percepção do fato de que a interação social é que produz um mundo diferenciado pelo gênero.

Foi perceptível no cotidiano desses SRTs, a produção e a reprodução das expectativas de gênero, tendo em vista que se observa uma territorialização desses espaços com vista ao exercício do sexismo em suas estruturas e suas composições, à medida em que se nota uma divisão de atribuições, ainda que não de forma totalitária, apontando representações de gênero na manutenção das atividades domésticas e reforçando a concepção da dicotomia público/privado para homens e mulheres.

Partindo desse contexto, destacam-se as concepções de Scott (1995), que aponta que ao se falar em relações de gênero está se falando em formas de dar significado a relações de poder. Isso implica dizer que o gênero não é apenas um critério de diferenciação e de classificação dos seres e das coisas, mas, sobretudo, um sistema de desigualdade, de assimetria, um sistema hierárquico, que traduz certo estado das relações de poder entre homens e mulheres, homens x homens e mulheres x mulheres (BRANDÃO, 2007).

Essa perspectiva apontada por Brandão (2007), conformada à realidade dos SRTs piauienses, foi observada por meio de relações hierárquicas de gênero entre cuidadores, moradores e coordenadoras. Essas relações corroboram com o modelo proposto por Connell (1995), que as divide em relações de poder, fundamentadas na subordinação geral das mulheres, enquanto grupo, e na dominação pelos homens, enquanto grupo, (entendida pela autora como patriarcado); e em relações de produção, em que o mundo do trabalho ainda está visivelmente marcado pela divisão de tarefas destinadas mais aos homens ou mais às mulheres, o que gera uma partilha desigual dos produtos do trabalho social.

Assim, a dimensão de hierarquia também foi percebida em meio às relações de gênero no seio de todos os serviços pesquisados, tanto na cidade de Teresina como na de União, sendo

observadas essas expectativas entre cuidadores e ampliadas também aos moradores. As relações hierárquicas se expressaram, principalmente, nas relações de produção de que trata Connell (1995), em que se pode afirmar a presença dessa divisão de forma ainda perceptível, observando-se a divisão sexual do trabalho, principalmente entre os próprios profissionais (cuidadores). Os homens se destinam às atividades que não as de casa, ficando – ao invés de exercer os cuidados aos moradores – responsáveis por “proteger” e por ser os guardiões do domicílio, mantendo a segurança de todos. Enquanto isso, as mulheres assumem a responsabilidade por cuidar das tarefas referentes à limpeza da casa, aos cuidados com os moradores dos SRTs, dentre outras.

“A” varre a casa e passa o pano, dona “L” lava as vasilhas e os copos do café, “R” lava um banheiro, “L” lava os lençol e uns calção, aí depois os mais pesado a gente faz, “Z.G” ajuda a limpar um esgoto, arranca um mato, limpa o quintal, “A” de vez em quando, “R” a gente não pede, não tem condições por conta das limitações, mas todo mundo colabora (CUIDADORA 2 SRT 4).

O meu trabalho é mais como se eu fosse um protetor deles, como se fosse **um juiz**. Quando eles começam a discutir, fazer confusão, eu tenho que amenizar, não deixar discutir um com o outro, se debaterem, se machucarem. A principal função do cuidador é essa. (CUIDADOR 2 SRT5, grifo nosso).

[...] eu limpo o quarto, lavo roupa, lavo a louça, ajudo as meninas a lavar louça [...] (MORADORA 1 SRT 3).

Logo, há reforço na reprodução das relações de poder marcadas pelo sexismo, com as pessoas do sexo masculino assumindo preponderantemente as funções de árbitro, de mediação, enquanto as figuras femininas se limitam às tarefas tidas como tipicamente domésticas.

Além disso, ainda se observou que, embora os SRTs do Piauí se enquadrem na tipologia mista, até os próprios quartos em que os moradores se encontram são divididos entre homens e mulheres, o que remete a um reforço das expectativas de gênero e, inclusive, da própria perspectiva, já mencionada, de Goffman (2008) a respeito das instituições totais.

Nesse contexto, faz-se necessária uma reflexão sobre o lugar e as práticas que as interpretações de gênero impõem aos moradores, aos profissionais, aos trabalhadores e aos gestores que formam a saúde mental. A própria sociedade necessita de uma reflexão a partir das diferenças sexuais, que precisam ser repensadas para que se conquiste uma educação não sexista e a favor da equidade de gênero.

Além do que foi expresso, registra-se que o orçamento em comum, entre os sujeitos participantes da pesquisa, se conformou como um dos indicadores da estabilidade. Goode (1970) ao enfatizar que uma unidade doméstica tem por principal característica a partilha de

um orçamento, o qual demarca as trocas econômicas entre as pessoas, o que foi percebido nos SRTs é que tal partilha é proporcionada pelo governo federal ao financiar esses serviços e possibilitar aos moradores o benefício do Programa de Volta para Casa, permitindo a esse segmento a reconstrução de suas identidades e da cidadania.

[...] a ‘R’ também muito boa pra mim, quando eu tava doida pra fumar falava “R me empresta 3,00 reais?”ela me emprestava, mas hoje não quero fumar de jeito nenhum (MORADORA 1 SRT3).

Gosto de morar aqui, adoro as meninas, adoro todos daqui, tenho meu dinheirinho e sou independente [...] (MORADORA 1 SRT 2).

[...] quando a gente assim quer comprar alguma coisa a gente entra numa conversa e decide e aí **cada um contribui**, um dá um tanto outro dá outro tanto, é assim. Sempre existe decisão em conjunto pra tudo [...] (CUIDADORA 2 SRT 2).

Aqui existe a **solidariedade, na hora que um precisa de qualquer coisa que o outro não tem, eles cedem**, até mesmo a gente, quando precisa de alguma coisa que não tem e pede pra eles, vou citar um exemplo: as vezes tem um cuidador que o pagamento atrasa e precisa de 10, 15 reais **eles emprestam** tranquilamente, tanto a ‘E’ quanto o Z.R (CUIDADORA 2 SRT3).

Assim, observa-se que na perspectiva jurídico-política, as PcTMs já têm a possibilidade de envolverem-se nas relações sociais, participando da vida econômica e administrando o próprio dinheiro, o que permite também intensificar as trocas sociais, afirmando-as em relações mais igualitárias e empoderadas, o que é visível pelas negociações envolvendo dinheiro.

Cidadania e economia são peças fundamentais para o desenvolvimento social, pois enquanto aquela é a finalidade para a obtenção da qualidade de vida, acesso segundo as necessidades e justiça social, esta é o meio necessário para obtê-la.

É nesse diapasão e considerando a apreensão da categoria estabilidade que compreendeu, para o estudo em pauta, o estabelecimento dos indicadores expostos, constituídos como um dos inúmeros outros fatores contributivos para o entendimento da conformação do anaparentalismo nas residências terapêuticas, é que se discorrerá, no item que segue, a categoria afetividade que, juntamente com as outras duas já apresentadas, irá consolidar a materialização do produto família configurado no interior dos SRTs do Piauí.

3.4 Afetividade: aporte contemporâneo para a consignação de família(s)

Afetividade segundo dicionário Aurélio significa:

s.f.1.Qualidade ou caráter de afetivo. 2. Psic. Conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegrias ou de tristezas. (AURÉLIO, 2004, p.61).

Segundo Meneghetti (2004), a afetividade é um termo que deriva da palavra afetivo e afeto, designando a qualidade que abrange todos os fenômenos afetivos. É representada por um apego a alguém ou a alguma coisa, gerando carinho, saudade (quando distantes), confiança e intimidade, o termo perfeito para amor entre duas ou mais pessoas.

O autor segue afirmando que o afeto é um dos sentimentos que mais gera autoestima entre as pessoas, pois produz um hormônio que garante o bem-estar do corpo, haja vista que representa, como demonstra ainda Aurélio (2004), o impulso do ânimo, ampliando as sensações do ser humano.

A afetividade pode ser definida por vários outros termos: emoção, estados de humor, motivação, sentimento, paixão, atenção, personalidade, temperamento e outros tantos. Ao longo dos séculos pode-se verificar que há muita similaridade nas ideias dos estudiosos, ou seja, a afetividade é um termo utilizado para identificar um conjunto de fenômenos psíquicos que inclui as primeiras manifestações de tonalidades afetivas basicamente orgânicas (primeiras expressões de sofrimento e de prazer que a criança experimenta com a fome ou saciedade), bem como suas manifestações relacionadas ao social (sentimento, paixão, emoção, humor, motivação, etc.) (ALMEIDA, 2002).

De acordo com o autor, a afetividade se manifesta no clima de acolhimento, de empatia, inclinação, desejo, gosto, paixão, de ternura, da compreensão para consigo mesmo, para com os outros e para com o objeto do conhecimento. A afetividade dinamiza as interações, as trocas, a busca, os resultados. Facilita a comunicação, toca os participantes, promove a união. O clima afetivo prende totalmente, envolve plenamente, multiplica as potencialidades.

Desta feita e tendo a exposição da definição desta categoria, observou-se que, para o estudo em pauta, a afetividade será tomada considerando tal concepção e percebida como artifício fundamental das novas configurações familiares na contemporaneidade, haja vista ser notada como elemento basilar para essas conformações como outrora apontado neste capítulo.

Segundo Dias (2007, p. 32) na contemporaneidade, “existe uma nova concepção de família, formada por laços afetivos de carinho e de amor”. Contudo, a sociedade já atravessa nova fase. Todos, hoje, já se acostumaram às novas formas de família que foram se distanciando muito do modelo formado pela família organizada no sistema patriarcal. A família contemporânea se pluralizou, não se restringe mais, tampouco, às famílias nucleares, hoje

existem famílias recompostas, monoparentais, homoafetivas e mais um sem número de formas. Nas palavras de Matos (2008, p. 35):

[...] o advento da Constituição de 1988 inaugurou uma diferenciada análise das famílias brasileiras. Uma outra concepção de família tomou corpo no ordenamento. O casamento não é mais a base única desta entidade, questionando-se a idéia da família restritamente matrimonial. Isto se constata por não mais dever a formalidade ser o foco predominante, mas sim o afeto recíproco entre os membros que a compõem redimensionando-se a valorização jurídica das famílias extramatrimoniais.

Diante deste posicionamento, Lôbo (2008) elucida que a família atual está matrizada em um paradigma que explica sua função atual: a afetividade. Assim, “enquanto houver *afeto* haverá família, unida por laços de liberdade e responsabilidade, e desde que consolidada na colaboração e na comunhão de vida” (LÔBO, 2008, p. 01).

Nesse contexto, tomando a afetividade enquanto categoria para embasar o estudo e com o propósito de elucidá-la enquanto aporte na conformação de família anaparental nos SRTs pesquisados, é que segue adiante o próximo item, discorrendo sobre este elemento e a sua relevância diante da configuração desse novo desenho por meio da condensação de indicadores que nortearão e serão consolidados como contributo para a apreensão dessa família.

3.4.1 A afetividade como elemento estruturante do anaparentalismo nos SRTs do Piauí

Toda entidade unida pelo afeto, com o objetivo de vida comum e que demonstre ser de caráter público, contínuo e duradouro, deverá ser reconhecida como família. A família, em qualquer um de seus modelos, é considerada como uma das bases da sociedade (LÔBO, 2004).

Como afirma Oliveira:

A família transforma-se no sentido de que se acentuam as relações de sentimentos entre os membros do grupo: valorizam-se as funções afetivas da família, que se torna o refúgio privilegiado das pessoas contra a agitação da vida nas grandes cidades e das pressões econômicas e sociais. É o fenômeno social da família conjugal, ou nuclear ou de procriação, onde o que mais conta, portanto, é a intensidade das relações pessoais de seus membros (OLIVEIRA, 2002, p. 13).

Devido a isso o vínculo afetivo acabou se tornando extremamente importante nestas relações. Embora tenha uma estrutura original fundamentada em um grupo social formado por pais e filhos, ligados entre si por laços matrimoniais, de patrimônio e de filiação, na família atual brasileira a função política, econômica e religiosa cedeu lugar para a função afetiva, ou seja, um grupo de pessoas unidas por laços afetivos.

Para Lôbo (2008), essa evolução proporcionou modificações sociais onde, o interesse a ser tutelado não é mais o do grupo organizado como esteio do Estado, e das relações de produção existentes, mas das condições que permitam à pessoa humana realizar-se íntima e afetivamente, nesse pequeno grupo social.

Afirma Lôbo (2004, p. 137-139) que “a família atual apresenta nova função, natureza, composição e concepção”. Os princípios básicos que orientam a família são a liberdade, a igualdade, a solidariedade e o amor, de maneira que ela se converteu no espaço de realização da afetividade humana e da dignidade de cada um dos seus membros.

A afetividade é o requisito principal para a caracterização da entidade familiar. “É o elemento nuclear que define o suporte fático da família, haja vista ser o seu fundamento e finalidade” (LÔBO, 2004, p. 151). Também é considerado como o denominador comum das entidades familiares (PEREIRA, 2006).

Dignidade é um termo que se vincula à autodeterminação do indivíduo, que busca orientar-se segundo seu próprio entendimento, a respeito da própria existência. Confere ao indivíduo o direito de decidir sobre seus projetos existenciais de felicidade. Nas sábias palavras de Lôbo (2008, p. 37), “viola o princípio da dignidade da pessoa humana todo ato, conduta ou atitude que coisifique a pessoa, ou seja, que a equipare a uma coisa disponível ou a um objeto”.

Ademais, a afetividade e a dignidade – enquanto elementos contributivos à realização da família e dos membros que a conformam – nas residências terapêuticas se manifestaram de forma predominante em consonância ao que aponta Lôbo (2004):

Eles são humildes uns com os outros, eles são bons, não são ruins uns com os outros, **todos se compadece, quando um adocece**, quando um é internado, são solidários, **quando um tá em crise, todos se preocupam**, eu percebo, eles cuidam, tem os conflitos, mas é passageiro, como você disse, toda casa tem, é coisa rara, raridade mesmo, até mesmo com a gente, no dia que se estranham com a gente é algo passageiro, não se guarda, todos se dão bem (CUIDADORA 2 SRT 3).

Sim, em termo dos sentimentos deles, eles têm sentimentos, por exemplo, minha mãe ela adoceceu, ela faleceu, e eles tavam sempre ali perto, foram solidários, deixava um pedacinho enquanto eu ia na UTI, voltava, então eles ficavam quietinhos, **quando ela morreu que eu me afastei eles sentiram, eu percebi que eles sentiram, ficaram preocupados, então isso é uma coisa que me comoveu**. Eles são muito emocionais, eles sentem mesmo, **eles são pessoas de coração mesmo**, são muito sentimentais, quando um estava internado a casa ficou triste, tava no morre não morre, eles sentiram, eles ficavam tensos, preocupados, quando ele começou a adoecer era caindo, eles ajudavam a pegar, era aquele cuidado com ele e aí quando ele voltou, voltou com uma sequela e teve que se recuperar por aqui mesmo, o cuidado aqui era grande demais (CUIDADORA 1 SRT 3)

[...] quando eu entrei aqui eu tinha planos de ir morar sozinha e ter minha própria casa, mas conforme eu fui me conhecendo [...] eu sou muito complicada, sou normal [...] mas quem convive comigo no dia a dia vê minhas limitações sabe?! então quer dizer, pra mim, eu tenho 58 anos hoje e já aproveitei tudo da vida que eu tinha que aproveitar

agora é comer bem, dormir bem e viver minha vida aqui mesmo na residência (MORADORA 1 SRT2).

Tenho plano pro meu futuro de um dia, eu não quero sair daqui, porque aqui é a minha casa, **mas eu quero um dia na vida ter uma outra casa e poder trabalhar, ter meu próprio trabalho sabe?!** montar ou colocar meu próprio negócio, viver [...] conhecer meus outros filhos que foram adotados e eu não vi mais até hoje e meu outro filho que convive com minha mãe poder sempre tá mais perto e conviver com ele e com minha mãe que cuida dele, assumir eles, porque eles só vivem numa casa no interior (MORADORA 2 SRT 1).

Aqui é um carinho muito grande que eles têm com nós, então a gente se apegando, tem as nossas dificuldades, mas nós se apegamos muito (CUIDADORA 2 SRT 4).

Todos gostam de mim, eu gosto deles, **tenho eles como família mesmo** (CUIDADOR 2 SRT 5).

Segundo Oliveira (2002, p. 233),

A afetividade, traduzida no respeito de cada um por si e por todos os membros — a fim de que a família seja respeitada em sua dignidade e perante o corpo social — é, sem dúvida nenhuma, uma das maiores características da família atual.

No mundo contemporâneo, a busca pelo equilíbrio e a necessidade de interação do ser humano faz com que surja a solidariedade. Para Lôbo (2008), a realização da afetividade pela pessoa no grupo família só se constrói na **solidariedade** com o outro.

Na realidade, a afetividade surge pela convivência entre pessoas e reciprocidade de sentimentos e nos SRTs esta perspectiva foi predominante, como elucidada nas narrativas dos moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras

[...] aqui eu sinto isso, tanto por parte delas que elas gostam muito, se apegam muito né?! (CUIDADORA 5 SRT 1).

[...] gosto deles, já tenho laços de amizade com eles, eu vejo aqui mais pelo aspecto da convivência, eu considero a residência como algo mais sentimental mesmo, **de sentimento!** (CUIDADORA 3 SRT2).

Eu acho que família pra eles somos nós que estamos aqui todo dia, cuidando deles, dando banho, é um vínculo, gosto demais de trabalhar, cuidar deles é muito gratificante trabalhar com pessoas assim, **pelo apego, pelo carinho que eles têm com a gente, eles chegam, beija a gente, abraça, deita no colo, querem um carinho de família,** eles sentem que ali tem um carinho que a gente dá, a família deles somos nós, **são muitos carinhosos, são muitos carentes,** o que a gente pode dar, a gente dá pra eles (CUIDADORA 1 SRT 4).

[...] eu vejo a residência terapêutica como a extensão da minha residência [...] (COORDENADORA SRT 5).

Aqui as relações de todo mundo aqui é boa, eu sou da paz e todo mundo gosta de mim aqui [...] quando eu posso eu ajudo todo mundo (MORADOR 2 SRT 2).

[...] eu gosto de todos e ajudo todo mundo, já sou acostumada com todo mundo aqui! (MORADORA 1 SRT 3).

Como assevera Lôbo (2008), atualmente é o afeto que traça e cria os laços familiares, sendo este semeado e acalentado com o dia a dia, e, nesse aspecto corrobora-se com o autor, haja vista que nos SRTs, como observado pelas narrativas dos sujeitos, a família se forma em meio à afetividade advinda da convivência diária entre moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras desses dispositivos. Nas relações, todos afetam e são afetados, numa dinâmica recíproca, de intensas trocas afetivas, que contornam a produção de cuidado que um tem pelo outro, permeado por zelo, respeito e solidariedade.

Assim, os laços de afeto e de solidariedade derivam da convivência e não somente do sangue (OLIVEIRA, 2002). Bruschini (1993) ao se referir à instituição família destaca que esta é permeada por relações de cooperação, respeito, cuidado, amizade, carinho, afinidade, atenção recíproca, mas também é lastreada por desentendimentos, tensões e conflitos que estão alicerçadas entre todos os seus membros.

No seio dos SRTs tal realidade não se portou diferente. As relações de solidariedade, de negociações e conflitos se manifestaram diariamente nesses serviços, como apontam os sujeitos que fazem parte da convivência nesses dispositivos

[...] **existe o conflito entre as cuidadoras**, eu fico como aparadora, a bombeira, como conciliadora nesse papel, são 5 pessoas, são 5 cabeças com personalidades diferentes e é impossível não ter, mas eu não dou muita margem [...], digo isso como uma forma de frear, mas sei que todo lugar que se ajunta pessoas vai ter conflito entre elas, mas elas tem que conviver [...] **entre os moradores existem pequenos conflitos, é muito menor os conflitos entre os moradores do que entre os cuidadores**. eles têm muita relação de solidariedade, de tolerância, de paciência, de cuidados, de companheirismo de segurar do lado, eu fomento muito isso, eu digo vocês são como irmãos [...] a psicologia me ajuda a conduzir os conflitos entre os cuidadores, entre eles também, entre eles e eu também, não estou isenta disso, as vezes me paciente, as vezes me chateio com algumas coisas que acontecem [...] (COORDENADORA SRT 2).

A **solidariedade** eles tem uns com os outros, inclusive um morador que faleceu o “R”, todos eram preocupados com ele, gostavam muito dele, aqui acolá falam no nome dele, “ah se o ‘R’ fosse vivo”, eles tem essa parte de solidariedade com os outros e da **saudade** também, eles tem sentimento uns pelos outros como de família (CUIDADORA 3 SRT 3).

Ah!.em relação à questão de negociação é diária, até porque por mais que não fosse uma casa com pessoas que tem transtornos mentais, **morar em uma casa com mais de três, quatro pessoas exige uma negociação diária** e com elas então isso é maior ainda.até a questão simples do dia a dia como eu quero assistir um programa de tv, a outra moradora quer outra coisa na tv você tem que realmente entrar como esse intermediário nessa questão dessas **negociações** do dia a dia [...] a questão da solidariedade até eu percebo que é bem trabalhada. Em alguns casos a gente realmente até extrapola a essa questão, até por conta das moradoras que a gente percebe realmente uma carência afetiva muito grande (CUIDADOR 2 SRT 1).

[...] quando um cai o outro corre pra ajudar, a cuidadora vai ajudar porque a casa tem o piso liso, lá só não vou dizer que é um lar porque no lar o que é explícito é a consanguinidade, mas é uma residência que existe afetividade entre as pessoas que moram lá e eu, chego lá eles me abraçam [...] (COORDENADORA SRT 4).

[...] Nós até ajuda o outro, **tem briga, tem confusão, mas depois faz as pazes e um ajuda o outro, é assim!** Porque eles têm os mesmos problemas que eu, a muda a família não aceitava porque ela brigava muito, aí a família abandonou, a “N” também não tem família, a “M.H” a família também não quer, eram igual eu, a vida em comum (MORADOR 1 SRT 5).

[...] eu considero mais como família, como numa casa normal, uma relação com algumas desavenças entre eles, **como qualquer outra família tem** (CUIDADOR 2 SRT 5).

Ademais, o que ficou explícito, diante as narrativas apresentadas, é que a vida em comum proporciona vivências de sentimentos que são compartilhados no dia a dia entre os moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras. Ressalta-se, que é o viver diariamente que fomenta tais sentimentos, que faz emergir as relações de amor, de conflito, de solidariedade, de negociação, de saudade, dentre tantas outras que são propiciadas pelo simples conviver diário e que faz brotar neles o sentimento de família, como expõe o cuidador 2 do SRT 5 ao elucidar que esses sentimentos são “comuns” ‘[...] como qualquer outra família tem’.

Destaca-se que em dois dos 5 serviços pesquisados foi possível perceber a extensão dessas relações de solidariedade, de amor e de afeto **com ex-moradores**. Na residência azul e na residência arco-íris havia dois moradores (um em cada residência) que se desvincularam apenas “do teto” do espaço, mas que continuaram a manter contato e vínculos socioafetivos com os demais moradores.

Na residência azul, por exemplo, registra-se que o “L”, muito embora não esteja mais na condição de morador, continua a fazer parte do convívio do serviço, propiciado pelo laço que ainda os une aos demais moradores, como exposto por uma moradora e pela coordenadora do dispositivo

[...] o “L” que é ex-morador daqui e que hoje tá no Areolino de novo ele é um paciente que quando surta ele é perigoso, mas lá no Areolino de Abreu ele é normalzinho por causa dos remédios e eu visito ele, levo uma vez por semana o lanche pra ele e ele fica muito feliz, quando ele vem pra cá, ele toma banho e sai com a gente pra pizzaria, pros restaurantes, a “Drª.” tá sempre pondo ele junto da gente (MORADORA 1 SRT 2).

O “L” morava na residência e o “T” implicava muito com ele e a gente achava que os impulsos dele era por causa do “T” e um dia por nada ele pegou uma cadeira jogou em cima de uma cuidadora, em virtude disso ele entrou num surto e aí foi tirado, a cuidadora fez até uma cirurgia plástica, ele foi internado, saiu do Meduna e foi para o Areolino, ficamos nesse impasse, então **não podemos deixar o “T” e o “L” juntos**, ele tem que ir pra uma residência onde ele tem mais espaço, ele gosta muito de se isolar, se for ver ele no Areolino ela está lá no fundo sentado no sol, é o jeito dele e as

casas são pequenas. Quando abriu a outra residência ele foi pra lá, mas ele teve 2 ou 3 surtos de agressividade também assim do nada e voltou para o hospital [...], mas o vínculo com a gente não acabou ainda existe, a “A” vai 2 vezes na semana levar lanche pra ele, eu tiro do dinheiro dele uma gratificação pra ela comprar e levar lanche pra ele, no dia da pizza ela foi pegar, eu ligo pra liberar porque ela já é conhecida, ele tem as roupas dele lá em casa porque não adianta levar pro hospital que eles perdem tudo, a roupas deles sair, sapatos, sandálias fica tudo dentro da bolsa lá no espaço deles, então você vê que **ele saiu mas o vínculo ficou** (COORDENADORA SRT 2).

Pelas narrativas, percebe-se que “L” é parte da residência azul, pois compartilha de momentos de lazer e das trocas realizadas entre todos (moradores, cuidadores e gestoras/cuidadoras), conformando-se como integrante da família cultivada nesse dispositivo.

Além disso, destaca-se também a residência arco-íris com uma prática semelhante a da residência azul. Na residência arco-íris, o “ex-morador” “D” ainda frequenta o serviço e, segundo relatos de cuidadores e moradores durante conversas informais tidas durante a observação participante da pesquisadora, tem a residência arco-íris como a extensão da casa onde atualmente mora sozinho⁵⁹. “D” visita constantemente a residência arco-íris, tendo, inclusive, suporte material e alimentício desse serviço, além dos laços de amizade construídos com toda a equipe de profissionais e com os moradores que alegaram sentir falta do “companheiro” (CUIDADORA 3 SRT 3), do “amigo” (CUIDADORA 2 SRT 3), do “irmão” (MORADORA 1 SRT 3) e da convivência junto a ele.

O álbum de fotografias também foi observado como indicador desta categoria de afetividade. Em todos os SRTs pesquisados, foi constatada a existência de fotos/retratos, registros dos momentos alegres vividos, de uma história em comum construída e compartilhada entre SRTs tais como lembranças dos passeios, das festas e dos encontros promovidos com as outras residências, os quais infelizmente já não mais existem

Antes existia confraternizações com as residências, a gente já começou, acho que a primeira, em dezembro a gente fez um natal lá e foi exatamente no dia 24 a gente fez um jantar a noite, a coordenadora de saúde mental na época era a “E”, ela foi lá jantar com a gente, tava eu, estava a “L.R”, na noite de natal mesmo, eu me lembro que desmontei minha árvore de natal e levei pra lá e os meus filhos ficaram sem árvore de natal, até que no outro ano eu fui comprar, em janeiro teve aniversário do “A.C”, a gente fazia os aniversários do mês e juntava tudo numa casa, tinha também alguns passeios coletivos, mas isso daí acho que também não mais (PROFISSIONAL DA SAÚDE MENTAL).

Contudo, salienta-se que o álbum nesses SRTs, representa não só a memória coletiva, mas também a memória afetiva dessa família conformada nas residências, haja vista que na

⁵⁹Registra-se que “D” foi contemplado pelo Programa Minha Casa minha Vida, representando o que, o próprio processo reformista emprega, embasado na Lei 10.216/2001: a autoafirmação da PcTM, a sua liberdade, o desenvolvimento da responsabilidade sobre si mesmo, características de um ser cidadão.

experiência da observação participante a pesquisadora notou que a saudade também se expressou nos relatos de cuidadores, moradores e coordenadoras/gestoras ao rever as fotos e relembrar os momentos vividos.

A afetividade também foi manifestada através do recorte de gênero nesses SRTs. Nas residências houve predominância entre mulheres quanto à revelação das trocas afetivas, em que notou-se que esse segmento verbalizou bem mais e demonstra de forma mais visível do que os homens.

Eu convivo há muito tempo com eles, eu sinto como se fossem irmãos meus, devido o tempo, por eu gostar deles, eu gostar do trabalho, desde o início eu já me dava com eles, a “F.R” já foi um pouco mais difícil, já jogou garrafa na minha cabeça, já jogou xícara, ela era rebelde mesmo. Devido a convivência, quando tudo vai se encaixando a coordenação, os cuidadores, interagindo com eles, aí foi andando devagarinho. Hoje tem gente que olha pra ela e fala que não é ela, ela invadia comércios, roubava, quebrava vidraças em praça, andava nua na rua, hoje ela não faz nada disso, chega uma pessoa ela recebe bem, bota cadeira, pega uma água, um suco, eu considero ela mesmo como uma irmã (CUIDADOR 2 SRT 5).

[...] eu tive uns meses de licença e eles queriam muito que eu viesse aqui com a neném, eles ligavam perguntando como eu tava, seu “Z.R” ligou eu ainda tava na maternidade, no tempo que eu estive fora daqui não me esqueci um dia deles, sentia saudades, eu me lembrava, eu ligava pra saber como era que foi, como é que eles estavam, eles ligavam pra mim perguntavam “ quando você vem?”, tal dia eu estou de volta, eu voltei no dia 17 de agosto, que eu estava de licença a maternidade, por isso **considero aqui sim como uma família, até mais porque eu tenho mais contato com eles do que minha própria família**, com toda certeza! (CUIDADORA 3SRT 3).

Além disso, percebeu-se que o jogo de poder (relações de hierarquia) também perpassa a dinâmica dos dispositivos considerando a afetividade.

No meu ponto de vista é muito bom que seja visto o ponto de vista deles, é o que eu penso o que eles acham, eu entendo e primo pra que essa relação seja boa, seja companheira e tudo, **mas guardando todas as hierarquias**, não perco de vida meu trabalho minha posição de coordenadora, embora seja amável, saia, passeio com eles, tiro brincadeiras e tudo, mas **eu zelo, talvez pelo meu próprio perfil de personalidade, respeito à hierarquia sendo considerada sempre, nem que isso possa parecer às vezes um traço autoritário** ou alguma coisa, eu prefiro errar pelo excesso de cuidados, pelo excesso, do que a negligência ou pela desobediência. Jamais vou aceitar que um cuidador não siga uma regra que eu dei e até os próprios moradores quando eles quebram as regras, eles tem a punição entre aspas, eles gostam de ter o dinheiro, então reduz o dinheiro durante a semana se não cumpriu isso, eles não concordam, então se reestabelece novamente a hierarquia. Acho que é bom, eles gostam de mim, quando eu me ausento ou estou doente que não posso ir lá, eles me telefonam e perguntam como estou, me fazem cartãozinho, me dão pequenos presentes e gostam de sair comigo, da gente brincar, ir pro restaurante, tirar fotografias e então eu penso que seja boa, quero que seja boa e me esforço pra que seja boa (COORDENADORA SRT 2).

Nesse diapasão, fica perceptível, pela expressão da narrativa da coordenadora, que a hierarquia permeia as relações afetivas existentes entre ela, os cuidadores e os moradores e, nessa perspectiva, é válido destacar que tal relação configurou-se predominante nas demais residências. Todavia, não se pode deixar de mencionar que o estabelecimento da hierarquia foi pontuado levando em conta os atravessamentos de Bruschini (1993) que relata que a família enquanto instituição social é um espaço dinâmico, em que o jogo de poder se desenvolve mediado por relações de gênero, de classe social e de hierarquias, estabelecidas a partir das posições singulares ocupadas por seus membros.

Tomando por base o relato da autora e trazendo para a realidade dos SRTs, o que se considera é que o jogo de poder faz parte desse espaço nomeado “família”, haja vista ser observada, segundo as acepções de Teixeira (2013, p. 27), como “[...] uma instituição contraditória e heterogênea, constituída por uma dinâmica diversificada”.

Sendo assim, para esta categoria, o que se registra para os SRTs pesquisados, considerando o conceito de família e sua amplitude, é que estes representam a possibilidade de constituição de família anaparental sob as mais diversas formas perante a sociedade, já que possuem como alicerce a socioafetividade como direito fundamental e princípio basilar de família, além de apreciar a própria definição de LAR – Lugar de Afeto e Respeito, trazida por Sá (2009), concebendo o alcance da felicidade por pessoas que se amam e se respeitam mutuamente, como pontuado através das inúmeras narrativas trazidas no decorrer do capítulo.

Ademais, o que ficou nítido diante a análise de cada categoria (ostensibilidade, estabilidade e afetividade) elencada para a concretização do estudo em pauta, é que cada SRT constitui o anaparentalismo de forma singular, mediante caracterizações que tornam a família peculiar no interior das residências terapêuticas, no seio de vivências, na edificação de sentimentos que brotam a partir do convívio, do estar junto, do partilhar de projetos em comum e do sentir orgulho e satisfação em fazer parte do serviço.

Pôde-se perceber que os produtos (desinstitucionalização, reinserção social, emancipação e autonomia) trazidos pela implementação dos SRTs constituíram-se como mecanismos contributivos à percepção da dimensão do convívio como elemento já consignado e que conforma a existência do desenho familiar anaparental em todos os 5 dispositivos residenciais do Piauí.

Dessa forma, pode-se afirmar que a atenção às PcTMs produzida no âmbito domiciliar, por se tratar de um espaço de moradia, uma casa, pode ser um dos disparadores da produção de vida e de família, visando ao oferecimento de vivências enriquecedoras, que promovam maior capacidade para eles enfrentarem os desafios da vida, pois como expressam Weyler e Fernandes

(2005), os indivíduos que passam a viver em uma casa, como as residências terapêuticas, experimentam uma dupla inserção: 1) são usuários de uma rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental pelo enfoque psicossocial, onde também é realizado o acompanhamento terapêutico; e 2) são donos, moradores da casa, onde têm a possibilidade de resgatar as funções fundamentais do morar, de acordo com suas histórias de vida e com as relações que se estabelecem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado em meados de 1970 no Brasil, tendo por eixo a luta pelo cuidar em liberdade, preservando os direitos civis associadamente aos direitos sociais, com foco nas PcTMs, trouxe consigo produtos que se condensaram pela implantação de serviços abertos e comunitários, dentre eles os Serviços Residenciais Terapêuticos, objetivando o reconhecimento dos direitos de um segmento que historicamente carregou o peso das consequências dos efeitos do modelo manicomial, atualmente em processo de desconstrução.

Os SRTs, advindos como fruto desse movimento de reforma e da portaria GM nº 106 de fevereiro de 2000, se caracterizam como casas destinadas a receber pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos fitando reinseri-los no meio social.

No estado do Piauí se constituem uma totalidade que compreende 5 SRTs, em que, inicialmente, 3 se consolidaram no ano de 2006 sob gestão estadual na cidade de Teresina, 1 sob gestão municipal na cidade de União no final do ano seguinte, e no ano de 2012 mais um serviço sob gerência da Fundação Municipal de Saúde na capital.

Por apresentar cerca de 9 anos de implantação no Estado e pela carência de investimentos na área, no que diz respeito ao aspecto avaliativo, realizou-se esse estudo, para apontar elementos que subsidiem a compreensão das relações construídas nesses dispositivos como família(s), e, no caso do trabalho em pauta, essa perspectiva foi verificada considerando os critérios indicados por Lôbo (2008): a ostensibilidade, a estabilidade e a afetividade.

Verificou-se para a ostensibilidade – tomando por base que esta se define pela publicidade da convivência considerando a consignação de família – que nos SRTs piauienses esta se conformou pelos indicadores expressos por meio dos sentimentos dos moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras em se constituírem como parte dessa família, muito embora tenha ficado perceptível que a maioria dos participantes não tenha o entendimento do que viria a ser uma família anaparental, todavia houve uma predominância na compreensão da residência terapêutica se constituir família através do orgulho e da satisfação que se solidificaram implícitos nos depoimentos dos participantes da pesquisa.

A categoria de estabilidade – definida, segundo Lôbo (2008), pela qualidade de uma situação que se mantém no espaço-tempo com alguma regularidade – na perspectiva dos SRTs se apresentou através dos seguintes indicadores: moradia em comum, expressa no tempo que passam juntos; orçamento em comum partilhado e manifestado pelo benefício oriundo do Programa de Volta para Casa para alguns moradores, pelo Benefício de Prestação Continuada

(BPC) para outros, pela renda de cuidadores e coordenadoras/gestoras; pela convivência num mesmo espaço (a residência); pela história em comum existente entre os sujeitos participantes da pesquisa; pelos projetos compartilhados e divididos diariamente. Tais indicadores, juntos, condensaram o desvelamento da estabilidade como uma das categorias que contribuiu e demonstrou a existência da formação de família anaparental nesses serviços, como pôde ser percebido pelas narrativas elucidadas no capítulo de análise.

Quanto à afetividade – representada por um apego a alguém ou a alguma coisa, gerando carinho, saudade (quando distantes), confiança e intimidade, o termo perfeito para amor entre duas ou mais pessoas (MENEGHETTI, 2004) – corroborou-se com Lôbo (2008) em perceber o afeto como elemento responsável por traçar e criar os laços familiares, sendo este semeado e acalentado com o dia a dia. Neste aspecto afirmado pelo autor, o que foi observado para os SRTs não foi diferente, haja vista que nesses serviços, como percebido pelas narrativas dos sujeitos, a família se forma em meio à afetividade advinda da convivência diária entre moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras desses dispositivos. Nas relações cotidianas, todos afetam e são afetados emocionalmente, numa dinâmica recíproca, de intensas trocas afetivas, que contornam a produção de cuidado que um tem pelo outro, permeado por zelo, respeito e solidariedade.

Ademais, o estudo conduziu a pontos importantes que permeiam o processo de moradia nas residências terapêuticas do Piauí, evidenciadas como espaços intermediários para o convívio social e para o estabelecimento de vínculos familiares. Esse processo possibilitou uma ressignificação do morar, de pertencer à comunidade e, ao mesmo tempo, devido a ele, a de (re)construção de laços afetivos tidos no seio desse espaço, gerando novas possibilidades a esse segmento, e, não somente no âmbito de constituir família, como também no favorecimento de vivências que sejam capazes de promover a solidificação dos produtos (reinserção social e produção da cidadania), muito embora cada serviço com a sua singularidade, ensejando o reconhecimento das PcTMs no tecido social.

Nesse sentido, foi possível observar, no decorrer do trabalho, que os SRTs transcendem a perspectiva de representar somente uma simples morada, eles resgatam a possibilidade de retomar uma vida que foi deixada para trás por conta de inúmeros fatores: rejeição da família de origem ou impossibilidade das mesmas em prover cuidado complexo, das pessoas que faziam parte de sua rede social, ou outro motivo qualquer, correspondendo a uma chance de poderem se relacionar com outros indivíduos, de participar de encontros na igreja, de irem à escola, de passearem, de irem para a praia e viajar, de andarem de ônibus, de construírem novas amizades, expressando as novas frustrações, criando vínculos em outros espaços sociais.

Vale lembrar que uma residência ou uma unidade doméstica não necessariamente conforma relações familiares, e, no decorrer do estudo foi possível verificar que esses SRTs trazem essa conformação por constituírem espaços de vivências em comum que permitem a configuração de um lar, a partir da dinâmica estabelecida no cotidiano de cada residência terapêutica, materializando, dessa forma, a existência da família anaparental como um dos produtos consignados desses SRTs.

É importante advertir que o dispositivo da residência terapêutica compreende fundamentalmente uma concretização de um movimento a alguns anos percorrido – a Reforma Psiquiátrica no Brasil – e que não pode ser esquecido, ao contrário, é preciso ter atenção e clareza da concepção de que este tipo de trabalho encontra-se em amplo desenvolvimento na prática, e da política que está sendo ampliada nos modos de morar dessas pessoas. Caso contrário, a casa pode ser um dispositivo manicomial, também, e não uma nova forma de estratégia para se trabalhar a reinserção de seus moradores, levando em conta o projeto de vida de cada um/a no seu habitar.

Importante, portanto, é ter clareza de tal processo, pois quando um grupo de moradores institui a sua família no interior da Residência Terapêutica, faz isso como parte da sua reinserção social, sendo esta uma das metas almejadas pela Reforma Psiquiátrica. Essa ainda parece ser uma luta “intra casa”, uma vez que eles/as ainda enfrentam os muros sociais, muitas vezes camuflados, invisíveis, outras vezes se pronunciando de maneira mais ostensiva, como na experiência com o mercado imobiliário, esses “muros” mais profundos, arraigados e de difícil mudança, posto que foram construídos e solidificados no caldo da cultura no qual estão imersos.

Tais fatos ganharam sentido no período de observação, no qual notou-se que a dinâmica relacional desses sujeitos se assemelha a uma “estrutura de família”, onde se encontram presentes relações de afeto, de cuidado um com outro, de proteção e até de conflito, comum em toda casa e família. Além disso, foi possível observar que os moradores não possuem relacionamento amoroso/sexual. Ao invés, parecem reproduzir o tabu universal do incesto, que é a condenação deste tipo de relacionamento entre familiares, isso ocorre devido ao que se incorpora no imaginário como sendo parentesco e família, ponto aclarado nos SRTs da pesquisa.

As narrativas mostraram certa “aversão” dos moradores por estabelecerem relacionamento amoroso entre eles, porém não os impedindo de gostar e namorar outras pessoas, fato constatado nas suas falas e nas dos profissionais e vivenciado por uma das moradoras de um dos serviços, como outrora elucidado.

O estudo revelou ainda que os objetivos propostos no trabalho se materializaram. A pesquisadora conheceu e analisou o cotidiano dos SRTs, o que subsidiou sua compreensão acerca dos serviços (a realidade de cada um) e dos sujeitos participantes (moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras) e auxiliou na apreensão da dinâmica entre estes – considerando relações de assimetria e o que estas desvendaram no tocante aos marcadores de gênero, etário e hierárquicos – e o espaço externo, fitando a percepção dos produtos das residências terapêuticas (desinstitucionalização, reinserção social, produção de cidadania) e a dimensão do convívio como mote à constituição de família.

Além disso, houve êxito em traçar o perfil sócio demográfico dos participantes, fato percebido de relevância significativa, pois auxiliou na compreensão mais objetiva da realidade de cada SRT, subsidiando o levantamento de aspectos importantes para a discussão, haja vista a exibição desse perfil ter fornecido bases para a exposição de “pistas” acerca não somente das singularidades que comportam moradores, cuidadores e coordenadoras/gestoras, mas, principalmente, desvendando as suas relações com as residências terapêuticas.

Tendo em vista a realidade estudada, ponderou-se relevante salientar que os SRTs se constituem como possibilidade de “nova vida” aos seus moradores, pois o Estado ao ter institucionalizado as PcTMs no passado, tendo desobrigado as famílias a um cuidado complexo, atualmente possibilita a recomposição de “novas famílias” por meio de equipamentos abertos e comunitários, como é o caso das residências terapêuticas.

Ademais, diante do que foi rateado em campo, sugere-se para aprimoramento dos SRTs piauienses:

- 1) O estudo da visibilidade de inclusão dos moradores em Programas tais como o Programa Minha Casa Minha Vida, na perspectiva de que possam se “enraizar” em um território. Mas, que o Estado não fomenta com isso ações familistas, deixando seus moradores à mercê de si mesmos;
- 2) Que haja maior investimento na residência terapêutica com maior vulnerabilidade, possibilitando transporte para investimentos em ampliação da autonomia, inclusão em escolas como a Pestalozzi, Educação de Jovens e Adultos – EJA e lazer;
- 3) Fomentar a promoção e intensificação de processos de capacitação e supervisão dos cuidadores com o intuito de proporcionar a estes a viabilidade de construir novas formas de lidar e trabalhar com o público de moradores.

Acredita-se que as particularidades que foram encontradas nesse estudo, poderão contribuir para nortear as atuais políticas, programas e serviços de atenção à saúde, entendidas na visão ampliada na qual se insere a dimensão mental dos sujeitos sociais. Porém, tem-se a

clareza de que os resultados aqui apresentados não esgotam a possibilidade de estudo sobre as residências terapêuticas, mas sim, abrem novos horizontes para os vários caminhos e significados que rodeiam essa prática domiciliar e de vida em uma família possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M. S. O que é afetividade? Reflexões para um conceito. In: **Educação Online**. Fonte ANPED. Incluído em 24/2/2002 e obtido em 4/5/2007 no endereço: http://www.educacaoonline.pro.br/o_que_e_afetividade.asp, 2002.

AMARANTE, P.D.C. “Saúde Mental, Desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado”. In: GIOVANELA, L, ESCOREL, S, LOBATO, L.V.C (orgs) et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

_____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

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

_____. (Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Manguinhos – História, Ciências, Saúde**, I(1): (61-77) jul-out, 1994.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI, J. J. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito (Org.). **Metodologias qualitativas de pesquisa em Serviço Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013.

ARENDE, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

AURÉLIO. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego; A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. 2006. (Obra original publicada em 1977).

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BEZERRA Jr, B. Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Revista de Saúde Coletiva**, 17(22): (243-250). 2007.

BONA, M. E. C. Coordenação do CAPS: que lugar é este? De quem é este lugar?. In: ROSA, L. C. S; BONA, M. E. C. **União em saúde mental: experiências relacionadas à saúde mental no município de União – PI**. Teresina: EDUFPI, 2007, 136 p.

BONA, M. E. C. Projeto Helicônia: plantando cidadania na saúde mental. In: ROSA, L. C. S.; GUIMARÃES, L. D. A.; BRANCO, E. M. C (Orgs.). **Saúde mental e assistência social: tecendo a rede de experiências no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2008. 205 p.

BRANCO, E. M. C. A Reforma Psiquiátrica no Piauí. In: ROSA, L. C. S.; BONA, M. E. C. **União em saúde mental: experiências relacionadas à saúde mental no município de União – PI**. Teresina: EDUFPI, 2007, 136 p.

BRANDÃO, A. M. S. A. Entre a vida vivida e a vida contada: a história de vida como material primário de investigação sociológica. **Revista de Sociologia Configurações**, Famalicão, n. 3, p. 83-106, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/ DAPES. Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 10**, Ano VII, n. 10, março de 2012. Brasília, 2012.

_____. **Legislação sobre Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental** – Portaria nº 3.090/2011, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. SAS/ DAB. **Legislação sobre Rede de Atenção Psicossocial** – Portaria nº 3.088/ 2011, Brasília, DF, 2011.

_____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília. 2010.

_____. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”. In: **Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem?** Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708/2003. **Manual do programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação da Saúde do Brasil; 1994.

BINKOWSKI, G. *et al.* Vizinhanças: de correntes a redes. Entre fofocas, jardins, compras e outras formas de vizinhar. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O (Orgs.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

BREWER, G. The policy sciences emerge to nurture and structure a discipline. **Policy Science**, 5: 239-244, 1974.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. DE A. (Org.). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. In: COSTA, A. de O; BRUSCHINI, C (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 289-309.

CAMPOS, M. S. Família e Proteção social: alcances e limites. In: ZOLA, M. B. (Org.). **Cooperação internacional para proteção de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo – SP: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

CARDOSO, Izabel. **Residências Terapêuticas resgatam cidadania**. Junho, 2007.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais** (8a ed.). São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **A Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COGA, S.; VIZZOTTO, M. Saúde Mental em Saúde Pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia nesse contexto. **Psicólogo InFormação**, São Paulo, n. 6/7, 2003.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. In: **Educação e realidade**, v. 20, nº 2. Porto Alegre, jul./dez, 1995, p. 185-206.

CONH, A. **Caminhos da Reforma Sanitária**. In: Lua Nova, São Paulo, novembro 89, nº 19, p. 123-140, 1989.

CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F; DENIS, J. L;PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Cap. 2, p. 29-48.

CORREA, O. B. R. **O Legado Familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000.

CORRÊA, M. Repensando a família patriarcal brasileira. In: ARANTES, A. A.*et al.* **Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil**. 2. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1993.

COSTA, D. F. C; S. M. PAULON. Participação Social e Protagonismo em Saúde Mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.572-582, 2012. Out./dez.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COSTA, M. R. F. A. As residências terapêuticas no Piauí. In: ROSA, L. C. S; BONA, M. E. **C. União em saúde mental: experiências relacionadas à saúde mental no município de União** – PI. Teresina: EDUFPI, 2007, 136 p.

COSTA, T. *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, UNESP, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 363-80, jul./dez, 2006.

CRITELLI, D. **Morar, cuidar, ser.** Folha de S. Paulo, Equilíbrio: 12, nº 29, maio, 2003.

DALLA VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados as pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DIAS, M. B. **Manual de direitos das famílias.** 4. ed. São Paulo: RT, 2007.

D'URSO, Luiz Flávio Borges. **A construção da cidadania.** São Paulo, 2006.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.

FERREIRA, G. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. In *Psicanálise & Barroco*: **Revista de Psicanálise**, v. 4, n. 1, jun. 2006, p. 77-85.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa** (3ª ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. “Genealogia e Poder”. In: **Microfísica do Poder.** 18 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

FUKAI, L. **Família: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos.** São Paulo: FUNDAP, 1998.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA. Ofício/ GAB/ Pres/ nº 624/07. 13/09/2007. **Levantamento epidemiológico em saúde mental, quanto às internações, segundo procedimento realizado, diagnósticos CID 10, local de residência e faixa etária.** Teresina: Fundação Municipal de Saúde, Ofício/ GAB/ Pres/ nº 624/ 07. 13/09/2007. Mimeo.

FURTADO, J. P; LAPERRIÈRE, H. A avaliação da avaliação. In: CAMPOS, R. O; FURTADO, J. P (Orgs). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes.** Coleção Saúde, Cultura e Sociedade. Editora: Unicamp, 2011.

FURTADO, J. P. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 2006, 785-95.

_____. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GADOTTI, M. Prefácio. In: DEMO, P. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo**. 6ª ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1999, p. 1-5.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. Editora: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: 2 ed, Editora Atlas. 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, A. M, SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. In: **Revista Latino-am Enfermagem**, março; 9 (2): 48-55, 2001.

GOODE, W. J. **Revolução mundial e padrões de família**. São Paulo: Companhia Editora Nacional/ Universidade de São Paulo, 1970.

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

GUIMARÃES, L., ROSA, L. e EVELIN, M. (Orgs.). **(Con)textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vidas**. Teresina: EDUFPI, 2008.

HARTZ, Z. M. A. **A avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

HELLER, A.. **O Cotidiano e a História**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1970.

HIRDES, A. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**, 2007 revista online ciência da saúde coletiva, Ulbra, 2007.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995.

KANTORSKI, L. P *et al.* O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n. 16, v. 04, out-dez, 2014, p. 759-768.

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives and Public Choices**. Boston Little Brown, 1984.

KOFES, S. Categorias analítica e empírica:gênero e mulher. Disjunções, conjunções e mediações. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 1, v. 1, p. 19-29, abril de 1993.

KUSANO, Susilene. **Da família anaparental: Do reconhecimento como entidade familiar**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n.77, jun. 2010.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LASSWELL, H. D. The policy orientation. In: LERNER, D.; LASSWELL, H. D. (Eds.). **The Policy Science: recent developments in scope and method**. Stanford: University Press, 1951.

LIMA, M. J. G. **A prática do Assistente Social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina: 2004.

LINCOLN, Y. S. Fourth generation evaluation in the new millennium, in S. I. Donaldson e M. Scriven, **Evaluating social programs and problems. Visions for the new millennium**. Nova Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2003.

LÔBO, P. L. N. **Direito Civil: Famílias**. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. A repersonalização das relações de família. In: **Revista Brasileira de Direito de Família**. Porto Alegre: Síntese, IBDFAM, v. 6, n. 24, jun./jul. 2004.

LOPES, M. H. I. **Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos**. Porto Alegre, 2001.

LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, 22, 138-164, 2012.

MACEDO, J. Q; SILVEIRA, M. F. A; EULÁLIO, M. C. Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”. In: SILVEIRA, M. F. A; SANTOS JÚNIOR, H. P. O (Orgs.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Transmissão psíquica geracional na contemporaneidade. **Psicologia em Revista**, 10(16), 243-255, 2004.

MALAGODI, Edgard. **Notas Epistemológicas e Metodológicas sobre a teoria dialética**. Campina Grande / PB. UFPB, 1993.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIZ, P. J. C. Diretrizes para a área de Saúde Mental. **Saúde no Brasil**, Brasília, v. 1, n. 3, p.174-175, 1983.

MARSHAL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Zahar: Rio de Janeiro, 1967.

MATOS, A. C. H. “Novas” Entidades Familiares e seus Efeitos Jurídicos. In: **Família e Solidariedade: Teoria e Prática do Direito de Família**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 35-48.

MENEGHETTI, A. **Nota sobre “afetividade”**. Manual de Ontopsicologia. 3 ed. Recanto Maestro: Ontopsicológica. Ed, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. O desafio da pesquisa. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 18- 29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **De Volta para Casa: liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PIAUÍ. **Ata da segunda reunião ordinária da Comissão Intergestores bipartite do Piauí**. Teresina: MP, 16/03/2007. Mimeo.

MIOTO, R. C. T. **Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares**. Revista Katálisis, Santa Catarina, 1998.

MONTAÑO, C; BASTOS, R. L. (Org.). **Conhecimento e sociedade: ensaios marxistas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

MOREIRA, M. I. B, et. al. **Habitar a cidade: análise de Serviços Residenciais Terapêuticos: Porto Alegre**, 2007.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (org.). **Família brasileira: a base de tudo**. 9ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 2010. p. 26-46.

NICÁCIO, E. M; BISNETO, J. A (Orgs.). **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora, UFRJ, 2013.

OLIVEIRA, J. S. **Fundamentos constitucionais do direito de família**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Milão: OPS, 1990.

PADRÃO, M. L. O estatuto do doente mental. **Saúde em Debate**, 37, 11-15, 1992.

PASSAMANI, M. C. **Reforma da assistência psiquiátrica no Piauí: representações sociais construídas pelos gestores e trabalhadores de saúde mental**. Teresina: UFPI, 2005 (Dissertação de Mestrado em Ciências e Saúde).

PATTO, M. H. S. O conceito de cotidianidade em Agnes Heller e a pesquisa em educação. In: **Perspectivas**, São Paulo, 16: 119-141, Instituto de Psicologia, USP, 1993.

PEREIRA, S. L. B. **O processo de trabalho do assistente social na saúde mental: um estudo nos Caps do município de Teresina-Piauí**. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas. UFPI, Teresina, 2014, 248p.

PEREIRA, R. C. **Princípios fundamentais norteadores do direito de família**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006, 232 p.

PEREIRA, S. G. **Tendências modernas do direito de família**. RT, v. 628, p. 19-39, fev. 1998.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed 34, 2001.

PIAUI. **Relatório da Segunda Etapa de Atividades do Grupo de Trabalho em Saúde Mental/ TAC 15/01/2010**. Teresina, SESAPI, 19/05/2010.

_____. **Relatório da primeira etapa de atividades e recomendações do Grupo de Trabalho em saúde mental instituído pela Portaria SESAPI/ GAB nº 000671/2009 de 20/11/2009**. Teresina, 2009.

_____. **Balanco de realizações 2003-2004**. Teresina: Governo do Estado do Piauí, 2005.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

REBOLI, K. G.; KRÜGER, T. R. Participação e Saúde. In: **Congresso Catarinense de Assistentes Sociais**. Florianópolis, SC, agosto, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, L. C. S. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2013, 412p.

_____. A Política e as ações em saúde mental do Piauí: as dimensões transformadoras da década 2000 a 2010. In: ROSA, L. C. S; BONA, M. E. C; MACEDO, J. P. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011, 244 p.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental; Textos de aprofundamento teórico-conceitual**, 2008.

_____. Retrospectiva dos impactos da reforma psiquiátrica no Piauí. In: ROSA, L. C. S. (Org.). **Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí** (pp.13-41). Teresina: Edufpi, 2004.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Desinstitucionalização: uma outra via. In : F. Rotelli, et al., **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SÁ, H. R. **Família Anaparental: Uma realidade ou ficção jurídica?**. UNIFACS, 2009.

SANTOS, C. M. M. **O processo de trabalho do Assistente Social no plantão do Hospital Areolino de Abreu e suas implicações para a cidadania da Pessoa com Transtorno Mental.** Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas, UFPI, Teresina, 2014, 211p.

SANTOS, N. A. G. **Do hospício a comunidade:** políticas públicas de saúde mental. 1992. 144 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ TeCorá, 1999.

SARACENO, C. **Sociologia da Família.** Lisboa: Estampa, 1992.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 22 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, E. K. B. **Interfaces e tensionamentos entre os familiares cuidadores e o Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas do Hospital do Mocambinho – PI no provimento de cuidado às pessoas com transtornos mentais pós-reforma psiquiátrica.** 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, 2015.

SILVA, J.; FERREIRA, E. C. A transição de modelos em saúde mental em números, a reforma psiquiátrica e as demandas de dispositivos substitutivos: um desafio para a enfermagem. **Revista Pesquisa: Cuidado Fundamental**, v. 2, Supl. 1, p. 449-451, 2010.

SILVA, L. B. C. Reflexões sobre a criação e o fechamento de um hospital-dia no contexto da reforma psiquiátrica em São Paulo. **Interações**, v. 8, n. 14, p. 131-134, 2002.

SINGLY, F. de. **Sociologia da família contemporânea.** Rio de Janeiro: FGC, 2007.

SOARES, J. M. A. S. **Engenho dentro de casa:** sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. 111 p. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

SOUSA, R. F. **Antes pelo contrário.** Editora: Papiro, 2009.

SUYIAMA, R. C. B.; ROLIM, M. A.; COLVERO, L. A. **Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental:** uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos. In: Revista Saúde Sociedade, v. 16, n. 3. São Paulo, 2007.

TEIXEIRA, S. M. **A família na política de assistência social:** concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina. Teresina: EDUFPI, 2013.

TEIXEIRA, S.F.; MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Reforma Sanitária:** Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora, 1995, p.193-232.

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

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, E. M. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte, SEGRAC, 1992.

VERONEZE, Renato Tadeu. **Agnes Heller: cotidiano e individualidade – uma experiência em sala de aula**. In: Revista Textos e Contextos, v. 12, n. 1, p. 162-172, jan/jun, Porto Alegre, 2013.

VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L *et. al* (Orgs.). **Políticas de Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Revista e ampliada. Editora: Fiocruz, Cebes, 2012.

VIETTA, E. P.; KODATO, S.; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. In: **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 9(2): 97-103, março, 2001.

WAIMAN, M. A. P. **O trabalho de cuidados às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

WEYLER, A. R.; FERNANDES, M. I. A. Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos. **Vínculo**, v. 2, n.2, p. 80-88, 2005.

WHITAKER, D. et al. A questão do registro e da memória do pesquisador. In: **Sociologia rural: questões metodológicas emergentes**. São Paulo: Letras à margem, 2002.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006, 208p.

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO E CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO PIAUÍ.

Pesquisador: Lucia Cristina dos Santos Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45197315.4.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.094.724

Data da Relatoria: 29/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO E CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO PIAUÍ., que tem como pesquisador responsável a prof. (a) Lucia Cristina dos Santos Rosa, como pesquisador assistente o SAMIA LUIZA COELHO DA SILVA.

A pesquisadora informa que "A proposta de estudo apresentada se caracteriza por ser de natureza qualitativa, pois fincará sua proposta no estudo dos Serviços Residenciais

Terapêuticos – SRTs por meio da análise das relações estabelecidas entre os participantes da pesquisa, além de considerar uma realidade social, que envolve sujeitos repletos de determinações e essência, que não pode ser assimilada apenas por abordagens quantitativas. (...) A pesquisa se caracteriza ainda por ser exploratória e de campo,

envolvendo os cinco (05) SRTs das cidades de Teresina e União-PI. Quanto aos participantes que irão compor a pesquisa, estes serão: os coordenadores, os cuidadores e os moradores de cada um dos cinco (05) SRTs que irão totalizar em aproximadamente uma amostragem de cinquenta (50) participantes de pesquisa. As técnicas de investigação da pesquisa irão se focar: na

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa				
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550		
UF:	PI	Município:	TERESINA		
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332	E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br



observação participante com o intuito de observar a realidade social das Pessoas com Transtornos Mentais – PcTMs que fazem parte dos SRTs, se constituindo como os moradores desses serviços; entrevistas semiestruturadas a serem realizadas com os participantes da pesquisa; diário de campo que será utilizado para exercer a reflexão e a narração dos acontecimentos e situações vivenciadas na pesquisa; análise documental que será realizada através de acesso a possíveis documentos (relatórios, atas de reuniões, dentre outros) que existirem nos SRTs ou no hospital psiquiátrico de onde esses moradores foram desinstitucionalizados e pesquisa bibliográfica."

"Critério de Inclusão:

Serão incluídas todas as Pessoas com Transtornos Mentais – PcTMs que estiverem aptas cognitivamente a participarem das entrevistas e aceitarem

assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Quanto aos coordenadores e cuidadores serão incluídos todos aqueles que

estiverem em processo de trabalho nos Serviços Residenciais Terapêuticos pesquisados a partir de dois

(02) anos, pois o tempo de permanência no

serviço é relevante para analisar os indicadores do estudo proposto, além disso, o aspecto de inclusão a ser considerado assim como para as

PcTMs será a aceitação em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Critério de Exclusão:

O critério de exclusão será utilizado para a pesquisa de acordo com a realidade dos participantes propostos nesse estudo, a citar: coordenadores,

cuidadores e moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs. Quanto aos coordenadores e cuidadores dos serviços a linha de exclusão

se fincará quanto ao tempo de trabalho no SRT pesquisado, sendo excluído aquele que estiver em permanência no serviço por menos de dois (02)

anos de trabalho prestado, tendo em vista que é necessário uma constância e uma estabilidade no SRT por parte dos profissionais para que possa,

de fato, haver um conhecimento acerca do serviço e dos moradores e o estabelecimento de uma possível relação entre estes a partir do convívio

que passam a obter, pois é algo que a proposta do estudo demanda para a sua realização. Quanto aos moradores que se figuram como as pessoas

com transtornos mentais – PcTMs, o aspecto a ser considerado para a exclusão será o comprometimento dessas PcTMs, tendo em vista que alguns

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa				
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550		
UF:	PI	Município:	TERESINA		
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332	E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br



dos moradores dos SRTs pesquisados podem deter de transtornos em graus diferenciados."

A amostra é de 50 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar os produtos consignados pela implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, nas cidades de Teresina e União – Piauí, focando na direção da constituição de configuração de relações socioafetivas e/ou familiares.

Objetivo Secundário:

- Conhecer e analisar o cotidiano das residências terapêuticas na perspectiva e visão dos moradores que ali vivem, além de cuidadores e de

profissionais que auxiliam no processo de reintegração e, principalmente, da ressocialização dos residentes;• Traçar um perfil sócio demográfico dos

sujeitos (moradores, cuidadores e gestores) de modo a identificá-los, além de auxiliar em uma compreensão mais objetiva da realidade de cada

Serviço Residencial Terapêutico;• Analisar as relações estabelecidas entre os participantes da pesquisa considerando os marcadores

intergeracionais, de classe e de gênero que os envolvem."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Para as Pessoas com Transtornos Mentais – PcTMs participantes da pesquisa, os riscos serão mínimos podendo levar a lembranças negativas, mas

tudo será realizado para minimizar alguma situação de desconforto que vier a surgir decorrente da entrevista, em que no momento que tal situação

vier a ocorrer esta será imediatamente suspensa. Quanto aos coordenadores e cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs os riscos

se darão de forma mínima podendo vir a interromper o cotidiano de trabalho no momento da realização da entrevista, além disso, poderá também

levar a lembranças negativas, mas tudo será realizado, assim como com as PcTMs, para minimizar alguma situação de desconforto que vier a surgir decorrente da entrevista, em que no momento que tal situação vier a ocorrer esta será imediatamente suspensa.

Benefícios:

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa				
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550		
UF:	PI	Município:	TERESINA		
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332	E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br



Não prevê-se benefícios diretos para os participantes da pesquisa: moradores, coordenadores e cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos

– SRTs, a não ser o sentimento de que contribuirá para o esclarecimento do tema, contudo, prevê-se benefícios indiretos para a coletividade porque

o presente estudo irá contribuir com conhecimentos sobre a Saúde Mental e os SRTs na possível perspectiva de implantação de políticas públicas para a referida área."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista as várias correntes metodológicas existentes, encontra-se em conformidade com os fins objetivados, ao tempo em que evidencia o respeito aos preceitos éticos orientadores de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Na elaboração do projeto de pesquisa ora em apreço, percebe-se a atenção do pesquisador no que concerne à situação de vulnerabilidade inerente à condição de participante que, respeitado em sua individualidade, tem protegidas as suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual.

Por fim, o pesquisador responsável é profissional experiente, como evidenciado pelo currículo anexado, sendo tal circunstância mais um instrumento de segurança conferida ao participante que estará devidamente amparado durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios, especialmente considerando que não participarão da pesquisa participantes cujo grau do transtorno mental implique em incapacidade legalmente reconhecida (critério de inclusão e exclusão), situação esta que exigiria a inclusão do termo de assentimento no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa				
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550		
UF:	PI	Município:	TERESINA		
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332	E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 05 de Junho de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa				
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550		
UF:	PI	Município:	TERESINA		
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332	E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Pessoa com
Transtorno Mental**

Título do Projeto: OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO E CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO – PIAUÍ.

Pesquisador(es) responsável(is): Sâmia Luiza Coêlho da Silva/ Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

Instituição/Departamento: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ/ MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS.

Telefone para contato: (86) 3215-5808 (Coordenação do Programa de Políticas Públicas); (86) 3237-2332 (Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI).

Local de coleta de informações: SRTs da cidade de Teresina-PI; SRT da cidade de União-PI.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que se encontra em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Essa pesquisa tem por objetivo avaliar os produtos consignados pela implementação dos SRTs, nas cidades de Teresina e União – Piauí, focando na direção da constituição de configuração de relações socioafetivas e/ou familiares.

Se você aceitar participar terá que responder a algumas questões da pesquisadora que serão realizadas por meio da entrevista que discorrerá sobre perguntas que envolvem o cotidiano no SRT, o que acontece e como se estabelece o convívio e as relações nesse serviço. Caso aceite, autoriza a gravação da entrevista? () SIM (.....) NÃO.

A pesquisa tem riscos mínimos, podendo levar a lembranças negativas, mas tudo será realizado para minimizar alguma situação de desconforto que vier a surgir decorrente da entrevista, em que no momento que tal situação vier a ocorrer esta será imediatamente suspensa. Não prevê-se benefícios diretos para o/a participante, a não ser o sentimento de que você contribuirá para o esclarecimento do tema, contudo prevê-se benefícios indiretos para a coletividade porque o presente estudo irá contribuir com conhecimentos sobre a Saúde Mental

e os SRTs na possível perspectiva de implantação de políticas públicas para a referida área. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas, assim como poderá solicitar a exclusão de sua entrevista, sem qualquer justificativa.

Se você concordar em participar, seu nome e identidade não aparecerão no estudo nem em material a ser publicado, em que tudo o que for fornecido será utilizado somente para fins acadêmicos e/ou para artigos de revistas científicas, onde você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
de RG/ CPF _____, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Estou ciente a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO E CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO – PIAUÍ” Eu discuti com Sâmia Luiza Coêlho da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, ____ de ____ de 2015

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa – Bairro Ininga.

CEP: 64.049-550 – UF: PI – Município: Teresina

Tel.: (86) 3237-2332 – **Fax:** (86) 3237-2332 – **Email:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores e Cuidadores dos SRTs

Título do Projeto: OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO E CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO – PIAUÍ.

Pesquisador(es) responsável(is): Sâmia Luiza Coêlho da Silva/ Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

Instituição/Departamento: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ/ MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS.

Telefone para contato: (86) 3215-5808 (Coordenação do Programa de Políticas Públicas); (86) 3237-2332 (Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI).

Local de coleta de informações: SRTs da cidade de Teresina-PI; SRT da cidade de União-PI.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que se encontra em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Essa pesquisa tem por objetivo avaliar os produtos consignados pela implementação dos SRTs, nas cidades de Teresina e União – Piauí, focando na direção da constituição de configuração de relações socioafetivas e/ou familiares.

Se você aceitar participar terá que responder a algumas questões da pesquisadora que serão realizadas por meio da entrevista que discorrerá sobre perguntas que envolvem o cotidiano no SRT, o que acontece e como se estabelece o convívio e as relações nesse serviço. Caso aceite, autoriza a gravação da entrevista? () SIM (.....) NÃO.

A pesquisa tem riscos mínimos, podendo vir a interromper o cotidiano de trabalho no momento da realização da entrevista, além disso pode levar a lembranças negativas, mas tudo será realizado para minimizar alguma situação de desconforto que vier a surgir decorrente da entrevista, em que no momento que tal situação vier a ocorrer esta será imediatamente suspensa. Não prevê-se benefícios diretos para o/a participante, a não ser o sentimento de que contribuirá para o esclarecimento do tema, contudo prevê-se benefícios indiretos para a coletividade porque

o presente estudo irá contribuir com conhecimentos sobre a Saúde Mental e os SRTs na possível perspectiva de implantação de políticas públicas para a referida área. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas, assim como poderá solicitar a exclusão de sua entrevista, sem qualquer justificativa.

Se você concordar em participar, seu nome e identidade não aparecerão no estudo nem em material a ser publicado, em que tudo o que for fornecido será utilizado somente para fins acadêmicos e/ou para artigos de revistas científicas, onde você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
de RG/ CPF _____, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Estou ciente a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO E CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO NAS RESIDÊNCIAS DAS CIDADES DE TERESINA E UNIÃO – PIAUÍ” Eu discuti com Sâmia Luiza Coêlho da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, ____ de ____ de 2015

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa – Bairro Ininga.

CEP: 64.049-550 – UF: PI – Município: Teresina

Tel.: (86) 3237-2332 – **Fax:** (86) 3237-2332 – **Email:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

**APÊNDICE C – Entrevista semiestruturada aos moradores dos Serviços Residenciais
Terapêuticos**

1 **Perfil sócio demográfico:** idade; sexo; nível de instrução; tempo em que se encontra no SRT; nome do hospital psiquiátrico de que é egresso; tempo de institucionalização nesse hospital; possui ou não família de origem e vínculos com essa família?; possui algum caso de reinternação?; qual seu diagnóstico?

2 Você gosta de morar no SRT? Que atividades costuma fazer no SRT? Quais você tem mais afinidade? Você e os demais residentes costumam fazer alguma atividade externa ao SRT?

3 Você e as demais pessoas que se encontram no SRT costumam comemorar datas importantes durante o ano? Se sim relate e se não esclareça o por quê.

4 Como se dá sua relação com os outros moradores? E com os cuidadores e o gestor(a) como é sua relação?

5 Vocês do SRT tem alguma relação com a vizinhança? Se sim exponha como se dá esta relação.

6 Você acredita que ter vindo morar no SRT tem contribuído para melhorar sua qualidade de vida (“reabilitação” e reintegração social)?

7 Você acredita que a vivência existente no SRT tem fomentado relações de solidariedade e/ou de conflito entre você, os demais residentes, os cuidadores e o gestor(a) do SRT?

8 Qual sua perspectiva quanto a sua vida no SRT? Você tem planos para o futuro? Se sim quais? Relate de forma concreta.

9 Você acredita, a partir das relações estabelecidas nesse serviço, na existência e formação de uma configuração familiar nesse dispositivo? Se sim justifique a partir de situações concretas e se não esclareça o porquê .

**APÊNDICE D – Entrevista semiestruturada aos cuidadores dos Serviços Residenciais
Terapêuticos**

1 **Perfil sócio demográfico:** idade; sexo; vínculo com o SRT em que trabalha (efetivo, serviço prestado, cargo comissionado); além do SRT, trabalha em mais algum outro local?; tempo que trabalha no SRT; tempo de experiência na saúde mental.

2 Relate a sua experiência quanto a perspectiva de ter o SRT como espaço simultâneo de trabalho e de relações socioafetivas?

3 Você acredita que a vivência existente nos SRTs tem fomentado relações de solidariedade, de tensões/ conflito, de negociações, dentre outros, entre você, os residentes, os demais cuidadores e o gestor(a) do SRT?

4 Como se dá sua relação com os moradores do SRT? Existem momentos de interação entre vocês? Descreva por meio de situações concretas.

5 Discorra sobre seu cotidiano de trabalho. Quais suas principais atribuições? Em que momento os moradores participam das atividades cotidianas do SRT?

6 Os moradores costumam realizar alguma atividade externa ao SRT? Você e os demais cuidadores e/ou gestor acompanham os mesmos quando isso ocorre?

7 Você acredita, a partir das relações estabelecidas nesse serviço, na existência e formação de uma configuração familiar nesse SRT? Se sim justifique a partir de situações concretas e se não esclareça o porquê .

APÊNDICE E – Entrevista semiestruturada aos coordenadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos

1 **Perfil sócio demográfico:** idade; sexo; vínculo com o SRT em que trabalha (efetivo, serviço prestado, cargo comissionado); além do SRT, trabalha em mais algum outro local?; tempo que trabalha no SRT; tempo de experiência na saúde mental.

2 O nome Serviço Residencial Terapêutico compreende três dimensões, a citar: o serviço, a residência e a terapia. Nesse contexto, em que aspectos se constitui o seu trabalho considerando essas dimensões? Sua prática profissional contempla tais dimensões? Qual sua participação nesse processo?

3 Como se dá sua relação com os moradores e cuidadores desses serviços considerando os aspectos de convivência e interação?

4 Relate a sua experiência quanto a perspectiva de ter o SRT como espaço simultâneo de trabalho e de relações socioafetivas?

5 Como é o cotidiano dos moradores e cuidadores?

6 Na sua opinião como se estabelece a relação entre cuidadores e moradores?

7 Você acredita que a vivência existente nos dispositivos tem fomentado relações de solidariedade, de tensões/conflitos, negociações, dentre outros, entre você, os moradores e os cuidadores do SRT?

8 Com que frequência você se encontra no SRT?

9 Você acredita, a partir das relações estabelecidas nesse serviço, na existência e formação de uma configuração familiar nesse SRT? Se sim justifique a partir de situações concretas e se não esclareça o porquê.