

# A OPÇÃO POR SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS PRIVADOS: RELATOS DE FAMILIARES

THE OPTION FOR PRIVATE HOME THERAPEUTIC SERVICES:  
FAMILY REPORTS

LA OPCIÓN POR SERVICIOS RESIDENCIALES TERAPÉUTICOS PRIVADOS:  
RELATOS DE FAMILIARES

ALINE RIBEIRO  
DE LIMA RODRIGUES<sup>1</sup>

THELMA MARIA  
GRISI VELÔSO<sup>2</sup>

PEDRO DE  
OLIVEIRA FILHO<sup>3</sup>

**RESUMO:** A reforma psiquiátrica brasileira é constituída por uma ampla rede pública extra-hospitalar de atenção à saúde mental que convive, atualmente, com serviços privados, dentre eles, as residências terapêuticas particulares. Este estudo analisa os argumentos utilizados para justificar a opção por essas residências, construídos por familiares de usuários de saúde mental que moram em residências terapêuticas particulares em Campina Grande-PB. Com base na Psicologia Social Discursiva, realizaram-se entrevistas semiestruturadas que foram submetidas à Análise de Discurso. Os argumentos construídos pelos entrevistados para justificar a opção pelas residências particulares organizam-se em três categorias: a natureza do transtorno psicológico, o cansaço físico e mental dos familiares e a superlotação dos serviços públicos. Os relatos avaliam positivamente essas residências, legitimam a opção por elas e apontam para os desafios que o projeto de reforma psiquiátrica ainda tem que enfrentar, uma vez que tais serviços não comungam com os preceitos reformistas.

**Palavras-chave:** sofrimento psíquico, família, residências terapêuticas privadas, discurso.

<sup>1</sup> Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Pedra Lavrada/PB, Brasil

<sup>2</sup> Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil

<sup>3</sup> Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande/PB, Brasil

**ABSTRACT:** The Brazilian psychiatric reform created a broad extra-hospital public network of mental health care that currently coexists with private services, among these, private therapeutic homes. This study analyses the arguments used to justify the option for these homes formed by family members of mental health users who live in private therapeutic homes in Campina Grande, Paraíba. Semistructured interviews were held based on Social Discourse Psychology, according to the Discourse Analysis method. The arguments offered by those interviewed to justify their choice for private homes were organized into three categories: the nature of the mental disorder, the physical and mental fatigue of family members and the overpopulation of public health services. The reports evaluated these homes positively and legitimize this option because it confirms the challenges that the psychiatric reform is still bound to face in the future, since these services do not share the reformist precepts.

**Keywords:** psychiatric suffering, family, private therapeutic homes, discourse.

**RESUMEN:** La reforma psiquiátrica brasileña constituyó una amplia red pública extra-hospitalaria de atención a la salud mental que convive, actualmente, con servicios privados, entre ellos, las residencias terapéuticas particulares. Este estudio analiza los argumentos utilizados para justificar la opción por dichas residencias, construidos por familiares de usuarios de salud mental que viven en residencias terapéuticas particulares en Campina Grande-PB. Basada en la Psicología Social Discursiva, se realizaron entrevistas semiestruturadas que fueron sometidas al Análisis de Discurso. Los argumentos construidos por los entrevistados para justificar la opción por las residencias particulares se organizan en tres categorías: la naturaleza del trastorno psicológico, el cansancio físico y mental de los familiares y la superlotación de los servicios públicos. Los relatos evalúan positivamente dichas residencias, legitiman la opción por ellas y apuntan para los desafíos que el proyecto de reforma psiquiátrica aún tiene que enfrentar, ya que estos servicios no comparten los preceptos reformistas.

**Palabras clave:** sufrimiento psíquico, familia, residencias terapéuticas privadas, discurso.

Recebido em 31/08/2020

Aceito em 08/02/2022



A Psiquiatria asilar, modelo de assistência à saúde mental que surgiu no século XVIII, a partir dos estudos de Philippe Pinel, defendia o isolamento do sujeito em sofrimento psíquico como medida de tratamento e proteção da família e da sociedade. Essas pessoas eram afastadas de suas famílias e internadas nos hospitais psiquiátricos — muitas vezes, durante toda a vida — uma vez que o cuidado em saúde mental cabia exclusivamente a essas instituições (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016; Mello, 2005). No entanto, com as críticas ao sistema asilar e a consolidação da proposta de reforma psiquiátrica, outro lugar foi destinado à família, a qual se tornou imprescindível no processo de tratamento (Borba *et al.*, 2008; Souza & Baptista, 2008; Bastos & Alves, 2013; Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016). Como atestam Barbosa *et al.* (2012), os protagonistas dessa nova forma de cuidar não são só os trabalhadores de saúde mental, mas também os usuários e os familiares.

A reforma psiquiátrica criou novos instrumentos técnicos e terapêuticos, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e lutou pelos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e contra a exclusão, a segregação e a ruptura dos laços familiares. Todavia, o processo de reforma psiquiátrica tem enfrentado vários obstáculos e, nesse sentido, o envolvimento da família como protagonista no processo de desinstitucionalização tem sido um desafio (Oliveira *et al.*, 2016). Não devem ser desconsideradas, evidentemente, as dificuldades enfrentadas pelos familiares/cuidadores(as) de usuários de saúde mental, conforme pontuam estudos como o de Kebbe *et al.* (2014).

Nesse contexto, os familiares, além de recorrerem aos serviços públicos de saúde mental, instaurados pela Reforma Psiquiátrica, estão procurando os serviços privados (Silva, 2012), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) privados e as chamadas residências terapêuticas particulares. No município de Campina Grande, maior cidade da Paraíba — depois de sua capital João Pessoa —, por exemplo, além da ampla rede de serviços públicos que substituem o manicômio, os quais são credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS (oito CAPS, uma Unidade de Emergência Psiquiátrica, um Centro de Cultura e Lazer, nove Miniequipes de saúde mental na Estratégia Saúde da Família [ESF] e seis residências terapêuticas), existiam, no período da pesquisa, quatro residências terapêuticas particulares, localizadas em diferentes bairros da cidade.

As residências terapêuticas propostas pela reforma psiquiátrica e instituídas pelo Ministério da Saúde são frutos de um processo que remonta à década de 1980, quando surgiram os Lares Abrigados, com o objetivo de retirar os usuários das enfermarias dos hospitais e proporcionar um tratamento mais humanizado, no qual se incentivavam a autonomia e a socialização. Esses locais se caracterizavam como moradias e cabia às equipes intermediar a relação entre o Lar, a rede de assistência local e os profissionais de saúde. Aos poucos, a proposta recebeu outras nomenclaturas, como, por exemplo, moradias extra-hospitalares, pensões terapêuticas e moradias assistidas. O modelo mais recente — os Serviços Residenciais Terapêuticos ou Residências Terapêuticas (RTs) — foi instituído pelo Ministério da Saúde. No entanto, “um ponto comum é que todos esses modelos buscavam a substituição da internação psiquiátrica por uma alternativa de moradia” (Martins *et al.*, 2013, p. 328). As RTs, instituídas pelo Ministério da Saúde, são casas localizadas no espaço urbano, criadas para atender aos portadores de transtornos mentais que já foram institucionalizados ou não. Além disso, abrigam um número mínimo de uma pessoa e máximo de oito, e dispõem de uma equipe de profissionais preparados para atender as necessidades dos moradores (Ministério da Saúde, 2004).

As RTs são, principalmente, destinadas às pessoas que têm um histórico de longos anos de internação psiquiátrica e/ou que não dispõem de laços familiares que viabilizem seu retorno à comunidade. Essas residências estão articuladas com os demais dispositivos da rede de atenção em saúde, isto é, com os leitos reservados em Hospital Geral, a ESF, a Associação de Moradores, os Centros de Convivência e os CAPS, a fim de garantir assistência integral aos usuários.

O SRT proposto pela reforma psiquiátrica caracteriza-se, sobretudo, por ser um espaço de moradia e de trocas sociais, como afirmam Fassheber e Vidal (2007). A ideia é de que o usuário possa construir novos laços com seu novo território, que estabeleça novas relações de pertencimento e, de maneira ativa, exercite sua autonomia e cidadania. Nesse sentido, os referidos autores alertam que “reconhecer a especificidade do caráter de moradia da residência é crucial, no sentido de evitar que a mesma se transforme em um ‘mini-hospício’” (Fassheber & Vidal, 2007, p. 206, grifo dos autores).

Quando um usuário de saúde mental habita uma casa e não há conotação hospitalar, afasta-se a imagem de que ele tem que viver isolado socialmente. Isso contribui para que ele exercite seus direitos como cidadão. “Além disso, pode favorecer a reaproximação com seus familiares, pois será evidenciado que aquele usuário tem capacidade de viver em um lar e que os cuidados familiares poderão ser suficientes” (Martins *et al.*, 2013, p. 93). Desse modo, as famílias se sentirão estimuladas a se envolver nos projetos terapêuticos de seus parentes, bem como nos esforços de “reinserção” social desses sujeitos.

As residências terapêuticas particulares de Campina Grande contrariam esses preceitos. Em uma notícia publicada no site do Ministério Público da Paraíba (MPPB), intitulada *Quatro casas clandestinas funcionam como depósitos humanos*, afirma-se que, em 2009, o Ministério Público começou a investigar essas casas, que funcionam como residências terapêuticas, e constatou que elas surgiram dos desdobramentos advindos da interdição de um hospital psiquiátrico, o Hospital João Ribeiro, e “que são verdadeiros *depósitos humanos*, não possuem condições mínimas de funcionamento, atuando completamente à margem da lei” e já sofreram “várias denúncias de maus tratos e negligência aos usuários” (Ministério Público da Paraíba [MPPB], 2012, grifo do autor). Além de não serem credenciadas pelo Ministério da Saúde, quando investigadas pelo MPPB, apresentaram diversas irregularidades: falta de acompanhamento de pessoal qualificado, número excessivo de moradores (inclusive, convivem idosos, usuários de drogas e usuários com transtornos mentais), falta de condições sanitárias, de alimentação e de higiene adequadas, enfim, falta de condições dignas de moradia (MPPB, 2012). Em 2014, o Ministério Público da Paraíba voltou a investigar irregularidades nessas residências com o objetivo de interditá-las (MPPB, 2014).

Nesse contexto, é relevante entender os argumentos de familiares de moradores dessas residências terapêuticas particulares de Campina Grande, para justificar sua opção por elas e ampliar os estudos sobre a família, no que diz respeito às dificuldades que está enfrentando para assumir seu papel no processo de desinstitucionalização. No atual contexto reformista, como os familiares justificam uma opção — afastar o parente com transtorno psicológico da família — que pode ser definida por alguns como insensível e desumana?

Para a Psicologia Social Discursiva, perspectiva adotada neste trabalho, a linguagem é concebida como uma forma de ação por meio da qual o mundo é construído. Ela não só descreve objetos do mundo, como também faz coisas e não é apenas uma ação expressiva ou referencial, “mas uma maneira como nós fazemos o mundo” (Íñiguez, 2008, p. 6). Os sujeitos utilizam ferramentas retóricas para descrever a realidade em que vivem (Potter, 1998; Billig, 2008) e, em uma situação específica

de interação discursiva, procuram atingir, conscientemente ou não, determinados objetivos práticos. As pessoas envolvidas em situações em que têm que expressar sua opinião, como em nossa pesquisa, veem-se diante de dilemas que precisam manejar (Antaki *et al.*, 2003). Billig *et al.* (1988) sugerem o conceito de dilema ideológico para analisar as oposições que estão presentes no cerne de um mesmo relato. Para esses autores, a tensão e o conflito sempre estão presentes quando indivíduos argumentam e pensam sobre determinado tema, porque a própria vida social é atravessada por conflitos entre diferentes valores e modos de compreender o mundo. Os argumentos dos familiares para justificar a opção pelas residências privadas, que serão analisados neste estudo, estão condicionados por dilemas, algumas vezes, explicitados, outras vezes não, em que se tem, de um lado, o dever de ser leal com a família e, de outro, necessidades como liberdade, tranquilidade, estabilidade e ordem. Esses dilemas ajudam a compreender o que está sendo dito e, principalmente, o modo como está sendo dito. A análise desses argumentos construídos pelos familiares entrevistados contribuirá, teórica e empiricamente, para aprofundar a compreensão sobre o uso de estratégias argumentativas quando as pessoas falam de questões polêmicas e conflituosas que dividem a sociedade — temas de interesse central entre os pesquisadores da Psicologia Social Discursiva (Billig, 1991; Wetherell & Potter, 1992).

## MÉTODO

### Contexto, participantes e instrumentos

Esta é uma pesquisa qualitativa, cujos participantes foram familiares de moradores de residências terapêuticas particulares da cidade de Campina Grande-PB. Segundo informações dadas pelas responsáveis por essas residências, cada residência é coordenada por uma equipe formada por presidente, vice-presidente, secretária e tesoureira. Existem, ainda, as pessoas que cuidam da limpeza da casa e as cozinheiras. No que diz respeito à formação dessas pessoas, os pesquisadores foram informados de que alguns são enfermeiros. Havia coordenadores das residências que foram funcionários do hospital psiquiátrico (o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional [ICANERF] conhecido como Hospital João Ribeiro), o qual foi desativado por ter sido acusado de negligência e de maus-tratos, depois de ser fiscalizado pelo Ministério da Saúde em Campina Grande.

Uma coordenadora de uma das residências, ao ser perguntada pela pesquisadora sobre as atividades desenvolvidas na casa, afirmou que, infelizmente, não dispunham de funcionários capacitados para desenvolver atividades recreativas ou psicoterapia em grupo. Também informou que alguns funcionários levavam os moradores para passear pelo bairro e caminhar em uma praça próxima à residência, que a rotina deles era restrita a esses passeios, a banho de sol e a interação entre eles, e que eles não costumavam sair para outras atividades na cidade, pois os funcionários tinham medo de que dessem trabalho ou de que as pessoas ficassem com medo. A coordenadora afirmou, ainda, que trabalhou, durante algum tempo, numa residência localizada no Bairro do Santo Antônio e que lá não existiam pessoas capacitadas para cuidar dos moradores, os quais viviam trancados em casa sem passear, que a vizinhança não aceitava vê-los “soltos” pela rua e que existia um morador que vivia amarrado em sua cama. Além disso, ela disse que saiu de lá porque não aguentou presenciar tanto descaso e resolveu abrir uma residência. As coordenadoras das outras residências se limitaram a dizer que a rotina dos cuidadores se restringia à interação com os outros moradores e a algumas visitas de familiares.

Nas observações realizadas, constatamos que as residências tinham a estrutura básica de uma casa (quartos, salas, cozinha, banheiros) e não tinham piscina nem sala de jogos. Uns moradores perambulavam pela casa ou assistiam TV, e outros dormiam. Quando demonstravam interesse em sair, os funcionários que ficavam com as chaves do portão os impediam. A residência aparentava ser um local apenas para eles “ficarem”, e não para “habitarem” — uma “moradia psiquiátrica” (ver Saraceno, 1995 citado por Venturini, 2010).

Foram entrevistados os familiares de moradores de três residências terapêuticas particulares: a do Bairro do Santo Antônio, onde, segundo informações obtidas, moravam 18 pessoas (quatro mulheres e 14 homens); a do Bairro do Jardim Paulistano, onde moravam oito pessoas (duas mulheres e seis homens); e a do Bairro da Liberdade, onde moravam 12 pessoas, todas do gênero masculino. Foram entrevistados dez familiares (dois do gênero masculino, e oito do gênero feminino), cuja faixa etária variava entre 35 e 69 anos. O grau de parentesco dos entrevistados é distribuído da seguinte forma: quatro mães e seis irmãos de moradores. Desses, três familiares de moradores da residência do Bairro do Santo Antônio, dois do Bairro do Jardim Paulistano e cinco da residência do Bairro da Liberdade. Alguns familiares entrevistados afirmaram que retiraram seus parentes de uma das residências particulares existentes na cidade (e colocaram em outra), porque ela apresentava muitas irregularidades e a coordenadora não tinha boa índole.

Um dos instrumentos utilizados para coletar os dados foi a entrevista semiestruturada, elaborada a partir de um roteiro de perguntas construído com base nos objetivos da pesquisa. O número de entrevistados foi delimitado pelo critério de acessibilidade e pela disponibilização dos endereços dos familiares pelos responsáveis pelas residências. A coordenadora de uma das residências informou aos pesquisadores que muitos familiares moram em outras cidades e em outros estados. Muitos, segundo ela, deixam seus parentes “internados” e não preenchem a ficha de cadastro com seus endereços, pois têm receio de que seus familiares sejam “devolvidos”. Por essa razão, o contato com eles é feito por telefone. As entrevistas foram feitas no domicílio dos participantes e gravadas com um aparelho de gravador de áudio. Além das entrevistas, foram feitas observações, registradas em diário de campo, que serviram para subsidiar as análises. Cabe ressaltar, ainda, que o projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos textos escritos, os nomes dos entrevistados foram substituídos por pseudônimos.

### Análise das entrevistas

Para analisar as entrevistas, utilizou-se a proposta de Análise de Discurso de autores da Psicologia Social Discursiva (Potter & Wetherell, 1987; Potter, 1998; Antaki *et al.*, 2003). Nessa perspectiva, o termo *discurso* é entendido como toda forma de interação, seja ela escrita ou oral. Os sujeitos, como alerta Potter (1998), recorrem a um conjunto de recursos tanto para minar a veracidade dos relatos (apresentá-los como mentiras, ilusões etc.) quanto para construir relatos que se apresentam como factuais. O discurso é organizado e/ou construído para tornar verossímeis certas versões da realidade. O termo *análise de discurso* envolve a análise de todas essas manifestações (Potter & Wetherell, 1987). A proposta é de “examinar como certos dispositivos discursivos estabelecidos são utilizados, sobre novos materiais de trabalho, para explicitar a dinâmica de interação.

Então, é necessário mostrar o que os elementos característicos fazem, como são usados, para que, como manejam sequencial ou retoricamente etc.” (Antaki *et al.*, 2003, p.30, tradução nossa). O objetivo central da análise é de identificar as funções dos discursos e, conseqüentemente, seus efeitos de sentido (Potter & Wetherell, 1987).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO: JUSTIFICANDO A OPÇÃO PELAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS PARTICULARES

À Psicologia Social Discursiva interessa o modo como o sujeito explica suas ações e procura dar conta delas ao construir retoricamente um relato que se apresenta como uma versão particular e objetiva dos fatos. Usando certas estratégias linguísticas, o sujeito atribui responsabilidades e valores a si mesmo e aos outros (Martínez-Guzmán *et al.*, 2016). Ao convidar os participantes da pesquisa para explicar a opção pelas residências terapêuticas particulares, foi criada uma *tensão dilemática* (Billig *et al.*, 1988), isto é, os entrevistados se viram diante da necessidade de justificar uma escolha que pode ser avaliada negativamente no que diz respeito ao seu valor moral. Os argumentos construídos para responder a essa tensão podem ser organizados em torno de três tópicos: a natureza do transtorno psíquico, o cansaço físico e mental dos familiares e a superlotação dos serviços públicos.

### A natureza do transtorno psíquico

Alguns familiares justificaram a escolha pela residência alegando que a natureza do transtorno psíquico de seus parentes inviabilizava a permanência deles em casa com seus familiares.

**Entrevistadora:** No caso, o porquê de ter escolhido a particular?

**Bianca:** Não, não, ninguém escolheu. A gente não tem alternativa. É a sorte de ter uma particular, e eles precisam de uma residência particular. Você não entendeu que elas [responsáveis pela residência] eram enfermeiras em uma casa como essa?

**Entrevistadora:** Unhum.

**Bianca:** Só que elas não eram as coordenadoras, entendeu? Elas eram empregadas e agora elas são *as donas* [enfática] da residência terapêutica.

**Entrevistadora:** Unhum.

**Bianca:** Elas são as empresárias da saúde. Aí elas discordaram e disseram: “nós vamos abrir uma residência e vamos fazer o melhor”. E eu acreditei nelas, e se lá não está bom, elas estão dizendo, então pode levar meu irmão [tirar o irmão da residência anterior e levá-lo para a que elas abriram no Bairro da Liberdade]. Eu autorizei, e elas trouxeram ele, porque ele só pode viver em residência terapêutica particular (61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do Bairro da Liberdade).

**Entrevistadora:** Aí no caso, assim, qual o motivo, assim, de ter optado pela particular, pela residência?

**Carlos:** Olha, a... a questão não é nem de optar, é porque não tinha, não tinha alternativa. Assim, aproveitou que ele, ele, ele tem a aposentadoria... aaa... a ajuda do Governo dá ao usuário [referindo-se ao Programa de Volta para Casa], então pegamos exatamente esse dinheiro que é dele e vai investir nele.

**Entrevistadora:** Sei.

**Carlos:** Então, ele... ele... ele, tá se pagando no caso com o dinheirinho dele que ele recebe e assim, roupa, outras coisas a gente não faz questão de dá por fora, né? E como é um dinheiro pra ele, eu acho mais do que justo ser investido nele, né? Entendeu? E o tratamento, como eu lhe digo, é mais diferenciado também, né? Por isso que... São poucas pessoas que acolhem, que têm, que têm pra acolher esse pessoal que são... é complicado, é um pessoal que tá... tem que ter muita atenção, muita dedicação pra cuidar de pessoas especiais com problemas psicológico, neurológico. Eu acho que tem que ter muita dedicação pra com esse pessoal.

**Entrevistadora:** Sei.

**Carlos:** Então, eu acho que não é a todo mundo, assim, que você pode entregar uma pessoa dessa, né? Nas mãos de qualquer pessoa (50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do Bairro do Santo Antônio).

Quando os sujeitos descrevem pessoas e grupos sociais, eles realizam diferentes tipos de ações (Potter, 1998). Assim, as intervenções discursivas de Bianca e de Carlos são organizadas para constituir as identidades deles próprios, das pessoas que gerenciam as Residências Terapêuticas Particulares e dos seus usuários, de tal modo que a opção pelas residências se apresente como racional, justa e necessária.

Tanto Bianca quanto Carlos iniciam suas respostas afirmando que não se tratou de uma opção, pois não tiveram alternativa: “não, não, ninguém escolheu. A gente não tem alternativa” (Bianca); “olha, a... a questão não é nem de optar, é porque não tinha, não tinha alternativa” (Carlos). Há nesses relatos uma gestão de conveniência (Potter, 1998). Eles são construídos para anular a imputação de que é conveniente para seus autores manterem seus familiares nas residências. Então, se colocar os seus parentes numa residência particular era absolutamente inevitável, não se poderia atribuir tal decisão à conveniência dos dois. Não era uma decisão que atendia aos seus interesses nem dependia de suas vontades, pois era determinada pela natureza da enfermidade de seus parentes: “é um pessoal que tá... tem que ter muita atenção” (Carlos); “pessoas especiais com problemas psicológico neurológico” (Carlos); “ele só pode viver em residência terapêutica particular” (Bianca).

Bianca avalia positivamente o serviço, dizendo que é “uma sorte” ele existir, e posiciona as coordenadoras da residência como “empresárias da saúde”, que se negaram a continuar trabalhando em determinada residência e “abriram” outra para “fazer o melhor”. Assim, Bianca afirma que confiou nas boas intenções das coordenadoras da residência e as caracteriza como pessoas comprometidas com o trabalho que fazem. Carlos, por sua vez, considera-se uma pessoa interessada unicamente no bem-estar de seu irmão: o “dinheirinho” que seu irmão recebe [provavelmente refere-se ao auxílio-reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa, instituído pela lei federal 10.708/2003 (Ministério da Saúde, 2003)] é “investido nele”.

O termo “dinheirinho”, nesse contexto, minimiza o valor recebido pelo irmão e evidencia que ele, Carlos, é responsável por outros gastos.

No decorrer do seu relato, Carlos constrói vários outros argumentos para avaliar positivamente a residência. Primeiramente, diz que o tratamento é diferenciado e, em seguida, que cuidar desse “pessoal” requer muita “atenção”. Usa os termos “pessoas especiais” e pessoas com “problema psicológico, neurológico” na mesma frase, para maximizar as dificuldades no caminho daqueles que cuidam de “pessoas assim”. Depois de feitas essas justificativas, com o objetivo de mostrar o porquê da escolha da residência particular, afirma que não é a qualquer pessoa que se pode entregar uma “pessoa dessas”, que não se acha capacitado para cuidar do irmão e apresenta a residência como o lugar adequado para isso, uma instituição para a qual ele pode “entregar” o irmão.

Os relatos abaixo, de Bianca e de Aluísio, são mais explícitos do que os anteriores, para justificar a opção pela residência, e apelam também para a natureza do transtorno psíquico de seus parentes.

**Entrevistadora:** Aí, no caso, seu irmão foi morar nessa residência por quê? Qual foi o motivo?

**Bianca:** Por que assim, eu num já lhe contei? Ele viveu no hospital por mais de vinte anos, ele tem surtos, ou seja, ele não pode mais morar em casa, porque ele é uma pessoa que tem de ser tratada. A convivência dele em casa é difícil, agora depois do tratamento delas [responsáveis pela residência] melhorou muito. (61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do Bairro da Liberdade).

**Entrevistadora:** (...) o que te levou a optar pela residência particular foi...

**Aluísio:** Foi porque o meu irmão não se encaixava em casa.

**Entrevistadora:** Não se encaixava em casa.

**Aluísio:** Isso. O hospital era... era... o... só...quando levava ele era quando ele estava surtado e não passava quinze dias no tratamento. Um tratamento pra quinze dias, né? A pessoa levar uma pessoa surtada só passava quinze dias e voltava pra casa, e voltava pior.

**Entrevistadora:** Voltava pior.

**Aluísio:** E voltava pior. A gente falava e esses hospitais agora têm uma lei que não pode passar mais de um mês, né? O paciente... o doente mental não pode passar mais de um mês internado, é de quinze a vinte dias e o médico dá alta. Tinha dia de eu ir e ele estar mais surtado do que quando eu deixei, ele chegava até a me agredir quando eu chegava.

**Entrevistadora:** Estava mais surtado do que quando chegava.

**Aluísio:** Era. E o médico dizia: “Pode levar”. E eu... e... “Eu não vou levar”. “Eu não vou levar uma pessoa pra ela ficar na rua, entendeu? porque ele está surtado, quem não está vendo?”. Eu dizia pra o médico. Aí ele dizia: “É, eu vou deixar ele mais uns dez dias”. Porque também não tinha como levar, né?

**Entrevistadora:** Hum.

**Aluísio:** Se coloque no meu lugar, a pessoa trazer um doente pra voltar com ele pior.

**Entrevistadora:** Pra voltar com ele pior.

**Aluíso:** Pior. Aí foi quando a gente resolveu abrir essa casa, que é como uma casa pra eles, né? Aí eles melhoraram muito.

**Entrevistadora:** É como uma casa pra eles.

**Aluíso:** É. Aliás, dificilmente ele surta, eu não vejo mais meu irmão surtado, só por falta de remédio que ele toma. Se faltar o remédio aí ele dá uma crise de surto, mas se não faltar, ele está legal, está tranquilo. (35 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do Bairro da Liberdade).

Ao fazer afirmações como “ele tem surtos”, “ele é uma pessoa que tem de ser tratada”, “a convivência dele em casa é difícil”, Bianca continua procurando justificar a opção pela residência destacando as características do transtorno psíquico de seu parente. Aluíso, por sua vez, ao falar sobre o hospital psiquiátrico, utiliza o discurso direto, em que reproduz um diálogo entre ele e o médico, numa situação em que reivindicava que o irmão continuasse hospitalizado, dando mais credibilidade ao seu relato. Ele argumenta que, apesar de existir, atualmente, a lei que proíbe que o usuário fique mais de um mês internado, ele conseguia que o médico permitisse que o seu irmão continuasse no hospital mais dez dias: “porque também não tinha como levar, né?” E acrescenta: “se coloque no meu lugar, a pessoa trazer um doente pra voltar com ele pior.” Ao procurar, com essa afirmação, implicar a entrevistadora, refere-se à abertura da residência particular: “aí foi quando a gente resolveu abrir essa casa, que é como uma casa pra eles, né? Aí eles melhoraram muito.” Tanto se inclui como um dos responsáveis pela existência da residência particular, como afirma que lá é como uma casa e que eles melhoraram muito. Em sua formulação, o motivo da abertura da residência no Bairro da Liberdade foi a preocupação com o estado dos usuários. Com esse relato, Aluíso procura tornar inquestionável a eficácia da residência no tratamento de seu irmão.

Cabe destacar, como pontuam Hopkins e Reicher (2014), que quando os sujeitos falam sobre si mesmos e sobre outras pessoas eles não simplesmente descrevem pessoas e suas ações, mas também constroem identidades para essas pessoas, identidades que, assim construídas, têm as mais variadas consequências, dentre elas, atribuir responsabilidades. Bianca e Aluíso afirmaram que seus parentes, usuários de saúde mental, são os responsáveis por morar nas residências, e não com suas famílias. Isso é assim não porque seus familiares não querem se responsabilizar por eles, mas em razão de um conjunto de características dos próprios usuários, que “surtam, são de difícil convivência, são agressivos”. O modo como descrevem seus parentes torna inevitável e racional que o futuro desses parentes esteja ligado às residências.

Em pesquisa realizada por Maciel *et al.* (2009), os familiares de usuários de transtornos mentais também constroem representações que fortalecem a ideia de que o usuário deve ser afastado da sociedade e cuidado por quem sabe e tem a responsabilidade de cuidar, nesse caso, os “especialistas”. Desse modo, os familiares desvalorizam a ideia de que o usuário tenha qualquer possibilidade de se cuidar e de exercer sua cidadania, como preconiza a proposta reformista, cuja meta não é, simplesmente, a de transferir os chamados ‘doentes mentais’ para fora do muro dos hospitais ou de confiná-los na vida em casa, mas de resgatar ou estabelecer sua cidadania, respeitar “sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.” (Gonçalves & Sena, 2001, p. 51).

Nas intervenções analisadas no item anterior, os familiares ressaltaram traços identitários de seus parentes, mas falaram pouco sobre o possível cansaço que era de se esperar em pessoas que lidam com parentes que, segundo as descrições que construíram, surtam, são agressivos, indisciplinados. Nos relatos abaixo, eles ressaltam explicitamente o suposto esgotamento decorrente desse processo e colocam em primeiro plano o impacto negativo da conduta desses parentes na vida dos familiares que cuidam deles no interior da família. São relatos em que seus autores constroem a si mesmos como bem menos preocupados do que os autores dos relatos anteriores em se apresentarem como pessoas abnegadas, e cuja única preocupação é com o cuidado prestado aos seus parentes.

**Entrevistadora:** Sim, aí no caso como você tá me falando, ele foi morar na residência particular por quê?

**Vanda:** Sim, assim ele... somos dez irmãos, aí minha mãe, ele morava com minha mãe, aí minha mãe faleceu em 2008, aí ela pediu para eu tomar conta dele porque, porque já sabia que a família é assim, é toda, toda assim, não quer ser responsabilizada, né? Com ele, e ele é uma... é que requer muito cuidado, né?

**Entrevistadora:** Aí requer muito cuidado?

**Vanda:** Aí requer muito cuidado, aí fiquei tomando conta e... e a família nem ele... eu levo para visitar, é assim com ele, assim fala com ele, abraça, tudo tem o maior carinho, mas ninguém quer tomar a responsabilidade com ele, tá entendendo?

**Entrevistadora:** Ninguém que tomar a responsabilidade?

**Vanda:** É, com ele, ele dá muito trabalho, na residência as meninas controlam ele, mas quando chega em casa, ele me dá um trabalho porque ele quer, ele quer se soltar, onde na residência, as meninas prendem ele, ele não tem acesso total para fumar, que ele gosta de fumar, aí em casa ele gosta, ele se solta, ele fuma à vontade, não me obedece, aí quer fumar bastante, quer que eu dê dinheiro e quer que eu dê cigarro direto a ele e quer andar e... É é tanto que quando eu trouxe ele para a residência, eu já trouxe porque ele tava me dando bastante trabalho, não aguentei mesmo e coloquei ele na residência, porque lá em casa ele, ele trocava o cigarro por bebida, tava se acostumando a beber, o pessoal tem muita gente que num, num... num coopera, só quer ver o prejuízo dos outros, aí dava bebida a ele, aí ele entrava em surto, aí era um trabalho danado, aí ele tirava a roupa, aí era um trabalho danado, ele tava dando muito trabalho (62 anos, irmã de um morador da residência particular do Bairro da Liberdade).

**Entrevistadora:** No caso, sua filha foi morar lá na residência particular por que assim?

**Inês:** Porque, como te disse, eu sabendo que tem gente cuidando dela lá eu fico mais tranquila. Ela dá muito trabalho, muito trabalho mesmo. Às vezes eu... sei lá, peço a Deus que me ajude em uma maneira de deixar ela lá mesmo ou até mesmo que Deus leve ela, sabe? É muito trabalhoso.

**Entrevistadora:** Muito trabalhoso.

**Inês:** Demais (Silêncio). (69 anos, mãe de uma moradora da residência terapêutica do Bairro do Jardim Paulistano).

Ao usar a expressão “dar trabalho”, as entrevistadas procuram apresentar os usuários como pessoas excessivamente trabalhosas, que causam séria fadiga física e mental em seus parentes. No relato de Vanda, essa expressão aparece seis vezes: repete três vezes que o irmão dá “muito trabalho”; uma vez que o irmão dá “bastante trabalho”; e repete duas vezes que ele dá um “trabalho danado”. Para dar mais credibilidade à descrição que fez do irmão, Vanda descreve os comportamentos que evidenciam o quanto ele seria trabalhoso: “quer que dê cigarro”, “quer andar”, “quer que eu dê dinheiro”. Já no pequeno trecho do relato de Inês, essa menção ao trabalho aparece três vezes: “ela dá muito trabalho, muito trabalho mesmo (...)”. É muito trabalhoso.” A utilização da estratégia discursiva da repetição de palavras ou de expressões garante os efeitos de sentido que Vanda e Inês querem intensificar. Além disso, Vanda argumenta que sua família é grande, são dez irmãos, no entanto nenhum quer se responsabilizar pelo irmão em sofrimento psíquico porque ele “requer muito cuidado”. Ela procura explicar que não se trata de falta de afeto e de cuidado: “eu levo para visitar, é assim com ele, assim fala com ele, abraça, tudo tem o maior carinho, mas ninguém quer tomar a responsabilidade com ele, tá entendendo?” A versão que constrói a exime de qualquer falta de compromisso: ele é muito trabalhoso e o restante da família não a ajuda.

Inês, diferentemente dos demais, deixa claro seu desejo de ver a filha longe de casa: “às vezes eu... sei lá, peço a Deus que me ajude em uma maneira de deixar ela lá mesmo ou até mesmo que Deus leve ela, sabe?”. Vale salientar que o relato foi feito na presença da filha, que esteve junto da mãe durante toda a entrevista, pois devido à falta de recursos financeiros para efetuar o pagamento da mensalidade cobrada pela residência, estava, naquele momento, na casa da mãe.

Não podemos desconsiderar, como atestam vários estudos (Brasil, 2007; Silva *et al.*, 2008; Borba *et al.*, 2008; Maciel *et al.*, 2009; Bastos & Alves, 2013; Reis *et al.*, 2016; Moreira & Vieira, 2018), a sobrecarga não só emocional e psicológica, mas também econômica, que recai sobre os familiares, sobretudo no/a cuidador/a de usuários de saúde mental. É preciso considerar que há lacunas no serviço de apoio e de assistência aos familiares e aos usuários (Bessa & Waidman, 2013; Bastos & Alves, 2013). Os usuários estão sendo entregues aos familiares sem que seja feito um levantamento sobre o cotidiano dessas famílias, suas reais condições materiais e subjetivas (Silva *et al.*, 2008; Gonçalves & Sena, 2001). Bastos e Alves (2013) asseveram que, para que a família cumpra o papel esperado pela Reforma, ela precisa ter apoio institucional da rede de saúde mental, ter esclarecimentos e orientação de profissionais habilitados. Como advertem Martins e Guanaes-Lorenzi (2016), esse apoio dado à família deve se caracterizar como opção, e não como uma obrigação que possa sobrecarregá-la. O(a) cuidador(a) tem também os seus compromissos e ocupações pessoais e profissionais, e “oferecer espaços de atenção à família não significa que ela deve ocupá-los exatamente conforme nossas expectativas” (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016, p. 7).

Outro argumento dos familiares foi a superlotação dos serviços públicos, como se pode observar nos relatos de Rute e de Soraia:

**Entrevistadora:** Aí, no caso, o que te levou a optar pela residência particular?

**Rute:** (Silêncio) Não, porque, veja bem (pausa)... porque as coisas lá... as coisas do Governo sempre... é como se diz, é muita gente. Se fosse pra ele ter um tratamento diferenciado no hospital e hoje em dia eles não querem mais [refere-se ao Governo, às diretrizes da política de saúde mental]. Se você está melhor e fica naquele ambiente misturado com outros piores, aí fica difícil. Eu acho que por isso o Governo dá esse... tem uma lei lá, não sei qual é o número, que dá esse percentual [referindo-se ao Projeto de Volta Para Casa] para a família poder manter ele em casa.

**Entrevistadora:** O Governo dá um percentual.

**Rute:** É, pra aqueles pacientes que estavam internados e aí voltam pra casa. Aí eles voltam pra casa e eu acho que eles fazem isso para esses pacientes se reintegrarem, né?

**Entrevistadora:** Hum, pra se reintegrarem.

**Rute:** É. Porque é difícil a pessoa... você está em um hospital daquele, gente de todo... como é, assim, como eu te falei, tem paciente bom, ruim, melhor e fica muito misturado. E pra... aí fica difícil o paciente se recuperar. Aí ele vem pra casa pra se recuperar porque tem o convívio com a família, só o convívio... e tem a residência e eu achei bom demais. Pelo menos eles são mais obedientes na residência, porque em casa eles não querem obedecer não. Quando voltam, aí querem se soltar.

**Entrevistadora:** Querem se soltar.

**Rute:** É. Andar, fazer o que quer, desobedecer. Por que eu acho que acostumado com a família, né? Aí não intimida nada.

**Entrevistadora:** Não intimida.

**Rute:** Não intimida. Eles querem fazer o que quer. Eu gostei muito da residência. Todo mundo que chega elogia as meninas [as responsáveis pela residência]. (58 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do Bairro da Liberdade).

**Entrevistadora:** O que te levou a optar pela residência particular?

**Soraia:** O que me levou a optar pela residência particular é o que eu acabei de dizer. A residência particular não tem a quantidade que tem os hospitais públicos, entendeu? Eles fazem uma seleção, uma coisa que deveria ser feito. Aquilo lá, todo um hospital que deveria ser dividido por alas, que quem está mais alterado, determinado local, pra não misturar tudo, né? Se mistura tudo, até pra quem vai tratar fica difícil. Porque você está aqui querendo fazer uma terapia, uma coisa, aí dá uma...uma...como é? Me fugiu agora a palavra. Você quer fazer um trabalho, né? De ocupação, um desenho, aí chega um aperreado além da conta, aí tira o seu raciocínio. Aí não tem como trabalhar. Porque aquilo ali não está acompanhando nem um, nem o outro. Deveria dar estrutura aos hospitais.

**Entrevistadora:** Dar estrutura.

**Soraia:** Dar estrutura aos hospitais públicos. Divisões, alas. Um cabra que está chegando agora não é um depressivo de primeira instância, digamos assim, por etapas, como queira qualificar. Tem que dividir, já andei em hospitais e o problema é esse. Superlotação, a mistura, todo desorganizado. As próprias enfermeiras nem sabem o que fazer. O Governo deveria chamar um arquiteto e construir um hospital com suas verdadeiras divisões. Arquitetura pra aquilo, pra essa finalidade (55 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do Bairro da Liberdade).

Rute e Soraia fazem comparações entre os hospitais e a residência e parecem desconhecer o projeto reformista. A superlotação do serviço hospitalar é realçada com a crítica ao fato de os “pacientes ficarem misturados” nesse serviço. Elas os classificam como “melhores” e “piores” e afirmam que eles devem ser separados, para que os piores não prejudiquem os que estão melhores. Rute inicia sua fala criticando a superlotação que há nos hospitais e argumenta que o “percentual” [referindo-se ao Projeto de Volta Para Casa] que o Governo dá é para os “pacientes” voltarem para casa e se “reintegrarem” por conta da “mistura” que há no hospital. No entanto, vincula essa reintegração ao tratamento oferecido nas residências: “e pra... aí fica difícil o paciente se recuperar. Aí ele vem pra casa pra se recuperar porque tem o convívio com a família, só o convívio... e tem a residência e eu achei bom demais”. Rute minimiza o papel da família — “só o convívio” — e descreve a residência particular como um lugar melhor, onde os usuários “obedecem”, diferentemente do que ocorre em casa, onde eles querem “andar, fazer o que quer, desobedecer”. Em seu relato, o usuário ideal, quando estivesse em sua casa, deveria ser obediente e ter sua mobilidade reduzida a níveis mínimos.

Soraia também declara que optou pela residência porque é um lugar mais apropriado e seletivo do que os hospitais: “não tem a quantidade que tem os hospitais públicos, entendeu?” O seu relato caracteriza-se claramente como um discurso hospitalocêntrico, visto que propõe a divisão dos hospitais em “alas” e defende que se deveria dar estrutura aos hospitais: “o Governo deveria chamar um arquiteto e construir um hospital com suas verdadeiras divisões. Arquitetura pra aquilo, pra essa finalidade”. E para dar veracidade ao que diz, reforçando a legitimidade de sua reivindicação, afirma que já teve acesso aos hospitais psiquiátricos e que verificou que, de fato, o problema é o que ela descreve. Utiliza-se, portanto, de um recurso retórico que Potter (1998) chama de categoria de testemunha. Sua suposta ida aos hospitais — “já andei em hospitais e o problema é esse” — outorga autoridade ao que está dizendo.

O discurso hospitalocêntrico, nesses relatos, remete-nos ao processo de psiquiatrização da loucura, em que os hospitais e o saber médico psiquiátrico ganharam centralidade no tratamento do sofrimento psíquico (Sei & Santiago, 2019). Como atestam as referidas autoras, esse modelo assistencial hospitalocêntrico, marcado pela segregação, foi, durante muito tempo, responsável pela internação dos sujeitos considerados “adoecidos” com a justificativa, sobretudo, de proteger a sociedade, como já ressaltado neste artigo. A depender do contexto histórico, a família ocupou diferentes papéis na história das políticas de atenção em saúde mental. A luta antimanicomial, ao propor que o cuidado em saúde mental ocorresse, principalmente, em “contexto de liberdade” no território, utilizando diferentes dispositivos, realizando um trabalho multidisciplinar e considerando os ‘usuários’ de saúde mental como ‘sujeitos de direito’, instaurou um processo de substituição

da centralidade hospitalar por dispositivos de apoio terapêutico e social sintonizados com esses preceitos. A família, como já sinalizado neste artigo, assume o papel de um dos protagonistas nesse processo.

Os argumentos utilizados pelos entrevistados para “optar” pelas Residências Terapêuticas Particulares, serviços que, como já referido, não estão em sintonia com os preceitos reformistas, conduz-nos a compreender que a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade ainda é um grande desafio para o projeto de reforma psiquiátrica. Como atestam Amarante e Nunes (2018), a proposta de Reforma se depara com muitos obstáculos e desafios. Os retrocessos e as mudanças radicais propostos por meio das recentes medidas governamentais indicam um resgate do modelo manicomial e o desmonte do aparato psicossocial implementado pela proposta reformista.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva possibilitou identificar temas em conflito na sociedade (dilemas), os quais se apresentam nas falas dos familiares aqui investigados, quando justificam a opção pelas residências particulares para seus parentes em sofrimento psíquico. De um lado, temas como liberdade e tranquilidade e, de outro, o dever de ser solidário aos familiares em sofrimento atravessam os relatos dos participantes desta pesquisa e se apresentam para eles como um problema que deve ser resolvido retoricamente: como justificar a opção pelas residências particulares sem parecer uma pessoa má e insensível? A utilização dessa perspectiva discursiva, aliada aos estudos sobre a família, no contexto da saúde mental, contribuiu para uma reflexão sobre o complexo processo de “reinserção” do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade e, mais particularmente, sobre as dificuldades que estão servindo como entraves para que a família assuma seu papel, como um dos atores da rede intersetorial de saúde, conforme prevê o SUS.

A restituição dos laços familiares e comunitários e o direito do sujeito à atividade laboral, ao lazer e ao exercício de seus deveres e direitos como cidadão são fundamentais para o processo de reforma psiquiátrica. Entretanto, nos relatos dos sujeitos da pesquisa, a residência terapêutica particular é a melhor opção que têm para enfrentar o “problema” — o sujeito em sofrimento psíquico. Em seus relatos, os entrevistados utilizaram argumentos que qualificam essas residências e legitimam sua escolha, embora para alguns isso não tenha sido uma escolha, mas falta de alternativa. Não desconsideramos o fato de que é muito difícil para essas famílias lidar com o sofrimento psíquico no contexto em que vivemos. Além das inúmeras demandas e responsabilidades que são designadas ao familiar, temos que considerar se as famílias desses sujeitos em sofrimento psíquico estão sendo assistidas de maneira eficaz pelas políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067- 2074. Acesso em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Antaki, C., Billig, M., Edwards, D., & Potter, J. (2003). El Análisis del discurso implica analizar: crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital*, 3, 4-35. Acesso em <http://atheneadigital.net/article/view/n3-antaki-billig-potter/64-pdf-es>
- Barbosa, G. C., Costa, T. G., & Moreno, V. (2012). Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4 (8), 45-50. Acesso em <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2017/2299>
- Bastos, A. N., & Alves, S. M. (2013). A família como elemento significativo no tratamento do paciente com transtornos mentais: uma abordagem a partir do Serviço Social. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 2(2), 90-107. Acesso em <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/196/106>
- Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1), 61-70. Acesso em [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf)
- Billig, M. (1991). *Ideology and opinions*. London: Sage Publications.
- Billig, M. (2008). *Argumentando e pensando: uma abordagem retórica à Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Billig, M., Condor, S., Edwards, D., Gane, M., Middleton, D., & Radley, A. (1988). *Ideological dilemmas: a social psychology of everyday thinking*. London. Sage Publications.
- Borba, L. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 588-594. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>
- Brasil, E. G. M. (2007). *Cuidado com saúde mental: representações sociais dos usuários, familiares e trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. Acesso em <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pubtesedissertacoes.php>
- Fassheber, V. B., & Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (2), 194-207. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n2/v27n2a03.pdf>
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9 (2), 48-55. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>
- Hopkins, N., & Reicher, S. (2014). A Social Psychology of category construction. In N. Bozatzis, & T. Dragonas (Eds.). *The Discursive Turn in Social Psychology* (pp. 51-62). Ohio, Estados Unidos: Taos Institute Publications.
- Íñiguez, L. (2008). La psicología social en la encrucijada post-construccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In N. Guareschi (Org.). *Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo* (pp.5-42). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Acesso em <http://books.scielo.org/id/hwhw6>

- Kebbe, L. M., Rôse, L.B. R., Fiorati, R. C., & Carretta, R. Y. D.** (2014). Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em Debate*, 38 (102), 494-505. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L.** (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (3), 436-447. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>
- Martínez-Guzmán, A., Stecher, A., & Íñiguez-Rueda, L.** (2016). Aportes de la Psicología Discursiva a la investigación cualitativa en Psicología Social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicología USP*, 27 (3), 510-520. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n3/1678-5177-pusp-27-03-00510.pdf>
- Martins, G.C.S., Peres, M. A. A., Oliveira, A. M. B., Stipp, M. A. C., & Almeida Filho, A. J.** (2013). O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda - RJ. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 327-334. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a08.pdf>
- Martins, P.P.S., & Guanaes-Lorenzi, C.** (2016). Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32 (4), 1-9. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324216.pdf>
- Mello, R.** (2005). A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. *Revista Enferm. UERJ*, 13(3), 390-395. Acesso em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14550>
- Ministério da Saúde** (2003). *Manual do Programa de Volta para Casa*. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_PVC.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf)
- Ministério da Saúde.** (2004). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília. Acesso em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>
- Ministério Público da Paraíba [MPPB].** (2012). MPPB apura irregularidades em residências terapêuticas particulares: quatro casas clandestinas funcionam como “depósitos humanos”. Acesso em <http://mp-pb.jusbrasil.com>
- Ministério Público da Paraíba [MPPB].** (2014). MPPB apura irregularidades em residências para doentes mentais. Acesso em <http://g1.globo.com>
- Moreira, K. B., & Vieira, C. A. L.** (2018). Acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico: desafio à reforma psiquiátrica. *SANARE*, 17 (01), 102-109. Acesso em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1228/659>
- Oliveira, K. K. D., Rangel, C. T., Maia, C. A. A. S., Pessoa Júnior, J. M., Fernandes, R. L., & Miranda, F. A. N.** (2016). Aspectos contextuais da participação da família nos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev enferm UFPE on line*, 10(Supl. 4), 3676-81. Acesso em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11143/12647>
- Potter, J., & Wetherell, M.** (1987). *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behaviour*. London, U.K.: Sage Publications Ltd.
- Potter, J.** (1998). *La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Reis, T. L., Dahl, C. M., Barbosa, S. M., Teixeira, M.R., & Delgado, P. G.G.** (2016). Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde Debate*, 40(109), 70-85. Acesso em [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00070.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00070.pdf)

- Sei, M. B., & Santiago, E.** (2019). A família na história das políticas de atenção em saúde mental: um estudo documental. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(3)supl, 04-23. Acesso em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/36956>
- Silva, J. S.** (2012). *Família e sofrimento psíquico: um estudo com familiares de usuários de um CAPS privado*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Silva, V. A., Lippi, P. C. M., & Pinto, C. J. M.** (2008). Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. *INTELLECTUS - Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional*, 4 (5), 1-11. Acesso em <http://www.revistaintellectus.com.br/downloadartigo.ashx?codigo=21>
- Souza, M. S., & Baptista, M. N.** (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215. Acesso em <https://periodicos.u-cpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19753/19065>
- Venturini, E.** (2010). “O caminho dos cantos”: morar e intersectorialidade na saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22 (3), 471-480. Acesso em <https://www.scielo.br/j/fractal/a/dyVbJGc8WbWshmcPMJ5gjCB/?format=pdf&lang=pt>
- Wetherell, M., & Potter, J.** (1992). *Mapping the language of racism: discourse and the legitimization of exploitation*. Londres: Harvester Wheat Sheaf.
- 

### **ALINE RIBEIRO DE LIMA RODRIGUES**

Psicóloga Clínica pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Especialista em Teoria Cognitivo Comportamental pela UNICORP Faculdades. Psicóloga e Coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Pedra Lavrada - PB.  
Vínculo institucional: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Pedra Lavrada - PB.  
<https://orcid.org/0000-0003-1197-9907>  
E-mail: [aline\\_ribeiro15@hotmail.com](mailto:aline_ribeiro15@hotmail.com)

### **THELMA MARIA GRISI VELÔSO**

Graduada em Psicologia e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UEPB). Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP – Campus de Araraquara/São Paulo). Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).  
Vínculo institucional: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).  
<https://orcid.org/0000-0003-0447-7490>  
E-mail: [tgrisiveloso@gmail.com](mailto:tgrisiveloso@gmail.com)

### **PEDRO DE OLIVEIRA FILHO**

Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UEPB). Doutor em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professor (Associado IV) do Curso de Psicologia da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).  
Vínculo institucional: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).  
<https://orcid.org/0000-0003-2401-8953>  
E-mail: [deoliveirafilhopedro@gmail.com](mailto:deoliveirafilhopedro@gmail.com)