



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**ALINE RIBEIRO DE LIMA**

**Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores  
de Residências Terapêuticas Particulares**

**CAMPINA GRANDE  
2013**

**ALINE RIBEIRO DE LIMA**

**Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores  
de Residências Terapêuticas Particulares**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento à exigência para obtenção do título de bacharelado e licenciatura em Psicologia.

**CAMPINA GRANDE – PB  
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

L732s Lima, Aline Ribeiro de.

Saúde Mental e família [manuscrito] : um estudo com familiares de moradores de Residências Terapêuticas Particulares / Aline Ribeiro de Lima. – 2013.

94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Vêloso, Departamento de Psicologia”.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Residências terapêuticas. 3. Psiquiatria. I. Título.

21. ed. CDD 616.89

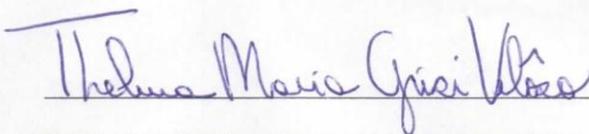
ALINE RIBEIRO DE LIMA

**Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores  
de Residências Terapêuticas Particulares**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento à exigência para obtenção do título de bacharelado e licenciatura em Psicologia.

Aprovada em 24/09/2013

Comissão Examinadora:



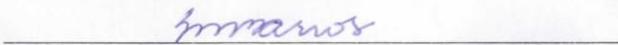
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Thelma Maria Grisi Vêloso (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

Universidade Federal de Campina Grande



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Sibelle Maria Martins de Barros

Universidade Estadual da Paraíba

*Àqueles que lutam por uma  
sociedade livre de  
manicômios e àqueles que  
ainda povoam essas  
instituições.*

## AGRADECIMENTOS

*No meio do caminho*

*No meio do caminho tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
tinha uma pedra  
no meio do caminho tinha uma pedra.*

*Nunca me esquecerei desse acontecimento  
na vida de minhas retinas tão fatigadas.  
Nunca me esquecerei que no meio do caminho  
tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
no meio do caminho tinha uma pedra  
(Carlos Drummond de Andrade – A Pedra do meio do Caminho)*

Bom, começo meus agradecimentos citando o poema de Carlos Drummond de Andrade para agradecer a Deus por ter me permitido remover a pedra no meio do meu caminho. Pedra esta pesada e inesperada, a qual “sacudiu” minha vida fazendo com que a conclusão desse trabalho fosse adiada. Sendo assim, obrigada Senhor pela recuperação de minha saúde e de permitir que eu estivesse hoje aqui terminando de escrever esse trabalho e, assim, concluindo minha graduação.

Aos meus pais por estarem comigo me apoiando e dando força para que este trabalho fosse concluído. Em especial ao meu querido irmão Alex pelo incentivo e por acreditar na minha competência. E por todos os momentos de carinho e dedicação a essa irmã tão chata e muitas vezes pessimista.

Ao meu querido noivo Ramon Douglas pela paciência e compreensão de tantas ausências, de tantos convites rejeitados, de tantos momentos não vividos e pela certeza da minha vitória.

Às minhas queridas colegas Nathália, Iara, Glória e Flávia que participaram juntamente comigo no Grupo de Pesquisa Psicologia da Saúde (linha de pesquisa “Saúde, posições identitárias e construções discursivas”), orientado pelos professores Thelma e Pedro. Momento este, que foi decisivo para a escolha do tema dessa Monografia e com certeza da área de Mestrado a qual quero seguir.

Aos meus queridos amigos conquistados ao longo da minha graduação: Dália, Amanda, Emanuell, Ana Karoliny, Maria das Graças (Gal), Elisabeth e Dorgival, muito obrigada por transformar esses cinco anos em momentos de muito prazer e alegria.

Em especial quero agradecer a três amigos Kelly, Joselma e Helder pela amizade verdadeira, pela torcida, pelas palavras de incentivo, pelo carinho e pela contribuição ao longo de todos esses anos. Obrigada pelas risadas nos corredores, pelas conversas nos intervalos das aulas, pelas ligações aflitas a procura de notícias nos momentos mais difíceis e por deixar meus dias mais coloridos no cotidiano das tarefas árduas da Academia.

Meu singelo agradecimento a tantos professores especiais que passaram na minha jornada acadêmica. Não poderia deixar de citar: Nelson Aleixo, Regina Celi, Fabíola Gonçalves, Edmundo Gaudêncio, Nelsânia Batista, Judy Gláucia, Jorge Dellane e Augusto César.

Aos queridos Robson e Vanildo pelo auxílio e pela dedicação.

À minha querida amiga/irmã “gêmula” Priscila, por está lá quando ninguém mais estava. Por escutar minhas angústias e lamentações, minhas dúvidas e incertezas e por toda a força e carinho dedicados nos meses mais longos e difíceis.

Agradeço de forma carinhosa aos professores Pedro e Sibelle que aceitaram fazer parte da banca examinadora. Aos dois, minha gratidão.

Meu especial agradecimento a minha orientadora Thelma por aceitar embarcar comigo nessa caminhada. Pela paciência e compreensão, pelo incentivo dado nas horas que eu pensei em desistir e por toda confiança depositada em mim.

Aos familiares que entrevistei agradeço a receptividade, a disposição e a confiança em relatar suas histórias a uma desconhecida.

A todos vocês dedico essas páginas que seguem...

*Eu disse que eu não sei o que a loucura pode ser:  
pode ser tudo ou nada.  
É uma condição humana.  
A loucura está presente em nós como está  
presente a razão.  
O problema é que a sociedade para definir-se  
civil, tem que aceitar seja a razão que a  
loucura.  
Em vez disso, essa sociedade reconhece a  
loucura como parte da razão e reduz ela à  
razão.  
Quando alguém é louco e vai para um asilo de  
loucos deixa de ser louco para se tornar  
doente: torna-se racional enquanto doente.  
O problema é como resolver este problema,  
superar a loucura institucional e  
reconhecer a loucura,  
onde ela se origina,  
quer dizer,  
na  
vida.*

*(Franco Basaglia)*

**RESUMO:** Embora a loucura sempre tenha existido na história da humanidade, foi a partir do século XVIII que se estabeleceu o seu lugar, a instituição psiquiátrica. Lugar de práticas excludentes, segregadoras e de ruptura dos laços familiares. A reforma psiquiátrica nasce do movimento de crítica à instituição psiquiátrica, movimento este que busca uma reestruturação do atendimento em Saúde Mental. A desinstitucionalização e o resgate da cidadania destes sujeitos tem a família como um dos pilares importantes nesta luta. A Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216/2001), seguindo a proposta da Psiquiatria Democrática Italiana, criou o chamado modelo substitutivo, que se caracteriza pela existência, dentre outros serviços dessa política pública de saúde mental, das Residências Terapêuticas. Estas se configuram como casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de sujeitos em sofrimento psíquico, egressos de hospitais psiquiátricos ou não. Além das residências terapêuticas que mantêm convênio com o SUS, na cidade de Campina Grande/PB existem quatro residências terapêuticas particulares. Neste trabalho realiza-se um estudo com os familiares dos moradores de três destas residências. Fundamentando-se na Psicologia Social Discursiva, este estudo tem como objetivo principal analisar nos discursos destes familiares os argumentos construídos para justificar a opção pelas residências terapêuticas particulares. Os objetivos específicos são: verificar nos discursos dos familiares os sentidos que constroem sobre as residências terapêuticas particulares; e analisar as definições de loucura construídas por esses familiares, procurando detectar discursos em que aceitem (ou não) a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade. Foram entrevistados dez familiares, dois homens e oito mulheres. O material obtido através de entrevistas semiestruturadas foi gravado e transcrito para ser analisado com base na Análise de Discurso proposta pela Psicologia Social Discursiva. No que se referem aos resultados, os entrevistados constroem diversos argumentos para justificarem a opção pelas residências particulares, dentre os quais se destacam: que não houve opção e sim falta de alternativa; a superlotação dos serviços públicos; por qualificarem o serviço de forma positiva; e o trabalho que o sujeito em sofrimento psíquico demanda. No que diz respeito aos sentidos construídos sobre essas residências, elas são descritas como um lar; “a segunda casa”; a solução para os sujeitos em sofrimento psíquico; uma ajuda; algo bom que apareceu, pois as responsáveis pelas residências são “gente boa”, “cuidam deles direito”. As definições de loucura construídas por esses familiares posicionam os moradores das residências como crianças; pessoas agressivas; que não sabem o que fazem. A loucura é descrita como um quadro irreversível. Utilizam também nomenclaturas como “depressão”, “esquizofrenia crônica”, “erro médico” para definir o que é loucura. Os discursos construídos sugerem que os familiares não aceitam a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade. Para estes familiares, seus parentes sempre irão morar nas residências terapêuticas particulares, sendo este o futuro dos mesmos. Observa-se, então, que o movimento de Reforma Psiquiátrica ainda tem muitos caminhos a serem percorridos, vários são os obstáculos que dificultam a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Sujeito em sofrimento psíquico. Família. Residências terapêuticas particulares. Discurso.

**ABSTRACT:** Although the madness has always existed in human history, was the eighteenth century that established its place, the psychiatric institution. Place of exclusionary practices, segregating and breaking of family ties. The psychiatric reform movement born of the criticism of the psychiatric institution, a movement that seeks a restructuring of care in mental health. Deinstitutionalization and citizenship rescue these guys have the family as one of the important pillars in this fight. The Law on Psychiatric Reform in Brazil (Law 10.216/2001), following the proposal of the Italian Democratic Psychiatry, created the so-called substitutive model, which is characterized by the existence, among other services, the therapeutic residences. These are configured as homes located in urban areas, established to meet the housing needs of individuals in psychological distress, discharged from psychiatric hospitals or not. Besides the therapeutic residences that have an agreement with the SUS in the city of Campina Grande / PB are four therapeutic private residences. This work is carried out a study with the families of three residents of these homes. The study aims at analyzing the speeches of these familiar arguments constructed to justify the particular therapeutic option for residences. The specific objectives are: to determine the discourse of family senses that build on the therapeutic private residences; analyze the definitions of madness built by these families, seeking detect discourses that accept (or not) the inclusion of the subject in psychological distress in family and society. Ten family members were interviewed, two men and eight women. The material obtained through semi-structured interviews were recorded and transcribed for analysis based on discourse analysis proposed by Discursive Social Psychology. In referring to the results, respondents construct various arguments to justify the option for private residences, among which stand out: that there was no option but the lack of alternatives; overcrowding of public services; qualify for the service in a positive way; and the work that the subject in psychological distress demand. Regarding the meanings constructed on these homes, they are described as a home, "a second home", the solution to individuals in psychological distress; aid; something good that came because the residences are responsible for the "good people", "take care of them right." The definitions of madness built by those familiar position the residents of the homes as children; aggressive persons, they know not what they do. Madness is described as an irreversible. Also use classifications as "depression", "chronic schizophrenia", "medical error" to define what madness is. The discourses constructed suggest that family members do not accept the inclusion of the subject in psychological distress in family and society. For these families, his relatives will always live in the therapeutic private residences, this being the future of the same. The Psychiatric Reform Movement still has many routes to be followed. The biggest obstacle concerns the erroneous meanings built on the madness that only increase the stigma and prejudice about the crazy, thus hindering their social reintegration.

**Keywords:** Subject in psychological distress. Family. Therapeutic private residences. Discursive constructions.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I: Referencial Teórico</b> .....	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO II: Metodologia</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO III: Opção pela Residência Terapêutica Particular e os sentidos construídos sobre essas residências</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1</b> Os argumentos construídos para justificar a opção pela Residência Terapêutica Particular .....	<b>31</b>
<b>3.2</b> Os sentidos construídos sobre as Residências Terapêuticas Particulares .....	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO IV: Definições de loucura e o convívio do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade</b> .....	<b>59</b>
<b>4.1</b> Definições de loucura construídas pelos familiares dos moradores das Residências Terapêuticas Particulares .....	<b>59</b>
<b>4.2</b> Sobre a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade --	<b>65</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>89</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>93</b>
<b>Anexo A - Termo de compromisso do pesquisador responsável</b> .....	<b>94</b>
<b>Anexo B - Declaração de concordância com projeto de pesquisa</b> .....	<b>95</b>
<b>Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	<b>96</b>
<b>Anexo D - Termo de autorização institucional</b> .....	<b>97</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>98</b>
<b>Roteiro de entrevista</b> .....	<b>99</b>

## INTRODUÇÃO

Ao nos debruçarmos sobre o tema loucura, percebemos que ela foi enxergada de diferentes formas ao longo dos anos, ou seja, houve mudanças do lugar social ocupado pelo louco. Um olhar voltado para a história observa perspectivas díspares sobre a loucura, pois ela

integra os usos sociais na Antigüidade, é aprisionada nos primórdios da Modernidade e se torna uma doença na instituição da Psiquiatria com Pinel e Esquirol. Na contemporaneidade, estabelece um campo de debates sobre o “ser louco” enquanto aquele que porta um transtorno, ou seja, uma pessoa que vive *circunstancialmente* dificuldades de manejo da sua conduta social (DIAMANTINO, 2010, p. 25, grifos do autor).

Dessa forma, podemos afirmar que na Antigüidade “a loucura era considerada privilégio, pois era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas” (SILVEIRA; BRAGA, 2005 apud CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2008, p. 317). A loucura não era considerada doença e o louco era considerado um sujeito diferente; diferença esta que lhe posicionava como um sujeito privilegiado, não sendo este isolado e estigmatizado.

Ainda na Antigüidade, Hipócrates, conhecido como o pai da medicina, se dedica a tarefa de explicar a loucura como sendo um desequilíbrio de natureza orgânica, inaugurando, dessa forma, a teoria organicista sobre a loucura. De acordo com Pessoti (1994, p. 57), a afirmação defendida por Hipócrates seria a de que

a loucura é uma doença orgânica, como qualquer outra. É um estado anormal do cérebro. A causa dela é algum desequilíbrio humoral devido a alteração de estado físico dos humores ou de sua localização e movimentação no interior do corpo. As alterações comportamentais ou mentais como o delírio, são meros sintomas. Igualmente, são simples sintomas os estados emocionais que os pacientes podem relatar.

Até a Idade Média, a loucura não era percebida como o contraponto da razão, não lhe sendo atribuídas questões morais e de conduta. Este período é marcado por puras concepções místicas sobre a loucura. O louco é visto como uma figura maldita e particular “objeto” de superstição (HEIDRICH, 2007).

A ênfase na causa orgânica da loucura é retomada por volta do século XVII e a crença na possessão demoníaca do sujeito dito como louco vai se enfraquecendo. A medicina vai se apropriando da loucura e definindo suas causas e tratamento, elegendo-

se como aquela que detém a cura da mesma. Desse modo, o século XVII naturaliza a loucura, no entanto, lhe atribui o estatuto de patologia mental (PESSOTI, 1994). Desse modo, em 1625, Plater propõe o conceito de alienação mental afirmando que a loucura é uma lesão da inteligência. (DIAMANTINO, 2010).

Com a instauração do novo modelo econômico, o mercantilismo, todos aqueles que não serviam para o trabalho eram excluídos. O Hospital Geral, fundado em 1656, vai exercer funções legais, soberanas e absolutas, tornando-se um forte aparelho de repressão. Cabe à instituição impedir as manifestações de miséria e de desordens sociais. A loucura é, neste contexto, excluída e vista como uma condição de ociosidade, sendo assim reprimida. (DIAMANTINO, 2010). Nesses hospitais não se almejava a cura da loucura, mas o seu isolamento e, conseqüentemente, uma definição do lugar do louco, afastado da sociedade. É o período da Grande Internação descrito por Foucault (2009).

Efetivamente, o século XIX tem em Philippe Pinel (1745 – 1826), médico e pai da Psiquiatria, o conceito já expresso em Plater, de que a loucura é uma doença eminentemente mental, entretanto de natureza moral, ou mais precisamente, é uma imoralidade que merece um tratamento moral. Em seu nascimento, a medicina, posteriormente denominada de psiquiatria, institui o seu poder sobre a loucura, o que vai ser evidente e colocado em prática na relação médico-doente mental dentro das instituições psiquiátricas (DIAMANTINO, 2010).

Institucionalizando a loucura, podia-se não apenas marcar a alteridade entre normais e anormais, mas também manter este sujeito alienado longe dos ditos ajustados, pois considerava-se que os loucos carregavam uma forte dose de periculosidade e ameaçavam a ordem social. Estes deveriam ser afastados do convívio social e tratados como sujeitos sem condição de desempenhar um papel social relevante.

O conceito de *alienação* vai possibilitar crescentemente a interdição do louco em favor da ordem social. A construção do asilamento vai marcar, mais que a etiologia da doença, a condição do louco. O asilamento será o modo institucional de marcar a diferença entre normalidade e patologia (DIAMANTINO, 2010, p. 33, grifo do autor).

Pinel propõe, como destaca Silva (2012, p.19), várias mudanças no que tange ao tratamento dos loucos. Ele acreditava que “soltar os loucos das correntes e celas que os prendiam, trazendo-os para áreas em que pudessem caminhar e receber banho de sol [...] poder-se-ia observar melhor a doença a fim de estudá-la”. Momento este em que Pinel

tira o louco do alçapão e o coloca na gaiola. Onde ele é transferido de uma forma de aprisionamento para uma outra mais sutil, fato este que representa maior grau de perigo, pois nos é suscetível de aceitar a crença de que o louco recebeu sua carta de alforria. Como afirma Foucault (2009, p. 393):

[...] foi necessário instalar uma nova dimensão, delimitar um novo espaço e como que uma outra solidão para que, em meio desse segundo silêncio, a loucura pudesse enfim falar. Se ela encontra seu lugar, isto acontece na medida em que é afastada; deve seus rostos à uma indiferença que a isola.

Como projeto reeducativo, a proposta de Pinel sustenta um lugar de autoridade que dá ao médico um saber ilimitado sobre a doença e um domínio sobre o corpo e a vida do paciente. Sendo assim, todo o saber sobre a loucura é atribuído à figura do médico e o local de efetivação dessa “relação de dominador e dominado” é no Hospital Psiquiátrico. O médico é aquele que detém o poder sobre a loucura, pois é ele quem determina quais os comportamentos que são normais ou anormais, aceitos ou não pela sociedade, “o suportável ou não do *desviante* da ordem social do internado” no hospital psiquiátrico. (DIAMANTINO, 2010, p. 35, grifo do autor).

A internação não tem mais uma natureza filantrópica ou jurídico-política, mas um caráter de tratamento (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2008), tratamento este a base de medicamentos, camisas de força, quartos escuros, cadeiras giratórias, eletrochoques.

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implica o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Aos loucos era destinado o isolamento do convívio social, pois se imaginava que estava nesse ambiente a causa do seu adoecimento. E por meio do tratamento moral era possível restitui-lhe a Razão (AMARANTE, 1995).

No entanto, por volta da segunda metade do Século XX, foram surgindo críticas e denúncias às práticas de maus tratos, violência, desrespeito, realizadas dentro dos muros dos manicômios, contra os sujeitos denominados loucos. E em resposta a esses fatos foram surgindo movimentos de repúdio ao modelo hospitalocêntrico e ao papel desempenhado pela psiquiatria asilar. Esse movimento de contestação foi denominado de Movimento Anti-Psiquiátrico.

Fazendo uma rápida retrospectiva internacional sobre este Movimento, a partir da II Grande Guerra vimos surgir uma série de experiências com o objetivo de mudar a experiência da assistência psiquiátrica. Em 1960, na França, delimitaram-se os leitos

psiquiátricos e os recursos que eram destinados a estes fins foram revertidos na instalação de serviços extra-hospitalares (DESVIAT, 1999 *apud* MOREIRA; ANDRADE, 2007). Com a contestação da psiquiatria asilar, considerada alienante, era necessário encontrar outros locais para que a psiquiatria pudesse atuar. No entanto, não houve a extinção do hospital, pois o mesmo ainda se fazia presente em uma das etapas do tratamento psiquiátrico, mas a principal etapa se daria fora deles.

No período de 1961 a 1972, na Itália, Franco Basaglia, põe em prática mudanças no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, dando oportunidade aos familiares e trabalhadores da saúde, participarem do sistema de assembleias regulares criado por ele (MOREIRA; ANDRADE, 2007). As primeiras transformações na assistência psiquiátrica se voltaram a operar na própria instituição hospitalar e a seguir no modelo da comunidade terapêutica. No entanto, por volta de 1971 há a construção de um complexo de assistência psiquiátrica comunitário e o desmonte do manicômio (desinstitucionalização).

No que diz respeito à América Latina, a partir de 1990, a maioria dos países passa a desenvolver políticas públicas sociais voltadas para a saúde mental (MOREIRA; ANDRADE, 2007).

O Brasil acompanha o movimento mundial de questionamentos ao modelo hegemônico de atenção à saúde mental. Segundo Diamantino (2010, p. 47), o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é entendido como “um conjunto de movimentos sociais organizados no sentido de questionar a função social da psiquiatria, dos hospitais psiquiátricos e dos trabalhadores em saúde mental, além de reivindicar direitos dos portadores de transtornos mentais”. Dessa forma, começou-se a reivindicar mudanças no modelo de atenção à saúde mental, foram feitas críticas ao saber psiquiátrico, se buscou novos instrumentos técnicos e terapêuticos, se lutou pelos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e contra a exclusão, dentre outros.

Influenciados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, no ano de 1992 os movimentos sociais lutam pela aprovação das leis que determinam a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico em vários estados brasileiros (BRASIL, 2005).

No entanto, a Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216) vem a ser sancionada apenas no ano de 2001. Assim, com a sua efetiva instauração, a assistência em saúde mental vai sendo redimensionada, privilegiando o tratamento em serviços de

base comunitária, trazendo novo impulso e outro ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

É nesse contexto que percebemos o surgimento de serviços em que se destacam formas de lidar com a loucura bem distintas das posições assumidas nos manicômios. Um serviço que compreende o sujeito em sofrimento psíquico como aquele que não pode mais ser vítima de um sistema institucional que o reprime, isola, silencia, o retira do convívio social e familiar, e o coloca à margem da existência humana. Esses serviços que se posicionam contrários a essas estratégias diante da loucura recebem o nome de Serviços Substitutivos e dentre eles temos o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Sendo assim, uma das atribuições do CAPS é prestar atendimento clínico diário, evitando, assim, as internações psiquiátricas, além de promover a inserção social dos sujeitos com transtornos mentais e dar atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005).

Esses serviços funcionam como “uma clínica sem muros”, onde o sujeito em sofrimento psíquico é incentivado a ser o protagonista de sua vida e de seu tratamento. É feito todo um trabalho para que aconteça a reinserção dessas pessoas ao convívio social através da restituição dos laços familiares e comunitários, direito a atividade laboral, ao lazer e a exercer seus deveres e direitos como cidadão. Dessa forma, os CAPS são serviços substitutivos e não complementares ao serviço oferecido pelos hospitais psiquiátricos. Ao CAPS cabe acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves, buscando fortalecer os vínculos sociais dessas pessoas. (BRASIL, 2005).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e também pela clientela atendida. Assim:

CAPS I capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e funcionam durante os cinco dias úteis da semana; CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes, a clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes e funcionam durante os cinco dias úteis da semana; CAPS III são os serviços de maior porte previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados com acolhimento noturno, atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de

200.000 habitantes; CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes funcionando durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005, p. 30).

Com objetivo de reverter o quadro de um grande número de internações psiquiátricas estendidas por longos períodos de tempo, em 2003 foi sancionada a lei federal 10.708 que se refere ao Programa de Volta para Casa, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso. Esse Programa, através do pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, tem a finalidade de promover a emancipação de pessoas com transtornos mentais, contribuindo nos processos de desinstitucionalização e redução de leitos, buscando a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização.

O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 01 (um) ano. Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES e CAP-MS), e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003, p. 04, grifo do autor).

O movimento de Reforma Psiquiátrica tem como um dos seus pressupostos a busca de alternativas à institucionalização como única resposta social à loucura e vem trazendo como solução a essas práticas hegemônicas a implantação de outras formas de serviços além dos CAPS, dentre eles, os Serviços Residências Terapêuticas.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) são casas localizadas no espaço urbano, atende as necessidades de moradia aos portadores de transtornos mentais que já foram institucionalizadas ou não. A casa abriga um número mínimo de uma pessoa e máximo de oito pessoas, dispondo de uma equipe de profissionais preparados para atender as necessidades dos moradores (BRASIL, 2004).

A inserção de um sujeito em sofrimento psíquico que está internado há anos em hospitais psiquiátricos, que não conta com serviços adequados na comunidade e que não tem um suporte familiar que lhe garanta condições adequadas de moradia, em uma Residência Terapêutica é o início de um longo processo de reabilitação e inclusão social.

Cabe ressaltar ainda que embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, elas são destinadas a garantir o direito à moradia das pessoas

egressas de hospitais psiquiátricos, garantindo o seu convívio social. Cada residência deve respeitar as necessidades de seus moradores e o direito deles circularem na cidade e na comunidade (BRASIL, 2005).

No município de Campina Grande, atualmente, existem as seguintes unidades públicas de atenção à saúde mental: o CAPSinho (Centro Campinense de Intervenção Precoce), o CAPS I Viva Gente (infanto-juvenil), o CAPS II “Novos Tempos”, o CAPS III “Reviver” e o CAPS ad (Álcool e Outras Drogas), além dos dois CAPS I localizados nos distritos de Galante e São José da Mata. Funcionam, ainda, o Centro de Convivência de Cultura Artes e Ofícios, a Emergência Psiquiátrica e seis Residências Terapêuticas. Fazem parte também da rede, as Equipes Matriciais que estão localizadas nos 04 distritos sanitários do município e atuam através dos postos do Programa Saúde da Família – PSF e dos CAPS<sup>1</sup>.

Além de todos estes serviços mencionados acima, existem no município, quatro Residências Terapêuticas Particulares, ou seja, que não são credenciadas pelo SUS. Essas residências estão localizadas nos seguintes bairros: Santo Antônio, Jardim Paulistano, Alto Branco e Liberdade.<sup>2</sup>

O objetivo principal desta pesquisa é analisar nos discursos dos familiares de moradores de residências terapêuticas particulares da cidade de Campina Grande (PB), os argumentos construídos para justificar a opção por essas residências terapêuticas. Os objetivos específicos são: verificar nos discursos dos familiares os sentidos que constroem sobre as residências terapêuticas particulares; e analisar as concepções de loucura construídas por esses familiares, procurando detectar discursos em que aceitem (ou não) a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade.

---

<sup>1</sup> Informação obtida no site da prefeitura da cidade de Campina Grande-PB através de dados da Secretaria Municipal de Saúde do município. Site: [www.prefeituracampinagrandepb.com.br](http://www.prefeituracampinagrandepb.com.br). Acessado em 19/07/2012.

<sup>2</sup> Vale salientar, que na cidade de Recife - PE já existe CAPS particular, o CAPS Casa Forte. “O CAPS Casa Forte foi fundado em janeiro de 2002, e tinha por finalidade receber para tratamento em formato de hospital-dia um público com diagnóstico de neurose grave. Após alguns anos de funcionamento, foi ampliado e passou a receber usuários com diagnóstico de psicose, passando, assim, a aumentar também sua estrutura física. Atualmente, possui duas estruturas, uma que oferece tratamento para neurose grave e para pessoas com problema com álcool e drogas, e outra estrutura que recebe pessoas com psicose. São duas casas muito próximas, que possuem a mesma equipe técnica. São interdependentes e trabalham na mesma perspectiva, por meio de oficinas terapêuticas, tratamento psicoterápico individual e grupal, atendimento corporal, atendimento psiquiátrico, acompanhamento e orientação familiar, assistência domiciliar.” (SILVA, 2012, p. 11).

Sendo assim, se faz necessário explicitar o conceito que subsidia o nosso entendimento sobre o que é família.

Diferentes são as concepções sobre família e cada uma delas destaca os aspectos relativos a seu conjunto de saberes e práticas. No entanto, todos os ramos de estudo reconhecem que a família é um grupo que sofre influências do contexto social e histórico e o influencia. Ela modifica e é modificada pelas práticas sociais (ROSA, 2005).

Vários foram os papéis assumidos pela família no que diz respeito ao cuidado com o louco. Na sociedade pré-capitalista, aquele que detinha o cuidado sobre o sujeito em sofrimento psíquico era a sua família, no entanto por volta do século XVIII, juntamente com o nascimento da psiquiatria com Pinel, nasce um novo olhar sobre a família desse sujeito. O isolamento do “doente” de sua família fazia parte do tratamento e tinha como justificativa a proteção da família contra a loucura. Por outro lado, dizia respeito ao fato da família também ser vista como propiciadora do adoecimento desse sujeito em sofrimento psíquico (MELLO, 2005).

Enquanto a psiquiatria deteve o poder e saber sobre o sujeito em sofrimento psíquico, a família teve uma pequena participação no cuidado do seu parente. No entanto, com as críticas ao sistema asilar, outro olhar foi dedicado à família. Esta é agora percebida como imprescindível no processo de tratamento. (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Como já explicitado, o movimento da reforma psiquiátrica defende o processo de desinstitucionalização, lutando pela substituição dos manicômios por novos dispositivos de acolhimento e tratamento. Estes serviços estão inseridos na comunidade e devem realizar ações que busquem fazer com que os familiares dos sujeitos em sofrimento psíquico se comprometam com a inserção social desses sujeitos, promovendo a cidadania e ações que reduzam o estigma e promovam a qualidade de vida dessas pessoas (Borba et al., 2008).

A reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico somente será possível se a família compreender, participar, colaborar no tratamento e manter este sujeito fora de instituições psiquiátricas convencionais. O envolvimento da família como protagonista no processo da reforma psiquiátrica tem sido um desafio, pois se percebe que apenas o fechamento dos hospitais psiquiátricos não é eficaz no combate a adesão dos familiares ao tratamento mental de base asilar, sem antes serem modificados os sentidos

construídos pelos mesmos sobre estes serviços. Portanto, é necessário essa conscientização e o oferecimento de condições para que o usuário permaneça com seu parente em seu cotidiano (MELLO, 2005).

Nesse sentido, as famílias se sentirão estimuladas a se envolverem nos projetos terapêuticos de seus parentes, bem como nos esforços de “reinserção social” destes sujeitos tão excluídos e estigmatizados pela sociedade. A família é de fundamental importância nesse processo de mudança das práticas psiquiátricas. Dessa forma, como afirma Viana (2007, p. 29),

foi feita uma revisão teórica e prática da investigação sobre a nova forma de atender o sofrimento psíquico, a qual envolve os usuários, os familiares, os profissionais e a sociedade. Há ainda muita luta pela frente, no sentido de conscientizar a todos quanto a não hospitalização psiquiátrica que há séculos imperou. Porém é crescente o número de terapias alternativas que dão suporte à nova forma de cuidar, ao processo de reabilitação psicossocial, numa perspectiva de ampliação da assistência que promove trocas afetivas, ligadas ao cuidado das pessoas.

Cabe ainda ressaltar que a Reforma Psiquiátrica é um processo ou movimento social que luta pela desconstrução do aparato manicomial, envolvendo para isso diversos atores sociais (AMARANTE, 1995). Se nos detivermos na desospitalização, as mudanças podem se constituir em mudanças superficiais, pois como apontam Dimenstein e Alverga (2009, p.40):

[...] sabemos ainda que tal processo social de desconstrução do manicômio não se esgota com a derrubada de seus muros, pois muitas são as vozes que indicam ser não apenas uma construção física, mas a de uma lógica e discursos que, diferentemente das formas asilares de tratamento, materializam-se como clausuras invisíveis.

Ainda no que diz respeito à família do sujeito em sofrimento psíquico, essa nova forma de enxergar a loucura preconiza a participação e o envolvimento do familiar no tratamento do mesmo. No entanto, muitos destes familiares não dispõem de suporte para acolhê-los em suas casas, seja por questões econômicas ou sociais. O Ministério da Saúde ressalta, em uma cartilha disponibilizada para profissionais de saúde mental, que as residências terapêuticas são direcionadas também para aqueles sujeitos em sofrimento psíquico cuja família não tem condições de cuidar dos mesmos (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2004).

Por outro lado, as políticas públicas em saúde mental defendem de forma enfática que os familiares dos sujeitos em sofrimento psíquico precisam estar presentes de forma eficaz e participativa no tratamento do seu parente. Citando o CAPS como exemplo de serviço substitutivo que preconiza essa ideia, o mesmo tem como objetivo

incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004, p. 29).

Este estudo procurará contribuir com essa complexa luta de “reinserção” do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade. Sabendo-se que o papel da família é de fundamental importância, as entrevistas, junto a esses familiares que “pagam” para que os seus parentes em sofrimento psíquico residam em residências terapêuticas particulares, possibilitaram a reflexão crítica sobre as dificuldades que estão servindo como entraves para que a família assuma o seu papel nesse momento de mudanças. Portanto, é necessário conhecer como seus integrantes reagem e convivem com o sofrimento psíquico.

Participaram deste estudo 10 familiares: 05 familiares de moradores da residência terapêutica do bairro da Liberdade, 03 familiares de moradores da residência do bairro do Santo Antônio e 02 familiares de moradores da residência do bairro do Jardim Paulistano da cidade de Campina Grande-PB. Vale salientar que não foi possível coletar dados na residência do bairro do Alto Branco, devido ao fato de não conseguirmos descobrir o recente e atual endereço da mesma. O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada, sendo todas gravadas e transcritas, e todo o material foi analisado a partir dos referenciais da Psicologia Social Discursiva.

Este trabalho está organizado da seguinte forma: no primeiro capítulo nos deteremos no referencial teórico que embasa este estudo, a Psicologia Social Discursiva. O segundo capítulo refere-se à metodologia utilizada. Os “resultados” deste trabalho serão apresentados no terceiro e quarto capítulos. No terceiro capítulo nos deteremos nos discursos referentes à opção pela residência terapêutica particular e aos sentidos

construídos sobre as mesmas. E, no quarto capítulo, nos discursos referentes às definições de loucura e à possibilidade de convívio do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade. Por último, virão as considerações finais.

## CAPÍTULO I: Referencial Teórico

### A Psicologia Social Discursiva

Este estudo, fundamentando-se na Psicologia Social Discursiva, apóia-se em perspectivas que enfatizam o tema linguagem como sendo importantes na construção da vida social.

Cabe assinalar que diferentes perspectivas teóricas contribuíram para a construção da proposta da Psicologia Social Discursiva, dentre elas destacam-se o Construcionismo, a Análise da Conversação, a Etnometodologia, a Filosofia Analítica, a Semiologia e a Retórica.

No que diz respeito ao movimento construcionista, este enfoca o estudo das práticas discursivas, considerando a linguagem como prática que provoca efeitos.

Sendo um movimento que se configura em um momento onde fervilham estudos sobre a linguagem, o construcionismo traz importantes contribuições aos questionamentos feitos à tradição que considerava a linguagem como possível de representar a “realidade”. Dessa forma, é uma perspectiva que se opõe às vertentes representacionistas e ajuda a delinear novas formas de investigação a partir de um ponto de vista pragmático da linguagem. Para os pesquisadores que embasam seus estudos nesta postura, linguagem é uma forma de ação no mundo, é uma prática (MÉLLO *et al.*, 2007, p. 26, grifo dos autores).

Essa posição tem a característica de negar a visão representacionista do conhecimento, assumindo uma postura onde defende que o conhecimento é construído, não existindo uma verdade estática e absoluta, mas vários sentidos dados ao mundo e diferentes saberes. Sendo assim, no que se refere aos estudos nessa área de conhecimento Gergen (2009, p. 301) afirma que “a pesquisa construcionista ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas)”.

O construcionismo não pretende postular verdades, mas pelo contrário, caracteriza-se como um movimento que mantém uma postura crítica diante do mundo. A ideia principal é que o mundo em que vivemos não está “simplesmente e evidentemente lá”, mas que o mesmo foi e é construído ativamente por seus participantes (HOLSTEIN; GUBRIUM, 2008 *apud* FIGUEIREDO, 2010).

Para os autores que se fundamentam no construcionismo, não há nada absoluto, nenhum saber é verdadeiro e definitivo. Algo que é marcante no movimento

construcionista é a postura crítica diante do mundo, o “constante questionamento daquilo que é considerado como óbvio ou natural ou que se estabilizou tornando-se uma verdade cristalizada”. (IÑIGUEZ, 2003 *apud* MÉLLO *et al.*, 2007, p.27)

O movimento construcionista tem contribuído com diversas reflexões teóricas e metodológicas que trazem a linguagem como destaque no campo da psicologia social, como é o caso da Psicologia Social Discursiva.

Ao criticar a psicologia social experimental, a psicologia social discursiva focalizou o seu interesse nas interações sociais e nos discursos produzidos pelos sujeitos em interação. Nessa perspectiva, o estudo dos fenômenos psicológicos deve ser situado nos discursos produzidos pelos sujeitos e nos significados que eles adquirem na interação social. A Psicologia Discursiva está preocupada em estudar como os discursos são construídos, como o conhecimento e a realidade vão ganhando significados a partir das interpretações estabelecidas e como vão sendo compartilhadas pelos sujeitos (SILVA, 2012, p. 49).

No que diz respeito a perspectiva teórica da Análise da Conversação, esta defende que o discurso é um meio através do qual as pessoas produzem efeitos sobre as outras e não a mera manifestação de um determinado conceito (PINTO, 2011). Defende, assim, a ideia de que o discurso produz ação.

Já a perspectiva teórica da Etnometodologia, está interessada em estudar os métodos cotidianos que as pessoas utilizam para produzir sentido no seu dia-a-dia. Dessa forma, a sua ideia principal é a de que as pessoas utilizam a linguagem para fazer diferentes coisas (PINTO, 2011).

Em relação à Semiologia, proposta pelo linguista suíço Ferdinand Saussure, Potter e Wetherell (1987, *apud* FIGUEIREDO, 2010, p. 50) afirmam que “ela tem como princípio norteador a arbitrariedade do signo. Nesse princípio, preconiza-se a distinção entre um conceito – o significado – e seu som de fala associado – o significante; sendo a combinação dos dois chamada de signo linguístico”. Sendo assim, a linguagem não pode ser vista como um processo de simples nomeação, mas precisa-se levar em consideração que o uso dessa linguagem está situada em um contexto social e cultural.

No que diz respeito à Retórica, Garay e Iñiguez (2005, p. 117) afirmam que

la retórica, es importante en tanto que ha desarrollado la concepción de que la conversación y el texto tienen un carácter argumentativo. Esto quiere decir que las personas al proporcionar descripciones, informes, opiniones o afirmaciones sobre el mundo, comúnmente se avanzan a las réplicas, potenciales o tácitas; pero, asimismo, también

quiere decir que las personas cuando hablan, no se limitan a una simple exposición imparcial y objetiva, sino que elaboran su discurso desde una posición concreta que, implícita o explícitamente, vehiculiza significados y no un simple catálogo de acontecimientos con sentido próprio.

Quanto à perspectiva da Filosofia Analítica, podemos afirmar que dois autores são de extrema importância para entendermos as suas contribuições para a construção da psicologia social discursiva: Wittgenstein e Austin. De acordo com Potter (2001, *apud* PINTO, 2011, p. 42)

Wittgenstein propôs uma visão alternativa da linguagem enquanto caixa de ferramentas: ao pensarmos numa caixa de ferramentas, afirma Wittgenstein, pensamos em pregos, martelos, cola, régua, etc, sendo as funções das palavras tão diversas quanto as funções desses objetos. Nesse sentido, o conceito de *descrição* desenvolvido por Wittgenstein também contribui para a visão da linguagem enquanto orientada para a ação. Para o autor, ao descrevermos alguma coisa nós não apenas reproduzimos as palavras. Mais do que isso, descrições são atos que são usados para realizar diferentes performances. Assim, as descrições não apenas *descrevem*, como também *produzem* algo (grifos do autor).

Austin da mesma forma que Wittgenstein, compartilha da perspectiva de que a linguagem é um meio de ação. Na sua teoria denominada de Teoria dos Atos da Fala, Austin observou que existem classes de sentenças que ao invés de apenas descrever coisas, tem como função principal fazer coisas (PINTO, 2011).

Como aponta Iñiguez (2004, p.50) os fundamentos que serviram de base para o papel que a linguagem tem atualmente são os seguintes:

O giro linguístico porque fez surgir a possibilidade de a ação científica ser considerada como uma prática social equivalente a qualquer outro tipo de ação social e porque deu à ciência social um embasamento epistemológico do tipo não-representacionista. A “Teoria dos atos da fala” porque vê na “fala” uma ação equivalente a qualquer outra. Ou seja, ela é como um “estratagema” capaz de “fazer coisas”. A Linguística pragmática, também chamada Pragmática, porque fornece o arsenal teórico e metodológico para a análise da linguagem em seu uso. [...] A Etnometodologia sintetiza magistralmente os princípios básicos que permitem inserir a linguagem como um elemento-chave na análise e na compreensão da vida e da estrutura social e, além disso, os leva à prática, teórica e metodologicamente. Certos aspectos da obra de Michel Foucault, porque permitem compreender a conexão entre as práticas discursivas e a construção e manutenção da estrutura social [...] (grifos do autor).

Essas perspectivas acima citadas apresentam pontos em comum que dão coerência às inúmeras práticas que são denominadas de análise do discurso ou perspectiva discursiva. Faz-se necessário especificarmos o que compreendemos por discurso.

O discurso é um conjunto de práticas lingüísticas. A análise consiste em estudar justamente como essas práticas atuam no presente, atentando para o poder constituinte e regulador que a linguagem possui para manter e promover relações sociais (IÑIGUEZ; ANTAKI, 1994 *apud* PINTO, 2011).

Compreendido o conceito de discurso adotado por estes autores, voltemos o interesse à psicologia social discursiva, considerando dessa forma, as suas três premissas centrais apontadas por Edwards e Potter (1992 *apud* MÉLLO *et al.*, 2007, p.28), “(a) o interesse em como as pessoas constroem a ‘realidade’; (b) a consideração da linguagem como construtora de ‘realidades’; (c) a compreensão da linguagem como uma prática social”. Sendo assim, toda a atenção é dada a linguagem, esta reconhecida como uma forma de ação com a qual construímos o mundo. Ou ainda, a linguagem não tão somente descreve objetos do mundo, mas faz coisas.

No que diz respeito à produção de conhecimento, uma das principais contribuições da perspectiva discursiva tem sido o desenvolvimento de pesquisas sobre os aspectos construtivos da linguagem na interação social. Antaki et al., (2003, p. 15) afirmam que

durante os últimos quinze anos, a análise de discurso tem tido um grande impacto na psicologia social, especialmente na Inglaterra, introduzindo novos métodos e maneiras de conceituar questões relativas à pesquisa, chegando a abrir novas reflexões sobre a natureza mesma da psicologia. Neste momento deixou de ser uma abordagem marginal desenvolvida por um grupo de acadêmicos, para ser uma perspectiva representada em um amplo espaço de revistas teóricas e empíricas apresentada em várias conferências [...]. É verdade que é cada vez maior o número de estudiosos que encontram na análise de discurso o principal caminho para a pesquisa em psicologia social. No entanto, aqueles que abordam os temas sócio-psicológicos, voltando-se para os estudos sobre o uso da linguagem, e que tem participado nesta mudança discursiva dentro da nossa disciplina, nem sempre compartilham a mesma posição.

Existem várias perspectivas diferentes sobre análise de discurso na área da psicologia social como também em outras áreas das ciências sociais, dessa forma,

através de seus métodos específicos encontramos contribuições de diversos campos de conhecimento. No entanto

a Psicologia Discursiva seria uma perspectiva de análise do discurso que estaria mais próxima às perspectivas que Iñiguez denomina de análise conversacional e de análise crítica do discurso. Por compreender o discurso enquanto estância fundamental para compreensão da vida social é que essa perspectiva se opõe à maneira tradicional de explicar os fenômenos psicológicos (PINTO, 2011, p. 39).

Os fenômenos psicológicos deixam de ser explicados como eventos mentais, internos, e passam a ser vistos como formações socialmente contextualizadas. Sendo assim, o foco de estudo recai sobre os diferentes discursos que são construídos através dos quais os fenômenos psicológicos são produzidos pelos sujeitos. De acordo com Oliveira Filho (2011, p. 356), na psicologia social discursiva o tipo de análise desenvolvida

diferencia-se claramente de outras abordagens analíticas, desenvolvidas em disciplinas como a linguística ou a psicologia. Os teóricos pertencentes àquela perspectiva não estão interessados na interface entre discurso e cognição (no papel de estruturas cognitivas na compreensão de textos, por exemplo), em questões fundamentalmente linguísticas ou com as variações da linguagem quando usadas por diferentes grupos sociais, no estilo da sociolinguística. Estão interessados no poder construtivo da linguagem. Em entender como o eu, a mente, a interação, as relações sociais e a vida social são construídos discursivamente.

Cabe ressaltar ainda que quatro tópicos são centrais para Psicologia Social Discursiva, são eles: função, construção, variabilidade e retórica. Esses conceitos não devem ser compreendidos de forma isolada, mas como sendo interdependentes.

Como afirma Cirilo (2006, p. 98) o termo função refere-se ao fato do discurso está orientado para a ação e os resultados. Dessa forma, acentua-se a orientação funcional ou a orientação que o discurso possui. Detemo-nos, então, nos objetivos que as narrações tentam alcançar, pois através da linguagem as pessoas acusam, questionam, ordenam, impedem, etc. Sendo assim, as funções do discurso só podem ser compreendidas a partir da análise da variabilidade. O discurso possui diversas funções e é variável. Sendo assim, a fala de uma pessoa varia de acordo com a intenção que ela

tenha num determinado contexto, ou seja, o discurso variará a partir de sua função (POTTER; WHETHERELL, 1987 *apud* PINTO, 2011).

A variabilidade nas explicações dos indivíduos é uma característica essencial do uso natural da língua e uma forma de compreender a ação. Usamos a linguagem de forma funcional que varia segundo o contexto discursivo. De fato, dependendo da variação da função discursiva, podemos descrever de diferentes maneiras uma pessoa, um acontecimento, um determinado grupo de pessoas, etc (PINTO, 2011).

No que se refere à construção, podemos afirmar que ao utilizar a metáfora da construção se está interessado em estudar a maneira como o discurso constrói versões de mundo (PINTO, 2011). Com essa ideia os autores da psicologia social discursiva procuram ressaltar que quando estamos falando sobre qualquer objeto do mundo, não estamos apenas o descrevendo, mas estamos construindo o mundo. Este mundo é construído a partir da escolha de quais recursos serão utilizados, tais como metáforas.

No que diz respeito à retórica, podemos dizer que a Psicologia Social Discursiva “ao utilizar contribuições da retórica, busca compreender o discurso como produzido por pessoas que mobilizam recursos para produzirem determinados efeitos, sendo um destes efeitos a construção de um discurso verdadeiro, em detrimento de outros” (PINTO, 2011, p. 62). Aqui o interesse é analisar como o discurso é organizado e/ou construído para tornar certas versões da realidade como verdadeiras. A questão é a seguinte: quais recursos são utilizados pelas pessoas para construírem seus discursos com o objetivo de convencer que suas narrativas são verdadeiras?

## **CAPÍTULO II - Metodologia**

Considerando os nossos objetivos, este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa. O público alvo foram os familiares dos moradores de três residências terapêuticas particulares da cidade de Campina Grande-PB.

Como primeiro passo, foi realizado o contato com a coordenadora dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município. No entanto, cabe ressaltar que a mesma não coordena essas residências particulares, sendo responsável apenas pelas conveniadas ao SUS. Em conversa com ela, soube-se que existiam quatro residências desse tipo na cidade. Sendo uma no bairro do Santo Antônio, uma no bairro do Jardim Paulistano, outra no bairro do Alto Branco e mais uma no bairro da Liberdade.

Ainda em conversa com a coordenadora, nos foi entregue os endereços das quatro residências e os nomes das responsáveis. Ressaltamos que 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, destacamos que existem alguns enfermeiros<sup>3</sup>.

No dia 18 de Junho de 2012 conseguimos estabelecer contato com a coordenadora da residência do bairro do Santo Antônio com o objetivo de conseguir os endereços dos familiares dos moradores. A mesma se mostrou receptiva, explicou que muitos familiares moram em outras cidades e em outros estados, mas que os endereços que fossem possíveis seriam disponibilizados; disse ainda que, muitos familiares deixavam seus parentes “internados” e não preenchiam a ficha de cadastro com os seus endereços e contato, pois segundo a coordenadora, tinham receio que seus familiares lhes fossem “devolvidos”, sendo estabelecido contato apenas por telefone. Informou, ainda, que moravam 18 pessoas (4 mulheres e 14 homens) nessa residência. Foram fornecidos três endereços de familiares.

No dia 27 de Junho de 2012 estabelecemos contato com mais uma residência terapêutica particular, esta localizada no bairro do Jardim Paulistano. A coordenadora também se mostrou receptiva; descreveu alguns momentos do cotidiano dos moradores, como os passeios, e comentou sobre alguns deles e seus respectivos parentes. Comentou que trabalhou durante algum tempo na residência localizada no bairro do Santo Antônio

---

<sup>3</sup> Fonte oral. Informação obtida através das responsáveis pelas Residências Terapêuticas Particulares.

e relatou alguns fatos sobre a mesma. Informou que viviam, na residência do Jardim Paulistano, oito moradores (2 mulheres e 6 homens), a maioria sendo de outras cidades da Paraíba, disponibilizando, assim, apenas quatro endereços de familiares.

No dia 11 de Julho de 2012 foi visitada a residência do bairro da Liberdade. A coordenadora também se mostrou receptiva, no entanto se privou de fornecer informações sobre a mesma. Informou que lá moravam 12 pessoas, todas do sexo masculino. Foram disponibilizados cinco endereços de familiares.

No dia 18 de dezembro de 2012 foi localizada a residência do bairro do Alto Branco. No entanto, ao chegar ao respectivo endereço, nos foi informado que ali não funcionava mais uma residência terapêutica particular, e que não sabiam para onde a residência tinha se mudado. Procuramos informações, através dos vizinhos, no entanto os mesmos também não sabiam informar o novo endereço da residência.

Fizemos novamente contato com a coordenadora dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Campina Grande, no entanto a mesma não soube informar o novo endereço desta residência.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (Vide Roteiro em Apêndice). Foram entrevistados 10 familiares (02 do sexo masculino e 08 do sexo feminino), cuja faixa etária variava entre 35 e 69 anos. O grau de parentesco dos entrevistados é distribuído da seguinte forma: 04 mães e 06 irmãos de moradores. Destes, 05 familiares de moradores da residência do bairro da Liberdade, 03 familiares de moradores da residência do bairro do Santo Antônio e 02 familiares de moradores do bairro do Jardim Paulistano.

O número de entrevistados foi delimitado pelo critério de acessibilidade e disponibilização dos endereços dos familiares pelas responsáveis das residências. As entrevistas foram feitas no domicílio dos participantes e gravadas através de aparelho de gravador de áudio. Além das entrevistas, foram feitas observações que foram registradas em diário de campo. Todos os nomes utilizados neste trabalho se tratam de pseudônimos.

Cabe ressaltar que antes de dar início à coleta dos dados, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovado. Cabe mencionar ainda, que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). Em todos os

documentos escritos foram utilizados pseudônimos para manter os informantes no anonimato.

Para analisar as entrevistas foi utilizada a proposta da Análise de Discurso, desenvolvida por autores da Psicologia Social Discursiva. Dessa forma, segundo Antaki et al., (2003, p.30):

A análise original deve apontar para examinar como certos dispositivos discursivos estabelecidos são utilizados, sobre novos materiais de trabalho, para explicar a dinâmica de interação. O que é necessário é mostrar o que os elementos característicos fazem, como eles são usados, para quê, como manejam sequencial ou retoricamente, etc.[...] O interesse é decompor tal declaração e mostrar que se produz uma série de novos materiais. Boa análise sempre se move de maneira convincente, ida e volta entre o geral e o específico.

Na Psicologia Social Discursiva o termo discurso é referente a toda forma de interação, seja ela escrita ou através de conversas. O termo análise de discurso é justamente voltado para a análise de todas essas manifestações (POTTER; WETHERELL, 1987 *apud* OLIVEIRA FILHO, 2011).

Sendo assim, toda a atenção é dada a linguagem, esta reconhecida como uma forma de ação através da qual construímos o mundo. Ou ainda, a linguagem não tão somente descreve objetos do mundo, mas faz coisas. “A realidade se constrói socialmente e os instrumentos com os quais se constroem são discursivos. Por isso podemos dizer que a linguagem não é apenas referencial, mas é principalmente de natureza formativa”. (SHOTTER, 1987 *apud* IÑIGUEZ, 2003, p. 06). A linguagem não é apenas uma ação expressiva ou referencial, “mas uma maneira em que nós fazemos o mundo”. (IÑIGUEZ, 2003, p. 6)

Nessa perspectiva, a linguagem é percebida como prática que provoca efeitos, que constrói versões de mundo e, conseqüentemente, produz “realidades”. Como afirmam Wetherell e Potter ( s/p):

(...) el discurso es variable, en el sentido de que cualquier hablante constituye acontecimientos y personas de maneras distintas según la función. Esto no implica que no haya ninguna regularidad, sino que la regularidad en el discurso no se puede probar a nivel de hablante individual.

Nesse sentido, após a transcrição de todas as entrevistas, foram feitas leituras e releituras das mesmas. O próximo passo foi a codificação. A codificação é diferente da análise propriamente dita, pois não estamos interessados nos resultados, mas em

organizar o conteúdo em partes mensuráveis. É uma preparação para o processo de análise do material (POTTER; WETHERELL, 1987).

Essa etapa da análise tem como objetivo formar categorias, sendo estas relacionadas às questões de interesse da pesquisa. Feito isto, nos voltamos à análise propriamente dita, constituída, principalmente, de duas fases: primeira, a busca pelo padrão dos dados e a preocupação com a função e consequência do discurso; segunda fase, formulação de hipóteses e procura das evidências nos discursos. Sendo assim:

na primeira fase, há a busca pelo padrão dos dados. Este padrão será na forma de variabilidade: diferenças sejam no conteúdo ou forma das considerações, e consistência: a identificação das formas divididas pelas considerações; há uma preocupação com função e consequência. A confiança teórica básica da análise do discurso é o argumento de que as falas das pessoas preenchem muitas funções e tem efeitos variáveis. Na segunda fase, a análise consiste em formular hipóteses sobre estas funções e efeitos e procurar pela evidência linguística (POTTER; WETHERELL, 1987, p. 11).

Dessa forma, interessa-se neste estudo pelas funções que os discursos têm e, conseqüentemente, pelos seus efeitos. Assim como, pelas diversas motivações que levaram as pessoas a construírem certos argumentos para validarem suas narrativas.

### **CAPÍTULO III - OPÇÃO PELA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA PARTICULAR E OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE AS MESMAS**

Na primeira parte deste capítulo nos deteremos na análise dos argumentos construídos pelos familiares dos moradores das residências particulares para justificar a opção por estas residências. Num segundo momento analisaremos os sentidos que constroem para descrever essas residências.

#### **3.1 Os argumentos construídos para justificar a opção pelas Residências Terapêuticas Particulares**

Como já explicitado na Introdução, a desinstitucionalização e a efetiva reintegração das “pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos” (BRASIL, 2005 p. 15). Sendo assim, as Residências Terapêuticas representam um dos vários mecanismos utilizados para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Como já mencionado, as RT's são, principalmente, destinadas para aquelas pessoas que possuem um histórico de longos anos de internação psiquiátrica e/ou que não dispõem de laços familiares que viabilizem seu retorno à comunidade. No entanto, em Campina Grande, existem famílias que “pagam” para que seus parentes, usuários de saúde mental, residam em RT's particulares, como já mencionado. Tendo em vista isso, um de nossos objetivos é analisar os argumentos construídos por esses familiares para justificar a opção por essas residências.

Vale ressaltar, que

os retóricos reconhecem que não adianta inventar argumentos excelentes se eles vierem aos trambolhões, um após outro, em uma ordem confusa. Os argumentos, por melhores que sejam precisam ser organizados em um discurso fluente e convincente. Como escreveu Longino, ideias sublimes devem estar “bem ordenadas e construídas em uma estrutura coerente” (BILLIG, 2008, p.114, grifo do autor).

Sendo assim, ao nos propormos a analisar os argumentos construídos por esses familiares para justificar a opção pela residência terapêutica particular, estamos justamente interessados nas estratégias utilizadas por esses familiares para construir seus argumentos.

Vejamos, abaixo, o discurso de Aluísio que ao ser perguntado sobre o motivo do seu irmão está morando na residência, constrói todo um discurso em que destaca que seu irmão “sempre” morou fora de casa:

Entrevistadora: Ai no caso, ele [irmão do entrevistado] foi morar na residência particular por quê?

Foi. No caso a gente... ele já vivia no Dr. Maia. A gente sempre internava ele no Dr. Maia, João Ribeiro. E ele já tinha... já morou em outra residência. Ai a gente fechou a residência, por que a dona estava comendo o dinheiro e não estava fazendo nada. Ai a gente decidiu montar uma, ai a gente foi e recebeu a colaboração de todos os familiares dos pacientes. Ai a gente montou uma com os voluntários e as meninas [responsáveis pela residência]. (Aluísio<sup>4</sup>, 35 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Ao ser perguntado o porquê do seu irmão ter ido morar na residência terapêutica particular, Aluísio tenta fugir da pergunta comentando sobre as internações do irmão em hospitais psiquiátricos, sendo assim, o mesmo não responde a pergunta realizada pela entrevistadora. No entanto, ao enfatizar que “ele já vivia no Maia” e “a gente sempre internava ele no Dr. Maia, João Ribeiro”, constrói um discurso em que deixa evidente que seu irmão já esteve outras vezes “morando” fora de casa.

As residências terapêuticas se tornaram algo que parece que a qualquer momento, qualquer pessoa, pode fechar ou abrir uma; percebemos isso no discurso de Aluísio, quando o mesmo afirma que fechou a residência anterior que seu irmão morava por que a dona estava “comendo” o dinheiro e não estava fazendo nada. Atentemos para o termo utilizado por ele para descrever as pessoas que são responsáveis por estes lugares: “dona” da residência. Podemos, assim, observar a mercantilização da loucura.

Podemos perceber também, no discurso de Aluísio, que ele se inclui no projeto de fechar a outra residência cuja “dona”, segundo ele, não estava fazendo “nada”, e montar a residência do bairro da Liberdade, onde o seu irmão mora atualmente. Fato este que pode ser percebido nas expressões: “ai a gente fechou”, “a gente decidiu”, “ai a gente montou”. Ao usar a primeira pessoa do plural constrói um discurso que também procura evidenciar a sua participação nos cuidados dados ao irmão, usuário de saúde mental.

---

<sup>4</sup> Cabe ressaltar que todos os nomes utilizados neste trabalho se tratam de pseudônimos.

Nos discursos de Bianca e de Carlos, abaixo, a residência particular aparece não como escolha e sim como falta de alternativa:

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

Só que elas não eram as coordenadoras, entendeu? Elas eram empregadas e agora elas são as donas (ênfase) da residência terapêutica.

Entrevistadora: Humm.

Elas são as empresárias da saúde. Ai elas discordaram e disseram “nós vamos abrir uma residência e vamos fazer o melhor”. (ênfase). 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. Por que ele só pode viver em residência terapêutica particular. (Bianca, 61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

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

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 associado, então pegamos exatamente esse dinheiro que é dele e vai investir nele.

Entrevistadora: Sei.

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.

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

Ao ser questionado a Bianca o porquê dela ter escolhido uma residência particular para o seu irmão, a mesma afirma que ninguém escolheu, pois não se tem alternativa e acrescenta “eles precisam de uma residência particular”. Ao fazer essas

afirmações, Bianca tira dela a responsabilidade de ter escolhido o lugar de morada do seu irmão e a deposita na necessidade que ele tem da residência, assim, a necessidade não é dela, é dele. A questão da mercantilização da loucura, também aparece quando Bianca fala que essas “donas das residências” são empresárias da saúde, o que sugere que elas exercem uma atividade econômica que busca gerar lucro.

Carlos afirma que esta foi a única alternativa e diz que paga a permanência do seu irmão na residência com a aposentadoria do mesmo. Quando diz que roupas e outras coisas ele é quem disponibiliza para o seu irmão, Carlos utiliza a expressão “a gente não faz questão de dar por fora”. Dessa forma, mostra-se como alguém que ajuda, mas que não tinha o dever de ajudar. Para justificar a opção pela residência acrescenta, “é mais do que justo investir o dinheiro nele, com ele”. Se redimindo, assim, de alguma “responsabilidade” por tê-lo “colocado” lá.

No decorrer do seu discurso, Carlos constrói vários outros argumentos na tentativa de convencer de que suas justificativas devem ser aceitas. Primeiro, diz que o tratamento é diferenciado; segundo, diz que tem que ter muita dedicação, muita atenção para cuidar dessas pessoas. Usa os termos “pessoas especiais” e que tem “problema psicológico, neurológico” na mesma frase reforçando a ideia de como é difícil cuidar de “pessoas assim”.

Depois de construídas suas justificativas com o objetivo de mostrar o porquê da escolha da residência particular, afirma ainda que não é a qualquer pessoa que se pode entregar uma “pessoa dessas”. Com esse discurso, Carlos tenta mostrar que não é capacitado para cuidar do irmão e que a residência não é “qualquer pessoa”, mas algo no qual o mesmo confia, ao ponto de “entregar” o seu irmão. Dessa forma, o mesmo qualifica o serviço de forma positiva, legitimando assim a sua opção.

Bianca e Carlos justificam a opção pela residência particular ao afirmarem que não tiveram alternativa. Precisamos, dentre outros aspectos, avaliar se os preceitos da reforma psiquiátrica de fato estão sendo realizados de forma efetiva nos chamados serviços substitutivos. Se as famílias desses sujeitos em sofrimento psíquico estão sendo assistidas de forma eficaz pelas políticas públicas e se existe a possibilidade de acesso de forma eficiente desses sujeitos a esses serviços. Precisa-se considerar a necessidade desses familiares que optam por residências particulares e as dificuldades que enfrentam para cuidar dos seus parentes.

Mais abaixo, podemos ver no discurso de Bianca e de Aluísio, a qualificação positiva do serviço residencial como justificativa:

Entrevistadora: O seu irmão foi morar nessa residência por quê? Primeiro, por que meu irmão se sente em confiança em voltar pra casa, ele faz confiança, ele não surta mais. Um bom relacionamento deles, que são 12 homens com sequelas de esquizofrenia, que tomam os remédios, né? Eles não são esquizofrênicos mais, eles tem sequelas, são tratados e elas cuidam deles. Na outra residência quase que quinzenalmente ia pra o hospital tomar soro por que tinham surtado. Elas têm pontos positivos, não há brigas entre eles, eles se gostam e não há conflitos quase nenhum.

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

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, por que 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. (Bianca, 61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: É, ai assim, no caso o que te levou a optar pela residência particular foi...

Foi por que o meu irmão não se encaixava em casa.

Entrevistadora: Não se encaixava em casa.

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.

E voltava pior. A gente falava e esses hospitais agora tem 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 está mais surtado do que quando eu deixei, ele chegava até a me agredir quando eu chegava.

Entrevistadora: Estava mais surtado do que quando chegava.

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? Por que ele está surtado, quem não está vendo?” Eu dizia pra o médico. Ai ele dizia: “É, eu vou deixar ele mais uns dez dias”. Por que também não tinha como levar, né?

Entrevistadora: Hum.

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

Entrevistadora: Pra voltar com ele pior.

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

Entrevistadora: É como uma casa pra eles.

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

Ao falar sobre a residência particular na qual o seu irmão mora, Bianca constrói todo um discurso em que ressalta os pontos positivos da mesma e o fato do seu irmão não surtar mais, o que não acontecia quando ele morava na residência anterior, onde os surtos ocorriam quase que quinzenalmente.

O seu discurso se desenvolve através da imagem que Bianca deseja construir do seu irmão. Primeiro, para convencer que a residência é um bom lugar para o seu irmão, Bianca constrói a imagem de um sujeito com sequelas de esquizofrenia, que tem uma boa convivência com mais 11 homens que lá residem e que não surta mais. No entanto, mais adiante para justificar o motivo do seu irmão ter ido morar na residência, a mesma constrói a imagem de um irmão que precisa ser tratado, que se apresenta como uma pessoa de convivência difícil e que surta. Dessa forma, em todo o seu discurso os seus argumentos são construídos de forma a demonstrar a necessidade de manter o seu irmão na residência, pois “a linguagem não é só expressiva ou referencial, mas uma maneira em que fazemos o mundo”. (IÑIGUEZ, 2003, p. 6).

Aluísio, por sua vez, compara o tratamento atual com o do hospital. Afirmado que, quando o irmão estava no hospital retornava para casa pior. No decorrer da entrevista para dar credibilidade aos seus argumentos, Aluísio relata alguns fatos sobre o seu irmão, salientando que na residência o mesmo apresenta um quadro melhor.

Menciona ainda, que a residência é como uma casa, não só para ele, mas para todos que ali estão. Sendo assim, Aluísio também qualifica o serviço da residência particular de forma positiva. Afirma que o seu irmão não se “encaixava” em casa, fato este que ocasionou a ida do mesmo para a residência. O seu discurso sugere que as pessoas que não se “enquadram” nos costumes estipulados pelas famílias e pela sociedade, muitas vezes é excluído do convívio com os mesmos. Fato este que não é recente, pois

a partir do século XVIII, a família passou a ser representada como um espaço de estabilidade emocional, de modo que os familiares com perturbações mentais passaram a não encaixar neste quadro, tornando-se uma solução comum enviá-los para centros especializados onde

pudessem ser cuidados e, deste modo, resguardar a família do padecimento e da exposição (OLIVEIRA, 2002, p.9).

Aluísio comenta ainda, sobre “essa nova lei que tem agora”, referindo-se a Lei de Reforma Psiquiátrica. Afirmado que os sujeitos em sofrimento psíquico não podem passar muitos dias internados em hospitais psiquiátricos. Afirma ainda, que seu irmão voltava da internação de pequena duração pior do que quando foi. Sendo assim, resolveu com a ajuda dos outros parentes “abrir” a residência particular.

Diante desses fatos, podemos perceber que “os familiares ainda não assimilaram o novo discurso da saúde mental com ênfase na família e na sociedade; isso demonstra claramente a dificuldade dos familiares em aceitar a reforma psiquiátrica e a inclusão sociofamiliar” (MELMAN, 2001 *apud* MACIEL *et al.*, 2009, p. 445).

Ao perguntarmos o porquê de seu parente ter ido morar na residência terapêutica particular, Soraia se posiciona de diferentes formas em diferentes momentos da entrevista, vejamos abaixo:

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

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. Por que você está aqui querendo fazer uma terapia, uma coisa, ai dá uma...uma...como é? Me fugiu agora a palavra. Você quer fazer um trabalho né? De ocupação, um desenho, ai chega um aperreado além da conta, ai tira o seu raciocínio. Ai não tem como trabalhar. Por que aquilo ali não está acompanhando nem um, nem o outro. Deveria dar estrutura aos hospitais.

Entrevistadora: Dar estrutura.

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.

[...]

Entrevistadora: Hum, no caso o seu irmão foi morar na residência particular por que mesmo?

Ele foi morar por que onde eu morava não tinha assistência.

Entrevistadora: Não tinha assistência.

Psiquiatra, só se apareceu agora, por que até ontem não tinha. A última volta minha lá em Pernambuco, não tinha. Tinha o

CAPS, mas, o médico foi embora, o prefeito atual não contratou. Alega que psiquiatra está faltando, num sei o quê. E b-b-b e tá-tá-tá.

Entrevistadora: Então, é por que não tinha assistência?

Não tinha assistência não. Teve dias lá que eu chamei a polícia e nem é a polícia. Mas por consideração eles deram uma força. Mediquei, fiquei lá no hospital, depois eu trouxe de volta pra casa. (silêncio).

[...]

Ai eu coloquei ele na residência, agradeço, não tinha condições de ficar com ele em casa por conta do remédio.

Entrevistadora: Não tinha condições de ficar com ele em casa.

O pernoite já ficava difícil, durante o dia ainda dava pra... é como...mas a noite a pessoa sente medo.

Entrevistadora: Sente medo.

Sentia medo de está com ele por que eu sei se ele tomou o remédio, a medicação? Ai eis ai a questão. Ai é o que eu digo, se o CAPS, se tivesse um CAPS onde a pessoa tivesse acesso a transporte, entendeu? A pessoa tá lá e tá cá. Era isso, o ideal seria isso. Você ter uma assistência como se deve ter assistência.

Entrevistadora: O ideal seria esse.

O ideal seria esse. Pronto, se eles colocassem clínicas com um padrão qualificado de qualidade eu ficaria feliz. Constitui um hospital e bota além da conta, tem mais paciente do que cama. Encontrei CAPS lá em Pernambuco mesmo que o paciente ficava dormindo no chão, como é que pode? Isso é CAPS?

Entrevistadora: No CAPS?

Foi. Isso é um faz de conta.

Entrevistadora: Faz de conta.

É. Eu dou graças a Deus. É uma pena não ser... os governantes não olhar [pela residência terapêutica particular]. (Soraia, 55 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Ao perguntar a Soraia o motivo do seu irmão ter ido morar na residência particular, a mesma responde que a residência não tem a quantidade que os hospitais públicos têm e que “a residência faz uma seleção”. Afirma que os hospitais deveriam ser divididos por alas para os internos não ficarem “misturados”, pois dessa forma auxiliaria o trabalho dos funcionários. Todo o seu discurso continua pautado na defesa por “divisões, alas” nos hospitais. E, para dar veracidade ao que diz, reforçando que a sua reivindicação é de fato necessária, afirma que já teve acesso aos hospitais psiquiátricos e que verificou que de fato o problema é este. Dessa forma, Soraia faz uso de um discurso empirista. Segundo Potter (1988, p. 204), “el repertorio empirista se puede considerar como un conjunto de recursos a los que recurrir cuando se

exteriorizam hechos despojando de la agencia a los constructores de estos hechos y adjudicandola a los hechos mismos”.

Percebemos também, que Soraia compara o CAPS a um hospital, como podemos perceber no seguinte trecho: “Constitui um hospital e bota além da conta, tem mais paciente do que cama. Encontrei CAPS lá em Pernambuco mesmo que o paciente ficava dormindo no chão [...]”.

Depois de construir todo um discurso em que aponta como motivo da permanência do irmão na residência particular à superlotação dos hospitais públicos, ao ser questionada, mais uma vez, em relação ao lugar de moradia do seu irmão, Soraia constrói outro argumento, onde atribui o motivo de o seu irmão ter ido morar na residência particular à falta de assistência onde moravam. O decorrer do seu discurso é construído com o objetivo de legitimar esse seu argumento. Para isso, Soraia faz uso mais uma vez de um discurso empirista, onde afirma que retornou ao estado de Pernambuco e ainda não tinha psiquiatra, pois o prefeito atual ainda não contratou.

No terceiro trecho do seu discurso, a mesma diz “Ai eu coloquei ele na residência, agradeço, não tinha condições de ficar com ele em casa por conta do remédio”. Ou seja, neste trecho da entrevista, o que levou Soraia a optar pela residência particular foi o medo de ficar com ele em casa sem saber se o mesmo tinha tomado a medicação, principalmente durante a noite. Nesse sentido, autores como Borba et. al., (2008, p. 591), apontam que “as famílias que convivem com o sofrimento psíquico demonstram preocupação e medo frente ao comportamento inadequado e imprevisível”.

Soraia critica a forma como o CAPS está funcionando, afirmando que a assistência não está sendo como deveria ser. Diz que existem mais pacientes do que camas nos hospitais. Observa-se, mais uma vez, o uso de um discurso empirista como estratégia para legitimar a veracidade de sua fala: “Encontrei CAPS lá em Pernambuco mesmo que o paciente ficava dormindo no chão, como é que pode? Isso é CAPS?”

Assim como Soraia que atribui à “superlotação” dos serviços públicos um dos motivos que a levou a optar pela residência particular, outros entrevistados também se posicionaram dessa forma, como é o caso de Rute, Judite e Edna abaixo:

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

(Silêncio) Não, por que, veja bem (pausa) por que 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. [...] Se você está melhor e fica naquele ambiente misturados com outros piores, ai fica difícil. Eu acho que por isso o governo dar esse... tem uma lei lá, não sei qual é o número, que dá esse percentual para a família poder manter ele em casa.

Entrevistadora: O governo dá um percentual.

É, pra aqueles pacientes que estavam internados e ai voltam pra casa. Ai eles voltam pra casa e eu acho que eles fazem isso para esses pacientes se reintegrarem, né?

Entrevistadora: Hum. Pra se reintegrarem.

É. Por que 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... ai fica difícil o paciente se recuperar. Ai ele vem pra casa pra se recuperar por que 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, por que em casa eles não querem obedecer não. Quando voltam, ai querem se soltar.

Entrevistadora: Querem se soltar.

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

Entrevistadora: Não intimida.

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

Entrevistadora: É... é, o que te levou a optar pela residência particular?

Bom, assim... foi por que assim, os hospitais psiquiátricos, né? São superlotados, sabe? (silêncio).

Entrevistadora: Superlotados, no caso o motivo foi...

Você sabe, né? Que essas coisas do governo são muita gente, você ver tudo lotado, gente demais, e a residência não, tem menos pessoas, né? Moram alguns na residência.

Entrevistadora: Unhum.

A... foi por isso, sabe? Que eu resolvi colocar na residência, por que lá é bem menos gente que nesses hospitais, essas coisas do governo. (Judite, 48 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

As coisas do governo são muito difíceis, é muita gente, você quer marcar uma consulta espera quase três meses. Ai é bem diferente as coisas que são particulares, né? Aí resolvi pela residência particular.

Entrevistadora: Sei, assim, no caso o que te levou a optar pela residência particular?

Olhe, é... é... o que me levou a optar?

Entrevistadora: Sim, o que te levou a optar pela residência particular?

Minha filha, assim você sabe que nem se compara algo que é público de algo que é, vamos dizer assim, particular, né? Por

que essas coisas do governo são tudo... é... é, como se diz? Muita gente, né? Muita gente. É uma agonia danada, num sabe? E a residência, não. Não é tanta gente, né? Tem um número de pessoas que pode morar lá, eu nem sei quantas pessoas tão morando nela agora, mas só sei que não é tanta gente como se fosse em uma pública, né? Eu acho que não, né?

Entrevistadora: Hum, no caso o motivo foi este de ser...

De ser melhor, né? Por que nos hospitais, nessas coisas do governo é sempre muita gente. A gente num sabe nem o que está sendo feito, de tanta gente que tem. (Edna, 55 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Rute, em seu discurso, faz alusão à questão de que no hospital é muita gente e os pacientes “ficam misturados”. Classifica esses pacientes em “melhores” e “piores”, afirmando que é necessário que sejam separados para os piores não prejudicarem os que estão melhores. “Se você está melhor e fica naquele ambiente misturado com outros piores, ai fica difícil”. A sua fala sugere que a loucura é algo que é contagioso. Rute fala também do auxílio que o sujeito em sofrimento psíquico recebe<sup>5</sup> e diz que “Ai eles voltam pra casa e eu acho que eles fazem isso para esses pacientes se reintegrarem, né?”. No decorrer da sua entrevista, ela constrói todo um discurso em que acha que os sujeitos em sofrimento psíquico saem dos hospitais e voltam para o convívio com a família para se recuperarem.

Dando continuidade a análise da entrevista de Rute, observemos a seguinte construção: “E pra... ai fica difícil o paciente se recuperar. Ai ele vem pra casa pra se recuperar por que tem o convívio com a família, só o convívio... e tem a residência e eu achei bom demais”. Rute afirma no seu discurso que os usuários voltam para casa para se recuperarem, pois tem o convívio com a família, no entanto imediatamente ela transfere isto para a residência particular. Diz ainda que quando os sujeitos em sofrimento psíquico estão em casa “não querem obedecer, querem se soltar” e dessa forma generaliza o caso do seu irmão para todo sujeito que se encontre nesta situação, como se este comportamento fosse padrão para todo àquele denominado de louco. Ela diz que eles querem “Andar, fazer o que quer, desobedecer”. Podemos perceber no seu discurso a infantilização do sujeito em sofrimento psíquico.

---

<sup>5</sup> “O Programa “De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é 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” (BRASIL, 2003, p.4, grifos do autor).

Judite também afirma que o motivo do seu irmão está morando na residência particular foi devido à superlotação dos hospitais psiquiátricos. Todo o decorrer do seu discurso é desenvolvido com a finalidade de confirmar esse seu argumento. Edna também se utiliza da superlotação dos serviços públicos para justificar a sua opção pela residência particular. Seu discurso é construído de forma a validar esta sua afirmação, sendo assim a mesma faz comparações entre os serviços públicos e a residência, de modo a tentar mostrar que sua opção foi a mais correta.

Mais abaixo, podemos ter acesso a mais um discurso de Carlos construído para justificar a sua opção pela residência terapêutica particular. Neste trecho, o mesmo afirma que o motivo do seu irmão ter ido morar na residência particular foi o fato de não ter quem cuidasse do mesmo:

Minha mãe ficou, depois que papai morreu, minha mãe ficou com Mal de Alzheimer, né? Entendeu? Ele [irmão] não teve mais condições de ficar em casa, porque ele, ele já passou pelo hospital que eu disse. Depois ficamos fazendo o tratamento com ele no CAPS, lá na Getúlio Vargas [avenida], o CAPS que tem ali. Mas, além de, de, de não ter uma pessoa específica pra levar ele no CAPS todo dia, a gente sabe o corre-corre grande da vida e a gente não tinha condições de pagar uma pessoa exclusiva pra levar ele pro CAPS, pra casa. Aí o tratamento no CAPS furou porque não tinha condições de ir todos os dias. Em casa ele, ele também não tinha uma pessoa, assim, que desse uma atenção maior, só os velhos, né? Então, depois de tudo isso, de passar por hospital, de CAPS, que num, que num, não consolidou porque a gente não teve condições de dar um acompanhamento a ele junto do CAPS, a residência foi pra mim foi a melhor alternativa, quer dizer pra ele, né? Foi a residência, por que não tinha quem cuidasse

Entrevistadora: Hum. Aí no caso o motivo de ter, ele ter vindo morar na residência foi esse: de não ter quem cuidasse?

É. O fato de não ter quem cuidasse. Então, ele não tem ninguém, não é casado, só tem a gente mesmo; a solução mais ideal foi essa pra colocar na residência. (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Para justificar o fato do irmão está na residência particular, Carlos constrói mais um argumento que inclui o fato da sua mãe está doente e não ter condições de cuidar do seu irmão; e não ter alguém que levasse o irmão todos os dias para o CAPS. Para Carlos a residência foi a melhor alternativa. Vale considerar que a rotina de tratamento do sujeito em sofrimento psíquico oferecido pelo CAPS demanda tempo e disponibilidade

dos familiares desses sujeitos, tanto no que diz respeito ao acompanhamento do seu parente, quanto da participação no tratamento.

Afirma ainda que seu parente não tem ninguém e não é casado, apenas contando com ele para dar assistência, no entanto o mesmo não pode assisti-lo. Dessa forma, percebemos que Carlos constrói toda uma sequência de argumentos que demonstram que a melhor “solução” foi a residência, ou como ele mesmo afirma “a solução mais ideal”. No entanto, o discurso dele constrói dúvidas de para quem a residência foi a melhor alternativa se para Carlos ou para o seu irmão: “Então, depois de tudo isso, de passar por hospital, de CAPS, que num, que num, não consolidou porque a gente não teve condições de dar um acompanhamento a ele junto do CAPS, a residência foi pra mim foi a melhor alternativa, quer dizer pra ele, né? Foi a residência, por que não tinha quem cuidasse”.

Abaixo, podemos ver a continuação da entrevista de Carlos, onde o mesmo afirma que os pacientes da residência, inclusive seu irmão, são umas “criançonas”, dessa forma, precisam de alguém especializado para “tomar conta” dos mesmos. Esta é mais uma das suas justificativas por seu irmão está na residência particular:

Entrevistadora: Você gostaria de falar mais alguma coisa?

Assim, ele [irmão] está com uma coceira, coça, coça que dá no sangue, não sei se é alguma coisa no sangue, fazer o exame dele, aí essa coceira, aí vai tá providenciado, pra vê se melhora.

Entrevistadora: Hum.

Mas o resto tá ‘ok’, graças a Deus. Vai extrair os dentes dele agora essa semana. Tendo um cuidado, né? Assim com ele.

Entrevistadora: Hum.

Né? Tá sendo, tá sendo... dentro do possível, né? Você sabe como é, né? Eles não se ajudam também não, né?

Entrevistadora: Eles não se ajudam?

Os, os, como é que se diz? Os pacientes, né?

Entrevistadora: Hum. Por que, assim?

Por, por falta de consciência como eu lhe digo, né? Eles não têm... eu acho que são umas criançonas, só faz o que alguém mandar fazer, tá entendendo? Como é: “senta aqui, senta, levanta, levanta”, tá entendendo? Então, assim, eles não... a questão de higiene pessoal, eles... se não tiver o funcionário ali dando banho, fazendo a barba deles, essa coisa, entendeu como é? Eles não, não se ajudam que eu digo é isso aí, eles não têm, como é que se diz, iniciativa de, entendeu?

Entrevistadora: Hum.

Se não fizer a barba dele fica a barba deste tamanho, entendeu?

Entrevistadora: Sim. Tem que fazer?

Tem que fazer, cortar o cabelo. Tudo isso é o pessoal da residência que faz.

Entrevistadora: O pessoal é que faz?

Faz.

Entrevistadora: Hum.

Eu levo o material e o pessoal faz bem direitinho pra ele. Então, é isso que eu digo. Não se ajudam nesse sentido, né? São dependentes, né?

Entrevistadora: São dependentes?

Totalmente dependentes.

Entrevistadora: Hum. Entendi.

Entendeu? É como, é como uma criança, então você tem que dá o banho, tem que limpar, né?

Entrevistadora: Sei.

Tem que alimentar. Só que se alimenta com as mãos dele, mas se... tem que botar comida, né? Por que senão não se alimenta...

Entrevistadora: Hum.

Então, é essa a questão deles. E pra isso tem que ter alguém especializado, assim, dedicado pra tomar conta, né? Como o pessoal da residência, por que senão... (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

A descrição do cotidiano do seu irmão serve para mostrar o quanto o mesmo é dependente, precisando dessa forma de alguém que cuide dele a todo o momento, “que faça as suas coisas”. Dessa forma compara o seu irmão a uma criança, e sendo como uma criança precisa de cuidados especiais. Esses cuidados especiais ele os delega aos responsáveis pela residência particular. “Eis ai a questão deles... precisa de alguém dedicado pra tomar conta, por que se não...”.

Atentemos para o fato descrito por Carlos em que não apenas seu irmão, mas todos os sujeitos em sofrimento psíquico precisam de alguém para “tomar conta”. Posiciona os moradores num “lugar eterno de infantilização”, como se eles não fossem capazes de aprender, de serem autônomos, protagonistas da sua vida e de sua história, como prega a proposta da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, como destaca Kinoshita (2001 *apud* PINTO, 2011, p. 71), “o doente mental, de maneira geral, é caracterizado a partir de sua negatividade, ou seja, daquilo que lhe falta, o que torna nulo seu poder contratual e impossibilita o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial”.

Encontramos discursos que justificam a permanência dos seus parentes nas residências particulares das seguintes formas: os hospitais são superlotados; não tinha ninguém especializado para tomar conta dele em casa; onde morava não tinha assistência psiquiátrica. Essas justificativas, na maioria das vezes, retiram do familiar a responsabilidade da escolha.

No entanto, existem aqueles entrevistados que se posicionam como “protagonistas” nessa decisão. Vanda, por exemplo, diz que ninguém da sua família quer ter responsabilidade com o irmão, apenas ela. Dessa forma, colocou o mesmo na residência por que estava lhe “dando muito trabalho”, diz que “não agüentou”. Outros entrevistados como Inês, Cícera e Rute, também utilizam essa justificativa:

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

Sim, assim ele... somos dez irmãos, ai minha mãe, ele morava com minha mãe, ai minha mãe faleceu em 2008, ai 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: Ai requer muito cuidado?

Ai requer, muito cuidado, ai 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?

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, ai em casa ele gosta, ele se solta, ele fuma a vontade, não me obedece, ai quer fumar bastante, quer que eu dê dinheiro e quer que eu dê cigarro direto a ele e quer andar e... E é tanto que quando eu trouxe ele para a residência, eu já trouxe porque ele tava me dando bastante trabalho, não agüentei 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, ai dava bebida a ele, ai ele entrava em surto, ai era um trabalho danado, ai ele tirava a roupa, ai era um trabalho danado, ele tava dando muito trabalho. (Vanda, 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?

Por que, 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.

Demais (silêncio). (Inês, 69 anos, mãe de uma moradora da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Entrevistadora: Hum, é... é... seu parente foi morar lá na residência particular por que?

Ave Maria, assim ele me dava muito trabalho. Eu vivia na maior agonia quando ele morava comigo.

Entrevistadora: Por que assim?

Por que ele me dava muito trabalho. Tudo dele era comigo, se pra tomar banho, eu tinha que mandar, pra comer, eu tinha que tá dizendo, pra dormir, tudo. E pior ainda, que quando ele tava violento.

Entrevistadora: Violento.

Sim, violento. Você sabe, né? Quando tava pra surtar mesmo. Ai coloquei ele lá [residência] por isso. Pelo trabalho que ele me dava, muito trabalho mesmo. (Cícera, 40 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Entrevistadora: Ai no caso, seu parente veio morar na residência...

Meu irmão já sofreu muito, são muitos anos de internações, ai foi quando descobrimos essa residência e levamos ele pra lá. Por que ele é muito teimoso, sabe? Só queria está na rua. Às vezes o pessoal... saia com uma camisa nova e voltava com uma velha, trocava relógio. E o hábito de trocar eu acho que foi de tanto... ainda hoje... eu acho que ele não esqueceu. Se sair com uma roupa nova, volta com uma velha. Ah, deu **muito trabalho!** (ênfase). Quando dizia “eu quero sair”, tinha que abrir o portão. (trecho incompreensível). Mas ele dizia “eu quero sair” e tinha que abrir, por que a gente não sabe, né? A reação.

Entrevistadora: Não sabe a reação.

É, ai a gente abria, às vezes ele saia, saia de manhãzinha e voltava a tarde, e a gente ficava preocupado. A cidade do interior, mas de qualquer forma não deixa de ter os perigos. Ai apareceu essa residência e eu achei ótimo. (Rute, 58 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Vanda começa seu discurso afirmando que a sua família é grande, são dez irmãos, no entanto nenhum quer se responsabilizar pelo irmão em sofrimento psíquico por que o mesmo “dá muito trabalho”. Observemos que repete três vezes que o irmão dá muito trabalho; diz ainda que o irmão dá bastante trabalho e repete duas vezes que ele dá um trabalho danado. Para dar mais credibilidade ao seu discurso, Vanda descreve, ao longo do seu discurso, os comportamentos do seu irmão que evidencia o quanto o mesmo lhe dá trabalho: “quer que dê cigarro”, “quer andar”, “quer que eu dê dinheiro”.

Inês afirma que sabendo que tem alguém cuidando da filha ela fica tranquila, por isso que a “colocou” na residência particular. Para justificar a sua opção, também afirma

que sua filha dá muito trabalho, fato este que se repete ao longo do seu discurso, confirmando assim a sua escolha. Destaca, ainda, que prefere que Deus a leve, já que a mesma lhe demanda muito trabalho, como podemos ver no seguinte trecho: “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?”.

Cícera também faz uso do argumento que seu filho em sofrimento psíquico “dava muito trabalho”. Com o objetivo de validar o seu discurso a mesma cita alguns dos comportamentos do filho que mostram o quanto o mesmo lhe “dava trabalho”. Mais a frente para dar ainda mais teor de verdade a sua narrativa, Cícera afirma que o trabalho era ainda maior quando o mesmo estava violento.

Todo o discurso de Rute também gira em torno da afirmação de que seu irmão “deu muito trabalho”. Rute também se utiliza desse argumento para fundamentar a sua decisão do irmão está morando na residência particular. Ela constrói a partir de então, o seguinte discurso para dar veracidade a sua afirmação: “É, ai a gente abria, às vezes ele saía, saía de manhãzinha e voltava à tarde, e a gente ficava preocupado”.

Percebemos que o argumento principal de todos os discursos apresentados é que o usuário dá muito trabalho, fato este que motivou a maioria dos familiares a optar pela residência terapêutica particular. A residência particular se configura como a única alternativa que esses familiares têm frente a esse “problema”, o sujeito em sofrimento psíquico. Por outro lado, sabemos o quão difícil é para estas famílias lidar com o sofrimento psíquico no contexto em que vivemos. Diante das inúmeras demandas e responsabilidades que são designadas ao familiar, temos que considerar a ineficiência dos serviços públicos para dar o apoio e orientação que essas famílias precisam.

### **3.2 Os Sentidos Construídos sobre as Residências Terapêuticas Particulares**

À medida que os entrevistados justificam a opção pela residência terapêutica particular constroem sentidos sobre as mesmas. Para Carlos a residência foi a “melhor alternativa”, “a solução pra o caso do seu irmão”, segue, abaixo, o seu discurso:

Entrevistadora: Bom, no caso, o que a residência particular é pra você?

Olha, a melhor... foi a melhor alternativa que nós tivemos pra o caso de Vitor [nome fictício] porque ele já foi atendido e até

interno em outros hospitais, tipo Dr. Maia, e, assim, o tratamento não fluiu muito bem pra ele, entendeu?

Entrevistadora: Hum.

Além de, de, de superlotação que o hospital tinha, aaa... ele adquiria, assim, mais outros tipos de doença lá, entendeu? Então, ele saía assim num estado até, eu acho que pior do que quando entrava, né?

Entrevistadora: Hum.

E surgiu essa, essa, a questão da residência, aí o pessoal que faz o tratamento no CAPS e na residência, pra gente foi, assim, foi a salvação no caso dele. Assim, ele tá sendo bem tratado... a doença dele, assim, é claro que não tem jeito, mas assim, eu acho que estabilizou bem o quadro dele.

Entrevistadora: Hum.

Ele era violento, ele não tá mais violento, tá tranquilo, entendeu? Então, eu acho que pra gente foi a solução, foi a residência.

Entrevistadora: Aí ele era violento antes...?

Ele tinha umas crises de, de... umas, porque o caso dele é esquizofrenia, né?

Entrevistadora: Sei.

Então o médico... ele tava tranquilo e de repente ele dava um surto, surtava, entendeu?

Entrevistadora: Hum.

Mas, eu tenho acompanhado, toda semana estou por lá, Mário [nome fictício], o pessoal, é... disse que até agora num, num surtou nada, quer dizer, eu acho que ele se adaptou bem, gostou da residência.

Entrevistadora: Hum. Ele se adaptou bem aqui?

Se adaptou demais, muito bem. (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

O sentido que Carlos constrói sobre a residência particular pode ser percebido através das expressões: “melhor alternativa”, “salvação no caso dele”, “pra gente foi a solução”. Dessa forma, sua narrativa é toda construída na tentativa de mostrar para a entrevistadora que a residência é algo bom, que veio para solucionar todos os problemas do seu irmão. Para confirmar que seus argumentos são verdadeiros, Carlos afirma que o quadro de esquizofrenia do seu irmão estabilizou e descreve como o mesmo era antes de vim morar na residência: “Ele era violento, ele não tá mais violento, tá tranquilo, entendeu?”. Sendo assim, se utiliza de fatos concretos para dar credibilidade ao seu discurso.

Quando afirma: “(...) porque ele já foi atendido e até interno em outros hospitais (...)”, o seu discurso sugere que ele esteja classificando a residência particular como um hospital. Carlos finaliza dizendo que acha que o irmão se adaptou e gostou da residência: “pessoal... disse que até agora num, num surtou nada, quer dizer, eu acho

que ele se adaptou bem, gostou da residência”. Ou seja, para Carlos o fato do irmão não ter mais surtado significa que o mesmo gostou e se adaptou na residência particular.

Podemos perceber que para Carlos o sofrimento psíquico é descrito como um sinal de “não adaptação ao meio”, no entanto, já que seu irmão não está mais apresentando episódios de surtos, isso quer dizer que se adaptou ao lugar no qual está inserido. Este seu discurso é todo construído na tentativa de convencer que a residência terapêutica particular foi a melhor opção para o seu irmão morar. Além disso, a loucura é doença e não tem cura: “a doença dele, assim, é claro que não tem jeito, mas assim, eu acho que estabilizou bem o quadro dele”.

Em alguns discursos, a residência terapêutica particular é descrita como uma “segunda casa”, “como um lar para o parente”, como afirmam Aluísio, Rute e Cícera abaixo:

Entrevistadora: O que a residência terapêutica particular é para você?

Ela é como uma segunda casa para o meu parente, né? Por que em casa ele não se encaixava. Em casa ele dava trabalho, sem... saía, voltava bêbado e como ele tomava remédio, não dava certo. E, por que minha mãe de idade, 78 anos e ela se preocupava, e ele só vivia em cima dela. Era direto pedindo dinheiro. “Me dê dinheiro, me dê dinheiro”. E ela dava, fazia os gostos dele todinho, ai dava. Ai ele saía, e muitas vezes ele saía e não voltava, ai a dor de cabeça era grande. Como um dia que ele saiu e a gente só foi encontrar ele depois de oito dias, lá no Hospital Regional, todo ensanguentado, todo machucado, eu não sei como ele não morreu. Ele tinha... é a SAMU pegou ele lá (pausa) em uma cidadezinha que é encostada a São José da Mata e por sorte que uma enfermeira do hospital era conhecida minha, ai ligou pra mim e disse que ele estava lá.

[...]

Entrevistadora: Tem mais alguma coisa que você queira falar?

Tenho sobre a residência, por que realmente essa residência foi como um...um...um não, é o lar deles, né? E que se a gente fechar, eles vão voltar pra casa, vão ser maltratados, não pela família, mas pelos... pelos pessoal do bairro, da rua. Onde ele pára, dão cachaça, ele já chegou maconhado, ai o povo dão cachaça, dão maconha. Ele não sabe o que está fazendo, tomam, faz. E uma pessoa que toma remédio controlado... eu, por exemplo, sou bom de saúde, se fumar maconha enlouqueço, imagina uma pessoa que toma remédio. (Aluísio, 35 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: O que a residência terapêutica particular é para você?

É um lar (pausa) para essas pessoas que precisam, como o meu irmão. E nessa residência eu acho que eles têm as meninas [as responsáveis pela residência], eles são mais integrados, mais obedientes. (Trecho incompreensível). Outro dia meu irmão foi pra casa, ele não tinha o hábito de tirar o prato da mesa, ele foi depois da refeição pegou o prato e colocou na pia. E ele está lá na residência convivendo, interagindo, as meninas mostrando... é... é... eu estou achando, pra mim é um ambiente muito agradável. Pra mim, as meninas estão de parabéns.

Entrevistadora: Ambiente agradável.

É, pelo menos eu vejo assim. Pelo menos elas deixam transparecer que cuidam direitinho, integrados, as festinhas quando eles aniversariam... quando eles aniversariam, elas sempre fazem um movimentozinho, se reúnem e pelo menos estão interagindo.

Entrevistadora: Interagindo.

É, eu acho que se não melhorar, piorar eu acho que não vai.

[...]

Ai a gente abria [a porta], às vezes ele saía, saía de manhãzinha e voltava a tarde, e a gente ficava preocupado. A cidade do interior, mas de qualquer forma não deixa de ter os perigos. Ai apareceu essa residência e eu achei ótimo.

Entrevistadora: Achou ótimo.

Achei, por que aqui a gente ver que ele está sendo bem tratado, mais obediente.

Entrevistadora: Mais obediente?

Ele não pede nem pra voltar pra casa. (Rute, 58 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: O que a residência terapêutica particular é para você?

A residência?

Entrevistadora: Sim, a residência.

É... eu vejo assim, como um lar, né? Por que como ele me dava muito trabalho, ai coloquei ele na residência, ai acho que é como um lar pra ele, né? Como se fosse a casa dele aqui. Ou seja, um lar mesmo.

Entrevistadora: Hum, mais o quê, assim?

Eu acho que isso mesmo. (silêncio). (Cícera, 40 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Aluísio ao ser perguntado o que a residência particular é para ele, responde que é como uma segunda casa para o seu parente, pois o mesmo não se “encaixava” em casa. Para dar credibilidade ao seu discurso Aluísio se utiliza de um discurso empirista. Sendo assim, cita alguns fatos ocorridos com o irmão para mostrar que os seus argumentos procedem.

No fim da sua entrevista, Aluísio, em tom de hesitação, reforça o sentido que constrói sobre a residência, isto é, de que a residência é “o lar” do seu irmão: “Realmente essa residência foi como um...um...um não, é o lar deles, né?”. Diz que se a residência fechar, os moradores irão voltar para casa e serão maltratados, não pela família, mas, “pelo pessoal do bairro, da rua”. No entanto, de forma alguma durante toda a entrevista, foi feita alusão ao fechamento de tal residência por parte da entrevistadora. Por outro lado, sabe-se que o Ministério Público da Paraíba investiga tais residências com o objetivo de interditar tais ambientes sob a justificativa de irregularidades observadas nas mesmas.

No dia 22 de Junho de 2012 no site do Ministério Público<sup>6</sup>, notícia sobre as residências terapêuticas é publicada com o título “Quatro casas clandestinas funcionam como depósitos humanos”:

Desde março de 2009, o Ministério Público da Paraíba (MPPB) começou a investigar a existência de casas particulares de atendimento a doentes mentais, chamadas de “residências terapêuticas”, que foram criadas a partir de desdobramentos da interdição do antigo Hospital João Ribeiro. “A Prefeitura não realiza nenhum tipo de fiscalização nas várias irregularidades que detectamos nestes ambientes, que são verdadeiros 'depósitos humanos' e não possuem condições mínimas de funcionamento, atuando completamente à margem da lei. Constam nos autos do procedimento várias denúncias de maus tratos e negligência aos usuários”, disse o promotor de Justiça da Saúde, Luciano de Almeida Maracajá. (MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA, 2012, grifos do autor).

Aluísio, talvez, estando ciente dessas informações tentou em seu discurso mostrar que a residência particular em nada se assemelha a descrição feita pelo Ministério Público.

Quanto ao discurso de Rute, o recurso utilizado por ela para dar veracidade a sua narrativa é a descrição de algumas mudanças de comportamento do seu irmão demonstrando como o mesmo melhorou depois que foi morar na residência: “Outro dia meu irmão foi pra casa, ele não tinha o hábito de tirar o prato da mesa, ele foi depois da refeição pegou o prato e colocou na pia”. Rute na tentativa de validar sua afirmação sobre as mudanças no comportamento do seu irmão utiliza o termo obediência. Quando a entrevistadora repete o que ela disse em tom de pergunta: “Mais obediente?” Rute

---

<sup>6</sup> <http://www.mp.pb.gov.br/>

afirma que o irmão não pede nem para voltar para casa. Com isso Rute sugere que o seu irmão gosta da residência ou até mesmo que tenha se tornado tão obediente ao ponto de não pedir nem para voltar para casa.

A questão da obediência nos remete à questão da dominação/domesticação da loucura tão praticada nos hospitais psiquiátricos e tão combatida pela Reforma Psiquiátrica. Rute, como outros entrevistados, também procuram “normatizar” os sujeitos em sofrimento psíquico e também infantilizá-los/desqualifica-los como podemos perceber no uso dos termos “Festinha”, “movimentozinho”.

Cícera afirma também que a residência é como “um lar” para seu filho, pois como ele dava muito trabalho, “o colocou” na residência. Ou seja, a residência é para o filho de Cícera a casa que ele não pode ter com sua família, pois como ela mesmo destaca, a residência é “como se fosse a casa dele aqui”. Diferentemente de Aluísio e Rute, que afirmam que a residência é o lar dos seus parentes; Cícera afirma que a residência é “como se fosse um lar” para seu filho.

Observemos ainda os termos utilizados por Aluísio e Cícera, respectivamente, “encaixar” e “colocar”, termos, geralmente, utilizados quando nos referimos aos “objetos”.

Abaixo encontramos mais entrevistados que constroem sentidos positivos sobre as residências terapêuticas particulares. Nesse caso, para Soraia, Edna, Vanda e Bianca as residências são “uma coisa muito boa”:

Entrevistadora: O que a residência terapêutica particular é para você?

Graças a Deus é uma alternativa em função de que os hospitais é...é... do governo, ele é sobrecarregados de pacientes e espaço não tem, é insuficiente. Pra mim ela representa muito e muito.

Entrevistadora: Muito e muito.

Gosto muito, muito, isso é uma das coisas boas que apareceu na vida. Pelo menos a gente fica sem... sem... livre, digamos assim de tá...de tá...da... da...do governo, e é aquela superlotação, a gente leva as coisas, muitos pacientes, não tem assistência como deve ser assistido. Gostei muito, demais. O governo devia abrir os olhos pra isso. Dar assistência né? Pra a residência. (Soraia, 55 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: O que a residência terapêutica particular é para você?

É... assim, foi uma coisa muito boa que surgiu. (silêncio).

Entrevistadora: Uma coisa muito boa que surgiu.

É, por que eu cuidava dele [filho] sozinha, né? Por que ninguém quer ajudar a cuidar, aí eu achei que essa residência foi algo bom que apareceu pra me ajudar, né?

Entrevistadora: Pra te ajudar.

É, por que como eu te disse, né? Ninguém quer ajudar. (Edna, 55 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Entrevistadora: É, o que é a residência terapêutica particular é para você?

É, eu descobri aí é uma... uma entidade assim uma coisa boa, surgiu essa coisa boa para mim, porque eu cuidava do meu irmão, aí a família é grande, mas ninguém quer ter a responsabilidade de cuidar dele.

Entrevistadora: Hunhum.

Ai sempre sobrecarregava comigo, né? A responsabilidade sempre comigo, aí, descobri, através de uma amiga, que ela tem um irmão também lá, aí eu procurei, aí eu estou lá. Porque as meninas [responsáveis pela residência] são legais. Como é que se diz, é uma grande ajuda. (Vanda, 62 anos, irmã de um morador da residência particular do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: No caso o que a residência particular é para você?

A residência particular surgiu a minha admiração por que no dia que o hospital João Ribeiro fechou, foi uma situação caótica. As famílias não sabiam o que fazer com muitos doentes que não tinham condições de voltar pra casa, então, se reuniram algumas pessoas, é... é dez mães, irmãs, sobrinhas que tinham pessoas doentes e decidimos alugar uma casa imediatamente.

Entrevistadora: Unhum.

Eu vim a Campina pra vê-lo e elas tinham discordado dessa outra residência, que elas trabalhavam para essa outra residência, elas não eram donas, elas eram empregadas, enfermeiras. E elas criaram a coragem de abrir uma residência terapêutica e eu concordei que Marcus [nome fictício] mudasse para essa outra.

Entrevistadora: Hum.

Pela dificuldade, né? Então o que acontece é que eles mudaram e mudaram como podiam. Eu voltei pra morar aqui, também estava procurando casa pra morar, pra alugar, mas dei prioridade a eles. A Fátima [nome fictício], que a gente chama de dona Fá [nome fictício] que é a coordenadora assim, eu diria, operacional, ela que dar conta da feira, do cardápio e ela é meio mãe. A Viviane [nome fictício] eu acho assim, a mais técnica, mais a enfermeira técnica e cuida do administrativo. As duas cuidam também do administrativo. A Fernanda [nome fictício] que é também ótima, que ela era também do João Ribeiro. Ela cuida bastante da questão das doenças, uma dor de barriga, se

tem um S.O.S ela que leva para o hospital, entendeu? E tem a Mara [nome fictício]. A Mara é... ai tem a Mara, a Fá e a Fernanda [nomes fictícios]. Todas fazem a mesma coisa, todas cuidam da mesma coisa, mas tem um, talvez um tema em determinado momento que elas se... se... como é que fala? Ela se coloca mais inteirada, se é pra resolver um problema de doença em um hospital, se é pra resolver um negócio de o que comer, algo pra casa, de conectar o Ministério Público, a Viviane [nome fictício] resolve isso. E a Fá [nome fictício], é pode-se dizer que ela é a chefe, entendeu? É como se ela fosse a chefe e cada uma desempenha levemente um papel diferente. Meu irmão gosta muita delas, é... pontos positivos. Eu posso lhe dizer que eu não identifico nenhum ponto negativo, mas seria ilusão minha não identificar pontos negativos por que todo mundo tem pont... ninguém é per... ninguém é 100%. Mas diante de todas as dificuldades que eu já passei como irmã, eu posso dizer a você que eu me sinto muito bem. (Bianca, 61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Soraia para mostrar o seu contentamento e satisfação pela existência da residência, utiliza superlativos “representa muito e muito”, “gosto muito, muito”, “gostei muito, demais”. Mais a frente, afirma que com a residência ela fica livre, hesita e comenta sobre ficar livre dos serviços do governo, como podemos ver no seguinte trecho: “Pelo menos a gente fica sem... sem... livre, digamos assim de tá...de tá...da...da...do governo”. Soraia afirma ainda que o governo deveria dar assistência para a residência, o que reforça mais a necessidade e relevância desse estabelecimento.

Já Edna, diz que a residência foi algo bom que lhe aconteceu e para justificar esta sua afirmação diz que cuidava do seu filho sozinha, pois ninguém lhe ajudava.

O discurso de Vanda também é construído corroborando a ideia de que a residência “é uma coisa boa”, no entanto prestemos atenção para quem à residência se constituiu como algo bom: “surgiu essa coisa boa para mim”, “ninguém quer ter a responsabilidade de cuidar dele”, “ai sempre sobrecarregava comigo, né?”. Vanda constrói sua narrativa baseada no fato de que ninguém da família queria cuidar do seu irmão e, dessa forma, toda a responsabilidade era dela. Sendo assim, a residência foi algo bom que surgiu para ela, pois agora todo o trabalho que o seu irmão lhe dava, foi transferido para as responsáveis pela residência.

Podemos perceber também no discurso de Vanda, que mesmo a sua família sendo grande, coube à mesma se responsabilizar pelo o irmão, pois ninguém queria ter tais responsabilidades. Destaquemos que, os endereços dos familiares dos moradores das residências particulares que nos foi repassado, dizem respeito, em sua grande

maioria, a endereços de mães e irmãs desses sujeitos. Pois, como afirma Mello (2005, p. 392), “no cenário doméstico de cuidados, entre os membros do núcleo familiar, as mulheres são aqueles sobre quem recai, de forma mais incidente, o encargo de cuidador do membro com transtorno mental grave”.

Ao perguntarmos a Bianca sobre o que a residência particular é para a mesma, ela conta toda a história do dia que o Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, onde o seu irmão estava internado, fechou até o momento que decidiram abrir esta residência no bairro da Liberdade. Assim, afirma que: “no dia que o hospital João Ribeiro fechou, foi uma situação caótica. As famílias não sabiam o que fazer com muitos doentes que não tinham condições de voltar pra casa”. Dizendo isto, a mesma, de imediato, justifica a sua decisão e dos outros familiares em abrir uma residência particular para que esses sujeitos morassem, pois como ela mesma afirma, eles não tinham condições de voltar para casa. Bianca ao afirmar que a decisão de abrir esta residência foi coletiva refoça a idéia de que todos os familiares optaram por isso, a responsabilidade não foi só dela.

Bianca afirma a sua admiração pela residência e na tentativa de mostrar como o trabalho dentro da residência é, menciona a função de cada responsável por esta e comenta sobre a boa realização das tarefas. Dessa forma, tenta construir um discurso em que confirme a sua versão de que a residência merece toda a sua admiração. No final diz que não identifica pontos negativos, no entanto volta atrás e diz que seria ilusão não identificá-los, pois ninguém é 100%. Em seguida Bianca afirma que apesar de todas as dificuldades que já passou como irmã de um sujeito em sofrimento psíquico, agora ela se sente muito bem.

Os elogios ao trabalho das responsáveis pela residência aparecem em outro momento da entrevista de Bianca, assim como na entrevista de Judite, como podemos observar a seguir:

Na residência eu acho que ele está bem restaurado, bem restaurado mesmo.

Entrevistadora: Bem restaurado.

Ele tá... as meninas [responsáveis pela residência] trabalham bem direitinho, são dedicadas e elas tem um jeito que convencem e eles [moradores] confiam. Por que eu acho que o surto da doença mental é uma... é um medo, uma desconfiança tremenda, entendeu? Que está mentindo, que tá querendo matar, que tá querendo envenenar e eles gostam de tudo. É uma casa... eu disse pra eles aqui é como se fosse uma... uma (pausa) como é que fala? Um pensionato de homens que tem doença mental.

Entrevistadora: Pensionato de homens.

Um pensionato de... mas o trabalho delas é ótimo, eu torço por elas, quero que elas sejam... saiam na televisão, no jornal e na televisão. (Bianca, 61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: Hum, o que é a residência terapêutica particular é para você?

Olhe, elas [responsáveis pela residência] são muito gente boa. Cuida deles direito, sabe? Ai eu acho isso muito bom.

Entrevistadora: Acha isso muito bom.

É, né? Quem não iria achar? Pessoas boas e que trabalham direito. (Judite, 48 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Bianca começa afirmando que seu irmão está “bem restaurado”, em seguida constrói todo um discurso em que enaltece o trabalho das donas da residência: “elas trabalham bem direitinho”, “são dedicadas”, “elas tem um jeito que convencem eles e eles confiam”. Com esses argumentos reafirma que a residência é um bom lugar para o seu irmão morar. Para ela a residência é como se fosse um pensionato de homens, no entanto não é qualquer pensionato, é um pensionato de homens que tem doença mental. Finaliza o seu discurso afirmando que o trabalho das responsáveis pela residência é ótimo e para validar mais ainda a sua narrativa, diz que quer que elas saiam na televisão e no jornal. Portanto, quer que isso se torne público. Dessa forma, percebemos um discurso construído através de argumentos que qualificam o trabalho das responsáveis pela residência de forma positiva. Ao fazer isso, Bianca legitima a sua escolha.

Judite se restringe a comentar sobre as responsáveis pela residência, construindo um discurso em que elas são posicionadas como pessoas boas, que “cuidam deles direito”, sendo assim, “acha isso muito bom”. E, para mostrar que isto é algo positivo e que não apenas ela, mas qualquer pessoa iria achar, pergunta: “É, né? Quem não iria achar?”.

Todas as entrevistas foram realizadas nas casas dos familiares dos moradores das residências terapêuticas particulares. No entanto, na realização de uma das entrevistas, a filha da entrevistada que mora na residência do bairro do Jardim Paulistano se encontrava em casa. Segundo a mãe da mesma, pelo fato de por enquanto não ter condições de pagar os R\$ 600,00 reais cobrados para que ela permaneça na residência. A filha que estava por perto na hora da entrevista, responde a pergunta feita pela entrevistadora à sua mãe:

Entrevistadora: O que a residência terapêutica particular é para você?

Filha da entrevistada: Aquilo não é residencial é um comércio.

Ocorrido isto, a mãe pede que a filha vá para o seu quarto, ficando assim, apenas a entrevistadora e ela no ambiente. Demos então, continuidade a entrevista:

Entrevistadora: E a senhora acha o quê da residência terapêutica particular?

Eu acho assim, que é uma... é uma ajuda que a pessoa tem. Por que às vezes a pessoa está com um problema sério assim e a gente fica mais descansada em saber que alguém está cuidando.

Entrevistadora: Hum.

Eu acho uma grande ajuda, principalmente, né? Que sou sozinha e deixando ela lá eu fico mais descansada.

Entrevistadora: Fica mais descansada?

É. É menos preocupação por que a gente sabe que tem uma pessoa com ela.

Entrevistadora: Sei.

Por que não é fácil não, não é fácil não pra gente cuidar de gente assim, não é fácil não. E além de tudo quando a pessoa é mais nova ainda tem um pouco mais de resistência. Eu já estou com 69 anos e já, já faço 70.

Entrevistadora: Hum.

Faço 70 agora... agora esse ano. Principalmente quando a gente está precisando mais, assim como eu precisando assim, de uma ajuda, de alguém...

Entrevistadora: Hum.

...não tem. A única coisa que a gente tem pra se socorrer, se puder fazer, é fazer isso.

Entrevistadora: Fazer isso?

É. Colocar lá. Ela tá agora comigo por que eu atrasei o aluguel dessa casa aqui que eu moro, pois pago R\$600,00 reais pra ela ficar na residência, mas assim que eu ajeitar as minhas contas eu coloco ela na residência de novo. (Inês, 69 anos, mãe de uma moradora da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Inês diz que a residência é uma ajuda que se tem. Diz também que fica tranquila em saber que alguém está cuidando da sua filha, transferindo toda a responsabilidade do cuidado da sua filha para outro, esse outro protagonizado pela residência particular. Afirma de forma enfática que não é fácil cuidar de uma pessoa assim e faz uso da palavra “não” seis vezes em um pequeno trecho do seu discurso, como se quisesse de toda a forma convencer que sua queixa é de fato verdadeira. Justifica ainda toda a sua impossibilidade de não poder cuidar da filha à sua idade já avançada.

Diante do exposto, podemos afirmar que todos os sentidos construídos sobre as residências terapêuticas particulares se configuram de forma positiva. Para os entrevistados a residência é a casa de seus familiares e algo que de melhor surgiu para ajudá-los nos “cuidados” com seus parentes em sofrimento psíquico.

## **CAPÍTULO IV - DEFINIÇÕES DE LOUCURA E O CONVÍVIO DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA FAMÍLIA E NA SOCIEDADE**

Neste capítulo trataremos das definições de loucura construídas por esses familiares procurando detectar discursos em que aceitem (ou não) a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade.

Ao analisarmos o material decidimos dividir o capítulo em dois momentos: no primeiro nos debruçaremos sobre as definições de loucura construídas pelos familiares dos moradores das residências terapêuticas particulares; e, no segundo momento, nos ocuparemos em analisar esses discursos atentando para a questão da aceitação (ou não) da inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade.

### **4.1 Definições de loucura construídas pelos familiares dos moradores das Residências Terapêuticas Particulares**

Muitas definições foram surgindo ao longo das entrevistas, tais como: “são como crianças”, “são agressivas”, “não sabem o que estão fazendo”, seguem os discursos:

O paciente só pode agora ficar de quinze a vinte dias [internado no hospital psiquiátrico], ai bota pra casa. Ai eu falei pra o médico: “Por que vocês estão dando alta pra o meu irmão antes do tempo, antes do tratamento?” Por que a gente sabe que loucura não tem tratamento, mas até passar o surto, né não?

Entrevistadora: Loucura não tem tratamento.

Não, eu acho que... é um quadro irreversível, né? Pode ser reduzida aos poucos, mas dizer que tem tratamento.

Entrevistadora: Pode ser reduzida.

Pode ser reduzida, por que meu irmão desde os quinze. E a tempo que a gente vem lutando. Médico, troca de remédio e isso eu... eu quando vou pra consulta com o médico, eu: “Doutor. mude o remédio dele.” “Qual é o remédio?” “Tal”. Assim, a gente sempre... “Doutor...”, sempre vendo o que é melhor pra ver se ele não surta e ele sempre surtando.

Entrevistadora: Unhum. Ai no caso, o que é loucura pra você? (silêncio) É você não saber o que vai fazer, está fazendo, é não responder pelos seus atos.

Entrevistadora: Não responder pelos seus atos.

Isso, eu acho que isso é loucura.

Entrevistadora: O que mais?

É... é você não se...é...eu acho que...que a pessoa que é louca ela não se manipula, ela não sabe o que está fazendo, é como se fosse uma criança, né? Que você está sempre com cuidado, sempre ali, prestando atenção, né?

Entrevistadora: Como se fosse uma criança.

Isso. Por que uma pessoa que tem...que tem esse quadro de loucura, né? Ela pode está boa aqui, ela pode... real...ela pode mudar. Por que ela muda de uma hora pra outra, né? E se de repente ela tem uma faca, né? Ela pode lhe atingir, né? E você tem que está sempre preparado. Sempre com cuidado, né?

Entrevistadora: Tem que está sempre preparado.

Isso.

Entrevistadora: Ai no caso, você estava me falando que...

E, principalmente, essas pessoas que são agressivas, né? Tem gente que é... tem... tem pessoas esquizofrênicas, como você disse [a entrevistadora em momento algum da entrevista se remeteu ao termo pessoas esquizofrênicas], que são agressivas. Realmente são agressivos.

Entrevistadora: Tem uns que são agressivos.

Agressivos. (Aluísio, 35 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: Pra senhora, o que é loucura?

Loucura? O que é?

Entrevistadora: Sim, o que é?

(Silêncio). É assim como essa minha filha. Não sabe o que está fazendo, não sabe andar sozinha, não sabe se cuidar. Se você não tiver em cima pra ela tomar banho, ela não toma. Do nada é violenta, quer lhe matar. Quando ela quer sair de casa, se você não abrir a porta ela fica violenta. Eu acho que loucura é isso. Não saber o que está fazendo.

Entrevistadora: Não saber o que está fazendo.

É. Como uma criança.

Entrevistadora: Como uma criança.

É.

Entrevistadora: O que mais?

Acho que é isso. Na saber o que está fazendo. Quase como uma criança. (Inês, 69 anos, mãe de uma moradora da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Ai esse meu filho tem esse problema, né?

Entrevistadora: Como é esse problema do seu filho?

Como é?

Entrevistadora: Sim, como é?

É...como se diz, assim... como o povo chama, né? De louco.

Entrevistadora: Louco?

Sim, louco... louco. (silêncio).

Entrevistadora: Hum, no caso, como seria esse louco que a senhora fala?

Que num sabe o que está fazendo, né?

Entrevistadora: Unhum.

Num sabe. Não tem consciência das coisas.

Entrevistadora: O que mais que a senhora acha?

Acho que isso mesmo, não sabe o que está fazendo. (Edna, 55 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Aluísio comenta o fato das internações em hospitais psiquiátricos não puderem ultrapassar vinte dias e mostra a sua indignação pelo médico ter dado alta ao seu irmão, que segundo o mesmo foi antes do tratamento. No entanto, mais a frente Aluísio afirma que loucura não tem tratamento, mas que pode ser reduzida aos poucos e nessa afirmação se utiliza da expressão “a gente sabe”, tentando mostrar que essa versão não é algo construída apenas por ele, mas compartilhada por todos, inclusive pela entrevistadora.

Ao ser questionado mais a frente sobre sua afirmação de que loucura não tem tratamento, Aluísio responde: “não, eu acho que... é um quadro irreversível, né? Pode ser reduzida aos poucos, mas dizer que tem tratamento”. Se a loucura é um quadro irreversível, como ela pode ser reduzida aos poucos? Se não há tratamento, como também, ela pode ser reduzida aos poucos? Para reforçar o que está sendo dito e tornar a sua narrativa legítima, Aluísio cita seu irmão como exemplo, ao afirmar que desde muito tempo vem procurando uma melhora para o mesmo através de consultas a médicos e mudanças de remédio com o objetivo dele não surtar e ele sempre surtando.

Aluísio vincula a loucura à desrazão ao afirmar que loucura é “não saber o que está fazendo”, “não se responsabilizar pelos seus atos”. Ideia esta que sempre foi compartilhada, pois “a loucura foi vista e ainda é através da perspectiva que situa a razão como normativa. É a partir daí que a loucura ganha seus contornos e seu exílio”. (SANDER, 2010, p. 383). No seu discurso, Aluísio também compara o louco às crianças que precisam sempre de pessoas ali, cuidando e prestando atenção.

Utilizando o termo “quadro de loucura” sugere que a loucura é algo imprevisível, posicionando os loucos como instáveis e agressivos. “Se de repente ela tem uma faca, né? Ela pode lhe atingir, né? e você tem que está sempre preparado”, “tem gente que é...tem...tem pessoas esquizofrênicas, como você disse [a entrevistadora, em momento algum da entrevista, se remeteu ao termo pessoas esquizofrênicas], que são agressivas. Realmente são agressivos”.

Ao ser perguntada sobre o que é loucura, Inês cita a sua filha como exemplo, afirmando que louco é aquele que apresenta comportamentos idênticos ao dela e para justificar sua comparação descreve algumas características da mesma: “não sabe o que está fazendo”, “não sabe andar sozinha”, “não sabe de cuidar”. Ela também compara o louco a uma criança e o classifica como violento.

Edna ao ser perguntada como é o problema do seu filho diz: “como o povo chama, né? De louco”. Sendo assim, ao utilizar essa expressão “como o povo chama”, Edna procura se distanciar da loucura. Por outro lado, ao chamar o seu filho de louco e afirmar que é dessa forma que os outros classificam o sofrimento psíquico, Edna reproduz todo um discurso construído pela sociedade em relação ao sofrimento psíquico. Como afirma Maciel *et al* (2009, p. 446), “a família, por estar inserida na sociedade, acaba pactuando com os seus valores, crenças e ‘representações’ sobre a doença mental, reproduzindo o discurso da sociedade, acrescida de suas vivências”. (Grifo nosso).

A loucura também é definida como “depressão”, “esquizofrenia crônica”, “quadro depressivo” e “erro médico”, como podemos ver nos discursos de Soraia, Rute, Judite e Vanda abaixo:

Cuidar de pessoas assim tem que ter paciência.

Entrevistadora: Como pessoas assim?

Com problema, né?

Entrevistadora: Como é esse problema que a senhora fala do seu irmão?

Psiquiátrico.

Entrevistadora: Como é esse problema psiquiátrico?

O problema dele?

Entrevistadora: Sim.

O problema dele foi depressão, foi erro médico. O médico qualificou ele como esquizofrenia crônica.

Entrevistadora: Esquizofrenia crônica.

Que não tem mais retorno, né? Ele sabe de tudo. Às vezes eu digo assim “Meu Deus, só falta aquele parafusinho arrochar”. (Soraia, 55 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Tem gente que tem um doente mental ai deixa lá esquecido.

Entrevistadora: Doente mental.

É.

Entrevistadora: E como seria esse doente mental pra você?

Nesse estilo assim, do meu irmão.

Entrevistadora: Como? Como é?

É doente... que tem um quadro depressivo...doente, como os que se encontram na residência. (Rute, 58 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Pois é, a pessoa cuidar de gente assim, acaba ficando louco também.

Entrevistadora: Louco?

Sim.

Entrevistadora: O que é loucura para você?

Loucura?

Entrevistadora: Sim, o que é?

É assim, como meu filho, depressivo.

Entrevistadora: Depressivo.

Sim, ele tem depressão. (Judite, 48 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

É, porque lá [residência terapêutica] tem... tem os outros pacientes, né? tem as meninas [responsáveis pela residência] aí elas me disseram que ele é esquizofrênico.

Entrevistadora: Esquizofrênico?

É.

Entrevistadora: Aí como é essa esquizofrenia que você diz que ele tem?

A dele é crônica é... é

Entrevistadora: Crônica?

É um comportamento, mudança de comportamento rápido, né?

Ele tá bem aí de repente, né?

Entrevistadora: De repente?

Muda totalmente, ele é, como é que se diz? É imprevisível, né?

Assim uma hora tá bem outra hora tá zangado.

Entrevistadora: Uma hora tá zangado?

É isso aí. (Vanda, 62 anos, irmã de um morador da residência particular do bairro da Liberdade).

Soraia define “o problema” do seu irmão como sendo psiquiátrico e ao ser questionada como seria esse “problema psiquiátrico”, afirma que é depressão. Logo em seguida, afirma se tratar de erro médico, para em seguida dizer que o médico qualifica de esquizofrenia crônica. Percebemos que esses familiares fazem uso de muitos termos para definirem o “problema” de seus parentes.

Já Rute afirma que a doença do seu irmão trata-se de um quadro depressivo e não apenas ele, mas todos os outros moradores da residência particular. Judite também define loucura como depressão. Ao utilizarem o termo “depressão”, as entrevistadas parecem tentar amenizar o “sofrimento” dos seus parentes, pois para o senso comum, depressão trata-se de algo relativamente simples e corriqueiro, características estas que não são atribuídas à loucura.

Para Vanda o seu irmão é esquizofrênico, mas não se trata de qualquer esquizofrênico e sim, de um esquizofrênico crônico. No decorrer do seu discurso, Vanda afirma que esquizofrenia crônica é uma mudança de comportamento rápida. Dessa forma, posiciona o louco como um sujeito imprevisível.

No discurso de Carlos, abaixo, podemos ver o uso, novamente, de vários termos, tais como “problema psicológico”, “problema psiquiátrico”, “distúrbios mentais”, “desvio de comportamento”, para nomear o sofrimento psíquico:

Entrevistadora: Aí no caso esse problema psicológico que você fala como seria, assim?

O distúrbio que ele tem... Eu não vou nem chamar psicológico, porque os médicos chamam psiquiátrico, né? Esses distúrbios que ele tem mental, esses desvios que ele tem de comportamento, né? Eu acho, aí engloba tudo, essa parte aí, né?

Entrevistadora: Sei.

Ele tem desvio de comportamento, ele, como eu disse, às vezes fica agressivo; então, tem alguma coisa errada (risos) na cabeça dele. (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Em outro trecho da sua entrevista Carlos define a loucura como tudo aquilo que não é aceito como normal:

Entrevistadora: Aí no caso, o que seria loucura pra você?

Distúrbio mental das pessoas, as pessoas ficam fazendo as coisas fora do normal, né? Porque, às vezes, às vezes pra uma pessoa é loucura, o que não é loucura pra outro. Mas, assim, as pessoas que fazem algo fora do normal pra sociedade, pra família, então eu acho que isso é estado de loucura. A pessoa, a pessoa não se engajou na, na, no que é normal, no que é aceito como normal pela sociedade, né? E pelas pessoas, né?

Entrevistadora: Do que é aceito como normal?

Como normal. Então, eu acho que tudo que você faz que não é aceito como normal é um estado de loucura, né? Você está entrando num estado de loucura, né?

Entrevistadora: Tá entrando num estado?

É isso, eu acho que é isso. (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Carlos relativiza a loucura, afirmando que “o que é loucura para uma pessoa, pode não ser para a outra” e a concebe como um “estado”, algo que se afasta das normas sociais. Carlos posiciona o louco como aquele que não está adaptado às regras da sociedade, aproximando assim a loucura de qualquer sujeito que não se enquadre no que é aceito como normal, inclusive ele.

Ao dizer que loucura é quando o sujeito não faz o que é aceito como normal pela sociedade, Carlos retira o teor de doença depositado sobre a loucura e a coloca no

campo da moral. Sendo assim, nomear um sujeito como louco ou “normal” irá variar de sociedade para sociedade, visto que os costumes e normas variam.

Apesar de termos encontrado esse tipo de definição de loucura, podemos afirmar que para esses familiares, o sofrimento psíquico está associado à doença, à agressividade, ao descontrole e à imprevisibilidade.

#### **4.2. Sobre a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade**

Como já explicitado, um dos nossos objetivos neste estudo era o de analisar as entrevistas procurando detectar discursos que aceitem ou não a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade, neste subitem nos ocuparemos dessa questão.

A estratégia utilizada para obtenção desses discursos foram questionamentos a respeito da importância da família no tratamento dos moradores das residências terapêuticas particulares e sobre o futuro dos mesmos. Desse modo, no que diz respeito à pergunta sobre a participação da família no tratamento, o discurso abaixo enfatiza que “é legal, é bom, faz parte” e afirma ainda que a família tem o dever de estar presente:

Entrevistadora: O que você acha da participação da família no tratamento do seu irmão?

É legal, é bom, faz parte.

Entrevistadora: Faz parte.

Faz parte. A família ela tem... ela tem o dever de está presente, de ir visitar, de...de ajudar com alguma coisa.

Entrevistadora: De ajudar com alguma coisa.

Isso. Ajudar também, trazer algumas coisas pra... né? Agradar, o lanche, alguma coisa.

[...]

Entrevistadora: Hum. Você já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica?

Já.

Entrevistadora: Já?

Já.

Entrevistadora: O que é?

Assim, já me falaram, mas eu não cheguei a entender, me falaram. Assim, eu acho que essa reforma psiqui... essa lei que diz que os hospitais psiquiátricos tem que ser fechados já vem dessa reforma psiquiátrica.

Entrevistadora: Hum.

Pelo que deu pra entender.

Entrevistadora: Essa lei que tem que fechar os hospitais vem da reforma...

Psiquiátrica.

Entrevistadora: Hum. E o quê mais?

E assim, eles também disseram que as pessoas que tem esquizofrenia tem que viver nos seus próprios lares, com suas famílias. Mas tem sim, têm pessoas que podem e devem viver em seus próprios lares com suas famílias, só que tem, como é que diz, tem doentes e doentes. Tem doentes que realmente não se encaixam. Eles mudam, às vezes ficam agressivos, eles querem bater na família, eles saem e não voltam mais.

Entrevistadora: Tem doentes que não se encaixam.

E nisso a...a família, a família começa até enlouquecer também, junto com o doente.

Entrevistadora: A família.

A família. Eu vivo em estado de choque, qualquer coisa você corre, grita, né? Por conta das loucu... daquele doente que não se encaixa na família.

Entrevistadora: Não se encaixa na família.

Isso, e essas pessoas... num...num vai dizer que a família maltrata, a família trata bem, só que a família sofre muito também.

Entrevistadora: A família sofre.

Sofre. Quem mais sofre não é nem o doente, é a família.

Entrevistadora: Quem mais sofre é a família.

É a família. Por que a família, eu sou parente dele, eu sei. Eu quando trabalhava já deixei um emprego e corri atrás, acredita?

Entrevistadora: Já deixou um emprego.

Já deixei um emprego por causa dele. Pra correr atrás dele, por que minha mãe ficava louca dizendo que ele tinha sumido e não voltava. Quando a gente ia encontrar ele eram dois, três dias. É desse jeito. (Aluísio, 35 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Ao ser perguntado a Aluísio sobre o que o mesmo achava da participação do familiar no tratamento do seu parente, ele constrói um discurso em que apoia essa participação. No decorrer do seu discurso confirma a sua posição de ser a favor do apoio da família no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, fazendo uso de várias expressões, tais como: “é legal”, “é bom”, “faz parte”, “a família tem o dever de está presente”. Ele defende a ideia de que a família tem que está presente na vida do sujeito em sofrimento psíquico, no entanto o mesmo limita essa participação apenas a “visitar” e “ajudar com alguma coisa”.

Ao ser perguntado se já ouviu falar sobre a Reforma Psiquiátrica, Aluísio afirma que sim. Para se justificar, caso não responda algo “correto” utiliza, ao longo de todo o seu discurso, as seguintes expressões: “já me falaram, mas não cheguei a entender”, “eu acho” e “eles disseram”.

Para justificar o fato do seu irmão não está no convívio familiar, afirma que estes sujeitos “têm sim e podem viver com seus familiares nos seus lares”, mas existem doentes e doentes. Doentes que podem viver nos seus lares e doentes que não “se encaixam”, são agressivos e imprevisíveis. Ou seja, o mesmo constrói categorias de doentes e o seu irmão é enquadrado na categoria de doente que não pode viver com sua família. Para legitimar o seu discurso e, mais uma vez, justificar o fato do seu irmão não está inserido em sua família, relata fatos vivenciados por ele que confirmam que por conta do “doente que não se encaixa em casa”, a família também começa a enlouquecer. Diz ainda que quem mais sofre é a família. Como constatam os estudos realizados por Borba et. al., (2008, p. 593), “os familiares se percebem como mais nervosos, irritados, com falta de apetite e com distúrbios do sono, dentre outros sintomas”.

Para tornar sua narrativa verídica, Aluísio utiliza-se de um discurso empirista, pois como afirma Potter (1998, p. 209), quando os sujeitos utilizam o discurso empirista “deseo contrastar las descripciones que reseñan procesos y categorías generales con las descripciones que capturan los detalles de escenas o sucesos tal como podían ser vistos por um observador”.

Percebemos, ainda, que Aluísio hesita em chamar o irmão de louco: “Eu vivo em estado de choque, qualquer coisa você corre, grita, né? Por conta das loucu... daquele doente que não se encaixa na família”.

Para Bianca, o familiar do sujeito em sofrimento psíquico tem que ter responsabilidades sobre o mesmo e “dar cobertura”:

Entrevistadora: O que você acha da participação da família no tratamento do paciente?

Eu acho que... é...claro...eu acho que todo mundo sabe que a família tem que ter responsabilidades, é tanto que eu voltei [morava no Paraguai] depois que minha mãe se foi, meu pai também se foi há alguns anos. E eu voltei por que é uma... ia ficar uma dívida se eu não viesse cuidar dele.

Entrevistadora: Hum.

Dar cobertura, né? Que eu não tenho que ir lá cuidar. Eu vou duas vezes na semana por que eu não posso atrapalhar o trabalho das meninas [responsáveis pela residência]. Elas têm um jeito de se relacionar com eles, que eles têm confiança. Fala, aceita, obedece, entendeu? Eu sou o lazer, a gente sai, passeia. (Bianca, 61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Bianca acha que a família tem que ter responsabilidades, mas afirma que a participação no tratamento do seu parente se resume apenas a “dar cobertura” e “ser o lazer” na vida do mesmo, indo apenas duas vezes na semana visitá-lo, não precisando “ir lá cuidar”. Bianca começa seu discurso afirmando que não apenas ela, mas todos sabem que a família tem que ter responsabilidades, e diz: “é tanto que eu voltei”, pois a mesma residia no Paraguai e voltou para “cuidar” do irmão. Com isso, Bianca tenta deixar claro que compartilha mesmo dessa ideia de que a família tem que ter responsabilidades. Sendo assim, não se posiciona como uma pessoa desinteressada, pois vai duas vezes, na semana, visitá-lo. E, ainda, na tentativa de convencer que não é uma pessoa desinteressada em relação ao seu irmão, Bianca faz uso do argumento de que vai, apenas, duas vezes na semana na residência para não atrapalhar o trabalho das responsáveis pela mesma. Acrescentando que as responsáveis pela residência têm todo um jeito de se relacionar com eles, pois, “fala”, “aceita”, “obedece”. Bianca se isenta da obrigação ou responsabilidade de “cuidar” do seu irmão, afirmando que ela é o lazer na vida do mesmo, para as outras responsabilidades existe a residência.

Como podemos destacar, em pesquisa realizada por Maciel *et. al.*, (2009, p. 445), os familiares de sujeitos em sofrimento psíquico, também associaram suas responsabilidades em relação aos seus parentes apenas ao lazer dos mesmos. “A inclusão do doente mental (na família e na sociedade) é vista com ressalvas pelos familiares, sendo associada a questões como lazer [...]”.

Mais abaixo, alguns parentes constroem discursos em que afirmam que a participação do familiar no tratamento do seu parente é “fundamental”, “importante”, “importante demais”, como podemos observar nos discursos de Soraia, Rute, Vanda, Inês, Judite, Edna e Carlos:

Entrevistadora: No caso, o que a senhora acha da participação do familiar no tratamento?

Eu acho fundamental, fundamental. Ajuda e muito. Pelo menos tira ele da solidão, né?

Entrevistadora: Da solidão.

É. Eles não se sentem desprezados. Eu sei você tem... hoje o ser humano... todo ser humano está sujeito a isso. (Soraia, 55 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: O que você acha da participação da família no tratamento?

Muito importante.

Entrevistadora: Muito importante.

Eu acho, por que se você bota um doente lá e esquece. Esse meu irmão deu muito trabalho a gente, mamãe, mas a gente nunca deixou. Toda vez que a gente ia lá nos hospitais, a gente encontrava ele **descalço** (ênfase), as vezes com a roupa num sei de quem. E toda vez que a gente ia levava roupa, semanalmente. A gente morava em Recife, e levava as frutas, gente ia toda semana. Ele precisa, né? O doente, principalmente esses que estão naquele estado, internados ali, jogados ali, mas eles sentem, né? Num sei não, como se estivesse desprezados e eles sentem, a impressão que a gente tem é essa, né?

Entrevistadora: Que eles se sentem desprezados?

Não, o... a... assim, se eles não tiverem ninguém também, né? Eu não sei como é. Mas eu acho que a família é muito importante, no apoio. (Rute, 58 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: Aí o que você acha da participação da família do seu irmão no tratamento?

É eu acho bastante, é importante demais.

Entrevistadora: Importante?

É, por que... é completamente, é importante porque ele... ele é tanto que ele sempre fala, quando ele, quando eu vou visitar ele pergunta por papai, ele pergunta pelo nome dos irmãos todinhos. Eles não dão atenção, mas ele não esquece, ele lembra de todo mundo e pergunta. Quando ele vai lá à nossa cidade que não tem ninguém lá na casa, ele fica triste, diz que tá sozinho, aí que quer voltar para lá [residência], ele até gosta de lá.

Entrevistadora: Quer voltar para lá?

É, porque lá tem... tem os outros pacientes, né? Tem as meninas [responsáveis pela residência]. (Vanda, 62 anos, irmã de um morador da residência particular do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: O que você acha da participação da família no tratamento, no caso, quando ela está na residência?

Eu acho importante, né? Eu coloco ela lá na residência, mas eu não abandono ela, eu vou visitar, levo umas coisinhas pra ela, vou conversar com ela. Mas é por que eu sozinha cuidando dela aqui é complicado. Eu moro sozinha, um netinho dorme aqui comigo, mas ele se tranca lá no quarto dele, ele tem medo dela. E eu também tenho, que ela faça alguma coisa com ele, né? Por que é do nada, sabe? Do nada ela avança em cima de você.

Entrevistadora: No caso, a senhora acha importante a família no tratamento.

Acho sim.

Entrevistadora: O que mais?

Acho que isso mesmo. (risos). (Inês, 69 anos, mãe de uma moradora da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Entrevistadora: Aí o que você acha da participação da família do morador no tratamento?

Eu acho muito importante, né? Todo mundo sabe que é importante, não é mesmo?

Entrevistadora: Importante.

Lógico. Eu deixo ele lá na residência, mas sempre estou presente, fazendo visitas.

Entrevistadora: Hum.

É, por que como eu te disse é importante a presença da família nas visitas.

Entrevistadora: Unhum.

É isso.

Entrevistadora: O que mais?

Acho que isso mesmo. (risos). (Judite, 48 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Entrevistadora: Unhum. No caso, o que você acha da participação da família no tratamento do morador? No caso, do seu filho?

Eu acho que é importante, né?

Entrevistadora: Importante, como?

Importante. Eu coloquei ele na residência, mas eu não abandonei ele não. Eu visito, eu levo um lanche, eu telefone. É por que eu não tinha como cuidar dele mesmo, né? Por que é complicado, aí coloquei ele lá, mas eu não abandonei ele não. (Edna, 55 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Entrevistadora: É... o que você acha, assim, da participação da família no tratamento?

Eu acho importante, porque têm deles que faz um ano que não recebeu a visita de alguém, entendeu? É, assim, pelo menos ele sabe, ele sabe que a família tá presente dentro do que ele precisar a gente tá presente; então ele sabe que toda semana eu vou visitar, ele sabe. Então, assim, eu acho que ajuda mais no tratamento dele, né? Ou talvez inconsciente às vezes, eu não sei nem o estado mental dele.

Entrevistadora: Humhum.

Mas, assim, quando eu chego, assim, ele conhece, conhece, conversa. Então, eu acho que ele... ajuda muito o acompanhamento da, da, com a família no, no, no tratamento.

Entrevistadora: Ajuda?

Ajuda. Com certeza.

Entrevistadora: Sei.

Eu acho que tem que tá presente, né? É como um filho, você tem que tá presente na vida do filho, né?

Entrevistadora: Hum. No caso tem que tá presente?

Tem que tá presente, marcando presença pra saber que eles, que eles são importantes, né?

Entrevistadora: Hum.

Pra, pra, pra família, né? Aí eu acho que isso ajuda muito. (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Soraia acha a participação do familiar fundamental, pois tira seu irmão da solidão e ele não se sente desprezado. No discurso de Rute, também encontramos alusão ao “desprezo”. Ou seja, a participação da família no tratamento dos seus parentes que moram nas residências, é importante para que os mesmos não se sintam desprezados.

Rute no decorrer do seu discurso, relata tudo o que fez pelo seu irmão quando o mesmo estava internado em hospitais psiquiátricos na tentativa de mostrar que nunca deixou seu irmão abandonado, afirmando que “esse meu irmão deu muito trabalho a gente, mamãe, mas a gente nunca deixou”. Para Rute a família é importante no apoio e, este apoio se limita às visitas ao parente em sofrimento psíquico quando este se encontra em alguma instituição.

No discurso de Vanda, a mesma diz que a participação da família é “importante demais” e para dar veracidade a sua narrativa, ela utiliza um discurso empirista, ou seja, relata comentários feitos pelo seu irmão quando a mesma vai visitá-lo. Comentários estes referentes à procura por notícias a respeito dos seus outros parentes que não foram visitá-lo.

Inês de imediato se justifica por ter “colocado” a filha na residência e afirma que não a abandona: “Eu coloco ela lá, mas eu não abandono”. Para mostrar que sua filha não está abandonada, Inês descreve o que faz pela mesma: “eu vou visitar”, “eu levo umas coisinhas pra ela”, “vou conversar com ela”, dando assim mais veracidade ao seu discurso. Mais um discurso em que o familiar se refere apenas as visitas ao seu parente como a participação no seu tratamento.

Ainda na tentativa de se justificar por sua filha não está no convívio familiar e, sim, morando na residência, Inês recorre ao fato de cuidar dela sozinha. Mora um neto com ela, mas o mesmo se tranca no quarto com medo. Ela diz que também tem medo e para mostrar que realmente tem motivos para ter medo, afirma que a sua filha é imprevisível, “do nada avança em cima de você”. Fato este já relatado por alguns entrevistados, se difundindo ainda a imagem do louco como alguém que tem um

comportamento imprevisível, violento e agressivo como se os ditos “normais” também assim não o fossem.

Judite também acha importante a participação da família no tratamento do seu parente e para mostrar que esse seu discurso é verdadeiro afirma “todo mundo sabe que é importante, não é mesmo?”. Mais a frente, diz que deixa seu filho na residência, mas sempre está presente, fazendo visitas. Edna, por sua vez, afirma que a participação da família é importante e também começa seu discurso se justificando: “Eu coloquei ele na residência, mas eu não abandonei ele não”. E, afirma que “o visita, leva um lanche, telefona’.

Carlos também acha a participação da família no tratamento do seu parente importante e afirma que tem alguns dos moradores das residências que não recebem visitas há um ano. Dessa forma, Carlos utiliza-se desse recurso para mostrar à entrevistadora que o fato dele fazer uma visita semanal não é algo tão ruim assim, já que tem muitos familiares que nunca visitam seus parentes. No decorrer da sua entrevista constrói um discurso para mostrar que não faz parte desse grupo de parentes que não visitam. Dando continuidade ao seu discurso, Carlos compara seu irmão a um filho, onde o pai tem que está presente na vida do mesmo para ele saber que é importante. Todo o seu discurso gira em torno do mesmo argumento de que “a família é importante”.

A responsabilidade pelo cuidado do portador de transtorno mental no contexto que antecede o movimento reformista era atribuída à instituição hospitalocêntrica, restando à família a tarefa de identificar a desorganização, encaminhar o familiar, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade (BORBA et. al., 2008, p. 589).

Percebemos, então, que, estas características citadas por estes autores são ainda encontradas nos discursos dos familiares dos moradores das residências particulares. Vários são os argumentos e as justificativas construídas pelas famílias dos moradores das residências com o objetivo de resolver o grande problema colocado pela entrevistadora: responder as perguntas da melhor forma possível para que não pareçam pessoas que demonstram desinteresse por seus parentes.

Levando em consideração, que um dos preceitos do movimento da reforma psiquiátrica é a reinserção do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, um dos nossos objetivos foi o de detectar nos discursos desses familiares a aceitação ou não desta reinserção. Sendo assim, para obtermos tais discursos, utilizamos nas entrevistas

perguntas dirigidas aos familiares. As perguntas foram as seguintes: Qual o futuro que você acredita que seu parente terá? ; Você acha que existiria algum outro local para seu parente morar que não seja a residência?

No que diz respeito à primeira pergunta: “Qual o futuro que você acredita que seu parente terá?”, foram construídos os discursos que seguem abaixo.

Para Aluísio, o futuro do seu irmão depende do mesmo:

Entrevistadora: É, qual o futuro que você imagina que seu irmão terá?

Assim, dependendo do quadro dele, né? Dependendo do quadro dele pode até ele ter futuro.

Entrevistadora: Ter futuro, como assim?

Se ele chegar a melhorar e... e por que tem paciente que eles não querem melhorar, eles querem ficar ali e pronto.

Entrevistadora: Hum.

Então, isso depende muito também do paciente.

Entrevistadora: Depende muito do paciente.

Do paciente. Tem casos e casos, né isso? Cada regra tem exceção. Tem uns que reagem melhor, tem outros que num... né?

Entrevistadora: Ai no caso, o futuro que você espera para o seu irmão, qual seria assim?

(silêncio). Assim, depende dele. Se ele... se o quadro dele melhorar, né?

Entrevistadora: Depende dele.

E ele quiser, né? Depende dele também.

Entrevistadora: Hum. Depende dele, como assim?

Como assim?

Entrevistadora: Sim.

Assim, se ele tiver uma melhora, se ele quiser melhorar, se ele mudar, não é? Mas como tem pacientes que não mudam. A gente está sempre presente, conversando, ai tem pacientes que ele quer aquilo ali e acabou. A família tenta, né?

Entrevistadora: A família tenta.

A família tenta. (Aluísio, 35 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Aluísio diz que o futuro do seu irmão depende dele mesmo e na afirmação: “dependendo do quadro dele pode até ele ter futuro”, podemos perceber o teor de dúvida quanto ao futuro do mesmo. No decorrer do seu discurso, Aluísio continua afirmando de forma enfática que o futuro do seu irmão e de todos os outros moradores depende deles mesmos e para justificar seu argumento diz que tem pacientes que não querem melhorar. Mais a frente afirma que a família tenta e que estão sempre presentes, mas tem “pacientes que não mudam”. Sendo assim, Aluísio constrói todo um discurso

em que seu irmão e os outros moradores da residência não “melhoram” por que não querem se redimindo de qualquer responsabilidade frente ao futuro do mesmo.

Soraia, abaixo, afirma que o futuro do seu irmão depende 50% dele e o restante da família e das responsáveis pela residência:

Entrevistadora: É, qual o futuro que você espera para o seu irmão? Que ele terá?

Futuro para meu irmão em termos de... depende da família. Vou botar 100% da família.

Entrevistadora: 100% da família.

É. Vou dividir. 50% da pessoa e da gente, né? No caso. E elas [responsáveis pela residência] tem que dar uma força como a gente também. Se juntar.

Entrevistadora: Se juntar.

É, tem que ter união, tem que ter participação. Ele está lá, mas ele também tem que está com a família. E família é família. Você vá morar em São Paulo, Rio de Janeiro, aliás, vá morar em uma cidade que você não tenha parente nenhum e vá morar em uma cidade que você tem um tio, uma tia que a coisa já é diferente. (trecho incompreensível). Ai, “oh fulano chegou aqui pra estudar e tal”. Ai ajuda. (Soraia, 55 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Diferente de Aluísio que atribui ao seu irmão à responsabilidade de “ter um futuro”, Soraia afirma que o futuro do seu irmão depende 50% da família e os outros 50% das responsáveis pela residência. Neste caso, tira do seu irmão a responsabilidade pela sua própria vida, tornando-o um indivíduo sem vez e sem voz e, sem autonomia para fazer as suas escolhas. Diz que seu irmão está morando na residência, mas também diz que ele tem que está com a família, ou seja, ter contato familiar e para mostrar que seu discurso tem fundamento descreve uma situação, quando alguém vai morar em outro estado, na qual a família é de extrema importância.

Já Bianca, Carlos, Inês, Cícera e Judite nos discursos abaixo, afirmam que o futuro dos seus irmãos é ficar morando na residência:

Entrevistadora: No caso, qual o futuro que você acha que seu irmão terá?

É, eu acho que ele vai ficar onde está na residência... ele poderá ficar estabilizado dentro do quadro de esquizofrenia, ai ele vai ter um quadro de estabilidade mas, eu não tenho certeza da volta da convivência familiar. Eu gostaria de... que... e...e...a gente...que ele pudesse morar em casa comigo. Mas os meus hábitos são muito rígidos de organização e eu não toleraria, me incomoda profundamente a displicência dele, entendeu? E se... é... se você... é...se você der cigarro, ele perde o isqueiro, se

você dar dinheiro ele não sabe onde está, perde o dinheiro. Eu acho isso uma coisa insuportável e outra coisa é que eu acho que ele gosta da residência. Que ele acha que pode fazer as coisas erradas e ninguém... todo mundo rir e não reclama. E eu sou um sensor familiar, eu censuro imediatamente sem querer, eu acho insuportável, eu acho que me tornei extremamente organizada por causa dessa desorganização que essa doença criou entre nós, né? A minha mãe limpava, ele sujava tudo. Queimava, botava cinzas, pés sujos, tudo fazia... eu achava horrível, mãinha também, aí ele ia pra o hospital. Fora quebrar as coisas, bater e tudo. Então, ele sabe que ele tem esse impulso de fazer coisas que tão erradas, agora ele entende que ele faz essas coisas que não está correta, mas que na residência ele é aceito, entendeu? (Bianca, 61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: É... aí no caso, qual o futuro que você acredita pra o seu irmão?

Qual o futuro?

Entrevistadora: Hum.

Eu acho que, como é teu nome, é?

Entrevistadora: Aline.

Aline, eu acho, Aline, que assim, pelo tempo que faz que ele tá nesse quadro e o quadro dele não, não progrediu, estabilizou como eu disse a você, eu acho que o futuro dele é esse mesmo, vai ficar até um dia, né?

Entrevistadora: Hum.

Até Deus, Deus permitir que ele fique aqui na terra, vai ser esse, assim, enquanto, enquanto existir uma casa desse tipo eu vou manter ele numa casa, né?

Entrevistadora: Hum.

Porque minha mãe daqui a pouco...é uma realidade, minha mãe já tá numa cadeira de rodas, com Mal de Alzheimer, quer dizer, já tá muito comprometida no quadro dela e não tem... ela morrendo. Hoje não pode nem botar ele lá quanto mais quando ela morrer, né? Ai, enquanto existir essas casas [residências], tipo essa que a gente acompanha, eu vou manter ele na casa dele, o futuro dele vai ser esse.

Entrevistadora: Hum.

Manter numa casa dessa e o pessoal dando o tratamento e a gente acompanhando à distância, uma vez por semana indo lá.

Entrevistadora: Acompanhando à distância?

É. E uma vez por semana a gente vem por lá, porque a gente deixa o telefone, qualquer coisa o pessoal liga, né?

Entrevistadora: Hum.

E todo fim de semana, é como eu digo a você, a gente sempre tá por lá. O futuro dele que eu acho é esse. (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Entrevistadora: Qual o futuro que você acredita que sua filha terá?

Eu nem sei, visse? Ou ela vai ficar aqui comigo, ou vai pra residência de novo, que eu vou fazer de tudo pra colocar ela de novo lá, ou só Deus sabe.

Entrevistadora: Colocar ela de novo lá?

É, por que como te falei, eu sou sozinha pra cuidar dela e eu já não tenho mais idade pra essas coisas. Ai quero fazer de tudo pra colocar ela de novo lá. Eu nem sei se Bernadete [nome fictício] ainda está na mesma casa, por que o menino disse que foi lá e ela não tava mais. Eu vou até ligar pra ela pra saber, que eu tenho o celular dela.

Entrevistadora: Hum.

(silêncio). (Inês, 69 anos, mãe de uma moradora da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Entrevistadora: Qual o futuro que você acredita que seu filho terá?

Eu acho que assim... eu não sei bem te dizer, sabe? (silêncio).

Entrevistadora: Como você imagina?

É... é eu acho que ele vai continuar morando na residência, né? Por que ele se adaptou bem lá, ele gosta dos outros moradores, gosta do pessoal que trabalha lá também. Ai eu acho que ele vai ficar morando lá.

Entrevistadora: Hum.

Entendeu?

Entrevistadora: É... é mais alguma coisa a falar sobre isso? O que você imaginar.

Não, acho que não. Eu sou bem tímida assim pra falar, eu falo pouco mesmo. (Cícera, 40 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Entrevistadora: Qual o futuro assim, que você acredita que seu parente terá?

O futuro?

Entrevistadora: Sim, qual futuro você imagina?

Olhe, é... é, eu acredito que morando na residência. Por que é uma pessoa que depende muito dos outros, sabe? Que precisa muito de alguém pra resolver as coisas, ajeitar e tudo mais. Ai como eu não podia fazer isso tudo eu levei pra morar nessa residência, sabe? Por que eu acho que lá é bem cuidado, tudo direitinho e eu confio. Ai vai ficar nela [residência] mesmo. (Judite, 48 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Ao ser perguntada sobre o futuro do seu irmão, Bianca afirma que ele vai continuar onde está, ou seja na residência terapêutica particular. Em seguida diz que o

quadro de esquizofrenia do seu irmão poderá ficar estabilizado e afirma “mas, eu não tenho certeza da volta da convivência familiar”. Bianca diz que gostaria que ele voltasse a morar com ela, mas acredita que isso não acontecerá. Para justificar isso, Bianca enumera características referentes ao seu irmão que o impedem de morar com ela. Para dar mais credibilidade ao seu discurso, a mesma faz uso de expressões fortes como: “me incomoda profundamente”, “coisas insuportáveis”. Dessa forma, demonstra a não viabilidade do retorno do seu irmão para sua casa.

Por fim, Bianca afirma que o seu irmão gosta da residência, pois lá é aceito, pode fazer “coisas erradas”, sugerindo que na casa dela ele não é aceito.

Carlos afirma que o futuro do seu irmão será morar sempre na residência: “enquanto existir uma casa desse tipo eu vou manter ele numa casa”. Para justificar essa sua afirmação, o mesmo utiliza o argumento de que seu irmão “não progride”, “estabilizou”. Para dar ainda mais credibilidade ao seu discurso, Carlos utiliza a doença da sua mãe como mais um motivo do seu irmão está morando na residência. Carlos diz que mantém seu irmão na residência e “fica acompanhando à distância, uma vez na semana indo lá”. No entanto, em um outro trecho de sua entrevista, ao ser perguntado sobre a importância da família no tratamento do seu familiar, o mesmo construiu todo um discurso em que apoiava a participação da família, sendo algo imprescindível e afirmou ainda que o seu irmão é como se fosse um filho e que tem que está presente sempre. No entanto, nesse trecho do seu discurso, Carlos afirma acompanhar o seu irmão à distância.

Inês diz que a filha vai ficar na sua casa com ela ou na residência particular. O argumento que ela se utiliza para justificar a sua opção pela residência é o fato da sua idade avançada e ser sozinha para cuidar da filha. Outro argumento é o fato de que na residência sua filha é bem cuidada e, mais uma vez, recorre à questão da sua idade avançada e problemas de saúde.

Cícera de início afirma que não sabe dizer qual futuro seu filho terá, no entanto em seguida afirma que “acha” que seu filho vai continuar morando na residência. Fazendo uso da expressão “eu acho”, Cícera deixa um teor de dúvida quanto ao futuro do seu filho. Para justificar o seu posicionamento, ela recorre aos exemplos relacionados a convivência do filho na residência e com as pessoas que integram a mesma, onde afirma que seu filho se adaptou, gosta dos outros moradores e do pessoal que trabalha lá.

Já Judite também afirma que seu filho ficará morando na residência e para justificar essa sua conclusão diz que o mesmo é alguém dependente e que sempre precisa de alguém para lhe ajudar. Reproduzindo assim, a imagem do sujeito em sofrimento psíquico como alguém que não pode ter autonomia.

Rute, a seguir, ao falar do futuro do seu irmão, afirma várias vezes “não saber, pois o quadro dele é complicado”.

Entrevistadora: É, qual o futuro que você acredita que seu parente terá?

Hum, olhe, por que o quadro é muito complicado. E faz muito tempo já que ele adoeceu, faz um certo tempo. E eu não sei, eu não sei. Ele estando ali, eu posso dizer que ele está bem, as meninas [responsáveis pela residência] cuidam bem dele, ele é bem cuidado. Só dele ser bem cuidado, eu já fico feliz.

Entrevistadora: Hum.

É melhor do que vê-lo maltratado.

Entrevistadora: E o futuro que você ver pra ele assim?

É, eu não sei. Não sei, mas se esses outros, esses que vivem ali ficaram assim, pessoas que vão pra casa, chegaram a esse ponto de visitar, de passar uma semana em casa e ficar calmo. Por que digamos ai, que tenha algum que fica bravo... que seja... e ter um comportamento diferente, já é uma grande...

Entrevistadora: Já é uma grande...

Já é uma grande coisa. (pausa). Sei não, quando a pessoa está num quadro desse ligado à depressão, é tudo mais difícil, tem que ser forte pra sair disso.

Entrevistadora: Tem que ser forte.

Eu acho, tem que ser forte. E a família que tem que dar apoio.

Entrevistadora: A família.

O cara que entrar em depressão e não tiver o apoio da família. A família tem que apoiar muito.

Entrevistadora: Tem que apoiar muito.

Fica difícil, por que você acha que ele sai só? É difícil. (Rute, 58 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Ao ser perguntada sobre o futuro do seu irmão, Rute responde que não sabe, no entanto antes disso, afirma que o quadro do mesmo é complicado, dessa forma, se utiliza disso para justificar por que não sabe. Vemos assim, que o sujeito em sofrimento psíquico é reduzido tão somente ao seu “estado”, não mais existindo um ser humano com possibilidades e perspectivas, mas apenas um sujeito que “carrega” um diagnóstico. Para amenizar esta sua afirmação, Rute diz que ele estando na residência e sendo bem tratado para ela já está bom. Percebemos, ainda, que Rute diz que seu irmão um dia poderá visitar seus parentes em casa, mas não se refere, em momento algum, ao

fato dele voltar ao convívio familiar e social, embora enfatize a necessidade do apoio familiar.

Encontramos familiares que se apóiam em “discursos médicos” para afirmar que o futuro dos seus parentes é a residência, como é o caso de Vanda e Edna:

Entrevistadora: Qual é o futuro que você acha que seu irmão terá?

Porque o médico o... o psiquiatra disse que ele não tem cura.

Entrevistadora: Não tem cura?

A esquizofrenia dele é crônica, aí devido a idade também, que ele tem 56 anos, aí cada vez mais ele vai piorando, né? Assim sério mesmo.

Entrevistadora: Cada vez mais piorando.

É, ele não tem cura, ele não melhora.

Entrevistadora: Aí o futuro que você espera para ele? Seria qual?

O futuro é... é só sentindo assim um vazio, né? Que ele não tem perspectiva para nada, aí, num... num espero muito, espero um futuro assim só chegar o dia de ir embora e pronto, Deus ter misericórdia dele, né?

Entrevistadora: Chegar o dia de ir embora?

É, mais ele... ele num, ele num participa de nada, assim... assim sozinho num... num reage nada só.

Entrevistadora: Nada?

É por isso que eu acho que ele não tem esse futuro não, né? Ele depende muito da gente assim.

Entrevistadora: Não tem futuro não.

Tem não. (Vanda, 62 anos, irmã de um morador da residência particular do bairro da Liberdade).

Entrevistadora: Qual é o futuro que você acha que seu filho terá?

Eu acho que o futuro dele é ficar pela residência mesmo.

Entrevistadora: Como assim?

É, por que o médico disse que ele não tem cura, né? Ai ele vai ficar morando lá mesmo. (Edna, 55 anos, mãe de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Vanda responde a pergunta da entrevistadora fazendo referência ao discurso médico, com isto, a mesma tenta dar mais credibilidade ao seu discurso e respalda sua afirmação tendo como base o discurso de um profissional de saúde mental. Diz ainda que não tem expectativas quanto ao futuro do seu irmão e para dar veracidade a sua narrativa se utiliza de exemplos referentes aos comportamentos do mesmo: “não

participa de nada, assim sozinho, não reage a nada”, se apoiando nestes fatos para confirmar que sua hipótese é verdadeira. Afirma, inclusive, que o irmão não tem futuro.

Diante dos quadros graves de sofrimento mental e de longa duração, como a esquizofrenia, por exemplo, encontramos familiares pessimistas quanto à possibilidade de melhora do familiar doente mental. Para muitos, são tantos os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, que é comum encontrarmos familiares desmotivados, resistentes e temerosos [...] (COLVERO et. al., 2004, p. 201).

Edna, assim como Vanda, afirma que o futuro do seu filho será “ficar pela residência mesmo” e para dar credibilidade ao seu discurso faz uso também do “saber médico”.

No que diz respeito à segunda pergunta “Você acha que existiria algum outro local para seu parente morar que não seja a residência?”, utilizada para obter discursos sobre a aceitação ou não dos sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade, Aluísio afirma que não, pois “pessoas assim precisam ter pessoas por perto tomando conta”:

Entrevistadora: Hum. No caso, você acha que existiria algum outro local para seu irmão morar que não seja a residência?

Eu acho que não.

Entrevistadora: Não.

Por que pessoas assim tem que ter pessoas por perto tomando conta deles. O outro lugar pra ele morar, era um lugar pra ele morar sozinho, mas como é que ele pode morar sozinho? Ele não pode morar sozinho.

Entrevistadora: Hum.

Por que realmente ele não tem noção de se cuidar, de tomar banho, de tirar a barba. É uma pessoa que depende de outra.

Entrevistadora: Depende de outra.

Isso, depende. É como eu lhe disse, é como uma criança. Ele não fala nada com nada em uma conversa. Tem hora que ele reconhece a família, tem hora que ele não reconhece, ele diz: “Tu é fulano”, “Não, tu já morreu”. “Tu num sei o quê”. É aquela conversa todinha. (Aluísio, 35 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Aluísio posiciona os sujeitos em sofrimento psíquico como dependentes de outras pessoas, comparados a uma criança. Para dar credibilidade a sua narrativa e convencer de que está falando a verdade, cita alguns comportamentos do seu irmão. Ou seja, o futuro do irmão de Aluísio, visualizado pelo mesmo, é de alguém que nunca poderá morar sozinho e sempre será dependente de alguém. Podemos perceber que para Aluísio, a inserção do seu irmão no convívio social é uma possibilidade remota.

Ao ser perguntada se existiria outro lugar para seu irmão morar, Soraia afirma que a mesma que deveria providenciar isso. Como podemos perceber no discurso abaixo:

Entrevistadora: Você acha que existiria um outro lugar que seu irmão pudesse ir morar sem ser a residência?

Se existia?

Entrevistadora: Se existia algum outro lugar que seu irmão pudesse morar sem ser a residência?

Seria no caso, eu que deveria fazer isso.

Entrevistadora: Você?

Ele é órfão de pai e mãe. Minha mãe morreu e eu fiquei tomando conta. Mas eu estou pretendendo arrumar uma casa, se Deus quiser.

Entrevistadora: Uma casa.

Uma casa, né?

(Entrevistada se emociona)

Entrevistadora: Ai nessa casa a senhora vai fazer o quê?

Acolher meu irmão.

Entrevistadora: Hum... seu irmão, né?

Digamos assim, ele fica lá [residência], uma hipótese, ai final de semana vai pra minha casa. Ai ele vai comer o tempero meu, levo ele na casa de um tio, um tio no sítio, saio com ele, né? Ai seria diferente, é muito importante. (Soraia, 55 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

No decorrer do discurso, Soraia afirma que vai “arrumar uma casa” para tirar o seu irmão da residência nos finais de semana e se emociona. Diz, inclusive, que vai levá-lo para o sítio e etc. Apesar do seu discurso se aproximar daqueles que se referem à participação em termos de lazer, observa-se que há uma intenção de socialização do sujeito em sofrimento psíquico no contexto social.

Ao ser perguntada se existiria outro lugar em que o seu irmão pudesse vim a morar que não fosse a residência terapêutica particular, Bianca responde, de maneira enfática, que não:

Entrevistadora: Você acha que existiria outro local que não seja a residência...

Não... **não** (ênfase)...

Entrevistadora: ... pra ele morar?

Não, nem minha casa, nada. Só na residência mesmo. Talvez seria é...é...uma possibilidade...eu morei na Europa e eu trabalhei como voluntária em uma casa como a residência terapêutica de pessoas que saíram de hospital e vão morar em uma casa, só que lá as pessoas podem trabalhar e como é um país mais rico, a casa tem máquina de lavar roupa, máquina de

secar, máquina de lavar prato, tem enfermeira, tem psiquiatra e tem apartamentos recomendados, apartamentos... é observado. Pessoas que moram sozinhas, mas que elas são acompanhadas, observadas pela... pelo terapeuta, entendeu? Que já pode viver sozinho. Eu acho, que eu penso que ele poderia morar no apartamento dele, um apartamento pequenininho perto de onde eu morasse, mas as meninas [responsáveis pela residência] gostam e ele não gosta mais de viver sozinho. Eu tenho certeza ele iria morar só... ele podia ir morar só em um apartamento pequenininho, entendeu? (trecho incompreensível), mas lá [residência] ele gosta, ele ajuda, entendeu? E na residência ele não vai ter que cozinhar, ele se sente em família. (Bianca, 61 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Antes da entrevistadora terminar a pergunta, Bianca já responde: “não, não”, deixando explícito sua posição. Em seguida refere-se à uma possibilidade e remete-se ao que ela chama de apartamentos observados, na Europa, onde sujeitos em sofrimento psíquico, egressos de hospitais psiquiátricos, vão morar sozinhos, mas que são acompanhados por seus terapeutas. Entretanto inicia frase utilizando o termo “talvez”, indicando que nem assim seria garantido seu irmão morar em outro lugar senão a residência. Porém, depois, como se procurando minimizar ainda mais os efeitos da sua negativa, vai conjecturando outras possibilidades, afirma que seu irmão poderia morar sozinho em um apartamento pequeno próximo dela, no entanto, depois descarta essa ideia se utilizando de alguns argumentos relativos às preferências do seu irmão que se orientam para a permanência na residência. Por último, para afirmar que seu discurso é digno de credibilidade, afirma que na residência “ele se sente em família”.

Perguntamos também a Rute se existiria outro lugar para seu irmão morar que não fosse a residência e, no discurso abaixo, ela afirma que o outro lugar para seu irmão morar seria a casa dela, mas acha que não daria certo, pois ele não iria lhe obedecer e na residência ele obedece:

Entrevistadora: Ai no caso, você acha que existiria algum outro local para seu parente morar que não seja a residência?

Eu acho que não... é...é...seria a casa da gente.

Entrevistadora: Hum.

Mas o problema é que ele pode não obedecer.

Entrevistadora: Não obedecer.

É. Por que aqui, é o tipo da coisa, ele convivendo com a gente, ai ele, em casa mesmo, ele chegava e dizia: “Abra a porta”. Mandava abrir. Ai a gente ficava... e ele tinha uma maneira de falar que intimidava. Num é que ele já bateu, nunca aconteceu, mas só pelo fato de como ele falar, a gente ficava um pouco

com medo, receosa, né? Ai a gente abria a porta, e na residência não, ele obedece as meninas [responsáveis pela residência]. Fica obediente.

Entrevistadora: Fica obediente.

Obedece. Eu pergunto toda vez que eu vou lá, eu converso com as meninas. Eu procuro saber. “Toinho [nome fictício] você está obedecendo as meninas?”. “Tô”. Não só ele, eu converso assim com os outros. Rapaz um dia desses eu cheguei lá sozinha e as meninas não estavam, ai estava Toinho [nome fictício], ai eu fiquei assim. “Meu Deus, eu em uma casa dessa, com uma tuia de homem dessa”. Ai eu fiquei assim, e uma pessoa que não é acostumada pensa que eles não obedecem. E eles obedecem, mas dentro de casa, só pelo fato de ser família, o costume, ele não obedece.

Entrevistadora: Pelo fato de ser família.

Eu acho que sim, pelo costume, né? E ai não quer, e lá [residência] eles obedecem as meninas. (Rute, 58 anos, irmã de um morador da residência terapêutica do bairro da Liberdade).

Rute diz que um dos lugares que o seu irmão poderia morar seria a sua casa, no entanto, logo em seguida afirma que seu irmão poderia não obedecer. Dessa forma, Rute descarta essa possibilidade. Afirma que tem medo do irmão e cita alguns comportamentos do mesmo com o objetivo de confirmar que a sua versão é digna de credibilidade. Comenta que na residência é diferente, pois o mesmo obedece às meninas (responsáveis pela residência) e para dar veracidade a sua narrativa diz que não é apenas ele que obedece, mas todos os moradores. O discurso de Rute além de infantilizar os moradores da residência, os posiciona como pessoas que causam medo nas outras.

Ao perguntarmos a Carlos se existiria outro local que seu irmão pudesse morar, ele afirma que talvez sim, mas não tem tempo de procurar. No entanto, afirma que na sua casa com sua família, ele não teria condições de morar, pois iria ficar “escanteado num canto de parede”:

Entrevistadora: Aí no caso, assim, você acha que existiria além dessa residência outro lugar que ele pudesse vir a morar um dia?

Não, eu acho que, de existir pode existir, né?

Entrevistadora: Hum.

Mas assim, que as condições, eu acho que, iguais a essa, pode ser igual, mas eu não tinha condições de procurar outros locais, assim, apropriados pra ele, pra o caso dele, né?

Entrevistadora: Hum. No caso apropriado pra ele?

Pra ele eu acho que teria que ser um ambiente desse tipo, né?

Entrevistadora: Hum.

Uma residência exclusiva que cuidasse dele, né? Porque você levar uma pessoa dessa pra um meio, pra sua casa, um meio

familiar, né?, Ele... aquela questão: todo mundo envolvido no dia-a-dia com seu trabalho, corre-corre, ele vai ficar, como é que diz? Escanteado dentro de casa, num canto de parede.

Entrevistadora: Hum.

Porque um corre pro colégio, outro corre pra trabalhar, a empregada pra fazer aquilo... quer dizer, vai ficar... e na residência não, acho que tem interação, não é? Eles interagem uns com os outros e os funcionários daqui são exclusivos pra interagir com eles, né?

Entrevistadora: Hum.

Então, assim, por isso que eu acredito que na residência seria a melhor opção pra ele, né?

Entrevistadora: Sei. Aí no caso os funcionários são exclusivos pra eles?

Pra eles. Entendeu? É diferente de você colocar em sua casa e você ter mil coisas e ainda ter tempo pra dar uma atenção, tá entendendo como é?

Entrevistadora: Hum.

Termina não dando atenção por conta do corre-corre do dia-a-dia.

Entrevistadora: Sei.

E na residência não, lá os funcionários são exclusivos. (Carlos, 50 anos, irmão de um morador da residência terapêutica do bairro do Santo Antônio).

Carlos começa seu discurso dizendo que não existe outro lugar para seu irmão morar. Logo em seguida diz que talvez tenha outro lugar nas mesmas condições que a residência, mas que o mesmo não tem condições de procurar, sugerindo que o único lugar onde o irmão pode viver é em uma residência terapêutica. Constrói, como em outros momentos da sua entrevista, argumentos que apontam para a impossibilidade da permanência do seu irmão na sua casa. Carlos diz que a residência é a melhor opção para seu irmão, pois lá, ele não será “escanteado”, como ocorreria se estivesse em sua casa, onde ninguém tem tempo para interagir com ele, argumenta que na residência ele tem exclusividade, o que remete para a relevância do cuidado. Dessa forma, nega qualquer outra possibilidade de convívio social para o seu irmão.

Inês, abaixo, afirma que fica tranquila por saber que sua filha está na residência, pois sabe que tem “gente cuidando dela”:

Entrevistadora: È... é... você acha que existe algum outro local que sua filha pudesse morar que não seja na residência?

Eu acho que não. Como te falei, comigo ou na residência. Sabe... como te falei.

Entrevistadora: Com a senhora ou na residência?

É. Por que na residência eu fico tranquila por que sei que tem gente cuidando dela. Eu também cuido aqui em casa, mas eu

estou ficando velha, estou com anemia, ia até fazer uma cirurgia, mas não fiz por que deu anemia. Ai eu desse jeito pra cuidar dela é complicado. Pronto, né? (Inês, 69 anos, mãe de uma moradora da residência terapêutica do bairro do Jardim Paulistano).

Inês afirma que a sua filha vai continuar morando na residência ou com ela mesma. Em seguida reafirma que morando na residência ela fica mais tranquila. Utiliza novamente os mesmos argumentos para justificar isso, diz que está ficando velha e com problemas de saúde (anemia) e que não pode cuidar da filha.

Podemos perceber que todos os familiares afirmaram que o futuro dos seus parentes é sempre morar na residência, no entanto no decorrer destes discursos, as únicas distinções que ocorrem dizem respeito aos argumentos utilizados para validarem suas construções discursivas. Argumentos estes que destacam que os sujeitos em sofrimento psíquico precisam de pessoas que “tomem conta dos mesmos”; que morando com suas famílias seriam desobedientes; que morando com suas famílias ficariam “escanteados num canto de parede”, dentre outros. Sendo assim, os familiares dos moradores das residências terapêuticas particulares não consideram que seja possível o convívio social com seus parentes em sofrimento psíquico.

## Considerações finais

Esta pesquisa utilizou o referencial teórico-metodológico da Psicologia Social Discursiva e teve como objetivo principal analisar nos discursos dos familiares de moradores de residências terapêuticas particulares da cidade de Campina Grande (PB), os argumentos construídos para justificar a opção por essas residências terapêuticas.

No que diz respeito aos argumentos construídos para justificar a opção pela residência particular, alguns entrevistados constroem discursos em que afirmam que não optaram por estas residências, mas que não lhes restaram alternativas, pois seus parentes em sofrimento psíquico lhes davam muito trabalho, sendo assim, não podiam cuidar destes. Outros entrevistados construíram discursos em que destacavam alguns pontos positivos das residências (“as donas são gente boa”; “elas cuidam direito deles”; a residência é como um lar para eles, dentre outras) que justificavam a opção pelas mesmas. Sendo assim, utilizaram argumentos que qualificam essas residências, legitimando a sua escolha.

Em outras falas, afirmam que optaram pela residência particular, pois os serviços públicos são superlotados, dificultando, assim, o tratamento dos seus parentes. Encontramos, ainda, entrevistados que apontam como justificativa da permanência do seu parente na residência, o argumento de que o sujeito em sofrimento psíquico são como crianças, sendo assim, precisam de pessoas específicas para “cuidarem” deles. Outra justificativa construída por alguns familiares, diz respeito ao argumento de não terem mais ninguém que o ajudassem no “cuidado” desses sujeitos.

No que diz respeito aos sentidos construídos por esses familiares sobre as residências particulares, muitos entrevistados afirmaram que a residência é a segunda casa de seus parentes ou mesmo, o lar deles. Em outras falas, ressaltam pontos positivos das residências e sobre as responsáveis pelas mesmas. Apontam ainda, que a residência particular foi a melhor coisa que apareceu, sendo a solução para o problema dos seus parentes. Outro sentido bem recorrente, diz ao fato da residência aparecer como ajuda, pois para alguns entrevistados, a residência se mostra como algo que se pode recorrer quando precisa, por exemplo, quando se está em uma idade avançada e não se pode mais cuidar da filha em sofrimento psíquico.

No que se refere às definições de loucura, os familiares dos moradores das residências terapêuticas particulares vinculam loucura à agressividade, irracionalidade e

a um quadro irreversível. Comparam também seus parentes às crianças que não sabem o que estão fazendo. Encontramos, também, entrevistados que afirmam que loucura é todo aquele comportamento que não é aceito como “normal” pela sociedade. Quanto às nomenclaturas utilizadas para falarem sobre o tema loucura, apareceram as seguintes: depressão; esquizofrenia crônica; quadro depressivo; erro médico; e uma das entrevistadas usou o termo louco.

Quanto à aceitação ou não do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade, os discursos apontam distanciamento, não querendo convívio com os seus parentes. A maioria dos entrevistados apóia e acha importante a participação da família no tratamento de seus parentes em sofrimento psíquico, mas este apoio se restringe apenas às visitas feitas aos mesmos. Eles afirmam que o futuro de seus parentes será sempre morar na residência, pois estes precisam de pessoas especializadas para “tomarem conta deles” e que sempre serão pessoas dependentes. O discurso da maioria dos entrevistados sugere que eles não aceitam o convívio com seus parentes em sofrimento psíquico, ao afirmarem que eles nunca irão morar em suas casas.

As expectativas dos familiares em relação aos seus parentes são que os mesmos irão morar sempre nas residências, sendo este o futuro desses sujeitos em sofrimento psíquico. Sendo assim, percebemos através desses discursos que eles não aceitam a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico no convívio familiar e social.

Para justificar esses posicionamentos, os entrevistados fazem uso de argumentos já utilizados em outros momentos da entrevista, como, por exemplo, que o louco é aquele sujeito agressivo, igualado a uma criança e que nada sabe, sendo assim, precisa de cuidados e estão fadados à dependência. São sujeitos desobedientes, que não podem viver em outro local a não ser nas residências, pois lá eles obedecem. Essas residências são descritas como o que de melhor aconteceu na vida desses sujeitos, no entanto, nos perguntamos para quem elas foram a solução, se para os sujeitos em sofrimento psíquico ou se para os seus familiares.

O movimento de Reforma Psiquiátrica ainda tem muitos caminhos a serem percorridos. As famílias de sujeitos em sofrimento psíquico enfrentam diversas dificuldades para cuidar do seu parente e um dos maiores entraves, diz respeito aos significados que as pessoas constroem sobre a loucura, os chamados “manicômios internos”. Sendo assim, não adianta a modificação nos serviços e redirecionamento de

práticas, se não houver um trabalho eficaz junto às famílias e a sociedade. Sabemos que a luta contra estigmas e preconceitos é uma tarefa árdua, mas não impossível.

Os serviços substitutivos em saúde mental ainda precisam de reformulações que atendam às necessidades dos usuários e familiares. Várias são as lacunas existentes nos serviços, no entanto, precisamos reconhecer que as políticas públicas em saúde mental constituem um grande avanço diante de todo histórico de tratamento do sujeito em sofrimento psíquico ao longo dos séculos.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. Aspectos Biopolíticos na Articulação Saúde Mental – Atenção Básica. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia**. Natal: EDUFRN, 2009. p. 39-53.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 11, n. 3 , p. 491-494, jul/set. 1995.

ANTAKI, C. et al. El Análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. **Athenea Digital**, n. 3, p. 14-35, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“De Volta Para Casa” Manual do Programa**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério Público. **Direito à Saúde Mental**. Brasília, 2004.

BILLIG, M. **Argumentando e Pensando: uma abordagem retórica à psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p.588-594, 2008.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e de seus familiares. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 28, n. 2, p. 316-329, jun. 2008.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. 2006. 168 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS. 2005. Brasília. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005.

COLVEIRO, L.; IDE, C.; ROLIM, M. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 2, n. 38, p. 197-205, 2004.

DIAMANTINO, R. M. **“Internar ou cuidar”: investigando as dinâmicas familiares no contexto da Reforma Psiquiátrica em Salvador**. 2010. 250 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2010.

FIGUEIREDO, P. P. V. **Retratos da violência contra a criança: as produções discursivas de cuidadoras que frequentam uma instituição de atendimento**. 2010. 155 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 8. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

GARAY, A.; IÑIGUEZ, L.; MARTÍNEZ, L. M. La Perspectiva Discursiva em Psicologia Social. **Subjetividad y Procesos Cognitivos**, v.7, p. 105-130, 2005.

GERGEN, J. K. O Movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 06, n.1, p.299-325, jan./jul. 2009.

IÑIGUEZ, L. Os fundamentos da Análise do Discurso. In: LUPICINIO, I. (org) – **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 50-104.

MACIEL, S. *et al.* Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009.

MÉLLO, M. *et al.* Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n.3, p. 26-32, 2007.

MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. **Revista Enferm**, n. 13, p. 390-395, 2005.

MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA. **MPPB apura irregularidades em residências terapêuticas particulares: Quatro casas clandestinas funcionam como “depósitos humanos”**. Disponível em <<http://www.mp.pb.gov.br>> Acesso em 10 janeiro 2013.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev Esc Enferm**, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n.3, p. 46-54, 2007.

OLIVEIRA FILHO, P. A Psicologia Social Discursiva. In: TORRES, A. R. R., et al. (Orgs.) **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 351-398.

OLIVEIRA, S. Trechos da História da Loucura. **Interacções**, n. 3, p. 106-120, 2002.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. Ed. 34. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

PINTO, I. A. **A Reforma Psiquiátrica em discursos de cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Recife – PE**. 2011. 153 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

POTTER, J.; WETHERELL, M. How to analyse discourse. In: WETHERELL, M. **Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior**. London: Sage, 1987. Tradução e digitação de Oswaldo M. Rodrigues Jr.

POTTER, J.; WETHERELL, M. El análisis del discurso y la identificación de los repertories interpretativos. s/p.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, n. 22, p. 382-387, 2010.

**SILVA, J. S. Família e transtorno mental: um estudo com familiares de usuários de um CAPS.** 2012. 109 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

**VIANA, A. P. F. Cuidando do cuidador familiar: Uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS do Bom Jardim.** 2007. 73 p. Monografia (Especialização em Terapia Familiar) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

# **Anexos**

**ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL**

Pesquisa: Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores de Residências Terapêuticas Particulares

Eu, Thelma Maria Grisi Velôso, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), portadora do RG: 688358 SSPPB e CPF: 34363858400, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

Pesquisador responsável

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## **ANEXO B - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

Pesquisa: Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores de Residências Terapêuticas Particulares

Eu, Thelma Maria Grisi Velôso, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), portadora do RG: 688358 SSPPB e CPF: 34363885400, declaro que estou ciente do referido projeto e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

---

Orientador (a)

---

Orientanda (a)

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### **ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores de Residências Terapêuticas Particulares”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores de Residências Terapêuticas Particulares” terá como objetivo geral analisar nos discursos dos familiares de moradores de serviços residenciais terapêuticos particulares, os argumentos construídos para justificar a opção pelas residências terapêuticas particulares.

Ao voluntário só caberá a autorização para SER ENTREVISTADO e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 86227226 com ALINE RIBEIRO DE LIMA.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno

acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica  
Participante da pesquisa

**ANEXO D - TERMO DE  
AUTORIZAÇÃO  
INSTITUCIONAL**



Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Rua Baraúnas, 351 – Bairro Universitário

CEP: 58429-500 – Campina Grande- PB

Departamento de Psicologia

Telefone: 3315-3473

Estamos cientes da intenção de realização do projeto de pesquisa, cujo objetivo geral é analisar nos discursos dos familiares de moradores de residências terapêuticas particulares da cidade de Campina Grande-PB, os argumentos construídos para justificar a opção por essas residências terapêuticas, desenvolvido pela aluna Aline Ribeiro de Lima do curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Thelma Maria Grisi Vêloso.

Campina Grande. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## **Apêndices**

## **APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **Dados Pessoais**

**Nome:**

**Idade:**

**Escolaridade:**

**Renda:**

**Grau de Parentesco:**

**Estado Civil:**

- ➔ O que a residência terapêutica particular é para você?
- ➔ Por que o seu parente foi morar lá?
- ➔ O que te levou a optar pela residência particular?
- ➔ Além da residência da residência terapêutica seu parente tem acesso a algum outro serviço?
- ➔ Você sabe da existência do CAPS?
- ➔ Quanto tempo ele (ou ela) fica na residência?
- ➔ Seu parente recebe visitas? Quando? Quem vai visitá-lo?
- ➔ O que você acha dos hospitais psiquiátricos?
- ➔ Já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica? O que é?
- ➔ O que você acha da participação da família do morador no tratamento?
- ➔ Qual o futuro que você acredita que seu parente terá?
- ➔ Você acha que existiria algum outro local para seu parente morar que não seja a residência?