



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO



MARIA ELAINE DA SILVA

**CONCEPÇÕES DA COMUNIDADE SOBRE A CONVIVÊNCIA COM O
SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO À LUZ DA TEORIA DE
MADELEINE LEININGER**

RECIFE - PE

2017

MARIA ELAINE DA SILVA

**CONCEPÇÕES DA COMUNIDADE SOBRE A CONVIVÊNCIA COM
MORADORES DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO À LUZ
DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER**

Dissertação apresentado ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Soares de Lima.

RECIFE -PE

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida da Silva- CRB4-1662

S586c Silva, Maria Elaine da.
Concepções da comunidade sobre a convivência com o serviço residencial terapêutico à luz da teoria de Madeleine Leininger / Maria Elaine da Silva. – 2017.
115 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Luciane Soares de Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Desinstitucionalização. 4. Serviço de Assistência Domiciliar. 5. Enfermagem
I. Lima, Luciane Soares de (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2017-121)

MARIA ELAINE DA SILVA

**CONCEPÇÕES DA COMUNIDADE SOBRE A CONVIVÊNCIA COM MORADORES
DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO À LUZ DA TEORIA DE MADELEINE
LEININGER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 21/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Soares de Lima.
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Branca: Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Branca: Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Branca: Profa. Dra. Marly Javorski
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

*Dedico esse trabalho as pessoas
da minha vida e residência os meus avôs:
**Elza Maria da Silva e José Severino a
Silva.***

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela iluminação, saúde e força em todos os meus passos, durante minha existência enquanto discente. E pela revelação em um retiro de Carnaval na Canção Nova no ano de 2014, através da qual me foi revelado que passaria no processo seletivo do Mestrado, como também, passaria por momentos difíceis, mas que em cada momento difícil da minha vida eu lembrasse dos seguintes versos de uma canção: “E ainda se vier noites traiçoeiras / Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo / O mundo pode até fazer você chorar / Mas Deus te quer sorrindo”. Tive vários momentos de fraqueza, mas o Senhor, meu Deus, sempre colocou anjos em meu caminho, que me auxiliaram com palavras, carinho, com florais de Bach e, sobretudo, com a força necessária para a construção do presente trabalho.

Aos meus avós maternos, que sempre acreditaram na minha pessoa, e que me deram o maior amor do mundo. Sou quem sou graças a esse amor. Devo tudo em minha vida a eles.

À minha mãe, pois sei que deseja minha felicidade e realização dos meus sonhos.

Ao meu padrasto, Raimundo José de França (*in memoriam*) que, mesmo doente, nunca deixou de acreditar em mim. Lembro que, a cada conquista que alcançava na vida, ele dizia “eu já sabia!”.

Aos meus irmãos, pelas brigas e beijos.

Ao meu amor, Ronaldo Gomes Santos Filho, que em todos os momentos difíceis foi o meu equilíbrio, ao transmitir paz, carinho, compreensão, amor e, acima de tudo, uma amizade incontestável. Por todos os finais de semana que ficou lendo meus artigos, ainda que não entendesse a temática, tornando-se, de certa forma, um especialista na área apenas com o fim de me ajudar.

A toda a minha família, pelo apoio e por acreditar que sou capaz de realizar meus sonhos.

À minha Orientadora, Luciane Soares de Lima, que aceitou o desafio de um novo conhecimento e com o qual me conduziu, mesmo com o seu tempo reduzido, contribuiu muito para o meu crescimento científico e pessoal.

À querida professora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, por me acolher nos momentos difíceis. Seu apoio durante todo o processo foi muito valioso para o meu crescimento científico e pessoal. Ela foi quem me ensinou o que é espiritualidade, não só na sala de aula, mas com suas ações diárias. Meu sincero agradecimento por me conduzir durante todo o meu percurso acadêmico e por todo o meu crescimento espiritual.

A todos que fazem o Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio e compromisso diários dos docentes e da equipe da Pós-graduação.

A todos os meus amigos da *Turma 6*, pela força, companheirismo, troca de experiências e vivência, em especial ao grupo “Nata do Peso” (Carlandrya, Deia, Ricardo, Célia e Suelen), que se tornou minha família – Família dos Goidos – os amo muito.

Por fim, a todos da Residência terapêutica Tipo I e II por abrirem suas portas com humildade e por permitirem construir essa linda amizade. E a todos que fazem parte da equipe de Saúde Mental do município de Caruaru, pela recepção e acolhimento durante a coleta dos dados utilizados no estudo. Este estudo pertence também a todos eles que o tornaram realidade.

Maria Elaine da Silva

Tens o dom de ver estradas
Onde eu vejo o fim
Me convences quando falas:
Não é bem assim!
Se me esqueço, me recordas
Se não sei, me ensinas.
E se perco a direção
Vens me encontrar

Tens o dom de ouvir segredos
Mesmo se me calo
E se falo me escutas
Queres compreender
Se pela força da distância
Tu te ausentas
Pelo poder que há na saudade
Voltarás!

Quando a solidão doeu em mim
Quando o meu passado não passou por mim
Quando eu não soube compreender a vida
Tu vieste compreender por mim

Quando os meus olhos não podiam ver
Tua mão segura me ajudou a andar
Quando eu não tinha mais amor no peito
Teu amor me ajudou a amar

Quando os meus sonhos vi desmoronar
Me trouxeste outros pra recomeçar
Quando me esqueci que era alguém na vida
Teu amor veio me lembrar

Que Deus me ama
Que não estou só
Que Deus cuida de mim
Quando fala pela tua voz
E me diz: coragem!

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo: Compreender as percepções de moradores do entorno sobre a convivência com os moradores da RT em sua comunidade à luz dos construtos da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Para auxiliar a compreensão do estudo, primeiro foi construído um artigo de revisão que objetivou: analisar as concepções de atores sociais e a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, além dos serviços de saúde mental na modalidade residência terapêutica, consultado nove bases de dados a biblioteca SCIELO, resultando em nove estudos, entre 2010 e 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol. A análise dos artigos possibilitou a identificação de três categorias temáticas: Concepções da população sobre os serviços de saúde mental na modalidade de residência terapêutica; O olhar do profissional de saúde mental sobre o processo da desinstitucionalização e os serviços residências terapêuticas e Percepções de moradores dos serviços na modalidade residência terapêutica. O artigo original objetivou compreender as percepções de moradores do entorno sobre a convivência com os moradores da Residência Terapêutica (RT) em sua comunidade à luz dos construtos da Teoria de Madeleine Leininger. Sendo um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2016. Os participantes foram selecionados por conveniência, utilizando a técnica de saturação teórica. Compuseram a amostra vinte (20) moradores do entorno da RT tipo I do município de Caruaru-PE. As entrevistas foram gravadas com auxílio do roteiro semiestruturado, formulário sócio demográfico e diário de campo. A análise dos dados foi concretizada por meio do Software IRAMUTEQ e a análise de conteúdo preconizado por Minayo. Os achados foram interpretados com bases dos construtos de cultura, cuidado e contexto ambiental. Obtivemos duas categorias: Ideias da comunidade sobre quem é a pessoa com transtorno mental e Atribuição do espaço social a partir do comportamento apresentado pela pessoa com transtorno mental. A imagem estereotipada da pessoa com transtorno mental como sendo alguém agressivo, infantilizado e incapaz, é muito presente nas concepções culturais atuais.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços de saúde mental. Desinstitucionalização. Serviço residencial terapêutico. Enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation was to: Understand the perceptions of the residents of the surroundings about living with RT residents in their community in the light of the constructs of Madeleine Leininger 's Transcultural Theory. To support the understanding of the study, a review article was firstly designed to analyze the conceptions of social actors and the deinstitutionalization of people with mental disorders, in addition to the mental health services in the therapeutic residency modality, consulted nine databases of the library SCIELO, resulting in nine studies, between 2010 and 2015, in Portuguese, English and Spanish. The analysis of the articles allowed the identification of three thematic categories: Conceptions of the population on mental health services in the modality of therapeutic residency; The view of the mental health professional on the process of deinstitutionalization and the therapeutic residences services and Perceptions of residents of the services in the therapeutic residency modality. The original article aimed to understand the perceptions of residents of the surroundings about living with residents of the Therapeutic Residence (RT) in their community in the light of the constructs of Madeleine Leininger 's Theory. Being an exploratory-descriptive study of qualitative nature. Data were collected between September and November 2016. Participants were selected for convenience using the theoretical saturation technique. The sample comprised twenty (20) residents of the RT type I environment of the municipality of Caruaru-PE. The interviews were recorded using the semi-structured script, socio-demographic form and field diary. The analysis of the data was accomplished through the IRAMUTEQ Software and the analysis of content advocated by Minayo. The findings were interpreted based on the constructs of culture, care and environmental context. We obtained two categories: Ideas of the community about who is the person with mental disorder and Attribution of social space from the behavior presented by the person with mental disorder. The stereotyped image of the person with mental disorder as an aggressive, childlike, and incapable person is very present in today's cultural conceptions.

Keywords: Mental Health. Mental health services. Deinstitutionalization. Therapeutic residential service. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO DO REFERENCIAL TEORICO

Figura 1: Modelo Sunrise, Leopardi, 1999.....	22
---	----

CAPÍTULO DE MÉTODO

Figura 2: Fluxograma para obtenção dos artigos para a revisão integrativa. Recife-PE, 2016.....	32
Figura 3: Dendograma das classes obtidas a partir do corpus, Recife, 2016.....	40
Figura 4: Dendograma das classes Concepções culturais de moradores do entorno de uma RT sobre a convivência com os seus moradores, Recife, 2016.....	40

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Figura 1: Fluxograma da estratégia de coleta de dados para a revisão integrativa. Recife-PE, 2016.....	51
--	----

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1: Dendograma das classes Concepções culturais de moradores do entorno de uma RT sobre a convivência com os seus moradores, Recife, 2016.....	69
Figura 2: Concepções culturais de moradores do entorno de uma RT sobre a convivência com os seus moradores. Recife-PE, 2016.	71

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO DE MÉTODO

Quadro 1:	Artigos encontrados nas bases de dados: Cinahl, Lilacs, Medline, Bdenf, Cuiden, Psycinfo, Socindex, Scopus, Web of Science e na biblioteca Scielo, entre 2010 e 2015. Recife-PE, 2016.....	32
-----------	--	----

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Quadro 1:	Descrições das publicações: título de publicação; país, ano e base de dados; tipo de estudo e nível de evidência; objetivos; resultados. Recife, 2015.	52
-----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	-Base de Dados de Enfermagem
CAPES	-Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CAPS	-Centros de Atenção Psicossocial
CASP	-Critical Appraisal Skills Programme
CCS	-Centro de Ciências da Saúde
CEP	-Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	-Classificação Hierárquica Descendente
CNS	-Conselho Nacional de Saúde
CINAHL	-Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CUIDEN	-Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano
DeCS	-Descritor em Ciências da Saúde
ESF	-Estratégia de saúde da família
LILACS	-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	-Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	-Medical Subject Heading
MTSM	-Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS	-Ministério da Saúde
NEP	-Núcleo de Educação Permanente
NOA	-Norma Operacional de Acesso
OMS	-Organização Mundial de Saúde
IBGE	-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	-Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
PSYCINFOR	-American Psychological Association
RAPS	-Rede de Atenção Psicossocial
RPB	-Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT	-Residência Terapêutica
SRT	-Serviços Residências Terapêuticos
SCOPUS	-Scopus
SOCINDEX	-Sociology Research Database
SCIELO	-Scientific Electronic Library Online
SESI	-Serviço Social da Indústria.
SUS	-Sistema Único de Saúde
TCLE	-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDUCC	-Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
UCE	-Unidade de Contexto Elementar
UFPE	-Universidade Federal de Pernambuco
WEB OF SCIENCE	-Web of Science Thomson Reuters

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL.....	21
2.2 O SISTEMA DE CUIDADOS.....	24
2.3 A CULTURA.....	25
2.4 O CONTEXTO AMBIENTAL.....	27
3 OBJETIVO.....	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
4.1 ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA- CONCEPÇÕES DE ATORES SOCIAIS SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	30
4.1.1 Primeira etapa.....	30
4.1.2 Segunda etapa.....	30
4.1.3 Terceira etapa.....	33
4.1.4 Quarta etapa.....	33
4.1.5 Quinta etapa.....	34
4.1.6 Sexta etapa.....	34
4.2 ARTIGO ORIGINAL- CONCEPÇÕES DA COMUNIDADE SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E A CONVIVÊNCIA COM MORADORES DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA A LUZ DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER.....	35
4.2.1 Tipo de estudo.....	35
4.2.2 Cenário do estudo.....	35
4.2.3 Participantes do estudo.....	36
4.2.4 Instrumento e procedimento de coleta de dados.....	37
4.2.5 Análise dos dados.....	38
4.2.6 Aspectos éticos e legais do estudo.....	41
5 RESULTADOS.....	43
5.1 ARTIGOS DE REVISÃO.....	43
5.2 ARTIGO ORIGINAL.....	62

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES.....	97
APÊNDICE A – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS (COMUNIDADE)	97
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	100
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	101
ANEXOS	104
ANEXO A- PARECER CONSUBSRACIADO DO CEP.....	105
ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA.....	111
ANEXO C – CASP	112
ANEXO D – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS por URSI	113
ANEXO E – RESULTADO DO IRAMUTEQ.....	115

1 INTRODUÇÃO

A trajetória histórica do cuidado àqueles que têm transtornos mentais no Brasil apresenta que o louco era alguém que perturbava a ordem do espaço social. Assim, a ação adotada foi a transferência destes das ruas para um espaço de confinamento, uma atitude de segregação em nome de um bom desenvolvimento do Estado (GONÇALVES; SENA, 2001). Desse modo, foi construído ao longo dos anos as casas de saúde onde se isolavam os indivíduos que apresentavam transtornos mentais, posteriormente surgiram as instituições designadas de hospitais psiquiátricos como forma de tratamento as pessoas com transtornos mentais (VIDAL et al., 2008).

Na década de 1980, ocorre no Brasil o movimento político na área da saúde denominado Reforma Sanitária que objetivava a mudança do modelo de saúde vigente à época. No cerne das discussões incluía-se a reforma psiquiátrica, que já vinha sendo discutida desde 1978. Tal movimento se fortaleceu com o término da ditadura militar e a reabertura política no país (MARTINS et al., 2012).

O movimento de Reforma Psiquiátrica, considerado como “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão”⁴ dispõe de um modelo de assistência na área de saúde mental fundamentado na desinstitucionalização dos manicômios, no reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental e no cuidado na comunidade (VIDAL et al., 2008).

A desinstitucionalização traz a questão de descaracterizar o modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, enquanto a desospitalização refere-se à retirada destas pessoas dos hospitais psiquiátricos, com vistas à sua reinserção na sociedade, a qual busca proporcionar a sua reabilitação psicossocial (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004); promovendo uma mudança nas práticas psiquiátricas clássicas para práticas de cuidados realizados nas comunidades (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Nesse redirecionamento da Política de Saúde Mental no país, inicia-se um processo de transformação das condutas terapêuticas para as pessoas com transtorno mental, adverso à sua reclusão em hospitais psiquiátricos (MARTINS et

al., 2012). Assim, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pela Portaria nº 224/92 e a Portaria nº 336/02 do Ministério da Saúde, que abordam a importância dos serviços substitutivos extra hospitalares, cujas finalidades, dentre outras, são a redução de internações psiquiátricas e o resgate da pessoa com transtorno psiquiátrico para o ambiente social (MARTINS et al., 2012).

Para melhor conduzir as pessoas com transtornos mentais e que perderam o vínculo familiar ou têm esses laços fragilizados devido aos longos anos de permanência no ambiente hospitalar, os serviços substitutivos sugeriram para melhor conduzir a ressocialização das pessoas com transtorno mental.

Surgiram as Residências Terapêuticas (RT) criadas pela Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, tendo como propósito abrigar as pessoas com transtornos mentais. Essas casas são locais de moradias e não podem ser consideradas como locais de atendimento para ações de saúde, contudo, estão integradas aos demais serviços da rede de atenção à saúde mental do município (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004). A política de Serviços do Residencial Terapêutico (SRT) foi instituída por meio de vários parâmetros legais, entre os quais: a Lei 10.216/2001, a Lei 10.708/2003 (que instituiu o Programa "De Volta para Casa") (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Existem dois tipos de residências terapêuticas, definidas pela Portaria 3090/2011: a Residência Tipo I destinada para moradores com transtornos mentais que possuem autonomia, portanto, com supervisão de atividades diárias dentro da casa, e encaminhamento para as atividades de inserção social promovidas pelo CAPS, sem necessidades de cuidados específicos de saúde, devendo a mesma acolher no máximo oito pessoas. Já as Residências Tipo II são recomendadas para as pessoas que são dependentes de cuidados diretos, como por exemplo, idosos, deficientes físicos e/ou com outras patologias que requerem cuidado diário de um profissional técnico de enfermagem, devendo esse tipo de residência acolher dez pessoas (MARTINS, 2012). O enfermeiro pode fazer parte da equipe técnica de referência que supervisiona as RT, salientando que não existe uma definição clara na portaria sobre qual profissional de saúde pode ser o técnico de referência responsável pelas RT, apenas se faz referência à experiência na área de saúde mental ou especialidade.

A portaria 3090/11 dispõe que deve existir um técnico de enfermagem na diária à disposição da RT tipo II, visto que, nessa residência, os moradores têm

sua autonomia na maioria das vezes prejudicada e demandam cuidados especializados. Deste modo, a RT II deve ter um técnico de enfermagem diário, segundo a regulamentação do exercício profissional de enfermagem na Lei nº 7.498, de 1986, ao dispor no Art. 15 que as atividades referidas de auxiliar e técnico de enfermagem quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do Enfermeiro. Deste modo, a portaria 3090/11, não atendeu a Lei do exercício profissional de enfermagem, pois, onde existir um técnico ou auxiliar de enfermagem, deve-se ter um profissional enfermeiro responsável pela equipe, e a portaria não aborda que o técnico de referência supervisor da RT II deve ser um enfermeiro, a penas, informa que necessita de um profissional graduado na área da saúde.

A Portaria no 106/2000 não descreve sobre o trabalhador da RT e nem o seu grau de qualificação, ela apenas relata sobre a equipe técnica do serviço ambulatorial de referência e que cabe ao SRT assegurar assistência, suporte e promoção da reinserção dos moradores com transtornos mentais e com grave dependência institucional à vida comunitária (NETO, 2014).

A atuação do Enfermeiro no segmento do cuidar destes moradores dá-se indiretamente pois, não há Enfermeiro desenvolvendo atividades cotidianas no interior das Residências Terapêuticas, suas atividades acontecem através da rede de apoio extra hospitalar em saúde mental que são desenvolvidas nos - CAPS, Hospitais com emergência psiquiátrica, Estratégia de saúde da família, e Ambulatórios de saúde mental (VIDAL et al., 2008). As residências terapêuticas vieram beneficiar pessoas com transtornos mentais advindas ou não de hospitais psiquiátricos e que não tem suporte familiar, como também as que tenham saído de hospitais de custódia por meio de decisão judicial, pessoas acompanhadas pelo CAPS com problemas de moradia identificados pela equipe interdisciplinar, além de moradores de rua em acompanhamento no CAPS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Os moradores das residências terapêuticas devem ser acompanhados pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou ainda, por equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). A equipe técnica e os cuidadores devem ser facilitadores do processo de reinserção social dos moradores, bem como estimuladores da autonomia para realização das atividades

diárias de vida (SPRIOLI, 2011).

A pessoa com transtorno mental enfrenta o desafio de conviver em comunidade e de incluir-se socialmente, visto que, esse é um contexto complexo que envolve diferentes cenários do cotidiano (SANTIN, 2011). A inclusão social resulta na conquista do espaço social, condição desejada não somente para as pessoas com necessidades especiais, mas também pelos excluídos do processo produtivo da sociedade (ENICÉIA, 2003).

Dentro desse contexto, existe uma questão a ser analisada que é o afastamento da pessoa com transtorno mental da sociedade. Por séculos a “loucura” foi silenciada e desconectada de uma vida social, deste modo, desarticulando o convívio em comunidade e sendo impedida de se inserir no espaço social (MOREIRA; SILVA, 2011).

A sociedade teceu uma imagem estereotipada para a pessoa com transtorno mental a classificando como: *louco, bizarro e agressivo*, o que gera um comportamento de medo e uma necessidade de distanciar a pessoa com transtorno mental do meio social, deste modo, excluindo-o. Essas representações certamente influenciaram e influenciam a maneira da sociedade interagir com essas pessoas. A sociedade em geral não está preparada para o desafio de acolher e cuidar desses indivíduos. Ainda predomina a concepção preconceituosa em relação a “doença mental”, o que continua proporcionando o processo de exclusão e de marginalização social das pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental (MARCIEL et al., 2011).

É necessário destacar que o transtorno mental está ancorado em causas biológicas, psicológicas e sociais, necessitando assim não só de atenção especializada, como também, de apoio familiar e social. Contudo, o processo de reinserção social é uma tarefa muito difícil, pelo fato de, ainda, haver a conotação de que a pessoa com transtorno é alguém incapaz, anormal, um transgressor das normas sociais e, portanto, merecedor de isolamento social (SPADINI; SOUZA, 2006. CANDIDO et al., 2012).

O ser humano não faz parte apenas de uma comunidade, mas de várias comunidades, pois sua identidade se expressa neste conjunto de pertencimentos. É a partir dessa convivência social em comunidade que o indivíduo identifica a si mesmo, compreende seus interesses e canaliza seus afetos. Essas interações podem ser formalizadas no bairro, na igreja e no trabalho, ou não, mas são essas

interações que identificam a participação e a inclusão social (SALLES; BARROS, 2013).

A maneira como as pessoas com transtornos mentais se relaciona com outras pessoas reflete o modo como a sociedade o aceita e o inclui, essa forma de relação com a comunidade faz com que se redefinam, independentemente do seu transtorno mental, a maioria dessas pessoas precisam de encorajamento para fazer amigos (SALLES; BARROS, 2013). Compreender que todos podem colaborar para a redução do estigma é requisito fundamental para haver ações positivas em relação à minimização do preconceito existente (NETO, 2014).

Portanto a inclusão social significa na prática que a sociedade precisa abrigar e incluir as pessoas com transtornos mentais. Não sendo apenas uma tarefa para os familiares e serviços de saúde mental, a comunidade como um todo precisa ter uma prática de inclusão ativa, pois é preciso transformar a forma de ver as pessoas com transtornos mentais (SALLES; BARROS, 2013).

Neste entendimento, a produção do conhecimento sobre a comunidade do entorno da RT, a convivência e a interação social se torna relevante, pois são os habitantes destas comunidades que possibilitarão, em parte, aos moradores da RT, o cuidado e o sentimento de estar incluído em comunidade por meio das relações e trocas cotidianas realizadas nos espaços públicos (NETO, 2014).

Visando compreender as percepções de moradores do entorno de uma residência, sobre a convivências e as dimensões culturais existentes, a teoria de Leininger foi utilizada, com a finalidade de desvelar os contextos culturais, cuidados e ambientais que emergem no universo dessa comunidade. A utilização da teoria de Leininger como arcabouço conceitual oferece o embasamento necessário para analisar as concepções da comunidade do entorno da RT e as suas relações com os moradores, uma vez que a compreensão dessas relações é fundamental para o processo de interação social das pessoas com transtornos mentais. Dessa maneira a teoria proporcionou uma ampla compreensão de fatores culturais que podem influenciar diretamente a ideologia da população e suas interações sociais, ajudando a desmistificar as concepções que a comunidade tem sobre a RT.

Deste modo, contextualizando a luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger na perspectiva de desvelar as concepções sociais da comunidade sobre o conviver com os moradores da RT,

se baseia na afirmação de que "em todas as culturas o cuidado é uma necessidade humana essencial para o total desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos" (REIS, 2014). A cultura nesse contexto tem abrangência de grupos que preservam determinados comportamentos como maneira de pertencimento social e se apresentam coletivamente em situações específicas. A família pode ser conceituada como um grupo no qual são aprendidos e compartilhados determinados comportamentos (MOURA, 2005).

A profissão de enfermagem segundo a teoria tem, no cuidado, a sua essência. O desafio colocado para os enfermeiros, é como viabilizar este cuidado terapêutico nas suas dimensões culturais (SCHOELLER et al., 2011). O elo com a Teoria de Enfermagem, possibilita o fortalecimento da Ciência da Enfermagem por elencar os conceitos e princípios que sistematizam o planejamento das ações.

As relações interpessoais existentes no contexto da comunidade com o SRT, suscitou a pergunta de pesquisa: Quais as concepções da comunidade do entorno da residência terapêutica sobre essa modalidade de apoio a pessoas com transtornos mentais em meio a sociedade?

Em consonância com o formato estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a presente dissertação é constituída em cinco capítulos: O primeiro capítulo destaca os conceitos que embasam a construção da pesquisa. O segundo referencial teórico composto com base nos construtos da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger. O terceiro capítulo é o percurso metodológico. Foi descrito, criteriosamente, abordando a construção do caminho metodológico dos dois artigos científicos, uma vez que não foi possível o detalhamento nos próprios artigos devido às exigências para publicação das revistas. O quarto capítulo refere-se aos resultados apresentados no artigo de revisão: "Concepções de atores sociais sobre desinstitucionalização, serviços de saúde mental e residência terapêutica: Revisão Integrativa". E o artigo original: Concepções da comunidade sobre transtornos mentais e a convivência com moradores da residência terapêutica a luz da teoria de Madeleine Leininger. O sexto e último capítulo apresenta as considerações finais da dissertação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL

Madeleine Leininger, na década de 50, ao trabalhar como enfermeira em uma unidade psiquiátrica, em Cincinnati, identificou a necessidade da compreensão dos fatores culturais que influenciavam o comportamento das crianças que estavam sob seus cuidados, sendo as mesmas advindas de diversas nacionalidades, Leininger identificou que essas crianças, queriam ser cuidadas de maneiras diferentes. A partir desse contexto nasce a Teoria Transcultural que foi se aperfeiçoando e se tornou a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC).(ORÍÁ; XEMENIES; ALVES,2005.)

A TDUCC se baseia na afirmação de que "em todas as culturas o cuidado é uma necessidade humana essencial para o total desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos" (REIS; SANTOS; JÚNIOR, 2012.

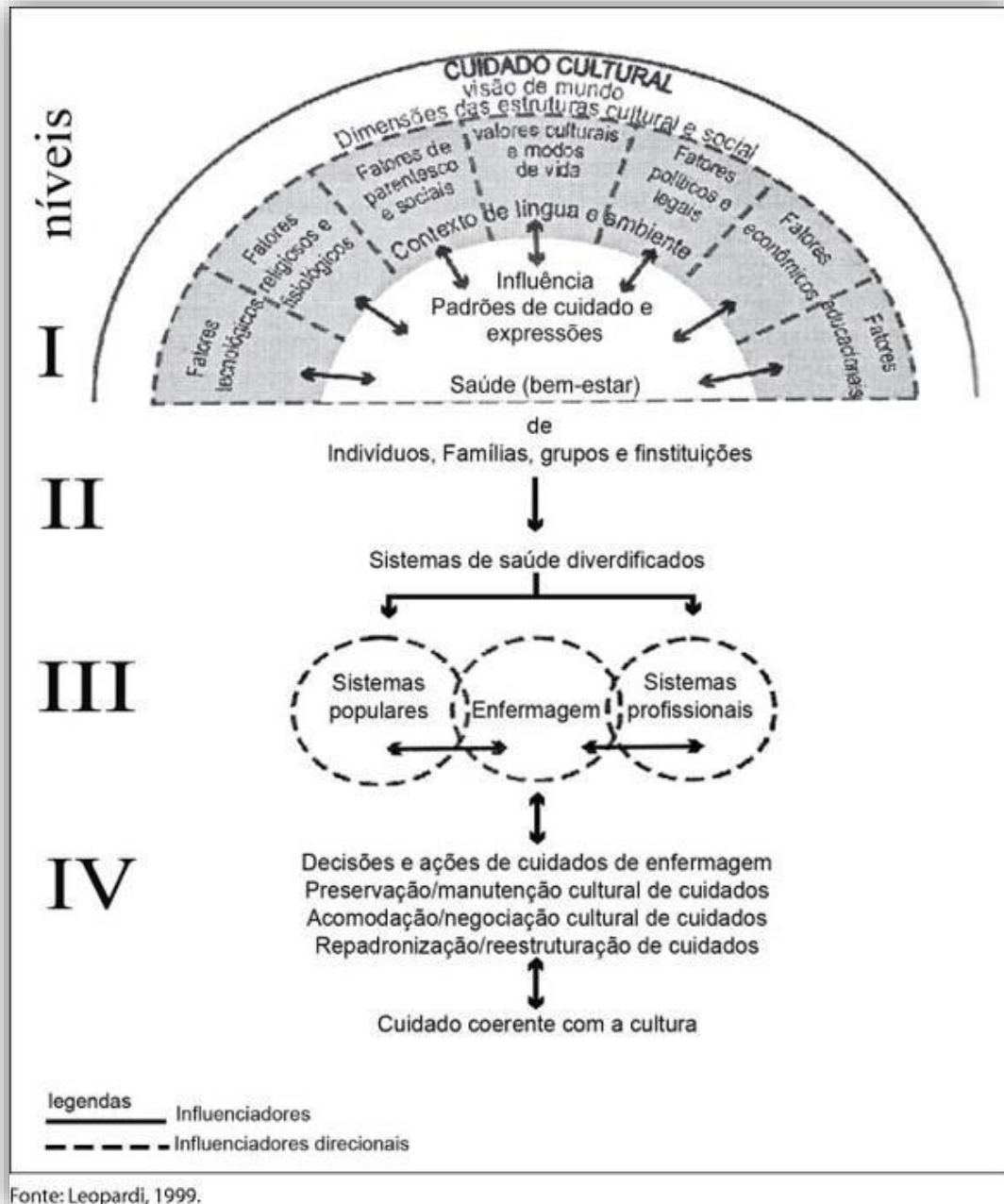
Leininger, define a cultura como: "os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada" (GEORGE, 2000).

Ao usar a TDUCC, o mais relevante para o enfermeiro é desvelar o significado do cuidado cultural, as práticas específicas de cuidado de cada cultura e como os fatores culturais, religiosos, político, econômico, visão de mundo, ambiente, gênero e outros fatores, podem influenciar no cuidado ao ser humano. Neste sentido Leininger utilizou os seguintes conceitos para fundamentar sua teoria: Cultura, Valores culturais, Cuidado de enfermagem culturalmente diverso, Etnocentrismo, Generalização, Estereótipo, Congruência cultural, Etnoenfermagem e Enfermagem transcultural (GEORGE, 2000).

O modelo construído por Leininger, é aplicado para estudos que ressaltam a importância das pessoas serem analisadas a partir do seu ponto de vista e conhecimentos locais, e conseqüentemente ser contrastado com fatores externos (MAGDALA, et al., 1996). A Estrutura da TDUCC é interpretada no Modelo Sunrise, o qual é subdividido em quatro níveis que caracterizam as dimensões de Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. Este modelo é uma visão simbólica, que expressa o cuidado a ser empregado aos clientes (indivíduos,

famílias, grupos e instituições), considerando as várias culturas nas quais estes encontram-se inseridos. (BRAGA, 1997 apud LEININGER, 2002).

Figura 1: Modelo Sunrise.



Fonte: Leopardi, 1999.

Com este modelo, o enfermeiro visualiza os diversos fatores previstos os quais podem influenciar as expressões do cuidado cultural e seus significados (SILVA,2009). O modelo traz as forças/influências que, cuidadosamente analisadas, propiciam o cuidado cultural:

- A estrutura cultural e social são: fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, políticos, legais, econômicos, educacionais e modos de vida.
- O contexto do ambiente, e a situação ou experiência, às interações sociais em lugares físicos, sócio-políticos que dão sentido às expressões humanas.
- O Sistema popular é a compreensão da população, a experiência direta, visão sob ótica dos que vivem a cultura centralizada na pessoa.
- Sistema profissional é a interpretação do vivido naquela cultura, especificando a perspectiva profissional (LEININGER; FARLAND, 2006).

A partir desse entendimento essa dissertação visa compreender as concepções da comunidade que convive com os serviços de residências terapêuticas, considerando os seguintes constructos: cultural, cuidado e contexto ambiental.

A TDUCC emerge no sentido de compreensão desses fatores que influenciam as concepções do ser humano, e em particular propõe o desvelamento do contexto social, em que a comunidade próxima a RT evidencia em seu convívio com o cotidiano, a comunidade apresenta fatores essenciais para a reinserção psicossocial do morador da RT, podendo ou não trazer uma nova identidade ao morador da RT, no espaço comunitário ao qual ele atualmente faz parte. Com base nesse conhecimento, a integração da teoria de Leininger, pode proporcionar embasamento e suportes necessários, para analisar as concepções da comunidade no entorno da RT, e as suas relações interpessoais com os moradores do próprio serviço. Abordando os principais constructos descritos a seguir:

2.2 O SISTEMA DE CUIDADOS

O cuidado para as pessoas é universal, isto é, o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado. De acordo com cada cultura, seu ambiente e estrutura social, cada pessoa tem sua singular visão de saúde, doença e cuidado (BOEHS, 2002). Cuidar da vida é, talvez, a ação mínima e fundamental do ser humano. É algo que emerge do instinto para proteger tanto o indivíduo, quanto a um grupo, de um agente externo que o ameaça. Mas o ser humano traz consigo uma ação consciente, concentrada, deliberada e fundamentadas (GONZÁLEZ, 2006). O cuidar requer observação direta, experiência participativa e reflexiva. Para Leininger, o cuidado pode ser demonstrado através de expressões, ações, padrões, estilo de vida e significados (GEORGE, 2000).

Madeleine Leininger (1998), foi aperfeiçoando sua teoria e método de pesquisa, dando o enfoque êmico – EMIC (concepção internas das pessoas) – desta forma, permite-se que seja compartilhado ideias, crenças e experiências com pesquisadores - Ético - ETIC (profissional). Gerando assim, duas categorias de cuidar: o genérico (EMIC) e o profissional (ETIC). O cuidado genérico está relacionado ao fator êmico e o profissional ao ético. Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, podendo existir alguns elementos em comuns, em relação ao cuidado em todas as culturas do mundo (REIS; SANTOS; JÚNIOR, 2012).

Além disso, os cuidados dos profissionais de enfermagem, se referem aos conhecimentos e habilidades, práticas, cuidados profissionais, formalmente aprendido em instituições de educação, para fornecer assistência, apoio ou a facilitação, a fim de aliviar ou melhorar uma condição de saúde humana, deficiência, estilo de vida ou a morte. Este é o conhecimento ético ³³ O sistema profissional de cuidado e cura, que é o sistema organizado, formalmente reconhecido, é oferecido pelos profissionais de saúde (BOEHS, 2002).

O cuidado é a essência da enfermagem, sendo imprescindível para todo desenvolvimento e manutenção da saúde em todas as culturas do mundo. É uma ação individual e coletiva, sendo uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o ser humano (GONZÁLEZ, 2006). Assim, o cuidado

prestado pela enfermagem, varia de acordo com a cultura do local e a cultura da população, demonstrado através do cuidado transcultural definido por Leninger (NEVES, 2002).

O cuidado genérico se refere ao conhecimento e habilidades tradicionais ou folclóricas, culturalmente aprendidas, através de indivíduos, grupos ou instituições na sua ação de assistência, apoio ou facilitação para si e para os outros. Este é considerado o ponto de vista EMIC das pessoas (RODRÍGUEZ et al., 2007). Compreender o cuidado genérico social no contexto da comunidade do entorno a RT, é identificar como se caracteriza o cuidado para essa comunidade e a forma que esse cuidado pode favorecer ao morador da RT, digamos: que o cuidado desenvolvido pela comunidade pode devolver ao morador da RT a sua identidade social, a partir do vínculo no seu contexto comunitário.

2.3 A CULTURA

A TDUCC tem como foco, o estudo e a análise comparativa de diferentes culturas, no que diz respeito ao comportamento direcionado ao cuidado, e em especial ao cuidado de enfermagem. Ela tem como direcionamento desenvolver conhecimento científico e humanizado, capaz de possibilitar a prática do cuidado universal, e que seja culturalmente específico. Essa teoria tem por objetivo tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados (MOURA, 2005).

Para Leininger, cultura são "os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada" (LEININGER, 1995). O conceito de cultura é bastante pertinente para trabalhar os aspectos transculturais de enfermagem na saúde mental, existe evidências científicas que a cultura tem forte influência sobre os transtornos mentais, em especial os relacionados a depressão em populações culturalmente diversas (GEORGE, 2000).

O sistema de atenção à saúde não está isolado de outros aspectos gerais da cultura, uma vez que esse sistema envolve questões sobre as quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, sustentando os fatores sociais vigentes, as instituições e seus modelos

operativos (FREITA; RODRIGUES, 2012).

Assim, o cuidado é culturalmente constituído. Cada cultura tem seus delineamentos, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e prognosticar o estado de bem-estar, assim como padrões de comportamento relacionados aos fatores saúde-doença e os universos sociais e culturais onde se desenvolve (FIGUEIREDO; TITONELLI, 2012).

Um preceito relacionado à cultura, é o de que as pessoas são seres culturais capazes de sobreviver ao longo do tempo, através de sua capacidade de proporcionar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas peculiaridades. Os valores culturais derivam da cultura e identificam formas desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores culturais são, habitualmente, mantidos pela cultura, por um longo tempo, e ajudam a orientar a tomada de decisões dos membros da cultura (LEININGER, 1979).

Além dessa conceituação da cultura na TDUCC, se tem os padrões de cuidado a saúde, e bem-estar, de indivíduos, famílias e instituições, os quais são persuadidos por fatores que instituem a sociedade tais como: tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, econômicos, educacionais, relações sociais, valores culturais e modo de vida (REIS; SANTOS; JÚNIOR, 2012). Da mesma forma, as dimensões culturais que integram as visões de mundo, saberes, e experiências que cada ser, particularmente ou coletivamente, estabeleceu durante as suas vivências, irão determinar as suas escolhas e os significados ao longo da sua existência.

A busca de um equilíbrio, que viabilize a harmonia de cada ser humano com seu próprio eu, é o caminho a seguir na compreensão do corpo como totalidade, que se depara submetida à multiplicidade de aspectos, como a religião, lazer e a educação (ALVES; SILVA; FRANCO, 1996). Nesse segmento, fica evidente o entendimento de que existem várias formas de cuidar, que nem sempre são explicáveis na sua dimensão biológica. Desta forma, as relações culturais estão entre as outras ações de conceber este cuidar.

Estima-se que o cuidado cultural seja amplo para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do atendimento de enfermagem em orientar as práticas de cuidados de enfermagem (LEININGER, 1998). Observa-se na prática da Enfermagem, a relevância do conhecimento dos (as) enfermeiros (as) em reconhecer os diferentes padrões de comportamento cultural que as pessoas

trazem, em sua bagagem e sua necessidade de considerar individualmente os aspectos culturais do cuidado.

O contexto cultural, pode ser considerado um dos constructos mais relevantes, para discutir as relações existentes na comunidade e dessas relações quais delas os moradores da RT estão envolvidos, como a comunidade percebe esse envolvimento social da pessoa com transtorno mental. A cultura é muito significativa e reveladora, ajuda a identificar quem é uma determinada sociedade e o que os caracterizam a partir de suas ações culturais empregadas no seu contexto ambiental.

4.2 O CONTEXTO AMBIENTAL

O contexto ambiental é a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência individual que confere sentido às reações humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais (LEININGER, 1979).

Para aplicar e cuidar da saúde do ser humano, não se deve restringir aos conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É importante entender: o contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida do indivíduo e de suas famílias, em uma percepção embasada na construção de um paradigma para abordagem da saúde e da doença (GOMES et al., 2012)

O contexto ambiental é definido por Leininger como o todo de um evento, situações ou experiências, se infundindo na cultura de um determinado grupo, sociedade e a padronização de ações, pensamentos e decisões que apresenta como resultado de “valores, crenças, normas e modo de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos”. Esta compreensão, compartilhamento, transmissão e padronização agem dentro de um grupo de pessoas que atua em um cenário ambiental identificável (GEORGE, 2000).

A compreensão, os significados e as práticas advindas das visões de mundo, dos fatores de estrutura social, dos valores culturais, do contexto ambiental e dos usos da linguagem são fundamentais para orientar a Enfermagem e as ações de seus profissionais nas ações de cuidado cultural compatível com a cultura da população. Essa compreensão do contexto cultural e ambiental, refere-se a situações de experiências particulares e valores repassados por gerações, trazendo essa compreensão para a comunidade próxima a RT. Esses fatores podem influenciar de forma positiva ou negativa as relações sociais entre a comunidade e

os moradores da RT.

A partir dessa compreensão, se estabelece um elo entre as concepções da comunidade dos serviços residenciais terapêuticos e os construtos da TDUCC, pois através do entendimento que as comunidades possuem sobre sua própria cultura, crença, normas e ideologias, é possível compreender as questões que facilitam ou dificultam a interação dessa comunidade com os moradores da RT. Considerando que a comunidade se torna uma ferramenta fundamental no processo de reinserção psicossocial do morador da RT, a formação de vínculo social é uma ação necessária para esse processo.

3 OBJETIVO

Compreender as percepções de moradores do entorno sobre a convivência com os moradores da RT em sua comunidade à luz dos construtos da teoria transcultural de Madeleine Leininger.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será descrito o caminho metodológico percorrido para construção dos dois artigos - Concepções de atores sociais sobre desinstitucionalização, serviços de saúde mental e residência terapêutica: revisão integrativa e Concepções culturais dos transtornos mentais e a convivência com moradores da residência terapêutica.

4.1 ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA - CONCEPÇÕES DE ATORES SOCIAIS SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA: REVISÃO INTEGRATIVA.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que tem como objetivo resgatar pesquisas relevantes a partir da pesquisa e análise da objetividade dos conhecimentos sobre um determinado assunto e, dessa forma, apresentar as lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (ALBUQUERQUE et al., 2013). Nesta revisão, buscou-se estudos para subsidiar à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica relativa a pessoas com transtornos mentais, que vivem em serviços referentes à modalidade residência terapêutica.

A operacionalização da referida revisão integrativa foi sistematizada de acordo com as etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e, finalmente, a interpretação dos resultados e apresentação da revisão (ALBUQUERQUE et al., 2013).

4.1.1 Primeira etapa

IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA HIPÓTESE/ ELABORAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA DE PESQUISA

Quais as abordagens que os autores apresentam sobre as concepções dos atores sociais quanto à desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e os serviços de saúde mental na modalidade residência terapêutica?

4.1.2 Segunda etapa

BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA

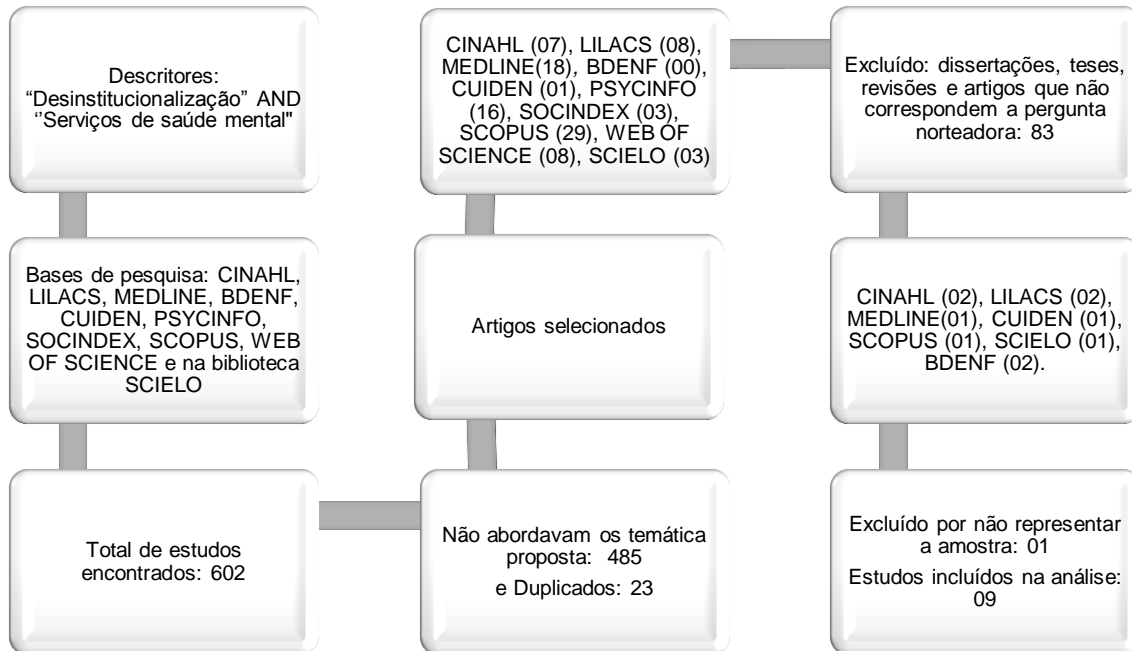
A busca bibliográfica foi realizada no mês de março de 2016 por pesquisa *on-line*, em nove bases de dados indexadas e uma biblioteca virtual: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Base de Dados de Enfermagem (*BDEF*), Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano (CUIDEN), collection of high-quality, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), American Psychological Association (PSYCINFO), Sociology Research Database (SOCINDEX), Scopus (SCOPUS), Web of Science Thomson Reuters (WEB OF SCIENCE) e Biblioteca SCIELO.

Para a seleção desses artigos, utilizou-se os booleanos AND com os descritores: (a) em português, “*Serviços de saúde mental*” AND “*Desinstitucionalização*”; (b) em inglês: *Mental Health services* AND *Deinstitutionalization*; (c) em espanhol: *Servicios de Salud Mental* AND *Desinstitucionalización*. Todos os descritores são padronizados pelo MESH (Medical Subject Heading) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). O termo Residência Terapêutica (RT), não foi utilizado visto que o mesmo não se encontra como um descritor nem no MESH e nem no DeCS, levando também em consideração a essa nomenclatura RT ela é específica do Brasil. Os demais países cada um adota nomes diferentes e apresentam várias modalidades desse serviço.

Com a intenção de compor a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos escritos em português, inglês e espanhol; referentes às percepções dos atores sociais em relação ao serviço de saúde mental na modalidade residência terapêutica; produzidos no período de 2010 a 2015. O recorte temporal levou em consideração o fato dos serviços residenciais terapêuticos serem modalidades de apoio aos serviços de saúde mental ainda recentes no contexto histórico da saúde mental brasileira, com apenas dezesseis anos, a Portaria nº 106/2000 incorporou o SRT ao SUS. As Portarias GM/MS nº 52 e nº 53, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país, datam de 20 de janeiro de 2004, ou seja, elas têm somente doze anos. E, mais recente ainda – 23 de dezembro de 2011 –, é a Portaria nº 3.090, que dispõe sobre a redefinição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em tipo I e II, e determina o repasse de recursos para a implantação e/ou implementação e funcionamento desses serviços ⁽⁶⁾. Infere-se, pois, que eles são recentes e ainda estão sendo implementados em vários lugares do Brasil. Os critérios de exclusão

foram: artigos duplicados, artigos de revisão, editoriais, dissertações, teses e artigos que não atenderam a questão norteadora.

Figura 2 – Fluxograma da estratégia de coleta de dados para a revisão integrativa.



Fonte: dados da pesquisa,2016.

Quadro 1. Artigos encontrados nas bases de dados: Cinahl, Lilacs, Medline, *Bdenf*, Cuiden, Psycinfo, Socindex, Scopus, Web of Science e na biblioteca Scielo, entre 2010 e 2015. Recife-PE, 2016.

DESCRITORES UTILIZADOS: “Desinstitucionalização” AND “Serviços de Saúde Mental”			AMOSTRA FINAL
BASE DE DADOS	TOTAL	SELECIONADOS	SELECIONADOS
MEDILNE	115	18	01
CINAHL	67	07	02
LILACS	89	08	02
BDENF	18	00	02
CUIDEN	07	01	00
SCIELO	22	03	01
PSYCINFOR	130	16	00
SOCINDEX	31	03	00
SCOPUS	101	29	01
WEB OF SCIENCE	22	08	00
TOTAL	602	93	09

Fonte: dados da pesquisa,2016.

4.1.3 Terceira etapa

COLETA DE DADOS

A organização da coleta dos dados foi orientada pela utilização de dois instrumentos. O primeiro permitiu a sumarização das informações de forma ordenada para sistematização da avaliação dos estudos selecionados, as informações foram extraídas, utilizando-se um instrumento validado por Ursi (GALVAO; SASSO; PEREIRA, 2008) ^{44,46}. O referido instrumento contém as seguintes informações: título da pesquisa, tipo de publicação, natureza do estudo, ano da publicação, autores, fonte de localização, local onde foi desenvolvida a pesquisa, idioma, formação acadêmica dos autores, características das amostras estudadas, objetivos e resultados. O segundo instrumento: CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP) (CASP,2006) que avaliou o rigor metodológico. O nível de evidência, dos artigos foi determinado pela classificação de Stetler et al.⁴⁵: nível I - evidência obtida do resultado de metanálise de estudos clínicos controlados e com randomização; nível II - evidência obtida em estudo de desenho experimental; nível III - evidência obtida de pesquisas quase-experimentais; nível IV - evidências obtidas de estudos descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa; nível V - evidências obtidas de relatórios de casos ou relatos de experiências; nível VI - evidências com base em opiniões de especialistas, ou em normas, ou legislação (FERREIRA; ALVES, 2010).

4.1.4 Quarta etapa

ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Em relação à categorização dos artigos, foi executada a avaliação das publicações com base nos objetivos, metodologia, resultados e conclusão da mesma, utilizando o instrumento CASP (CASP,2006). Elaborado com 10 itens: a) objetivo; b) adequação metodológica; c) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; d) seleção da amostra; e) procedimento para coleta de dados; f) relação entre pesquisador e pesquisados; g) consideração dos aspectos éticos; h) procedimento para análise dos dados; i) apresentação dos resultados e, j) importância da pesquisa. Cada item pontua 0 (zero) – resposta negativa, ou 1 (um) – resposta positiva, sendo o resultado representado pela soma de todos os itens;

assim, ao final, o artigo em análise poderá atingir um score máximo de 10 pontos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Após a aplicação do CASP, os estudos da amostra foram classificados em níveis de acordo com suas pontuações: Nível A – 06 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e Nível B – 00 a 05 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado) (GALVAO, 2006).

4.1.5 Quinta etapa

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos foram analisados e discutidos entre eles e com outros referenciais que possibilitam uma concordância entre a temática. Destacam-se as concepções sociais, dos profissionais de saúde mental, usuários dos serviços de saúde mental e pessoas que convivem ou conviveram com pessoas que tem transtornos mentais.

Para melhorar a apresentação, compreensão e discussão dos resultados encontrados os mesmos foram classificados por recortes temáticos, sendo agrupados em três categorias: **Concepções da população sobre os serviços de saúde mental na modalidade de residência terapêutica; O olhar do profissional de saúde mental sobre o processo da desinstitucionalização e os serviços residenciais terapêuticos; e Percepções de moradores acerca dos serviços prestados na modalidade residência terapêutica.**

4.1.6 Sexta etapa

APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

A última etapa compreende a análise dos temas e construção do artigo de revisão integrativa para fins de publicação científica. Salienta-se que todas as etapas foram percorridas seguindo o rigor metodológico que é exigido para este estudo.

A análise dos artigos que compõem a amostra foi descrita de forma que permite a compreensão da avaliação das evidências acerca da temática abordada.

4.2 ARTIGO ORIGINAL - CONCEPÇÕES DA COMUNIDADE SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E A CONVIVÊNCIA COM MORADORES DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA A LUZ DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER.

Para a fundamentação teórica, utilizou-se construtos: Cuidado, Cultura e Contexto ambiental da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Leininger por considerar que o tema em questão é relevante quando se objetiva conhecer as concepções culturais dos atores sociais e suas dinâmicas no processo de convivência com os moradores dos serviços de residência terapêutica.

4.2.1 Tipo de estudo

O estudo teve uma abordagem de pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa. A característica da metodologia qualitativa aplicada à saúde emprega-se a concepção advinda das Ciências Humanas, deste modo não se busca estudar o fenômeno em si, mas compreender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas⁴⁹. Já as pesquisas descritivas têm por objetivo descrever detalhadamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a conseguir informações a respeito daquilo que já se instituiu como problema a ser investigado (GUNTHER, 2006).

4.2.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado com a comunidade do entorno do Serviço Residencial Terapêutico tipo I (RT I). Essa residência está localizada em Caruaru, no agreste de Pernambuco, ao oeste da capital do estado, distando desta cerca de 130 Km.

O município de Caruaru atende às normas previstas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tais quais: Lei Federal Nº 10.216/01; Decreto 7.508/11 que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e a Portaria Nº 3.088/11, como também está de acordo com Portaria Nº 1.631/15 e Norma Operacional de Acesso da Rede Municipal de Saúde de Caruaru (NOA Caruaru).

A RT I é a única do município de Caruaru e está localizada próximo a BR 104 no bairro Caiucá. O local é bastante movimentado, asfaltado, com várias casas, tem

uma parada de ônibus próxima à RT I, existem vários estabelecimentos comerciais como: padaria, pet shop, loja de móveis, restaurantes, bares, mercearias, copiadoras, lava-jato, oficinas e loja de utilidades domésticas. O posto de saúde e o CAPS fica a aproximadamente 2 Km de distância. As observações sobre a residência terapêutica da mestrandia durante a visita é de um local organizado e confortável, vivem na residência oito moradores, sendo duas mulheres e seis homens. RT em sua estrutura física é composta por 10 cômodos com espaços amplos: (04 quartos, 01 salas, 01 cozinha, 01 quintal, 01 garagem, 01 dispensa e 01 varanda).

4.2.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram selecionados por conveniência e de forma intencional, tinham que residir nas proximidades da RT I. A saturação foi percebida a partir da décima sexta entrevista, sendo que, utilizou-se uma tabela que segundo Thiry-Cherques (2009). Ela contém as categorias e as entrevistas de modo a facilitar a visualização exata da saturação teórica, tendo sido observado que nenhuma nova informação foi identificada e considerada relevante para a teorização. Deste modo, foram realizadas mais quatro entrevistas totalizando 20 entrevistas e confirmando a saturação teórica. Considerando a utilização do software IRAMUTEQ que recomenda que o material de análise textual for obtido a partir de entrevistas sobre determinado tema e o desenho de estudo for descritivo, um número de 20 a 30 textos (entrevistas) seria suficiente (RATINAUD, 2009).

A faixa etária variou dos 22 aos 72 anos de idade e todos são alfabetizados. Deste modo foram selecionadas para o estudo pessoas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: morar próximo da residência terapêutica tipo I no município de Caruaru-PE distando da RT I em aproximadamente um raio de 50 metros, ser maior de 18 anos, ambos os sexos. Não compuseram a amostra: pessoas que apresentassem algum tipo de limitação que as impedissem de responder à entrevista.

Os encontros com os participantes do estudo ocorreram na própria comunidade. As entrevistas aconteceram de forma individual na residência dos entrevistados, ou no comércio daqueles que tinham a residência conjugada ao comércio.

Vale ressaltar que, para preservar o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra E (Entrevistado) seguida do número de ordem da realização das entrevistas (E1, E2, E3, ... E20).

4.2.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2016, por meio da aplicação de um formulário de entrevista contendo dados sócios demográficos (apêndice A) e de um roteiro para entrevista semiestruturada (apêndice B) que abordava as seguintes questões: Para você, como é uma pessoa com doença mental? O que essa pessoa faz? ". "Na sua opinião, onde as pessoas que são doentes mentais devem morar? "Como as pessoas com doença mental devem ser cuidadas?" "Como é para você conviver com as pessoas que moram na RT? Ou como seria para você conviver com pessoas doentes mentais cuidadas por profissionais de saúde que morassem na sua comunidade?". As perguntas foram elaboradas a luz dos construtos da teoria de Leininger, com a finalidade de compreender algumas questões na comunidade e que poderiam influenciar as concepções dela no sentido de favorecer ou não a convivência com os moradores da RT.

A partir da aprovação do município com a carta de anuência e a aprovação do comitê de ética se iniciou a primeira etapa dessa pesquisa, que consistiu em conhecer a área onde estavam localizadas as RT do município.

A obtenção dos dados ocorreu nas dependências da residência do entrevistado ou em seu estabelecimento comercial quando este também era o local de moradia, respeitando a disponibilidade e horário conveniente para os participantes, o preenchimento do formulário de caracterização sóciodemográfica e a realização da entrevista tiveram um tempo de duração entre vinte e trinta minutos.

No início de cada entrevista houve a vinculação a partir da apresentação da pesquisadora, e, posteriormente, a apresentação do projeto de pesquisa, suas implicações e objetivos, depois a realização da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento – TCLE (APÊNDICE C) e assinatura do participante, da mestrandia e também de testemunhas presentes no local. O roteiro inicial, seguido dos dados sócio demográficos (APÊNDICE A) e questões norteadoras da entrevista usando um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B).

As primeiras entrevistas foram para a realização do estudo piloto com 05 participantes que residiam no entorno da residência terapêutica tipo II. A mesma localiza-se distante 3 Km da RT I. Após a transcrição e análise destas entrevistas foram realizados ajustes no roteiro original, que consistiu na troca do termo transtorno mental pelo termo doente mental, uma vez que os 5 entrevistados não compreenderam o termo transtorno.

Ainda com a ideia de registro dos dados, destacamos o uso do diário de campo. Esse diário é um instrumento ao qual recorreremos em qualquer momento da rotina da pesquisa que estamos realizando. De certo modo podemos considerá-lo como um "amigo silencioso", sendo que a sua importância não pode ser subestimada. Nele podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são reveladas através da utilização de outras técnicas. O diário de campo é pessoal e intransferível. Por meio dele o pesquisador se dedica no intuito de construir detalhes que na sua totalidade, vão consolidar os diferentes momentos da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Durante todas as etapas da pesquisa foi utilizado o "diário de campo", sendo anotadas todas as impressões da mestrandia durante o processo de investigação, quais sejam: observações sobre a estrutura da RT e a convivência entre seus moradores; a interação da comunidade com os moradores da RT; as reações e ações dos entrevistados antes, durante e após cada entrevista; todo o contexto ambiental da comunidade; as culturas presentes e demonstradas; a avaliação da mestrandia, assim como suas concepções sobre os fatos apresentados durante toda a pesquisa. Essas informações são de grande relevância para a construção de sentidos durante a análise qualitativa.

4.2.5 Análise dos dados

Optou-se pela análise de conteúdo, seguindo as etapas propostas por Minayo (2001). Diante do processo metodológico da análise de conteúdo, a partir da perspectiva qualitativa, destacam-se os seguintes procedimentos: *categorização, inferência, descrição e interpretação*. Em geral, os dados, recebem o seguinte tratamento: a decomposição dos resultados foi auxiliado pelo Software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de*

Questionnaires) sendo analisado em partes (a depender da unidade de registros); distribuir as partes em categorias; fazer uma descrição do resultado da categorização (exportar os achados da análise); fazer inferências dos resultados; interpretar os resultados (MINAYO, 2001).

Para tratamento inicial dos dados e considerando a palavra como unidade de registro optou-se pelo método da *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD) proposto por Reinert (1990), utilizado no software IRAMUTEQ (RATINAUD, 2009).

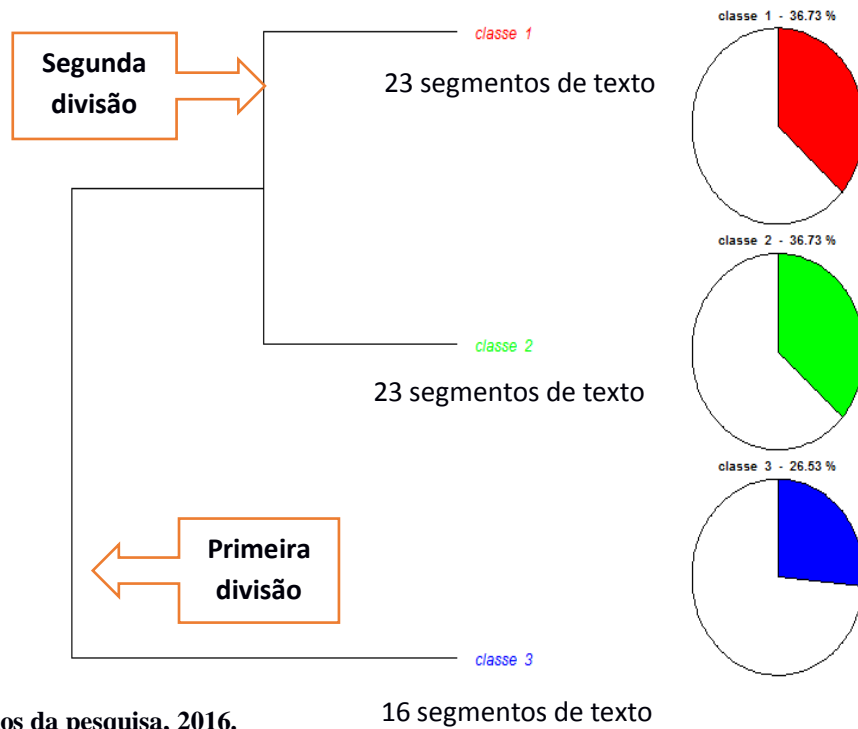
Trata-se de um software que realiza diferentes formas de análises textuais, desde a lexicografia básica, através do cálculo de frequência de palavras e lematização; até análises mais complexas como a classificação hierárquica descendente (CHD), análise esta utilizada no presente estudo (RATINAUD, 2009).

A análise textual realizada com o auxílio do Iramuteq foi realizada a partir do material transcrito das 20 entrevistas realizadas com o objetivo de descrever as concepções que os moradores do entorno da residência terapêutica tipo I (RT I) têm sobre pessoas com transtornos mentais e a convivência com os mesmos na sua comunidade.

Desta forma, o *corpus* de análise construído nessa pesquisa foi composto pelo conjunto de 20 entrevistas realizadas com moradores do entorno da RT I, do município de Caruaru-PE. Portanto, cada uma dessas 20 entrevistas constituiu-se em uma unidade de texto monotemática sobre as concepções de moradores do entorno da RT I sobre pessoas com transtornos mentais e sua convivência com estes em sua comunidade. O software processou o *corpus* textual em 62 segmentos de textos, representando 100% das entrevistas analisadas, para a formulação das classes foram considerados 49 segmentos, correspondendo a um aproveitamento de 79.03% do *corpus* textual. No software IRAMUTEQ foram processados 20 textos, com 481 palavras diferentes. Deste total de palavras diferentes o software analisou a importância de cada palavra dando uma frequência mínima superior ou igual a 3. Deste modo foi realizada a quantificação da frequência onde o programa dividiu o corpus em segmentos de texto e classificou-os em função de seus vocabulários.

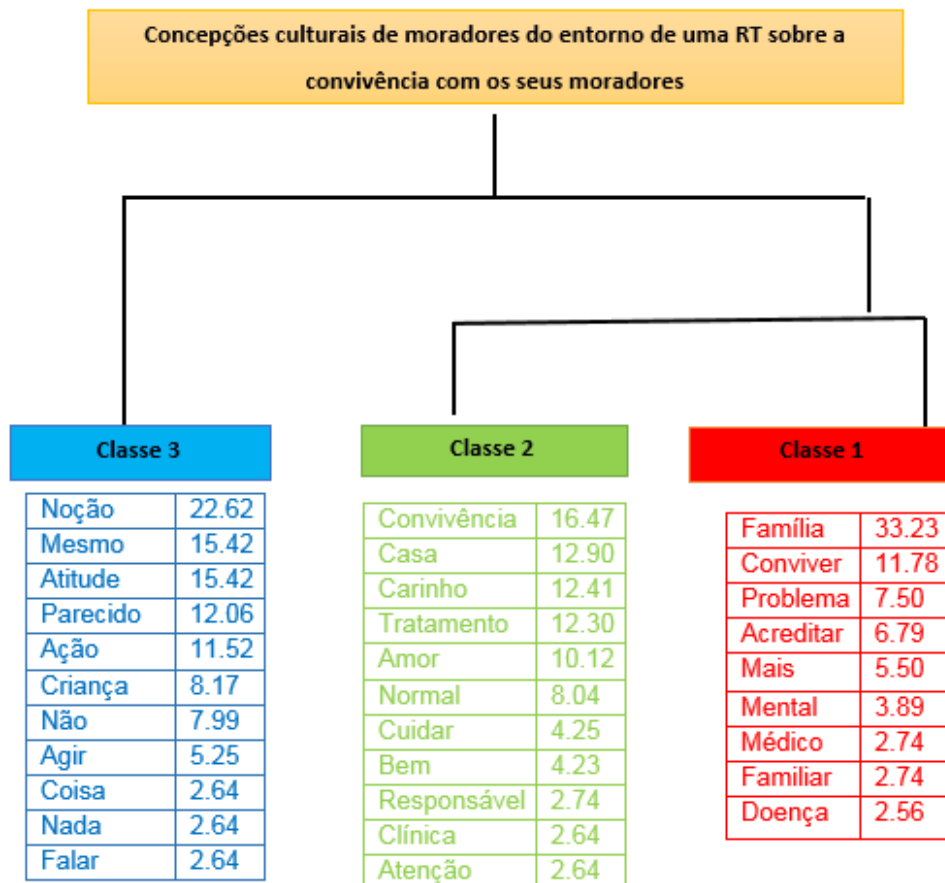
Para as análises finais, foram realizadas partições do corpus conforme apresentam os dendogramas abaixo:

Figura 3. Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*, Recife, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 4. Dendograma das classes Concepções culturais de moradores do entorno de uma RT sobre a convivência com os seus moradores, Recife, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Entende-se após a leitura do dendograma que as classes 1 e 2 tiveram proximidade de conteúdo e, portanto, para atender ao princípio de exaustão proposto por Minayo, a classe 3 subsidiou a categoria temática 1 denominada: Ideias da comunidade sobre quem é a pessoa com transtorno mental. As classes 1 e 2 formaram a categoria temática 2: Atribuição do espaço social a partir do comportamento apresentado pela pessoa com transtorno mental. Essas duas categorias temáticas serão discutidas a partir da perspectiva teórica dos construtos de Leininger: **Cuidado, Cultura e Contexto ambiental**.

4.2.6 Aspectos éticos e legais do estudo

O presente estudo atendeu à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada no Diário Oficial da União em 13 de junho de 2013⁴⁶. Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após os encontros. O estudo foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), CAEE 56977916.0.0000.5208 (ANEXO B). No que se refere aos aspectos éticos foram aplicados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e privacidade, sendo respeitados em todas as etapas da pesquisa.

Para a realização do estudo foi realizado um contato inicial da pesquisadora com a coordenadora de saúde mental do município de Caruaru que após os devidos esclarecimentos procedeu a anuência do município para realização da pesquisa. Após submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme descrito no parágrafo anterior, a pesquisa teve início.

Todos os participantes do estudo piloto e do estudo original foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e procedimentos e após informados sobre o direito de recusar ou interromper a qualquer momento sua participação, sem causar danos à sua saúde, integridade física e psíquica. A entrevista só foi realizada após a leitura e assinatura, em duas vias do TCLE, pelos participantes e mestranda. Todos foram informados acerca das gravações das entrevistas e ficaram cientes da garantia do sigilo desde a produção de dados até a apresentação dos resultados, como também foi enfatizado que não seriam identificados no processo de apresentação dos resultados. Para manter o sigilo quanto a identidade dos participantes será utilizada a letras E seguida pelo número de ordem da entrevista

(E1, E2, ...E20).

Os dados coletados nesta pesquisa, tais como: gravações e entrevistas, estão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal da mestranda, sob sua responsabilidade: Maria Elaine da Silva no endereço: Rua Luiz Gonzaga Salvador, n. 159, Bairro: Santo Amaro I, Bezerros-PE CEP: 55660-000, Tel.; (81) 99682-3463 ou pelo e-mail: mariaelainne@gmail.com, no período mínimo 5 anos, após passar esse período os dados serão incinerados e deletados.

O estudo foi considerado de risco mínimo uma vez que poderia causar algum constrangimento aos participantes ao responderem as questões. O constrangimento foi percebido no momento em que foi indagado a respeito de questões pessoais e sobre seus familiares com relação ao uso de álcool, drogas e medicações para dormir ou acalmar, sendo percebido através de gestos, expressões e poucas palavras sobre o assunto. A entrevistadora procurou minimizar esse possível constrangimento respeitando o silêncio e omissões dos participantes.

O benefício imediato foi voltado à escuta ativa por parte da mestranda, sobre os seus sentimentos e concepções que a comunidade tem sobre conviver com os moradores da RT em sua comunidade. Assim tiveram a oportunidade de conversar sobre questões cotidianas que são percebidas na RT por eles. Como benefícios diretos, é possível que esta pesquisa apresente as concepções que circulam em comunidades que abrigam RT, possibilitando a identificação de como essas ideias podem estar influenciando positivamente ou negativamente no processo de reinserção social de pessoas com transtornos mentais. Como benefício indireto, esta pesquisa poderá subsidiar outros estudos, em particular na área de enfermagem em saúde mental, proporcionando uma maior compreensão das influências culturais no que tange a reinserção dos portadores de transtorno mental na vida em comunidade.

5 RESULTADOS

É composto pelo artigo de revisão integrativa: Concepções de atores sociais sobre desinstitucionalização, serviços de saúde mental e residência terapêutica: revisão integrativa – e o artigo original: Concepções da comunidade sobre transtornos mentais e a convivência com moradores da residência terapêutica a luz da teoria de Madeleine Leininger.

5.1 ARTIGOS DE REVISÃO

CONCEPÇÕES DE ATORES SOCIAIS SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivos: Analisar o enfoque da produção científica sobre as concepções de atores sociais sobre a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e os serviços de saúde mental na modalidade de residência terapêutica. **Métodos:** Revisão integrativa, realizada em março de 2016, nas bases de dados: CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF, CUIDEN, PSYCINFO, SOCINDEX, SCOPUS, WEB OF SCIENCE e na biblioteca SCIELO, entre 2010 e 2015. Foram selecionados 09 artigos. **Resultados:** Da análise do estudo derivaram três categorias temáticas: Concepções da população sobre os serviços de saúde mental na modalidade de residência terapêutica. O olhar do profissional de saúde mental sobre o processo da desinstitucionalização e os serviços residenciais terapêuticos e Percepções de moradores dos serviços na modalidade residência terapêutica. **Conclusão:** O conhecimento prévio com pessoas que têm transtornos mentais favorece a aceitação delas em comunidade pelos atores sociais, porém, se faz necessário mais estudos nessa temática, a fim de identificar os fatores que favorecem a aceitação da pessoa com transtorno mental na comunidade.

Descritores: Desinstitucionalização. Saúde mental. Serviços de saúde mental.

RESUMEN

Objectives: *To analyze the role of scientific production on the conceptions of social actors about the deinstitutionalization of people with mental disorders and mental health services in the mode of therapeutic residency.* **Methods:** *Integrative review, conducted in March 2016, in the databases: CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF, CUIDEN, PSYCINFO, SOCINDEX, SCOPUS, WEB OF SCIENCE and the SCIELO library between 2010 and 2015. We selected 09 articles.* **Results:** *The analysis of the study, derived three thematic categories: Conceptions of the population on mental health services in the modality of therapeutic residency. The view of the mental health professional on the process of deinstitutionalization and the therapeutic residences services and Perceptions of residents of the services in the therapeutic residency modality.* **Conclusion:** *Prior knowledge with people who have mental disorders favors their acceptance in community by social actors, but more studies are necessary in this area, in order to identify the factors that favor the acceptance of the person with mental disorder in the community.*

RESUMEN: *la institucionalización. Salud mental. servicios de salud mental.*

Título: *Agentes de conceptos social sobre la desinstitucionalización, dervicios salud mental Y residencia terapéutica: Revisión Integradora*

SUMMARY

Objetivos: *Analizar la caída de la producción científica en los conceptos de los actores sociales en la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales y servicios de salud mental en la forma de residencia terapéutica.*

Métodos: *una revisión integradora, celebrada en marzo de 2016, las bases de datos: CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF, CUIDEN, PSYCINFO, SocINDEX, Scopus, Web de la biblioteca de Ciencia y SCIELO entre 2010 y 2015. Se seleccionaron 09 artículos.*

Resultados: *El análisis del estudio, se derivan tres categorías temáticas: Las concepciones de la población a los servicios de salud mental en la forma de residencia terapéutica. El aspecto profesional de la salud mental en el proceso de desinstitucionalización y servicios residenciales terapéuticos y las percepciones de los residentes de los servicios en la terapia de forma residencia.* **Conclusión:** *El conocimiento previo con personas que tienen trastornos mentales, favorece la aceptación de los mismos en la comunidad por estos actores sociales, pero todavía necesitan más estudios sobre este tema con el fin de identificar los factores que favorecen la aceptación de la persona con trastornos mentales en la comunidad.*

ABSTRACT: *institutionalization. Mental health. mental health services.*

Title: *Actors of social concepts on deinstitutionalization, mental health services and residence therapeutic: Integrative Review*

INTRODUÇÃO

A reforma na assistência psiquiátrica ocorreu em meados da década de 1950, depois da Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos e na Europa. As denúncias de ações violentas, de abandono e de isolamento, recorrentes nos asilos, deixaram evidentes as limitações das instituições hospitalares para promoverem o tratamento a que se propunham⁽¹⁾. Devido a isso, deu-se início, em vários países, aos movimentos de desinstitucionalização dos cuidados psiquiátricos. Esses movimentos reivindicavam a transferência desses cuidados do hospital para os serviços alicerçados na comunidade⁽¹⁾.

Na França, a partir de 1960, passou-se a delimitar a inclusão/expansão de leitos psiquiátricos e a investir-se em alternativas extra-hospitalares, como o hospital-dia, oficinas protegidas e lares de acolhimento. Dessa forma, a assistência deixava de ser exclusivamente hospitalar e deslocava-se para um contexto comunitário⁽²⁾.

Na Itália, entre os anos de 1961 e 1972, Franco Basaglia deu início às mudanças no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, implantando um sistema de assembleias regulares com participação de pacientes e equipe de trabalhadores. Em decorrência disso, transformou-se não apenas o cotidiano do hospital, mas também do entorno da cidade⁽²⁾.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica implicou, inicialmente, mudanças nas precárias condições dos hospitais psiquiátricos⁽³⁾. Assim, os serviços terapêuticos de saúde mental começaram a ser reestruturados e, substituindo-se o hospital psiquiátrico, tiveram início os serviços comunitários, que incorporam o suporte familiar, os laços afetivos, apoios sociais, enfim, toda a extensão do sujeito no prosseguimento do tratamento⁽⁴⁾.

Dessa forma, as pessoas que tinham transtornos mentais nesse contexto recebiam atendimento e suporte de uma Rede de Atenção Psicossocial, integrada por serviços substitutivos, como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipos I, II e III; os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi); e os voltados para a dependência química (CAPS AD). Além desses serviços, há outros que promovem ações de saúde no âmbito da Atenção Básica, os Núcleos de Atenção à Saúde da

Família, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)⁽⁵⁾.

Dentre esses serviços, situados na comunidade para o estabelecimento da cidadania de seus usuários, destacam-se os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT) ou Residência Terapêutica (RT), que são *“moradias locadas na comunidade, com a finalidade de cuidar de pessoas com transtornos mentais, vindas de internações psiquiátricas de longa duração, que não tenham suporte social e laços familiares que facilitem sua inserção social”⁽⁶⁾*.

Assim, o cuidado às pessoas com transtornos mentais não se restringe aos profissionais da área de saúde ou à equipe técnica de referência dos serviços, mas estende-se aos que convivem com essas pessoas. Isso porque se entende que são muitos os benefícios decorrentes do apoio social dos atores envolvidos com a saúde mental das pessoas, do suporte da complexa relação estabelecida a partir do vínculo⁽⁷⁾.

À vista disso, torna-se necessário valorizar uma prática cujo objetivo seja proporcionar à pessoa que tem transtorno mental todas as possibilidades para efetuar sua subjetividade, ampliando sua capacidade de escolha, de falar sobre si mesma, sobre sua história, cultura, vida cotidiana e seu trabalho. Em outras palavras, é necessário uma prática que faça da pessoa com transtorno mental um sujeito e, portanto, capaz de deliberar as relações na sociedade e participar dela, sendo influenciado por ela e influenciando-a⁽⁴⁾.

Pouco se sabe, contudo, sobre as concepções dos atores sociais acerca dos serviços de saúde mental na modalidade residência terapêutica. Considerando-se, pois, que essas formas de ver esses serviços são relevantes para a promoção da reinserção social de pessoas com transtornos mentais, portanto pretende-se, com este estudo, identificar as produções científicas que abordam as concepções de atores sociais sobre a desinstitucionalização e os serviços de saúde mental na modalidade de residência terapêutica.

Para alcançar esse objetivo, empreendeu-se um levantamento bibliográfico relativo à percepção de usuários, familiares, profissionais de saúde e população de modo geral sobre os serviços de saúde prestados nessa modalidade. Para nortear esta pesquisa, formulou-se o seguinte questionamento: Quais as abordagens que os autores apresentam sobre as concepções dos atores sociais quanto à

desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e os serviços de saúde mental na modalidade residência terapêutica?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, ou seja, uma análise de pesquisas relevantes a fim de sintetizar-se o estado do conhecimento sobre um determinado assunto e, dessa forma, apontarem-se lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos⁽⁸⁾. No caso desta revisão, buscaram-se estudos que deem suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica relativa a pessoas com transtornos mentais.

Na operacionalização desta revisão integrativa, foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e, finalmente, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão⁽⁸⁾.

A investigação bibliográfica foi realizada no mês de março de 2016 por intermédio de pesquisa *on-line*, em nove bases de dados indexadas e uma biblioteca virtual: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano (CUIDEN), collection of high-quality, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), American Psychological Association (PSYCINFOR), Sociology Research Database (SOCINDEX), Scopus (SCOPUS), Web of Science Thomson Reuters (WEB OF SCIENCE) e Biblioteca SCIELO.

Para a busca desses artigos, utilizaram-se os seguintes descritores: (a) em português, “*Serviços de saúde mental*” AND “*Desinstitucionalização*”; (b) em inglês: *Mental Health services AND Deinstitutionalization*; (c) em espanhol: *Servicios de Salud Mental AND Desinstitucionalización*. Todos esses descritores são padronizados pelo MESH (Medical Subject Heading) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Em cada base, fez-se um único cruzamento entre os dois descritores, utilizando-se o operador booleano AND. O descritor “*residência terapêutica*” não foi utilizado, pois não se encontra padronizado como DESC e/ou MESH, o que promove

uma variação do termo nos diferentes países em que foi realizada a busca dos artigos a serem analisados nesta revisão. Com a finalidade de padronizar-se a busca dos artigos, optou-se pelos DESC “desinstitucionalização” e “serviços de saúde mental”, por adequarem-se ao objetivo da pergunta condutora desta revisão e por apresentarem maior abrangência em relação ao tema proposto.

A fim de selecionar-se a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos escritos em português, inglês e espanhol; referentes às percepções dos atores sociais em relação ao serviço de saúde mental na modalidade residência terapêutica; produzidos no período de 2010 a 2015. Elegeram-se, então, os seguintes critérios de exclusão: artigos duplicados, artigos de revisão, editoriais, dissertações, teses e artigos que não atendessem à questão norteadora.

Ressalta-se que se fez esse recorte temporal – de 2010 a 2015 – porque se levou em consideração o fato de os serviços residenciais terapêuticos serem modalidades de apoio aos serviços de saúde mental ainda recentes no contexto histórico da saúde mental brasileira, pois há apenas dezesseis anos, a Portaria nº 106/2000 incorporou o SRT ao SUS. As Portarias GM/MS nº 52 e nº 53, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país, datam de 20 de janeiro de 2004, ou seja, elas têm somente doze anos. E, mais recente ainda – 23 de dezembro de 2011 –, é a Portaria nº 3.090, que dispõe sobre a redefinição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em tipo I e II, e determina o repasse de recursos para a implantação e/ou implementação e funcionamento desses serviços ⁽⁶⁾. Infere-se, pois, que eles são recentes e ainda estão sendo implementados em vários lugares do Brasil.

Para a sistematização da avaliação dos estudos selecionados, as informações foram extraídas, utilizando-se um instrumento validado por Ursi⁽⁹⁾ no qual constam as seguintes informações: título da pesquisa, tipo de publicação, natureza do estudo, ano da publicação, autores, fonte de localização, local onde foi desenvolvida a pesquisa, idioma, formação acadêmica dos autores, características das amostras estudadas, objetivos e resultados. A partir, dessa sistematização, os artigos foram classificados e, posteriormente, os resultados encontrados foram sintetizados, considerando-se a similaridade de conteúdo.

A fim de categorizar os estudos, foram avaliadas as publicações com base nos objetivos, metodologia, resultados e conclusão para esta etapa foi utilizando o

instrumento de *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*⁽¹⁰⁾, no qual constam 10 (dez) itens: a) objetivo; b) adequação metodológica; c) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; d) seleção da amostra; e) procedimento para coleta de dados; f) relação entre pesquisador e pesquisados; g) consideração dos aspectos éticos; h) procedimento para análise dos dados; i) apresentação dos resultados; e j) importância da pesquisa. Cada item pontua 0 (zero) para a resposta negativa e 1 (um) para a resposta positiva, e o resultado corresponde à soma de todos os itens, cujo *score* poderá atingir, no máximo, 10 (dez) pontos⁽¹¹⁾.

Após a avaliação conforme o CASP, os estudos da amostra foram classificados em níveis de acordo com a pontuação alcançada por cada um deles. Dessa forma, chegou-se à seguinte classificação: Nível A (06 a 10 pontos), boa qualidade metodológica e viés reduzido; e Nível B (00 a 05 pontos), qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾.

O nível de evidências dos estudos foi debatido entre as autoras deste estudo e aplicado com base na classificação de Stetler e colaboradores⁽¹¹⁾: nível I, evidência obtida a partir do resultado de metanálise de estudos clínicos controlados e com randomização; nível II, evidência obtida em estudo de desenho experimental; nível III, evidência obtida de pesquisas quase-experimentais; nível IV, evidências obtidas de estudos descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa; nível V, evidências obtidas de relatórios de casos ou relatos de experiências; nível VI, evidências baseadas em opiniões de especialistas ou com base em normas ou legislação⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A partir da leitura exhaustiva dos resultados, os artigos foram categorizados em três categorias: concepções da população em geral sobre os serviços de saúde mental na modalidade de residência terapêutica; o olhar do profissional de saúde mental sobre o processo da desinstitucionalização e os serviços residenciais terapêuticos; e percepções de moradores acerca dos serviços prestados na modalidade residência terapêutica.

O próximo passo, apresentado na discussão e interpretação dos resultados, foi a análise dos artigos selecionados a partir da questão norteadora. Para a interpretação das informações verificadas em cada artigo, foi utilizado o instrumento de Ursi e CASP, os quais possibilitam maior flexibilidade na compreensão dos dados e sistematização das informações.

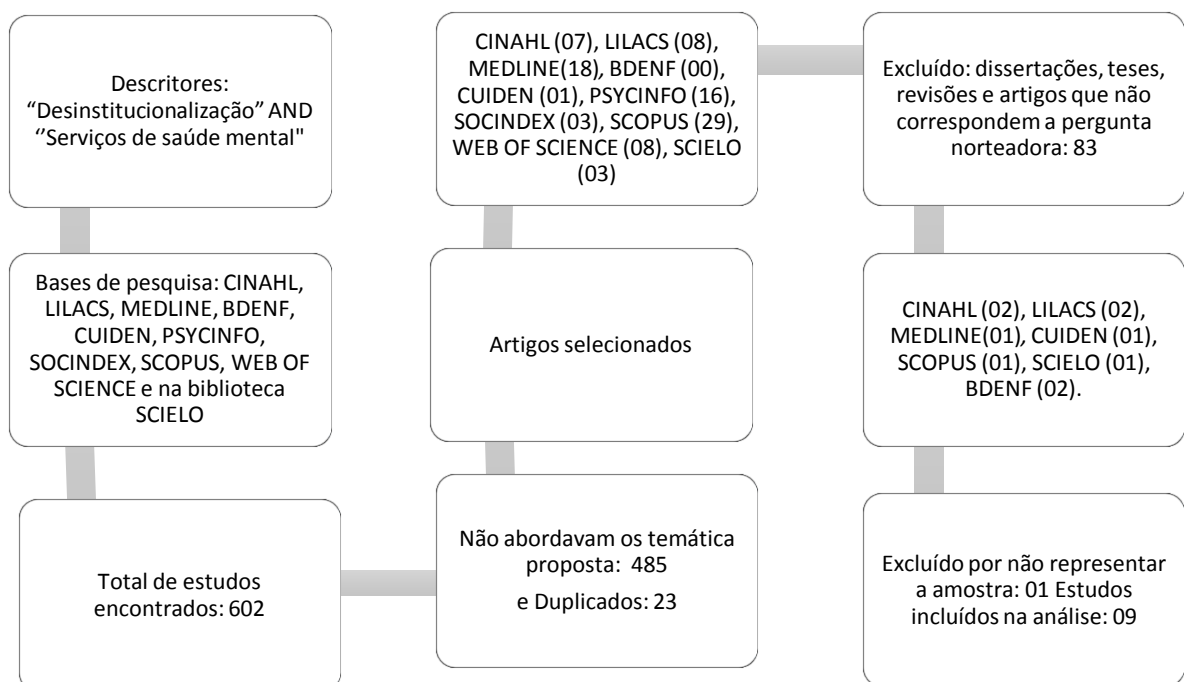
Dos 602 artigos relacionados aos descritores informados pelas bases de dados, verificou-se que 509 não diziam respeito à temática desta pesquisa. Dos 93 restantes, foram lidos os resumos e, depois dessa leitura, 63 foram excluídos da amostra por não responderem à questão norteadora deste estudo. Dentre os 30 restantes, observou-se que 23 estavam duplicados nas bases de dados. Restaram, então, 10 artigos que foram lidos na íntegra, porém apenas 9 respondiam à pergunta condutora desta pesquisa. Foram estes, portanto, que compuseram a amostra final desta revisão.

RESULTADOS

Quanto aos países de origem, verificou-se que 6 (seis) publicações foram do Brasil, 3 (três), internacionais – Austrália, Irlanda e Bélgica. Os seis estudos brasileiros foram realizados nos seguintes estados: Bahia, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Em relação às fontes de publicação, observou-se que 5 (cinco) dos artigos selecionados haviam sido publicados em periódicos de Enfermagem; 2 (dois), de psicologia; e 2 (dois), em saúde mental.

A construção desta pesquisa está descrita na Figura 1, na qual se identificam as etapas percorridas ao longo da investigação bibliográfica.

Figura 1 – Fluxograma da estratégia de coleta de dados para a revisão integrativa.



Em relação ao tipo de estudo, a análise do material estudado revelou que 8 (oito) artigos são estudos qualitativos e 1 (um) é uma pesquisa quantitativa. No que concerne ao nível de evidências de acordo com o instrumento CASP⁽⁴⁶⁾, compreendeu-se que os artigos selecionados correspondem, em sua totalidade, ao Nível A. As evidências encontradas estão descritas no Quadro 1 e os achados agrupados conforme o CASP: título da publicação; país, ano e base de dados; tipo de estudo e nível de evidência; objetivos; e resultados.

Quadro 1 – Descrições das publicações: título de publicação; país, ano e base de dados; tipo de estudo e nível de evidência; objetivos; resultados. Recife, 2015.

(continua)

Título de Publicação	Tipo de estudo / Nível de evidência / Ano	Objetivo	Conclusão
Attitudes Toward Community Mental Health Care: The Contact Paradox Revisited ⁽¹⁵⁾	Estudo Exploratório Nível de evidência VI 2012	Analisar os mecanismos de cuidados em saúde mental na comunidade.	De acordo com a população investigada, é possível identificar que as pessoas mais tolerantes à convivência com outras que têm transtornos mentais na comunidade são aquelas que possuem alguém na família ou conhecem.
Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico ⁽²³⁾	Estudo descritivo/ Nível de evidência VI / 2013	Conhecer a rede de sociabilidade dos usuários do serviço residencial terapêutico de Alegrete/RS, a partir de um estudo de caso.	O resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental vai além do processo de reconstrução de seus direitos civis, como a moradia digna e a produtividade. Implica também o direito ao afeto e às relações sociais, o que possibilita efetivamente a sua reabilitação.
Vivências de moradores de residências terapêuticas de feira de Santana, Bahia: Do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade ⁽²⁸⁾	Estudo descritivo Nível de evidência VI /2011	Descrever as vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia.	O fato de ter liberdade implica uma série de responsabilidades no contexto social, pois o processo de reinserção social perpassa a questão do conviver e vai além, porque significa participar do jogo das relações sociais, construindo e desconstruindo eles.
Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário ⁽²⁷⁾	Estudo descritivo Nível de evidência	Descrever o processo de reinserção social dos moradores,	Interações, passeios, conversas com vizinhos, tudo isso faz parte do resgate da identidade e da cidadania de pessoas com transtornos mentais que viviam em hospitais psiquiátricos e hoje

Quadro 1 – Descrições das publicações: título de publicação; país, ano e base de dados; tipo de estudo e nível de evidência; objetivos; resultados. Recife, 2015.

Conclusão.

	VI / 2013	considerando o modelo de SRT.	residem em um RT.
A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico⁽²⁴⁾	Estudo descritivo Nível de evidência VI /2011	Investigar as percepções dos profissionais de enfermagem atuantes no SRT sobre a Reforma Psiquiátrica.	O movimento da reforma psiquiátrica foi complexo e, a partir dele, o profissional assume novas práticas no cuidado a pessoas com transtornos mentais, adotando uma postura mais horizontal e humanizada.
Is deinstitutionalization working in our community? ⁽²⁹⁾	Estudo Exploratório Nível de evidência VI /2011	Analisar o impacto da desinstitucionalização sobre os pacientes admitidos em uma unidade de cuidado regional na comunidade.	Este estudo revela que a CCU (Community Care Units) traz benefícios, pois os índices de hospitalização diminuíram significativamente. A minimização da LOS (length of stay) também trouxe resultados positivos em relação à inclusão social, ao emprego e à habitação.
Better off in the community? A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community⁽³⁰⁾	Estudo de coorte Nível de evidência IV /2010	Investigar as mudanças ocorridas após o primeiro e o quinto ano da alta hospitalar e de convivência do paciente psiquiátrico na comunidade.	Verificou-se que, no primeiro ano após a alta hospitalar e início da convivência nas residências comunitárias, vários pacientes expressaram o desejo de continuar a viver na comunidade. Depois de cinco anos, o cuidado, anteriormente contínuo, fragilizou-se, porém, mesmo percebendo essas fragilidades, os moradores dizem preferir a vida na comunidade.
Residências Terapêuticas: uma análise qualitativa secundária sobre o processo de moradia para sofrendores psíquicos ⁽³¹⁾	Estudo exploratório descritivo Nível de evidência VI /2010	Analisar e discutir o processo de vida residencial para as pessoas que receberam alta de um hospital psiquiátrico.	O estudo enfoca as relações sexuais dos moradores e suas atividades domiciliares. Verificou-se que o relacionamento na residência é estabelecido por laços familiares e revela cuidados entre eles. Quanto às relações sexuais, eles declaram tê-las com pessoas que não moram na mesma residência que eles. O fato de ter um local para morar os faz sentirem-se participantes de uma vida social.
Cidadania e o direito à saúde nos serviços residenciais terapêuticos ⁽⁵⁾	Estudo descritivo analítico Nível de evidência VI/ 2012	Avaliar as estratégias utilizadas pelo Serviço Residencial Terapêutico para promover o direito à saúde e à cidadania.	Os relatos desse estudo revelam a importância da reinsertão social das pessoas com transtornos mentais na comunidade e realçam como o sentimento de pertença a uma sociedade torna a pessoa também uma cidadã.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

Concepções da população em geral sobre os serviços de saúde mental na modalidade de residências terapêuticas

Essa primeira categoria envolve as concepções da população que conhece ou convive com pessoas que têm transtornos mentais e residem na comunidade⁽¹⁵⁾. Encontrou-se apenas um estudo que faz referências a essas concepções: o realizado na Bélgica.

De acordo com essa pesquisa, a população ainda se mostra imatura quanto à aceitação de residência terapêutica em sua comunidade. Muitas vezes essa mesma população não sabe diferenciar uma pessoa agressiva de outra que apenas necessita de um lugar para morar⁽¹⁵⁾.

Ainda nesse estudo desenvolvido na Bélgica, observou-se que uma, dentre quatro pessoas entrevistadas, aceita ter próximos à sua residência serviços de saúde mental, o que revela aceitação. Viu-se, contudo, que essa tolerância se devia ao fato dessas pessoas já terem tido contato com outras que têm transtornos mentais.

Sabe-se que um dos clichês da saúde mental se estabelece a partir da discussão sobre o lugar social das pessoas com transtornos mentais. No entanto, a complexidade dessa questão reside, inicialmente, no fato de a RT ser designada como casa para pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas que, em função do período de reclusão social, perderam os vínculos sociais e familiares⁽¹⁶⁾. Isso sinaliza que, nessa categoria de análise, devem ser consideradas as variâncias no nível de tolerância em relação à pessoa com transtornos mentais na comunidade, e essas variâncias decorrem de diversos fatores, como: a intensidade do contato (mais próximo ou menos próximo); a idade (os idosos demonstram mais tolerância); o gênero (as mulheres são mais tolerantes). Em outras palavras, verificou-se que há mais tolerância por parte de pessoas que tiveram contato mais próximo com outras que têm algum transtorno mental e por parte de idosos e mulheres – estes últimos quando comparados à população economicamente ativa e a homens. Enfim, constatou-se que ocorre a minimização do preconceito a partir do contato da comunidade com pessoas com esse tipo de transtorno⁽¹⁵⁾.

Também um estudo realizado no Brasil apontou algumas dificuldades na implantação da RT na comunidade. Essa relutância social quanto à instalação ou

permanência de RTs foi revelada por outros autores, segundo os quais proprietários de imóveis teriam se negado a alugar casas para essa finalidade, vizinhos haviam rejeitado esse convívio e elaborado abaixo-assinados contra a permanência das RTs nos bairros e teriam ocorrido manifestações de preconceito e estranhamento aos moradores de RTs, o que evidencia o distanciamento nessa relação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Ademais essa rejeição foi constatada em estudo realizado na Itália referente ao processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos⁽¹⁹⁾. Essa pesquisa tratou dos conflitos advindos do alojamento dos serviços de saúde mental no contexto italiano.

O olhar do profissional de saúde mental sobre o processo da desinstitucionalização e os serviços de residências terapêuticas

A segunda categoria temática diz respeito às concepções dos profissionais de saúde mental sobre o processo de desinstitucionalização na modalidade dos serviços residenciais terapêuticos. Nesta pesquisa, dois artigos brasileiros fizeram essa abordagem.

Considerando-se a desinstitucionalização como um processo de desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas – perspectiva que estabelece o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, motivado na proposta da psiquiatria democrática italiana⁽²⁰⁾ –, percebe-se que as ações de “cuidado” realizadas no hospital psiquiátrico não podem mais ser praticadas nos novos serviços de saúde mental, uma vez que se trata de propósitos e enfoques diferentes⁽²¹⁾.

Em relação aos resultados encontrados por esta revisão integrativa sobre a concepção dos profissionais acerca desse processo de desinstitucionalização, foram observadas duas perspectivas: a de alguns profissionais que ainda se detêm ao modelo *hospitalocêntrico* e, por isso, ressaltam sua importância na assistência; e a dos profissionais que incorporaram as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica⁽²²⁻²³⁾.

Estes últimos compreendem o SRT como uma nova possibilidade para as pessoas que não têm mais o vínculo familiar em decorrência das longas internações em hospitais psiquiátricos. Assim, para esses profissionais, os fundamentos de liberdade devem permear as relações que se constituem nesse espaço, já que a liberdade para os moradores pode ser indício de um recomeço⁽²⁴⁾.

Nessa perspectiva, o SRT constitui um espaço que desafia moradores e cuidadores a desconstruir formas tradicionais e hegemônicas de clinicar, cuidar e morar, considerando todas as dimensões que o encontro da loucura com a cidade é capaz de apresentar⁽²⁴⁾.

Verificou-se, então, que o profissional de saúde mental tem se revelado importante ator na reorientação da atenção em saúde mental por usar o espaço público e a cidade como locais para a sua prática, à medida que transcende o espaço dos estabelecimentos de saúde. Ao realizar uma assistência em saúde sem muros, propicia a circulação do usuário no cotidiano da comunidade e investe em estratégias de classe social⁽²⁵⁾.

Entretanto, para os profissionais do SRT, mesmo havendo uma boa estrutura da rede de atenção, existem pontos que ainda se apresentam críticos e refletem exatamente nas questões relacionadas ao cuidado aos moradores da casa⁽²⁶⁾. Observa-se que pouco se discute sobre as atribuições dos cuidadores do SRT, pois os questionamentos são mais voltados ao que é o SRT e à forma como os moradores, familiares e comunidade interagem. Assim, deixa-se uma lacuna referente à real função do cuidador.

Percepções de moradores dos serviços na modalidade residências terapêuticas

Esta terceira categoria, a última, que envolve as “percepções de moradores dos serviços na modalidade residências terapêuticas”, foi composta por experiências encontradas em estudos realizados na Austrália, Irlanda e Brasil – seis publicações. Nessas pesquisas, percebeu-se a existência dos seguintes pontos convergentes: autonomia e contratualidade em relação aos pares e familiares. Em todos esses estudos, verificou-se que os moradores relatam como é viver novamente na comunidade, como se relacionam com vizinhos, profissionais de saúde e familiares^(27-28-29,30,31).

Conforme essas pesquisas, os usuários participam de uma vida social, sentem-se importantes ao realizar tarefas simples que lhe foram negadas nos hospícios, como: comer sentados à mesa, cozinhar, pagar contas, usar o banheiro, receber o próprio benefício. Alguns usuários, por um lado, fazem questionamentos pertinentes sobre cuidadores da residência terapêutica que os controlam e até desenvolvem as tarefas que eles mesmos poderiam realizar. Por outro lado,

reconhecem que os incentivam e apoiam para desenvolverem atividades diversas, como organizar a casa, cozinhar e fazer compras⁽²⁷⁻³¹⁾.

Quanto à convivência com vizinhos, alguns relatos revelam que uma relação conflituosa instaurada no início da implantação da RT na comunidade transformou-se, com o passar do tempo, em amigável. Ainda de acordo com esses relatos, também houve progresso na relação com os familiares depois que eles, os que têm transtorno mental, passaram a morar em uma RT⁽²⁷⁻³¹⁾.

Nesses estudos também se constatou que a autonomia – o direito de ir e vir como qualquer outro cidadão – proporciona bem-estar e, conseqüentemente, favorece a reinserção psicossocial. Ao observar essas representações, percebe-se como se dá o processo de construção da cidadania das pessoas que têm transtornos mentais⁽⁵⁾.

Enfim, notou-se que a maioria dos estudos realçou os benefícios decorrentes da convivência na comunidade, como a autonomia e as interações sociais. Viu-se que essas interações, inicialmente conflituosas e conturbadas, foram se transformando com a aproximação dos moradores aos serviços residenciais terapêuticos na comunidade. A partir dessa constatação, é possível afirmar que a convivência pode mudar algumas concepções e promover uma interação social pacífica e, portanto, equilibrada.

Além disso, compreendeu-se, a partir desses estudos, que o processo de conhecer e conviver em comunidade traz grandes contribuições para a consolidação da cidadania das pessoas com transtornos mentais e, conseqüentemente, contribui para o processo de reinserção psicossocial.

Entretanto, entendeu-se que, infelizmente, a maioria das comunidades não compreende o papel social que elas têm quanto à reinserção psicossocial de pessoas com transtornos mentais, pois não se veem ainda como um espaço fundamental para a expansão do viver, a construção de vida, de um novo sentido do ser, de trocas sociais, o despertar de uma coexistência pacífica entre seres humanos livres⁽³²⁾.

CONCLUSÃO

Por meio dessa revisão integrativa dos 9 (nove) artigos que compuseram a amostra, buscou-se identificar e analisar as concepções de atores sociais nos serviços de saúde mental na modalidade residência terapêutica. Verificou-se, então,

que a maioria das publicações foram brasileira (seis artigos), porém esses estudos não discorreram sobre as concepções da sociedade brasileira em relação à convivência com os serviços de saúde mental na modalidade residência terapêutica em sua comunidade, ou seja, nenhum dos estudos nacionais analisados investigou a compreensão dos brasileiros acerca desses serviços e seus usuários. Apenas o estudo da Bélgica revela que os atores sociais que têm um conhecimento prévio, isto é, que conviveram ou convivem com pessoas que têm transtornos mentais tendem a aceitar melhor os serviços de saúde mental próximos à sua residência ou na sua comunidade, contudo não enfocaram essas concepções sociais. A partir dessa constatação, entende-se que há ainda muito a ser investigado sobre as concepções sociais referentes aos serviços de saúde mental e aos usuários deles. Sugere-se que pesquisas futuras se concentrem na compreensão dessas concepções e identifiquem se elas favorecem e facilitam, ou não – caso elas se fundamentem em preconceitos –, a reinserção psicossocial das pessoas com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

1. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J. bras. Psiquiatr. [Internet]. 2008; 57(1): 70-79.
2. Moreira MIB, Andrade ÂN. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. Psicologia & Sociedade. 2007 Mar 19, 46-54.
3. Luzio CA, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface (Botucatu) 2006; 10(20): 281-298.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200002.
4. Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Wetzal C, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. Rev. bras. Enferm [Internet]. 2012 [citado 2016 mar. 10]; 65(3): 501-507. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/83591>.
5. Kantorski LP, Eslabão AD, Coimbra VCC, Willrich JQ, Nunes CK, Guedes AC, Bielemann VLM, Cidadania e o direito à saúde nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rev Enferm UFSM 2013 Mai/Ago;3(2):326-334. <http://dx.doi.org/10.5902/217976928768>.

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília (DF): MS, 2004.
7. Breno ASM. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. *Política & trabalho Revista de Ciências Sociais* [Internet]. 2007 [citado 2016 mar. 10]; 26 (1): 87-104. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6774/4212>.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17(4): 758-764. doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* [Internet]. 2010[citado 2016 mar. 10]; 8(1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
10. Torre UGMC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Revisão sistemática: noções gerais. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011[citado 2016 mar. 12]; 45(5): 1260-1266. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>.
11. Public Health Resource Unit, The University of Kent, Critical Appraisal of the Journal Literature. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Evaluation tool for quantitative studies*. England: Public Health Resource Unit; 2006.
12. Galvão CM. Níveis de Evidência. Editorial. *Acta paul. enferm.* 2006;19(2):5.
13. Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *J Nurs Adm* [Internet]. 1998 [citado 2016 mar. 12];28(7-8):45-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9709696>.
14. Mata LRF, Napoleão AA. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. *Acta paul. enferm*[Internet].2010[citado 2016 mar. 12; 23(4): 574-579. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/21.pdf>.
15. Pattyn E, Verhaeghe M, Bracke P. Attitudes Toward Community Mental Health Care: The Contact Paradox Revisited. *Community Mental Health Journal*.2013;49(3), 292-302. DOI:10.1007/s10597-012-9564-4.

16. Neto PMR. Convivendo com Residências Terapêuticas: Concepções sociais, processo indenitário e relações intergrupais. [Tese] Vitória (ES): Centro de ciências humanas e Naturais Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.
17. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006[citado 2016 mar. 12];11 (3), 785-795. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63011326.pdf>.
18. Martins GCS, Peres MAA, Oliveira AMB, Stipp MAC, Almeida FAJ. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22 239 (2), 327-334.2013.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008.
19. Basaglia, F. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Conferências no Brasil. Tradução: Sonia Soianesi e Maria Celeste Marcondes. 3 ed. São Paulo: Brasil Debates.1982.
20. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2009; 14(1): 195-204. doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025.
21. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11(3): 333-40. doi.org/10.1590/S0104-11692003000300011.
22. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, Argiles CTL, Coimbra VCC, Bielemann VLM. A estrutura e o fluxo da rede de cuidados de saúde como um instrumento de mudança de serviços de assistência psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP*[Internet].2013[citado 2016 mar. 12]; 47 (4): 891-898. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033327017.pdf>.
23. Argiles CTL, Kantorski LP, Willrich JQ, Antonacci MH, Coimbra VCC. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2013; 18(7): 2049-2058. doi.org/10.1590/S1413-81232013000700020.
24. Silva DS, Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc. Anna Nery*.2011; 15(3): 587-594. doi.org/10.1590/S1414-81452011000300021.

25. Dimenstein M.O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais mental. *Pepsic* [Internet]. 2006 [citado 2016 mar. 12]; 4(6):69- 82. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272006000100007.
26. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2001; 6(1): 73-85. doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006.
27. Matos BG, Moreira LHO. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 mar 18]; 17(4): 668-676. doi.org/10.5935/1414-8145.20130010.
28. Bastos LC, Aguiar MGG. Vivências de moradores de residências terapêuticas de feira de santana, bahia: Do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet].2011[citado 2016 mar. 12].35(2):432-445. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/316/pdf_125.
29. Hamden A, Newton R, -Elsom KMC, Cross W. Is deinstitutionalization working in our community? *International Journal of Mental Health Nursing*.2011; 20: 274–283. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00726.
30. Mcinerney SJ, Finnerty S, Avalos G, Walsh EB. A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Apr;45(4):469-73. doi: 10.1007/s00127-009-0086-5. DOI:10.1007/s00127-009-0086-5.
31. Santos J, Hudson PO, Gualda DMR, Silveira MFA. Residências terapêuticas: uma análise qualitativa secundária sobre o processo de moradia para sofredores psíquicos. *Online braz jnurs* [Internet].2010[cited 2016 mar 18];9(3): 01-16. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-26812>.
32. Moreira, MIB, Castro S, Carlos Rob. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade* [Internet].2011[cited 2016 mar 18]; 23(3): 545-553. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/12.pdf>.

5.2 ARTIGO ORIGINAL

CONCEPÇÕES DA COMUNIDADE SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E A CONVIVÊNCIA COM MORADORES DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA A LUZ DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER.

RESUMO

OBJETIVO: Compreender as percepções de moradores do entorno da RT e sua convivência com os moradores na comunidade à luz dos construtos da teoria transcultural de Madeleine Leininger. **MÉTODO:** Estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. A construção dos dados ocorreu de outubro a novembro de 2016, por meio da entrevista semiestruturada. Os participantes que compuseram a amostra foram 20 moradores do entorno da RT tipo I de Caruaru-PE, os participantes que foram selecionados por conveniência, pelo critério de saturação teórica. A análise dos dados foi atingida com o auxílio Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) versão 0.7 e o método adotado foi análise de conteúdo por Minayo (2011). **RESULTADOS:** Foram identificados a partir de duas categorias entre elas. CATEGORIA 1: Onde a pessoa com transtorno mental deve viver, gerando as seguintes discussões: A convivência e o cuidado com louco é designada pela comunidade a partir do seu comportamento social. Concepções culturais sobre o cuidado as pessoas com transtornos mentais no contexto familiar. CATEGORIA 2: Como a comunidade percebe a pessoa com transtorno, que gerou a discussão: A percepção da pessoa com transtorno mental como: infantil e incapacitante e sem “noção”. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estigma emerge nos tempos atuais sendo culturalmente transmitido durante as várias gerações. A sociedade reapresenta uma imagem estereotipada do “louco” de modo a influenciar o contexto ambiental que estão envolvidos. Além disso, é perceptível a invisibilidade da RT na comunidade, descaracterizando essa modalidade de casa de apoio ou repouso.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Saúde mental. Residência terapêutica. Serviços de saúde mental.

INTRODUÇÃO

Na década de 1980, com forte influência de um movimento similar ocorrido na Itália, tem início a Reforma Psiquiátrica no Brasil¹. Devido à grande quantidade de denúncias, por parte dos profissionais, sobre as péssimas condições às quais pacientes eram submetidos nos hospitais, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que teve ampla atuação em conselhos profissionais, universidade, sindicatos e vários outros meios, para lutar por direitos profissionais e mudanças na forma como era conduzida a assistência psiquiátrica^{2,3}.

Em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) envolvem mais atores no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como líderes públicos, técnicos, pacientes e seus familiares. O Projeto de Lei nº 3657/89, que versa sobre os princípios da reestruturação dos cuidados psiquiátrico no Brasil, foi apresentado no Congresso Nacional³. Esse Projeto passou por várias discussões e mudanças, culminando na promulgação da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nesse momento, o Brasil efetivava a reforma psiquiátrica em seu território, inclusive na esfera jurídica⁴.

O cuidado em saúde mental no Brasil tem passado por grandes mudanças desde a década de 1970, em decorrência dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Notáveis avanços foram conquistados pela atual política nacional, que vem empreendendo esforços para a redução de leitos psiquiátricos em hospitais com características manicomiais, objetivando a reinserção social de pessoas que viveram nos manicômios e, assim, ampliando e fortalecendo os serviços na comunidade^{5,6}.

Não há, contudo, um padrão que norteie o processo de reforma psiquiátrica, sendo visíveis, portanto, variações tanto regionais quanto internacionais. Essa heterogeneidade pode ser decorrente das diferenças territoriais, populacionais, culturais, políticas, econômicas e, ainda, dos sistemas de assistência social e de saúde de cada país ou região. Não obstante essas diferenças, a filosofia da Reforma Psiquiátrica tem sido fiel aos seguintes princípios básicos dos cuidados na comunidade: a desinstitucionalização, com diminuição dos leitos hospitalares; o

desenvolvimento de programas e serviços alternativos; a integração com serviços comunitários e demais serviços de saúde e acesso à medicação^{8,9}.

A Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou o Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020, que destaca a proteção e promoção dos direitos humanos de portadores de transtornos mentais e do cuidado de base comunitária⁸. Assim, em diversos países, pacientes que foram desospitalizados vivem em comunidade, interagindo socialmente e sinalizando evolução nas habilidades necessárias para a vida cotidiana⁷.

Adotando os princípios desse Plano de Ação Global de Saúde Mental aprovado pela OMS, a Política Nacional de Saúde Mental estabeleceu como meta reduzir gradativamente os leitos psiquiátricos e ampliar a rede extra-hospitalar, formada principalmente pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)^{4,8}. A partir dos serviços de base comunitária, perceberam-se progressos no desempenho geral e na autonomia do paciente. Isso porque esses serviços impulsionam a integração social dos portadores de transtorno mental.

Várias pesquisas constataram que os pacientes desospitalizados estão mais satisfeitos residindo na comunidade do que em hospitais psiquiátricos e, ainda, preferem regimes de atenção pouco restritivos, em que possam gozar de mais liberdade e independência. Também há estudos em que a população se revelou receptiva à proposta da psiquiatria comunitária^{7,10,11}.

Essas pesquisas verificaram ainda que, fora do hospital, os pacientes podem manter seus sintomas psiquiátricos estáveis, ou indicar evolução nos escores avaliados anteriormente à desospitalização. Em certos casos, em alguns pacientes, pode ocorrer o agravamento da sintomatologia e, devido a isso, eles voltam a ser hospitalizados. Contudo, há que se entender o fato de as alucinações em certos pacientes desospitalizados não afetarem sua capacidade em adquirir as habilidades necessárias para conviverem em comunidade. Mas, para garantir o sucesso da reinserção do paciente na vida comunitária, são necessários profissionais qualificados, residências terapêuticas bem estruturadas e vários serviços na comunidade, com a devida atenção e complexidade^{7,10,11}.

Desde 2001, 35 mil leitos de hospitais psiquiátricos foram desativados, o que implica intenso trabalho de (re)construção de vínculos dos ex-internos com familiares e sociedade⁶. Para alcançar essas conquistas foi necessária a criação de uma rede

extra-hospitalar de assistência à saúde mental, constituída por diversos serviços de saúde, tais como: Estratégia Saúde da Família, Hospitais Gerais e Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)¹⁴.

Para facilitar o processo de inserção social das pessoas dos antigos hospitais psiquiátricos que não encontravam suporte na família ou não tinham mais o vínculo familiar, o Ministério da Saúde criou as Residências Terapêuticas, regulamentadas na Portaria Nº106/00¹⁴. Após a regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou Residências Terapêuticas (RT), ocorreu uma expansão desses serviços no Brasil¹⁵.

Essas residências estabelecem importantes dispositivos no cuidado extra-hospitalar em saúde mental, de modo a potencializar o processo de desinstitucionalização no Brasil. Elas são compreendidas como

[...] moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social¹⁸.

A Portaria 3090/2011 dispõe sobre as modalidades da RT tipo I e tipo II. A Residência Tipo I abriga moradores com transtornos mentais que possuem autonomia e, portanto, têm supervisão de atividades diárias dentro da casa e encaminhamento para as atividades de inserção social promovidas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), sem necessidade de cuidados específicos de saúde. Assim, devem acolher, no máximo, oito pessoas. Já as Residências Tipo II são recomendadas para as pessoas dependentes de cuidados diretos – idosos, deficientes físicos e/ou com outras patologias – que requerem o cuidado diário de um profissional técnico de enfermagem, devendo, no máximo, acolher dez pessoas³.

Um dos obstáculos para a consolidação da RT em território nacional têm sido “[...] as questões socioculturais emergentes das comunidades ao processo de reintegração de pessoas com transtornos mentais de longa permanência advindas de hospitais psiquiátricos”. Essa resistência, que dificulta o processo de desinstitucionalização, é visível nos abaixo-assinados e hesitações em alugar imóveis para esse fim como também nas atitudes de preconceito, rejeição e estranhamento aos moradores da RT¹⁷.

No final do ano de 2015, foi divulgada a estimativa de que existem no Brasil cerca de 680 RTs, mesmo assim são escassas as discussões sobre a forma como essas pessoas advindas de um longo tempo de convivência nos manicômios vêm

organizando e percebendo a vida nessa modalidade de serviço em meio à comunidade. Embora pouco numerosas, as produções científicas que se propõem a empreender essa reflexão apontam que ainda há muitos problemas e desafios a serem reconhecidos nas práticas de reinserção social desenvolvidas em diferentes comunidades no Brasil ⁶.

Diante do exposto e da escassez de estudos referentes à forma como as pessoas se sentem na comunidade ao receberem indivíduos com transtornos mentais após um longo período de exclusão social e como a comunidade aceita esses indivíduos, viu-se a necessidade de ouvir os moradores do entorno de uma RT. Para isso, escolheu-se o referencial teórico de Madeline Leininger a fim de discutir as concepções da comunidade a partir dos constructos de cultura, cuidado e contexto ambiental, pois esse referencial elucida as evidências socioculturais em relação à convivência com a RT em sua comunidade.

MÉTODO

Estudo com abordagem exploratório-descritiva de natureza qualitativa, desenvolvido na cidade de Caruaru, situada no Agreste de Pernambuco – PE, com população média de 314.912 habitantes (IBGE, 2016) ²⁰.

O estudo foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), CAEE 56977916.0.0000.5208 (ANEXO B), em consonância com a resolução 466/12, que aprova as diretrizes e normas a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos.

Participaram da pesquisa pessoas que moram e trabalham nas proximidades da RT tipo I. O local possui características de um conjunto residencial e nele existem alguns estabelecimentos comerciais. Foram escolhidos, então, para a entrevista moradores do entorno da RT I – vizinhos à esquerda, à direita e em frente à RT. Também foram entrevistados moradores da rua paralela à direita, visto que a RT I se localiza próxima a um cruzamento, do qual dista cerca de 50 metros. Essa comunidade situa-se a 3 Km do centro da cidade e nela há uma Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima – cerca de 2 Km – do CAPs.

A aproximação do cenário da pesquisa deu-se da seguinte forma: após dois meses frequentando a RT I, observou-se a interação da comunidade com os moradores da RT I, como essa comunidade se comportava e quais moradores

interagiam mais com a comunidade. Assim, a amostra foi selecionada por conveniência e de forma intencional, a partir do critério de saturação teórica que ocorreu com 16 entrevistas. Para ampliar-se a margem de confiança da saturação, foram realizadas mais 04 entrevistas, totalizando 20 indivíduos. Todas as entrevistas foram individuais e gravadas para posterior transcrição.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: morar a uma distância de aproximadamente 50m da Residência Terapêutica tipo I (RT I); ser maior de 18 anos; ser tanto do sexo masculino como do feminino. Foram excluídas as pessoas que apresentassem algum tipo de limitação que as impedisse de responder a entrevista.

A identidade dos participantes foi omitida, sendo eles identificados pela letra E seguida do número sequencial das entrevistas (E.1, E.2, E.3...).

A coleta dos dados ocorreu entre setembro e novembro de 2016, tendo sido setembro e outubro os meses de preparação do campo para o início desse apanhado e novembro o mês da realização das entrevistas.

Por tratar-se de entrevistas semiestruturadas, elaborou-se um roteiro. Ressalta-se, contudo, que, cientes de que os entrevistados não entenderiam o termo “transtorno”, decidiu-se usar as palavras “doença”/“doentes” para garantir a interação como os participantes do estudo. Nesse roteiro de entrevista, constavam as seguintes questões: “Para você, como é uma pessoa com doença mental? O que essa pessoa faz?”; “Na sua opinião, onde as pessoas que são doentes mentais devem morar?”; “Como as pessoas com doença mental devem ser cuidadas?”; “Como é para você conviver com as pessoas que moram na RT? Ou como seria para você conviver com pessoas doentes mentais cuidadas por profissionais de saúde que morassem na sua comunidade?” (APÊNDICE A). Antes da entrevista, solicitou-se ao participante que preenchesse um questionário para caracterização dos aspectos sociodemográficos da amostra (APÊNDICE B).

Foram realizadas 20 entrevistas que duraram cerca de 20 a 30 minutos. Todas foram gravadas por um aparelho de *smartphone* da marca *Samsung*, modelo S4-4G. Ao final de cada dia de coleta, as entrevistas foram transcritas e, posteriormente, organizadas para análise na qual se utilizou o *software* IRAMUTEQ, considerando-se a palavra como unidade de registro para análise do conteúdo delas.

Foram registradas também anotações no diário de campo, em que constam as impressões da pesquisadora, durante o processo de investigação, relativas ao espaço físico da RT 1, às acomodações, aos relacionamentos interpessoais dos próprios moradores da RT, ao relacionamento da comunidade com os moradores da RT, às ações dos cuidados voltados aos moradores da RT1 e à comunidade. Tais aspectos foram observados para garantir-se que as informações advindas dos entrevistados fossem contextualizadas no momento da análise qualitativa.

Na fase de análise do material, optou-se pela análise de conteúdo, seguindo-se os procedimentos propostos por Minayo²²: **categorização, inferência e interpretação**. Esses procedimentos, que podem não se dar de forma sequencial, costumam, no geral, obedecer às seguintes etapas: (a) decomposição do material a ser analisado em partes (depende da unidade de registros); (b) distribuição das partes em categorias; (c) descrição do resultado da categorização; (d) inferências dos resultados; (e) interpretação dos resultados⁶¹.

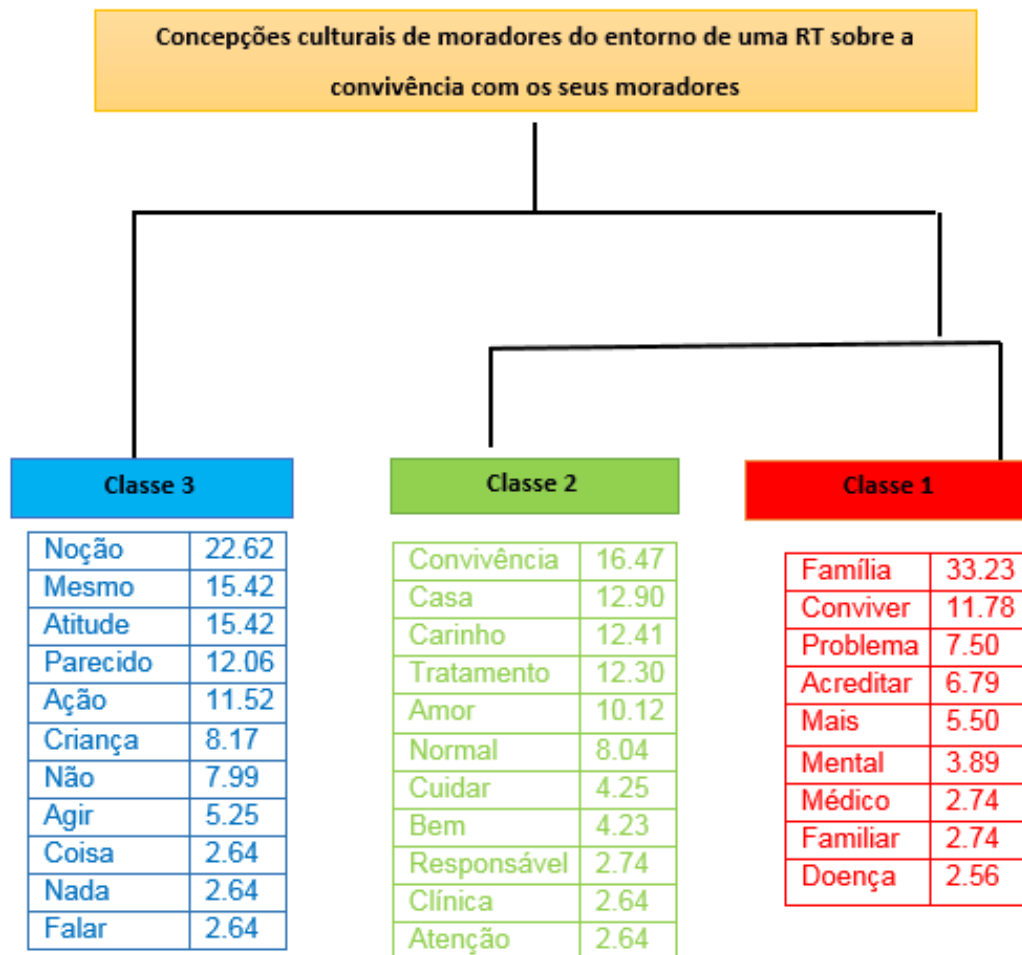
Na fase de **categorização**, optou-se pelo método da *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD) proposto por Reinert (1990) que, utilizando o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), classifica os segmentos de texto em função do seu vocabulário e reparte o conjunto de palavras com base na frequência das formas reduzidas. Essa análise chegou às classes 1, 2 e 3²¹. Respeitando-se a nomenclatura adotada por Minayo⁶⁰, tais classes passaram a ser identificadas como categorias (categorias 1, 2 e 3). Tal método de CHD gerou dois *corpus* na primeira divisão e, na segunda divisão, mais dois *subcorpus* – a primeira divisão apresentou a categoria 3 e a segunda divisão gerou os *subcorpus* 1 e 2 –, sendo interpretados, com o auxílio do *software* IRAMUTEQ, da esquerda para a direita, a partir da seguinte caracterização: homogêneas, exaustivas, exclusivas, concretas e adequadas.

O *corpus* da análise, ao ser processado no IRAMUTEQ, deu origem a 62 segmentos de textos, representando 100% das entrevistas analisadas. Para a formulação das classes, foram considerados 49 segmentos, o que correspondeu a um aproveitamento de 79.03% das unidades de contextos elementares.

No *software* IRAMUTEQ, foram processados 20 textos, com 481 palavras diferentes. Desse total, o *software* analisou a importância de cada palavra, dando uma frequência mínima superior ou igual a 3. Desse modo, fez-se a quantificação da

frequência e o programa dividiu o *corpus* em segmentos de texto e classificou-os em função de seu vocabulário. Chegou-se, assim, à Figura 1.

Figura 1. Dendograma das classes concepções culturais de moradores do entorno de uma RT sobre a convivência com os seus moradores, Recife, 2016.



Fonte: A autora, 2016

Para as análises finais, foram realizadas partições do *corpus* conforme apresenta o dendograma. De acordo com as recomendações, deve proceder-se a uma análise da esquerda para a direita. Assim, na primeira divisão, foram gerados dois *subcorpus* (o primeiro com a classe 3 e o segundo com duas classes). Na segunda divisão, gerou-se um subgrupo que originou mais dois *subcorpus* (classe 1 e 2). A partir da leitura do dendograma, entende-se que as classes 1 e 2 obtiveram maior proximidade de conteúdo.

Os vocabulários foram organizados por classes: Classe 1, corresponde a 36,73% de segmentos de texto; Classe 2, a 36,73% do total de segmentos de texto; e Classe 3, a 26,53% do total de segmentos de texto.

A **inferência** teve uma dimensão sintática, avaliando “como algo é dito”. A partir do questionamento proposto por Minayo²² – “quem diz o que, a quem, como e com que efeito” –, é possível reconstruírem-se as representações, partindo-se da dimensão sintática. Fez-se a **interpretação** a partir do material analisado e das devidas inferências em uma perspectiva teórica dos constructos de Leininger²³: **Cuidado, Cultura e Contexto ambiental**, organizadas nas seguintes categorias: “Ideias da comunidade sobre quem é a pessoa com transtorno mental” e “Atribuições do espaço social a partir do comportamento apresentado pela pessoa com transtorno mental”. As interpretações foram finalizadas com uma síntese que traz a resposta à questão de pesquisa, os resultados da análise, as inferências encontradas e a teoria abordada.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A partir do formulário sociodemográfico, traçou-se o perfil dos participantes da amostra. Inicialmente, registra-se que participaram do estudo 20 pessoas de ambos os sexos – 04 homens (20%) e 16 mulheres (80%) –, entre 22 e 72 anos. Verificou-se que, quanto ao nível de escolaridade, 08 (oito) dos participantes tinham o ensino fundamental 1, 08 (oito) deles haviam cursado o médio e apenas 02 (dois) possuíam curso superior. No que concerne à religião, constatou-se que, dentre os entrevistados, havia 13 (treze) católicos, 05 (cinco) evangélicos e 02 (dois) disseram não ter religião. Em relação à etnia, 11 (onze) dos participantes são brancos, 02 (dois) negros e 07 (sete) declararam-se pardos. A respeito da situação econômica, havia 01 (um) aposentado, 03 (três) pensionistas, 01 (um) contratado, 06 (seis) autônomos e 09 (nove) desempregados. E, finalmente, dentre os participantes do estudo, 12 (doze) possuíam residência própria.

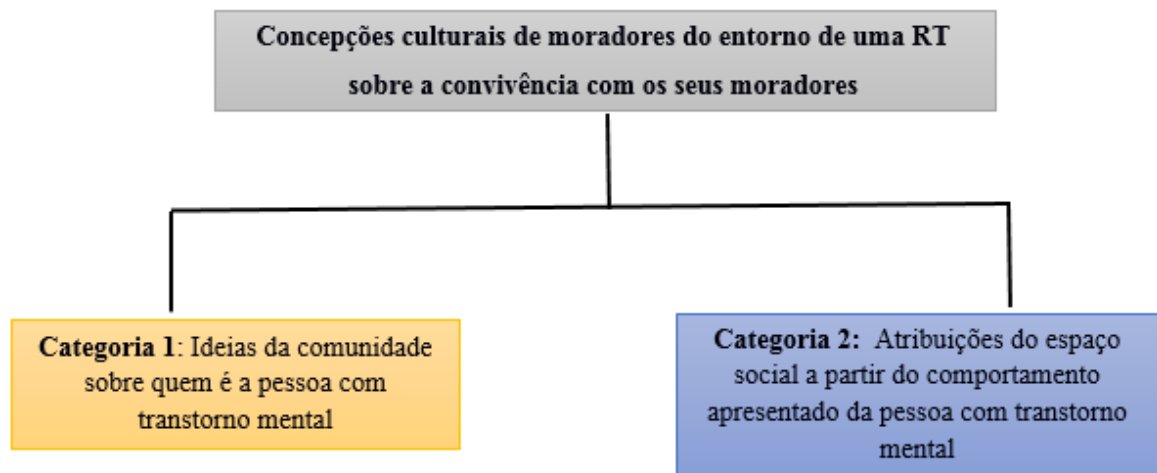
Dos entrevistados, 15% consideraram sua saúde, no momento da entrevista, excelente; 55%, boa; 15%, regular; e 15%, ruim.

Quando interrogados sobre doenças crônicas, 20% declararam ter diabetes; 20%, hipertensão; 60%, não ter qualquer doença crônica. Ao perguntar-se sobre uso de medicações sem indicação médica, 50% dos entrevistados admitiram fazer esse

uso e 50% disseram que só usam medicação com indicação médica. Dos entrevistados, 100% afirmaram não fazerem uso de medicação para dormirem ou ficarem calmos.

A partir da análise das 20 entrevistas, chegou-se às categorias registradas na Figura 2.

Figura 2: Concepções culturais de moradores do entorno de uma RT sobre a convivência com os seus moradores. Recife-PE, 2016.



Fonte: Autora, 2016.

CATEGORIA 1 – IDEIAS DA COMUNIDADE SOBRE QUEM É A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Quando questionados sobre como é uma pessoa com transtorno mental e quais suas ações, chegou-se às Unidades de Contexto Elementar (UCE). Assim, perceberam-se as seguintes concepções da comunidade: pessoa infantilizada e incapaz; pessoa limitada, por isso diferenciada das que não têm transtornos mentais. Isso pode ser comprovado nos seguintes recortes de entrevistas.

Uma pessoa com doença mental tem atitudes parecidas como as de uma criança, são inocentes de seus atos. Tenho como exemplo os meus vizinhos. Já passei pela experiência de cuidar deles em um determinado momento. São pessoas que têm um comportamento parecido com o comportamento de uma criança, não tem lucidez em suas atitudes (E.1).

É importante registrar que E.1 tem um contato constante com os moradores da residência terapêutica, existindo um respeito mútuo entre eles nessa relação (Diário de Campo).

Uma pessoa com doença mental é uma pessoa que não tem noção no que faz e nem das consequências de suas ações, não sabe o que está fazendo. [...] Eles não têm a mesma mentalidade de uma pessoa que não tem doença mental (E.4).

Os entrevistados também apontaram que uma pessoa com doença mental é dependente por não poder responder por suas ações/decisões, necessitando de uma constante supervisão. Pode-se verificar essa concepção nos seguintes depoimentos:

Uma pessoa com doença mental precisa sempre de alguém responsável com ela, é sempre dependente de alguém, não pode ficar sozinha e o responsável deve demonstrar cuidado (E.5).

É complicado, acredito que eles não têm noção de suas ações, assim como as pessoas que não têm doenças mentais. A gente faz e sabemos o que estamos fazendo, e eles não têm essa mesma noção (E.3).

CATEGORIA 2 – ATRIBUIÇÕES DO ESPAÇO SOCIAL A PARTIR DO COMPORTAMENTO APRESENTADO PELA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

A comunidade apresenta concepções sobre o local social da pessoa com transtorno mental a partir de suas ações e comportamentos. Quando foi questionada sobre a convivência com as pessoas que moram na residência terapêutica e qual o local onde as pessoas com transtornos mentais deveriam morar e o melhor tratamento que deveriam receber, as UCE encontradas estão nos recortes de fala abaixo registrados.

Na minha concepção, eles são pessoas boas, convivo muito com eles, vivem aqui na minha casa, às vezes vêm buscar água, às vezes pedem remédio. Eu não dou o remédio porque sei que não pode. Quando vamos

organizar o nosso comércio, eles nos ajudam. A gente se adaptou com eles. É uma convivência com eles, é normal (E.1).

E.1 declarou que os moradores da residência terapêutica convivem nessa loja com os comerciantes e funcionários. Os comerciantes os consideram como “seguranças”. Segundo E.1, quando alguém olha a loja com intenções de um provável furto, sente-se amedrontado porque vê um “louco” na loja (Diário de Campo).

Convivo muito bem com eles. Às vezes, algumas pessoas dizem que sou louco por conversar e brincar com eles. Mas sou uma pessoa que sei conviver com todos da comunidade. Acredito que todos gostam da pessoa que eu sou (E.2).

E.2 é representado pela comunidade como um líder de instituição. Como esse entrevistado colocou após a entrevista (Diário de Campo), é bom se relacionar com “loucos”, pois ele se torna socialmente conhecido por ser alguém que não tem preconceitos e que se relaciona com “todo tipo de gente” (Diário de Campo).

Tratar da melhor maneira possível, temos que ter aquele cuidado de não se envolver em casos que a gente é analfabeto no assunto. Às vezes, o comportamento de uma pessoa dessas você pensa que ele está agindo por ele mesmo, mas não é. É a força de um descontrole emocional e medo. Se morasse aqui perto acharia normal (E.20).

E.20 tem na família uma pessoa com epilepsia e outra com depressão. Um vizinho desse entrevistado colocou que presenciara uma crise de epilepsia na casa de E.20 e foi impedido de ajudar. Assim, concluiu que a pessoa com epilepsia deveria ser internada, porque isso sobrecarrega os familiares. E.20 revelou-se incomodado com a atitude do vizinho e assim se expressou: “*Temos que ter aquele cuidado de não se envolver em casos que a gente é analfabeto no assunto*”. No fim da entrevista, ele declarou sentir-se incomodado quando outras pessoas que não conhecem sua realidade, seu dia a dia querem colocar opiniões sem serem solicitadas (Diário de Campo).

Uma convivência normal. Eles saem, ficam aqui na frente da casa. Acredito que eles, com o auxílio da medicação, não são agressivos. Se não tratar eles bem, uma forma de se defender é ser agressivo (E.11).

Uma convivência normal. Eu percebo que eles são bem cuidados, é notável o cuidado, quando eles passam por frente da minha casa com eles, percebemos o cuidado. Você percebe que não são pessoas normais, mas são pessoas com disciplina. Pessoas bem cuidadas (E.13).

Uma convivência ruim, essa residência deveria sair dessa comunidade (E.17).

Após a entrevista, E.17 colocou que “eles perturbam muito, que ficam na grade da casa dela chamando”. Ressaltar-se, contudo, que, durante os dois meses de observação do campo, esse tipo de comportamento não foi observado (Diário de Campo).

Ainda no que concerne à convivência, observam-se dois tipos de representação: se o indivíduo com transtorno mental não for agressivo, a convivência se torna algo normal; caso seja agressivo, ele deve ser exilado da sociedade e cuidado por profissionais especializados. Entretanto, a valorização do modelo hospitalar para a pessoa com transtorno mental é uma representação recorrente nos depoimentos, suprimindo a convivência em comunidade assim como apresentando um desconhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Contatou-se isso quando se perguntou aos entrevistados onde as pessoas com transtorno mental deveriam viver.

Em um lugar apropriado, uma casa de apoio, com acompanhamento por profissionais e tomar toda a sua medicação (E.8).

Em uma clínica psiquiátrica para o tratamento adequado e voltar a ser uma pessoa melhor (E.14).

Acredito que com a família se não for agressivo. Sendo agressivo, precisa ser internado em um local especializado (E.11).

A família tem uma representação muito significativa no contexto cultural e ambiental dos entrevistados. Isso fica claro quando atribuem o cuidado do portador

de transtorno mental à família, vista como detentora do cuidado e responsável por esse indivíduo. A presença do estigma da pessoa com transtorno mental e a percepção do cuidado como papel a ser desempenhado pela família tem suas representações descritas nas Unidades de Contexto Elementares (UCE).

Ser sempre acompanhado por alguma pessoa. Tem família que cuida dos seus familiares com doença mental. Quando não tem família, deve ser cuidado por profissionais (E.5).

Ser cuidada bem e, em especial, com as famílias. Nem todas têm condições de colocar em uma clínica. A maioria das clínicas são particulares, existe as públicas que são clínicas da prefeitura, mas o sofrimento é grande. Quem tem doença mental deve ser cuidado em casa (E.7).

E.7 é uma comerciante da comunidade e declarou nunca ter visitado a RT nem conhecer os cuidadores. Disse que só sabe onde se situa porque, nela, anteriormente funcionava um Programa de Saúde da Família (PSF). Destaca-se, nessa fala, a depreciação dos serviços públicos e uma valorização da rede privada (Diário de Campo).

Em resposta à questão “Como as pessoas com doença mental devem ser cuidadas? ”, um participante deste estudo assim se colocou:

Deve ser cuidado bem, com carinho, amor. Os que não são agressivos devem ser cuidado em casa com remédios, amor e carinho. Os agressivos devem ir para o hospital (E.13).

Vê-se, a partir da declaração acima registrada, que a ideia de cuidado é permeada por uma percepção de amorosidade, porém enfatizando o indivíduo com transtorno mental como alguém instável. Assim, esse cuidado varia de acordo com o comportamento social dele: agressividade e não agressividade.

Para outro participante desta pesquisa, o portador de transtorno mental deve

Ter um acompanhamento com médicos, psicólogos e outros profissionais (E.16).

Conforme registrado anteriormente, a comunidade associa cuidado e família por considerar o seio familiar o melhor local para o cuidado de uma pessoa com transtornos mentais. Porém a figura do louco enquanto indivíduo agressivo ainda permeia em algumas falas, substituindo esse cuidado familiar por um cuidado especializado ministrado por profissionais, médicos e enfermeiros, fortemente lembrados pela comunidade como os únicos com capacidade de cuidar do “louco agressivo”.

Os demais resultados emergiram em porcentagem, visto que foram respostas muito pontuais que não poderiam ser processadas no IRAMUTEQ. Passa-se, então, a registrar esses dados.

Quando questionados sobre alguma convivência anterior com algumas pessoas com transtornos mentais, tanto no ambiente escolar como no trabalho, na vizinhança ou mesmo na família, 25% dos entrevistados responderam afirmativamente e 75%, negativamente.

Percebeu-se, entretanto, que o fato de conhecer ou conviver com alguém que tem transtorno mental proporciona a essas pessoas um olhar mais diferenciado quando comparadas às que nunca tiveram essa convivência. Seguem alguns recortes de fala que elucidam essa questão.

Já estudei onde tinha um com doença mental, próximo da escola, tinha uma senhora que tinha um filho. [...] Eu lembro muito, quando a gente passava no caminho, como ele vivia solto, ele vinha para cima da gente. Agora eu não sei se era um meio de tentar conversar, tocar... mas a gente sentia medo, porque ele vinha às vezes com a mão assim... a gente pensava que ele iria bater (E. 11).

E.11, funcionária de um estabelecimento comercial na comunidade, declarou que os moradores da RT ficam sentados na calçada e ela os considera como pessoas normais. Diz que, quando era adolescente, não as entendia bem e tinha medo delas, mas agora, já adulta, não as teme mais (Diário de Campo).

Quando eu trabalhava, aconteceu um caso de uma amiga minha ficar perturbada, um pouquinho, da cabeça e ela foi internada na clínica de doido mesmo. E eu fui lá visitar ela. E eu vou te dizer: é triste, é triste, muito triste (E. 13).

Quando os entrevistados foram questionados a respeito da sua convivência familiar, se no seu contexto familiar existiu ou existia alguém com transtorno mental, abuso de álcool, drogas ou medicamentos para dormir ou ficar calmo, 40% responderam afirmativamente e 60% negaram. Alguns dos entrevistados não consideram que abuso de álcool, drogas ou medicações para dormir e ficar calmo estejam relacionados a transtornos mentais. Essas respostas podem ser compreendidas nos depoimentos registrados a seguir.

Na minha família, não. Assim, não foi problemas mental, foi um mal de Alzheimer, é um problema na mente, não deixa de ser na mente, que a pessoa perde a lucidez, mas assim, mental, não. Tem um que abusa de álcool. Esse menino aí, ele também usa drogas. Ninguém usa medicações para dormir (E. 1).

Não, ninguém. Tem gente na família que faz abuso de álcool (E. 7).

Meu marido faz abuso de álcool, minha irmã toma remédio para dormir, porque ela tem depressão. Ela toma oito comprimidos por dia, porque ela tem depressão (E. 10).

Conforme se pode observar a partir dos recortes acima, E.1, E.7 e E.10 não sabem que abuso de álcool ou drogas são considerados transtornos mentais. E.10 repetiu várias vezes que a irmã não é louca (Diário de Campo).

Sim, meu filho ficou internado por um tempo. Ele não é doido, mas ele tem um tipo de desvio, ele é bem avexado. Minha irmã faz abuso de álcool e meu filho usou [drogas]. E ele toma medicação para dormir (E. 15).

E.15 ficou muito emocionada ao falar do filho e revelou sentimento de culpa por ele ter sido criado pela sua mãe. Ela colocou que era muito jovem quando engravidou e, alguns anos depois, construiu outra família, mas o seu filho continuou com a avó (Diário de Campo).

Quando os entrevistados foram questionados sobre o conhecimento de uma residência que abriga quem tem transtorno mental, não tem família e é cuidado por profissionais de saúde no seu bairro, apenas 35% declararam conhecer onde eles moravam e 65% disseram desconhecer isso. A comunidade ainda não compreende

o que é uma RT, ainda confundida com casa de apoio, CAPs e clínica. Desse modo, descaracteriza a residência e compara-a com serviços que abrigam pessoas com transtornos mentais.

Não. De onde eles são, eu sei que eles moram aqui nessa rua, na casa de apoio (E.8).

Aqui tem o CAPS, que eles colocam nesse canto (E.11).

Conheço, tem uma clínica aqui, mas eles são bem tratados pelo jeitinho deles (E.13).

Quando os entrevistados que referiram conhecer a residência que abriga pessoas com transtorno mental, eles também foram questionados se sabiam o nome da residência deles, mas apenas 15% responderam afirmativamente e 85% declararam desconhecer essa informação.

DISCUSSÃO

CATEGORIA 1: IDEIAS DA COMUNIDADE SOBRE QUEM É A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Essa categoria reflete a coexistência de diferentes concepções culturais presentes na comunidade do entorno da RT, sendo evidenciados os valores socialmente construídos, aprendidos e transmitidos de forma transgeracional.

Tais concepções da comunidade sobre quem é a pessoa com transtorno mental associam-se às dimensões culturais, pois, segundo Leininger²⁴, referem-se às crenças, valores aprendidos, compartilhados e transmitidos, normas e estilo de vida de uma pessoa ou grupo que direciona pensamentos, decisões, ações e formas padronizadas de viver.

A maioria dos entrevistados expressa suas dimensões culturais referente à pessoa com transtorno mental a partir do seu comportamento social, de modo a infantilizá-la, incapacitá-la e, assim, perpetua-se o estigma. Essa categoria remete a uma concepção que, por um lado, anula a subjetividade e potencialidade da pessoa com transtorno mental e, por outro lado, faz a comunidade apresentar insegurança na relação com as pessoas portadoras de transtornos mentais.

É muito comum não se discernir ou valorizar o que as pessoas com transtornos mentais podem fazer sozinhas, o que as faz ainda mais presas ao

estigma de dependentes. Essa infantilização compromete a autonomia e nega o lugar de sujeito que ele pode vir a ocupar na família e no mundo²⁷.

Ao representarem a pessoa com transtorno mental como “sem juízo”/“sem razão” e infantil, os entrevistados, indistintamente, ancoram suas concepções em duas dimensões: a primeira remete a uma atitude de cuidar/proteger a criança que, supostamente, não sabe se cuidar e, portanto, precisa ser cuidada; e a segunda implica uma atitude de medo/aversão à falta de controle e à agressividade que, para a comunidade, é uma característica da pessoa com transtorno mental”²⁸.

Desse modo, a convivência social da pessoa com transtorno mental se torna limitada. Sabe-se que tais concepções estão vinculadas a um contexto sócio-histórico e cultural, com influências tanto no contexto cultural quanto no contexto ambiental, de modo a impactar as interações sociais da comunidade e dos moradores da RT.

Outro aspecto identificado nessa categoria refere-se à concepção da comunidade em relação a ter-se contato com pessoas portadoras de transtornos mentais. Dos vinte entrevistados, apenas cinco declararam conviver com alguém que tem transtorno mental ou conhecê-lo, revelando em seus discursos que têm uma convivência normal e demonstrando em seus relatos uma aceitação dos serviços de saúde mental próximos a suas residências.

No que diz respeito à dimensão cultural sobre fazer uso abusivo de álcool, usar medicações para se acalmar, para dormir ou para depressão, alguns entrevistados não consideram tais fatores como transtorno mental, talvez porque, culturalmente, estejam presos à imagem estereotipada e preconceituosa da pessoa com transtorno mental como alguém agressivo, ou porque o convívio descaracteriza o preconceito, pois é alguém próximo demais para admitir que essa pessoa possui algum transtorno mental.

Nessa perspectiva, a imagem do “louco” como ser agressivo, sem noção, alguém limitado e que necessita de constante supervisão é algo que vem sendo disseminado durante várias gerações. São valores culturais com “raízes longas e profundas” que foram aprendidas, compartilhadas e transmitidas ao longo dos anos. Tais concepções culturais interferem diretamente no contexto ambiental tanto da comunidade do entorno da RT quanto nos próprios moradores dela, tendo o convívio social limitado, estigmatizado e preconceituoso, devido às crenças e aos valores transmitidos culturalmente de forma transgeracional e ainda presentes.

Destaca-se, então, que é necessário perceber a pessoa com transtorno mental como alguém capaz de conviver socialmente e compartilhar a sua cultura com a sociedade, assim como interagir e interferir no contexto ambiental no qual está inserido.

CATEGORIA 2: ATRIBUIÇÕES DO ESPAÇO SOCIAL A PARTIR DO COMPORTAMENTO APRESENTADO PELA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Notam-se aspectos culturais apresentados nos depoimentos da comunidade quando se referem à pessoa com transtorno mental como um ser agressivo e desequilibrado. Sabe-se que essas imagens estão atreladas a todo um contexto histórico-cultural da loucura na sociedade.

Leininger²³ entende cultura como um conjunto de valores, crenças, ritos, normas e práticas de vida de um determinado grupo – aprendidos, partilhados e transmitidos – que orientam a forma de pensar, as decisões e as ações de maneira padronizada. Infere-se, então, que a sociedade expressa seus valores culturais nos discursos científicos a partir de percepções já padronizadas no contexto histórico e social. Em se tratando da pessoa com transtorno mental em crise psíquica, quando tem atos violentos e agressivos, a sociedade manifesta o sentimento de medo, origem da noção de periculosidade.

Devido a esse “perigo” e, para garantir a ordem social, a pessoa com transtorno mental teve seus direitos civis, sociais e políticos negados e sua liberdade sequestrada²⁹. Essa “garantia da ordem social” é considerada um valor cultural que conduz à identificação de maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores são, comumente, preservados pela cultura por longos períodos de tempo e direcionam a tomada de decisões de seus membros²⁴.

Os aspectos culturais que orientam a tomada de decisões dos grupos sociais e atravessam as gerações são ainda muito presentes nos discursos da comunidade. Mesmo a pessoa com transtorno mental sendo considerada “normal”, alguns entrevistados se referem a ela como “louca”, denominação que gera o estigma, o afastamento, o distanciamento e o medo perpetuado ao longo dos séculos³⁰. Assim, a pessoa que tem transtorno mental é vista como um sujeito que age sem pensar, que não têm consciência de seus atos, do que fala e do que faz. A história da

loucura faz referência a essa pessoa como alguém alienado de si mesma e do mundo³¹.

Entende-se, portanto, que o estereótipo construído acerca do transtorno mental decorre de aspectos culturais, das crenças e do próprio contexto ambiental em que a sociedade está inserida. Assim, vem sendo perpetuado por várias gerações, culturalmente padronizado, aprendido e transmitido ao longo do tempo.

Os discursos de vários entrevistados trazem a imagem da pessoa que tem transtorno mental como alguém desorientado, incapaz e agressivo, tanto que a agressividade foi uma imagem recorrente nos depoimentos – uma barreira para a reinserção social. Não se entende que a pessoa com transtorno mental nem sempre se comporta de maneira agressiva. Ela pode tornar-se agressiva assim como qualquer outra pessoa, ou seja, não é necessário ter-se transtorno mental para agredir-se alguém.

Essa representação da pessoa com transtorno mental como desorientada, incapaz e agressiva implica uma concepção de cuidado presente nos discursos dos entrevistados. A ideia de cuidado revelada pelos participantes deste estudo associa-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicamentoso. Segundo eles, a pessoa com transtorno mental só será bem “cuidada” se estiver em clínicas ou hospitais especializados e sob os cuidados de profissionais de saúde.

O cuidado propõe a observação direta, experiência participativa e reflexiva. Leininger⁸ diz que o cuidado pode ser revelado através de expressões, ações, padrões, estilo de vida e significados. A comunidade apresenta um modelo de cuidado para as pessoas com transtornos mentais ainda muito limitado, direcionado para profissionais especializados, Leininger denomina esse cuidado de ETIC a comunidade ainda não percebe que o seu cuidado leigo, no caso o EMIC, como algo significativo no processo de reinserção psicossocial para a pessoa com transtorno mental. O ser humano necessita de cuidados, isso é algo que permeia desde o nascimento até o processo de morte independente de se ter ou não transtornos mentais, sendo o cuidado universal que pode ser individual ou comunitário⁸. A comunidade não se percebe participante desse processo de cuidar a partir do EMIC, onde suas crenças, valores e compreensão de sua cultura e cuidado influenciam diretamente no cuidado leigo que a comunidade apresenta e vem acompanhado de sentimentos pré-concebidos sobre o indivíduo com transtorno mental.

Ora, o ser humano necessita de cuidados desde o nascimento até o processo de morte, independentemente de ter, ou não, transtornos mentais. A comunidade entrevistada, contudo, não se percebe como potencial participante desse processo de cuidar devido a suas crenças, valores, mitos. Isso ratifica a ideia de que a concepção cultural de cuidado da comunidade – associada ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicamentoso – é decorrente de noções referentes ao indivíduo com transtorno mental que estão engessadas, desprovidas de qualquer análise. Essa concepção termina por dificultar a efetivação de ações mais inclusivas e de aceitação da Reforma Psiquiátrica, fazendo o hospital psiquiátrico ser enaltecido e os serviços substitutivos serem percebidos como ameaça à família e à sociedade²⁸.

Salienta-se que a Lei Federal 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, a criação de programas estratégicos, interdisciplinares. Independentemente das concepções sociais, a lei estabelece os cuidados em comunidade para as pessoas com transtornos mentais e o direito de participarem do contexto social.

Leininger²⁶ entende contexto ambiental como um conjunto de acontecimentos, situação ou experiência particular que atribui sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais. Percebe-se esse conjunto de acontecimentos nas entrevistas, nas referências que algumas pessoas da comunidade fazem à existência da interação social com os moradores da RT.

Quando se perguntou à comunidade sobre em que local moram as pessoas com transtornos mentais que são cuidados por profissionais de saúde no seu bairro, apenas cinco pessoas afirmaram conhecer o local. No momento em que foram questionadas sobre os serviços, apenas três revelaram ter esse conhecimento, entretanto, quando lhes foi perguntado o nome desse serviço, verificou-se que a comunidade identifica a RT como um serviço de apoio (CAPs, Casa de Apoio e Clínica).

A RT é uma residência/moradia e, assim, não deveria ser identificada como um serviço de saúde, pois essa não é sua finalidade. Contudo, a população do entorno tem uma visão diferente, pois, sabendo que existem profissionais responsáveis pelos moradores da RT, a identifica como “clínica e casa de apoio”.

Apesar de a convivência dos moradores do entorno com os moradores da RT I ser considerada “normal” pelos entrevistados, os depoimentos são permeados por

ideias estigmatizadas e preconceituosas em relação à pessoa com transtorno mental. Essas concepções impactam no contexto cultural e ambiental, pois criam uma divisão social entre “normais” e “anormais”, dificultando avanços na saúde mental e na Reforma Psiquiátrica, na medida em que designam um local “apropriado” para as pessoas com transtorno mental a partir do comportamento social delas e supervalorizam aspectos culturais. Assim, a comunidade ainda não se percebe como aliada no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental. Verifica-se isso no contexto ambiental, fragilizado quanto às interações pessoais. Isso porque, como se registrou acima, a comunidade ainda mantém uma ideia estereotipada e preconceituosa em relação à pessoa com transtornos mentais.

Os entrevistados reproduzem uma visão culturalmente incorporada sobre a convivência com os moradores da RT e expressam essa visão na forma como entendem os cuidados às pessoas com transtornos mentais. Conforme Leininger²³, culturas diferentes percebem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns fatores comuns existam em relação ao cuidado em todas as culturas do mundo.

A percepção de cuidado da comunidade aqui estudada se revela na valorização dos laços familiares, pois ela entende que o local privilegiado para o cuidado da pessoa com transtorno mental é a família. É importante salientar, porém, que a maioria dos moradores da RT não possui mais vínculos familiares. Dessa forma, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), além da oportunidade da reinserção psicossocial, também proporciona a esses moradores uma nova família. Eles não têm qualquer parentesco ou laços consanguíneos, mas convivem no mesmo espaço físico e comportam-se como uma família, com regras, atribuições domiciliares, harmonias e desarmonias.

Portanto, verifica-se que a RT surge com a proposta social de um novo arranjo familiar para as pessoas com transtornos mentais que perderam o contato familiar. Entretanto, essa nova família que o SRT traz ainda não é percebida no contexto ambiental no qual está inserida, pois a comunidade não identifica esse Serviço dessa forma, já que a RT não é vista pela comunidade como uma moradia, mas como uma clínica ou casa de apoio. Desse modo, desconstrói-se o que a Reforma Psiquiátrica propôs ser a RT: uma moradia como qualquer outra, em meio a uma comunidade, com pessoas que residem, cuidam dessa morada e tornam-se uma família.

Portanto, constatou-se que o contexto cultural e ambiental de inserção da RT I enfocada neste estudo mostrou-se pouco efetivo na construção de um espaço de cuidado popular à pessoa com transtorno mental, vinculando a sua permanência nesse espaço social ao comportamento que venha a apresentar no convívio diário. Deve-se considerar que o homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é herdeiro de uma evolução progressiva que reflete o conhecimento e a experiência obtidos pelas inúmeras gerações que o antecederam³⁴⁻³².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A convivência no contexto cultural e ambiental dos entrevistados permite distinguir duas dimensões: a primeira diz respeito a uma convivência “normal” entre pessoas “normais” (comunidade e moradores da residência terapêutica); a segunda dimensão refere-se ao relacionamento que a comunidade do entorno da RT I estabelece com os moradores dessa residência e ao tratamento que julga apropriado a eles.

A partir dessa segunda dimensão, observou-se que algumas pessoas da comunidade estudada entendem que o melhor tratamento para pessoas com transtornos mentais ocorre em clínicas, enquanto outras veem a família como melhor opção, desde que essa pessoa não ultrapasse a linha tênue entre a “normalidade” e a “loucura”. Isso porque, se o “louco” for “agressivo”, a comunidade julga que ele deve mesmo ser conduzido a um local apropriado a fim de desfrutar dos devidos cuidados – os hospitais psiquiátricos e clínicas –, mas, se o “louco” for alguém “controlado”, pode conviver com a comunidade e tratado pela família.

Verificou-se, porém, que muitos dos entrevistados não se dão conta de que a maioria das pessoas que tem transtornos mentais e mora em um RT não tem mais o vínculo com a família ou está fragilizado. Desse modo, os moradores da RT se tornam uma família e comportam-se como tal. Expressando sua cultura, esses moradores manifestam cuidado e interação no contexto ambiental (na RT) como uma família, o que de fato são. A RT, na verdade, é um novo arranjo familiar, com várias possibilidades de novos paradigmas e conhecimentos a serem desvelados.

Ao contrário dessa realidade que se constrói na RT, os depoimentos dos entrevistados revelam uma visão cultural estereotipada que associa a RT a uma moradia de “loucos”, “doentes mentais” (na verdade, veem-na como hospital ou

clínica), ou como uma casa de apoio, CAPs e/ou casa de repouso, visão que descaracteriza essência da RT, a qual passa a ser comparada a um serviço público de saúde. Como a comunidade não percebe que ela própria pode cuidar e ser corresponsável pelo processo de reinserção psicossocial da pessoa com transtorno mental, valoriza o cuidado proposto pelo modelo biomédico e hospitalar como melhores tratamentos para a pessoa com transtorno mental.

Os discursos apontam, com clareza, a presença do estigma e de preconceitos com relação às pessoas com transtornos mentais. Portanto, considera-se a necessidade do conhecimento e do reconhecimento do papel social da comunidade no processo de reinserção psicossocial da pessoa com transtorno mental. A Reforma Psiquiátrica surgiu com a proposta de mudanças, porém a falta de conhecimento da comunidade dificulta o alcance desses objetivos. Assim, vê-se como importante a educação continuada, a participação de profissionais da saúde, em especial a enfermagem, enfocando a cultura das comunidades, a fim de promover-se um envolvimento social que viabilize melhor acolhimento à pessoa com transtorno mental na comunidade.

Sabe-se que ainda existe muito a desvendar nos depoimentos coletados neste estudo que não se esgota em si, mas alavanca outros. A RT e a comunidade do seu entorno vivem novas experiências todos os dias e estão em constantes transformações, tanto pessoais quanto sociais. É assim que se constituem o cuidado e a cultura, e constrói-se o contexto ambiental que promove a convivência em comunidade. E essas mudanças precisam ser estudadas a fim de consolidar-se a Reforma Psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. Birman J. A Cidadania Treloucada. In: Amarante, P. *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, pp. 71-90.
2. Amarante P. *Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
3. Fassheber VB, Vidal CEL. Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Cotidiano em uma Residência Terapêutica. *Psicologia ciência e profissão*, 2007, 27 (2), 194-207.
4. Ministério da Saúde, Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Legislação em Saúde Mental 1990–2004*. 5.ed.

- Brasília; 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.
5. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, DF 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.
 6. Salles ACRR, Miranda L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicol. Soc.* Ago. 2016; v. 28, n. 2, p. 369-379.
 7. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos Psychiatric reform and assisted residential services *Bras Psiquiatr.* 2008;57(1):70-79.
 8. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.
 9. Becker T, Vásquez-Barquero JL. The european perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104 Suppl 410:8-14.
 10. Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *BMJ.* 1999;319:13-6.
 11. Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry.* 2000;176:217-23.
 12. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília 2004.
 13. Albuquerque P. Apresentação: desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos. *Cadernos do IPUB.* 2006;12(22):9-14.
 14. Silva MS, Martins GCS, Peres MAA, Almeida FAJ. A enfermagem na rede de apoio às residências terapêuticas para moradores com transtorno mental. *Rev. Enf. Ref.* 2013; 143-151.
 15. Moreira MIB, Silva CRC. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade* 2011; 23 (3): 545-553.
 16. Ministério da Saúde. Portaria 3090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
 17. Ribeiro NPM Avellar LZ. Identidade social e desinstitucionalização: um estudo sobre uma localidade que recebe residências terapêuticas no Brasil. *Saude soc.* 2015; 24(1): 204-216.
 18. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Rev. adm. contemp.* Curitiba, Ago. 2011; v. 15, n. 4, p. 731-747.
 19. Gunther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psic.: Teor. E Pesq.* Brasília, Ago 2006; v. 22, n. 2, p. 201-209.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 nov 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
21. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.* 2013 ; 21(2): 513-518.
22. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2002.
23. Leininger M, Farland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*. 3ªed. New York (USA): Mac Graw-Hill; 2002.
24. Leininger MM, McFarrland. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Canadá: Jones and Bartlett's Publishers Inc; 2006.
25. Dias MSA, Araujo TL, Barroso, MGT. Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(4): 354-60.
26. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 2002; Jul 13(3):189-92.
27. Rodrigues RTH, Rodrigues SM. A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. *Analytica*, São João del Rei, Jun 2013; v. 2, n. 2, p. 117-141.
28. Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 2008; v. 13, n. 1, p. 115-124.
29. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Pinheiro GW. *Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011; 21 [1]: 47-64.
30. Candido MR et al . Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto ,dez. 2012; v. 8, n. 3, p. 110-117.
31. Vasconcelos I, et al . Concepções de loucura em um traçado histórico-cultural: uma articulação com o Construcionismo. *Mental*, Barbacena , 2010; v. 8, n. 14, p. 49-63.
32. Souza NMG, Honorato SMA, Xavier ATF, Pereira FGF, Ataíde MBC. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes *Mellitus*. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):139-46.
33. Paes MR, Borba LO, Labronici LM, Maftum MA. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento¹. *Cienc Cuid Saude* 2010 Abr/Jun; 9(2):309-316. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v9i2.11238
34. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011. 38 (2).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso histórico da “loucura” ao longo dos anos, gerações, países e pacientes, nos revela violências, atrocidades, injustiça e situações trágicas envolvendo seres humanos que não eram assim considerados, pois tinham suas identidades ignoradas, transformando-se em indigentes, vistos como seres anormais a partir do que a sociedade considerava – e ainda considera – normal. Com a Reforma Psiquiátrica, em especial no Brasil, foram surgindo paradigmas relativos ao cuidado à pessoa com transtorno mental. Diante desse contexto, este estudo buscou desvendar a realidade da pessoa com transtorno mental em um novo dispositivo de assistência a ela – a RT.

O estudo foi conduzido por três constructos da teoria TDUCC de Madeleine Leininger: Cultura, Cuidado e Contexto ambiental. Esses constructos proporcionaram a oportunidade de aprofundar-se o conhecimento a respeito das concepções da comunidade do entorno da RT sobre os moradores dessa residência. Assim, pôde-se identificar que os fatores culturais influenciam o cuidado e o contexto ambiental da comunidade selecionada.

O artigo de Revisão Integrativa considerou incipientes as pesquisas no âmbito das concepções sociais sobre os serviços de saúde mental na modalidade residência terapêutica. Essa revisão foi composta por nove artigos, dentre os quais seis se debruçam sobre a realidade brasileira, porém nenhum deles analisou ou investigou as concepções dos brasileiros sobre os SRT. Contudo, verificou-se que, quando a população tem um conhecimento prévio de pessoas portadoras de transtornos mentais, é mais fácil aceitar serviços de saúde mental na sua comunidade.

A partir dessa revisão, constatou-se que ainda há muito a ser investigado sobre essa modalidade de assistência à pessoa com transtorno mental e a comunidade que partilha o mesmo espaço social. Entendeu-se ser necessário ter uma visão mais ampla desse serviço a fim de promoverem-se novos paradigmas na saúde mental. Para isso, compreendeu-se como essencial identificar as concepções sociais acerca das Residências Terapêuticas a fim de fortalecer-se a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. Assim, empreendeu-se uma pesquisa a fim de identificarem-se as concepções construídas pela comunidade do entorno da RT I situada em Caruaru, município do Agreste pernambucano.

Esse estudo, que resultou em um artigo original inserido nesta dissertação, constatou a presença do preconceito e do estigma de “louco” e “doente mental” – referentes às pessoas com transtornos mentais – na comunidade. Além disso, percebeu-se um desconhecimento social acerca do que é a RT e a finalidade dela: a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade.

Verificou-se, nessa pesquisa, que é tanta a força do estigma, que a sociedade ainda não compreende o termo “transtorno mental”, pois são recorrentes nos discursos as expressões “doença mental” e “louco”, rótulos que, por si sós, revelam uma condição de exclusão social.

Além disso, percebeu-se a imagem deturpada que a comunidade tem da RT. Muitos dos entrevistados conhecem esse serviço como clínica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e casa de apoio, mas não identificam a real finalidade da RT: apenas uma residência com moradores igual a outras residências daquele bairro. A maioria das pessoas dessa comunidade sabe que existe essa residência em que vivem indivíduos com transtornos mentais e talvez a associe a um serviço de saúde, porque já existiu na mesma residência um serviço público, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – o que também pode ter confundido a comunidade em relação à natureza da RT.

Observou-se, ainda, que alguns moradores da RT circulam bastante pela comunidade e, assim, acabaram sendo notados por alguns vizinhos, que gravaram nome, rostos e formas. Mas sempre são referenciados como residentes de uma casa onde vivem várias pessoas com “doença mental”. Desse modo, a RT se descaracterizou nessa comunidade e a proposta defendida pela Reforma Psiquiátrica se fragilizou em decorrência da falta de conhecimento de uma sociedade que, culturalmente “presa” ao passado, entende ser o cuidado a essas pessoas restrito à psiquiatria carcerária.

Dessa forma, compreendeu-se que, para consolidar-se a Reforma Psiquiátrica, a sociedade precisa sentir-se responsável pela construção de novos paradigmas relativos à saúde mental. Para isso, é necessário que se dissemine a importância do papel da sociedade no processo de reinserção psicossocial da pessoa com transtorno mental. Somente assim, serão soltas as âncoras do preconceito e do estigma, e viabilizados novos cenários do cuidado e estratégias que promovam uma convivência da comunidade local com os moradores da RT sem atitudes discriminatórias.

Para isso, vê-se como imprescindível a participação de um profissional de saúde, em especial o(a) enfermeiro(a). Esse(a) profissional pode desvelar os aspectos culturais que influenciam a comunidade e as famílias sobre os cuidados à pessoa com transtorno mental. Sendo o(a) enfermeiro(a) um(a) profissional que lida diretamente com o cuidado e estabelece uma relação mais próxima com sua clientela e a comunidade, ele(a) pode apaziguar e facilitar as relações sociais com as pessoas que têm transtornos mentais, mostrando à sociedade que não existem pessoas “normais” e pessoas “não normais”. Esse(a) profissional é capaz de contribuir para que a sociedade entenda que todos têm os mesmos potenciais de desenvolvimento humano, que alguns possuem maior agilidade e outros têm seu próprio ritmo para desenvolver suas ações.

Assim, o(a) enfermeiro(a) pode minimizar o estigma e promover a disseminação de conhecimentos entre membros da comunidade, orientando-a como deve receber a pessoa com transtorno mental e de que forma pode contribuir para a reinserção psicossocial dessa pessoa. O(A) enfermeiro(a) pode alinhar suas ações de educação continuada de acordo com a percepção cultural de cada comunidade. Dessa forma, entende-se ser relevante ter o(a) enfermeiro(a) como profissional técnico responsável pela RT, conforme previsto em lei. Sabe-se da responsabilidade desse(a) profissional em relação a uma equipe técnica e da existência de um técnico de enfermagem na RT II.

Tem-se ciência de que a quebra das barreiras culturais às pessoas com transtornos mentais requer uma constante discussão sobre esse tema. Essas discussões, contudo, não devem restringir-se aos meios acadêmicos, mas estender-se ao contexto social e, preferencialmente, aos serviços de saúde mental inseridos na comunidade. Entende-se que, somente assim, haverá redução das atitudes discriminatórias e formação de pessoas que possam ser multiplicadoras, apontando novos horizontes na perspectiva do combate a esse preconceito.

As considerações deste estudo não se esgotam aqui. A ainda existe muito a explorar das falas dos moradores do entorno da residência assim como das observações advindas do diário de campo. Hoje a RT é um dispositivo assistencial fundamental na assistência à saúde mental, uma vez que proporciona novas experiências para a pessoa com transtorno mental e a comunidade em que ela está inserida, mas são necessárias novas propostas para o aperfeiçoamento no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.C. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sobecc (2007-2011). **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 745-764, Dec. 2013.

ALVES, A.R; SILVA, Y.F; FRANCO, M,C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis –SC. Papa Livro; 1996.

BRASIL. **Lei n. 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília; 1986.

BRAGA, C.G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v.31, n.3, p. 498-516, dez.1997.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992**.Estabelece Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental.Brasília,1992.

BRASIL. **Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Dispõe os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do sistema único de saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, 2000.

BRASIL. **Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011**.Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília, 26 dezembro de 2011.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 de abril de 2001.

BRASIL. **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 31 de julho de 2003.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002**. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Brasília, fevereiro de 2002.

BESSA, J.B; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; v. 22, n.1, p. 61-70, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília (DF): MS; 2004.

BOEHS, A.E. Que poder a enfermeira utiliza na abordagem cultural do cuidado à família? **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.7, n,2, p.61-67, jun. 1999.

CANDIDO MR, et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, dez. v. 8, n. 3, p. 110-117, 2012.

CAMARGO BV, JUSTO AM. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais.** Temas psicol. 2013.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO MC, TAKAHASHI RF, BERTOLOZZI MR. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev. esc. enferm.** USP out.v. 45, n.5, p. 1260-1266, 2011.

ENICÉIA, G; MENDES, O.M.P.R; RODRIGUES, V.L.M.F; CAPELLINI, S. O que a comunidade quer saber sobre educação inclusiva. **Rev. Brasil.** Ed. Esp., Marília, v.9, n.2, p.181-194. Dez. 2003.

FREITAG, P.L.M; RODRIGUES, M.E. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de auto avaliação. **Rev. bras. Enferm**, v. 65, n.5, p. 849-855, 2012.

FIGUEIREDO, M.P.A; TITONELLI, A.N.A. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Rev. bras. Enferm**, v. 65, n.2, p. 368-373, 2012.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1984.

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas. p.297-309, 2000.

GONCALVES, A.M; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 2, p. 48-55, Apr. 2001.

GONZÁLEZ, D.L. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. **Rev. Gazeta de Antropología**, artículo 32, 2006.

GUNTHER H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Rev. Psic.: Teor. E Pesq.** Brasília. Ago. v. 22, n. 2, p. 201-209,2006.

GOMES, S.N.M; ARAÚJO, H.S.M; FRANCA, X.A.T; FERNANDES P.F.G; CAMILO, A.M.B. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.** Mar, v. 33, n.1, p. 139-146, 2012.

GALVÃO MC, SASSO MKD, PEREIRA SRCC. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto contexto – enferm**, v.17, n.4, p. 758-764. 2008.

GALVÃO CM. Níveis de Evidência. Editorial. **Acta paul. enferm.** V.19, n. 2, p.5. 2006.

LEININGER M. **Clinical specialist in child psychiatric nursing: role and function**. University of Cincinnati Publications. p. 2-6,1954.

LEININGER, M,M; FARLAND,M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. Jones and Bartlett's Publishers. Canadá, 2006.

LEININGER M. **Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing**. Nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER MM, MCFARRLAND. **Culture care diversity and universality a theory of nursing**. Boston: Jones & Bartlett Publishers; 2001.

LEININGER M. **Leininger's teory of nursing: cultural care diversity and universality**. Nurs Sciq, 1998.

LEININGER M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice**. New York: McGraw Hill; 1995.

LEININGER M. **Transcultural nursing care of adolescent and middle age adult**. Salt Lake City: University of Utah College Nursing, 1979.

MAGDALA, N.M; DAVID, L.N; FIGUEIREDO, D.H; PEREZ, V.L.A.B. O ser enfermeiro num contexto transcultural. **Rev. bras. Enferm**, v. 49 n.3, p. 399-408,1996.

MARTINS, G.C.S; MORAES, A.E.C; SANTOS, T.C.S; PERES, M.A.A; FILHO, A.J.A. O Processo de Implantação de Residências Terapêuticas em Volta Redonda - Rio De Janeiro.**Rev. Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2012.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Editora Vozes 6ª Edição, Petrópolis, 1996.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2001.

MOREIRA, M.I.B; CASTRO-SILVA, C.R. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais.**Rev. Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 545-553, dez. 2011.

MOURA, M.A.V; CHAMILCO, R.A.S.I; SILVA, L.R. MOURA, M.A.V; CHAMILCO, R.A.S.I; SILVA, L.R A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão.**Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 434-440, Dec. 2005.

MACIEL, C.S; RIBEIRO, B.D; CAMINO, L.F; MELO, F.J.R. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Rev. Temas psicol**. V. 19, n.1, p.193-204, 2011.

MATA, L.R.F; NAPOLEÃO, A.A. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. **Acta paul. Enferm**, v.23, n.4, p. 574-579. 2010.

NETO, P.M.R. **Convivendo com Residências Terapêuticas: Concepções sociais, processo identitário e relações intergrupais**. (Tese de doutorado em psicologia) -Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de ciências humanas e Naturais. 2014.

NEVES, E.P. As Dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. Escola Anna Nery. **Rev. Enferm**, dez; v. 6, n.1, p.53-62, 2002.

PUBLIC HEALTH RESOURCE UNIT. **The University of Kent, Critical Appraisal of the Journal Literature. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Evaluation tool for quantitative studies.** England: Public Health Resource Unit; 2006.

SANTIN, G; KLAFKE, T.E. **A família e o cuidado em saúde mental.** Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011.

SPADINI, L.S; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm USP.** v. 40, n.1, p. 123,2006.

SALLES MM, BARROS S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Rev. Ciênc. saúde coletiva.** Jul. v. 18, n.7, 2013.

SCHOELLER, S.D; LEOPARDI ,M.T; RAMOS F.S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM,** Jan/Abr; v.1, n.1, p. 88-96, 2011.

SILVA, S.R; RIOS, M.C; LERC, L.V; LUNARDI, F.W.D. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev. bras. enferm.** Jun, v.62, n.3, 2009.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein.** V.8, p.102, 2010.

THIRY-CHERQUES,H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisa em Marketing,** v.9, n.1, p. 20-27, 2009.

REIS, A.T; SANTOS, R.S; JÚNIOR, A.P. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. REME. **Rev. min. Enferm,** v.16, n.1, p.129- 135, jan.- mar.2012.

RODRÍGUEZ, L.M; VÁSQUEZ, M.L. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. **Rev. Colombia Médica** Vol. 38, Nº 4, p.98-104, 2007.

RATINAUD P. IRAMUTEQ: **Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires,** 2009.

SPRIOLI, N; COSTA, M.C.S. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1155-1162, out. 2011.

Oriá, M.O.B; Ximenes, L. B; M.D.S. Alves, M.D.S. **Madeleine leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico.** an Historical Overview. vol.4, n2, p. 24-30. 2005.

VIDAL, C.E.L; BANDEIRA, M; GONTIJO, E.D.J. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Dados Sociodemográficos (Comunidade)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENTREVISTA 01

A) DADOS PARA A IDENTIFICAÇÃO

01. Data da entrevista: ___/___/___	02. Código da entrevista: _____
03. Nome (opcional):	
Nacionalidade:	04. Sexo: () F () M

1. FATORES SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICOS

04. Religião: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Outra: _____	05. Etnia <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Outros: _____
08. Data de Nascimento ___/___/___	09. Idade:
10. Situação conjugal <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado	11. Tem filhos? Sim () quantos : _____ Não ()
12. O Sr (a) estudou? <input type="checkbox"/> Sim	13. Até que série (escolar)?

() Não	
14. Situação econômica () Aposentado () Pensionista () CLT () Contrato () Autônomo () Desempregado	15. Contribui para o sustento da casa () Sim, totalmente () Sim, Parcialmente () Não contribui

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

16. Como o Sr. (a) classificaria sua saúde hoje? () Excelente () muito Boa () Boa () regular () Ruim	17. Você tem alguma doença crônica? () Diabetes () hipertensão () outras: _____
18. O Sr(a). Toma algum remédio sem indicações medicas: () Sim () Não	19. O Sr(a) Faz consumo de algum remédio para ficar calmo? () Sim QUAL? : _____ () Não

3. CONDIÇÕES DOMICILIARES

20. Tipo de residência () Própria () Alugada () Outros: _____	21. Quantas pessoas moram em sua residência: () 02 pessoas () 03 pessoas () 04 pessoas () 05 pessoas _____
---	---

Composição agregado familiar (lista das pessoas que vivem na sua casa):

Parentesco*	Idade	Género	Profissão	Nível escolaridade	Patologias associadas

* pai, mãe, filho (a), marido, mulher, irmã (o).

APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO



Perguntas

ENTREVISTA 02

semiestruturadas

Nome (opcional) _____ DATA: _____

1. Para você, como é uma pessoa com doença mental?
2. O que essa pessoa faz?
3. Na sua opinião, onde as pessoas que são doentes mentais devem morar? Porque?
4. Como as pessoas com doença mental devem ser cuidadas? (Local, suporte, responsável)?
5. Na sua vida você já morou, trabalhou ou estudou próximo a locais (vizinhos, hospitais, clínicas) onde haviam pessoas com doenças mentais?
6. Quais as lembranças que você tem sobre isso?
7. Na sua convivência familiar existe ou existiu alguém com doença mental, abuso de álcool, drogas ou medicamentos para dormir ou ficar calmo?
8. Como você se sentiu ou se sentiu convivendo com essa pessoa (doente mental)?
9. Você sabe onde moram as pessoas que tem doença mental, não tem família e são cuidadas por profissionais de saúde no seu bairro (comunidade)? *(Caso a resposta seja sim ir para a pergunta 9.1 e 9.2, caso seja não ir para a pergunta 9.3.a)*
 - 9.1 Você sabe que o nome dessas casas é RT?
 - 9.2 Como é para você conviver com as pessoas que moram na RT?
 - 9.3 9.3.a. Como seria para você conviver com pessoas doentes mentais cuidadas por profissionais de saúde que morassem na sua comunidade (bairro) (numa casa/fora do hospital).
10. Na sua opinião qual a melhor forma de cuidar de um doente mental?

*As palavras “doente mental” e “doença mental”, foram empregadas com a finalidade de facilitar a compreensão de pessoas leigas, visto que, ainda existe algumas pessoas que não sabem compreender o termo “transtornos mentais”.

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **CONVIVENDO COM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: CONCEPÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER** que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Elaine da Silva por contato telefônico através do número (81) 99682-3464 ou pelo endereço eletrônico: mariaelainne@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: Compreender as percepções de moradores do entorno sobre a convivência com os moradores da RT em sua comunidade à luz de construtos da teoria transcultural de Madeleine Leininger. Para a coleta de dados será realizado entrevista semiestruturada e aplicado o instrumento de coleta de dados sócio demográfico.
- A pesquisa ocorrerá nos meses de setembro a novembro de 2016, os encontros serão de acordo com a disponibilidade de cada participante, sendo necessário a penas um encontro por participante.
- Os possíveis riscos para os participantes desta pesquisa serão mínimos, podendo ter algum constrangimento ou desgaste devido sua participação na entrevista. Para

minimizar esses riscos, na entrevista terá um teste piloto, com a finalidade de identificar o tempo estimado da entrevista e caso exceda o tempo as perguntas serão reduzidas, assim minimizando o risco do desgaste e o risco do constrangimento será minimizado diante de um ambiente reservado mantendo a privacidade do voluntário participante resguardada a partir da garantia de confidencialidade dos dados dos envolvidos.

- O benefício da sua participação será proporcionar a identificação do processo de aceitação das RTs na comunidade, quais os principais fatores que interferem ou favorecem o apoio social dos vizinhos para com os moradores da RT, assim como, destacar a importância do usuário, comunidade e profissional de enfermagem para melhorar as ações nos serviços de saúde mental e em particular as RTs. A comunidade terá a oportunidade de participar de uma pesquisa com um profissional de enfermagem, onde essas pessoas da comunidade serão ouvidas e terão a liberdade de expressar suas críticas ou contribuições. Essa pesquisa também pode beneficiar outros SRT de outras regiões com cenários semelhantes. Como proporcionar uma contribuição para mais produções científicas. Como benefício indireto este estudo poderá estimular novas ações em serviços de saúde mental, visando o processo de integração da comunidade com as pessoas de transtornos mentais e com os serviços de saúde mental na comunidade.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa gravações e entrevistas, ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal da pesquisadora, sob a responsabilidade da pesquisadora: Maria Elaine da Silva e sua Orientadora: Prof. Dra. Luciane Soares de Lima, no endereço Avenida da Engenharia s/n, 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.; (81) 21268588 ou pelo e-mail: mariaelaine@gmail.com, pelo período mínimo 5 anos, após passar esse período os dados serão incinerados e deletados.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores ressarcimento de transporte e alimentação.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **CONVIVENDO COM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: CONCEPÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data

Assinatura do participante:




Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSRACIADO DO CEP

<p>Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos</p>	<p>CEP-UFPE</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-</p>	
--	-----------------	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONVIVENDO COM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: CONCEPÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER

Pesquisador: Maria Elaine da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56977916.0.0000.5208

Instituição Proponente: Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.702.524

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação, da mestranda Maria Elaine da Silva, do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, sob a orientação da Prof. Dra. Luciane Soares de Lima e coorientação da Profa. Dra. Ana Márcia Tendório de Souza Cavalcanti.

A reforma psiquiátrica trouxe novas propostas e possibilidades de assistência à pessoa com transtorno mental, visando assegurar o exercício de seu direito à cidadania. Entre elas os Serviços de Residência Terapêutica, que podem beneficiar pessoas com transtornos mentais vindas ou não de hospital psiquiátrico que não tenham um suporte familiar, que tenham saído de hospitais de custódia por meio de decisão judicial, pessoas acompanhadas pelo CAPS com problemas de moradia identificados pela equipe interdisciplinar, além de moradores de rua em acompanhamento no CAPS.

Considerando que ainda predomina a concepção preconceituosa em relação ao transtorno mental, o que continua proporcionando o processo de exclusão e de marginalização social das pessoas que necessitam desses cuidados, e que, a produção do conhecimento sobre a vizinhança do entorno da RT, isto é, sobre a convivência e a interação social se torna relevante, pois são os habitantes destas comunidades que possibilitarão, em parte, aos moradores da RT, o cuidado e o sentimento de estar incluído em comunidade por meio das relações e trocas cotidianas realizadas

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

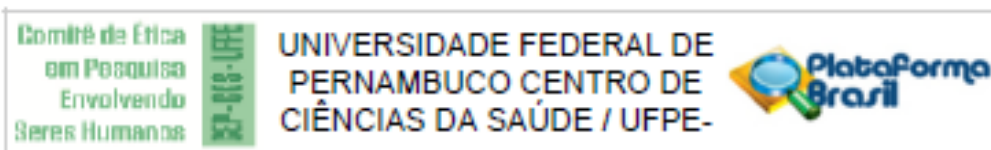
CEP: 50.740-800

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2128-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.702.524

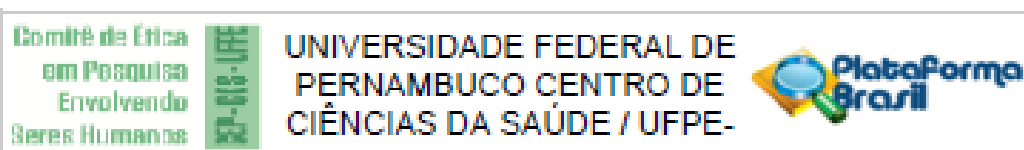
nos espaços públicos, que o estudo propõe a pergunta norteadora: Como os moradores do entorno da Residência Terapêutica percebem a presença dos moradores das residências terapêuticas em sua comunidade?

Os autores contextualizam a luz da Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger na perspectiva de desvelar as concepções sociais da comunidade sobre o conviver com os moradores da RT.

A TDUCC emerge no sentido de compreensão desses fatores que influenciam as concepções do ser humano e em particular propõe o desvelamento do contexto social em que a comunidade próxima a RT vive ao conviver com SRT, demonstrando que a comunidade apresenta fatores essenciais para a reinserção psicossocial do morador da RT, podendo ou não trazer uma nova identidade ao morador da RT no espaço comunitário ao qual ele atualmente faz parte.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, que tem como referencial teoria a teoria de Leininger na realização de práticas exploratórias, auxilia na aproximação entre os sistemas profissional e comunitário de cuidado. POPULAÇÃO E AMOSTRA - a pesquisa será realizada com a comunidade do entorno da residência tipo I. Tendo como seleção intencional amostra por conveniência, sendo a técnica por saturação teórica. COLETA DE DADOS: O procedimento adotado para a coleta de dados será a entrevista semiestruturada e o instrumento de coleta de dados sociodemográficos. Inicialmente será realizando um teste piloto com a comunidade do entorno da residência tipo II no município de Caruaru, após a mestranda passará um tempo visitando a residência terapêutica tipo I e ao mesmo tempo buscando interagir com a comunidade, a partir do momento que se estabelecer um vínculo, estima-se um período de aproximadamente dois meses, serão iniciadas as entrevistas. A segunda etapa deriva a entrevista que será semi-estruturada contendo 10 perguntas, todas direcionadas a comunidade do entorno da residência terapêutica tipo I. As perguntas foram elaboradas a luz dos construtos da teoria de Leininger, com a finalidade de compreender os alguns fatores intrínsecos e extrínsecos que podem influenciar as concepções da comunidade no sentido de favorecer ou não a convivência com os moradores da RT. Durante a pesquisa será utilizado o "diário de campo", tendo como principal finalidade anotar as impressões do pesquisador durante o processo de investigação, sendo essas informações de grande relevância para a construção de sentidos durante a análise qualitativa, que dar-se-á pela análise de conteúdo, seguindo os conceitos de Minayo. Após a análise de conteúdo os resultados serão analisados na perspectiva dos construtos de Leininger (Cuidado, Cultura, Contexto ambiental e Etno - história).

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1ª andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-6588 E-mail: cepoca@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.702.524

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: • Compreender as percepções de moradores do entorno sobre a convivência com os moradores da RT em sua comunidade à luz de construtos da teoria transcultural de Madeleine Leininger.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores elencam como riscos: constrangimento ou desgaste devido a participação do voluntário na pesquisa. Para minimizar esses riscos, na entrevista terá um teste piloto, com a finalidade de identificar o tempo estimado da entrevista e caso exceda o tempo as perguntas serão reduzidas, assim minimizando o risco do desgaste e o risco do constrangimento será minimizado diante de um ambiente reservado mantendo a privacidade do voluntário participante resguardada a partir da garantia de confidencialidade dos dados dos envolvidos.

Assim como benefícios descreve: proporcionar a identificação do processo de aceitação das RTs na comunidade, quais os principais fatores que interferem ou favorecem o apoio social dos vizinhos para com os moradores da RT, assim como, destacar a importância do usuário, comunidade e profissional de enfermagem para melhorar as ações nos serviços de saúde mental e em particular as RTs. A comunidade terá a oportunidade de participar de uma pesquisa com um profissional de enfermagem, onde essas pessoas da comunidade serão ouvidas e terão a liberdade de expressar suas críticas ou contribuições. Essa pesquisa também pode beneficiar outros SRT de outras regiões com cenários semelhantes. Como proporcionar uma contribuição para mais produções científicas. Como benefício indireto este estudo poderá estimular novas ações em serviços de saúde mental, visando o processo de integração da comunidade com as pessoas de transtornos mentais e com os serviços de saúde mental na comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo trata-se de um tema relevante, visto que, a RT tipo I, foco do estudo, que é voltada para moradores com transtornos mentais que possuem autonomia, portanto, com supervisão de atividades diárias dentro da casa, e encaminhamento para as atividades de inserção social promovidas pelo CAPS, sem necessidades de cuidados específicos de saúde, podem ter um maior convívio com a comunidade inserida.

O desconhecimento acerca das pessoas que estão inseridas no entorno da RT na comunidade pode estimular o surgimento de preconceitos e resistência em aceitar os moradores da RT em sua

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefons: (81)2128-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.702.524

comunidade, gerando dificuldades na Implantação de novos SRT.

Considerando que a comunidade se torna uma ferramenta fundamental no processo de reinserção psicossocial do morador da RT, a formação de vínculo social é uma ação necessária para esse processo. O projeto visa criar subsídios para Interpretar as concepções da comunidade próxima a RT a partir de suas percepções do cuidado, da visão do contexto cultural e ambiental e da sua etno-história. Estima-se obter a compreensão necessária para facilitar a Implantações de outras RTs na sociedade, deste modo, avançando no processo de recuperação psicossocial do morador da RT, assim como no planejamento de políticas públicas antimanicomiais, encontrando ou articulando maneiras que facilitem o processo de Implantação desse serviço substitutivo .

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto - Adequada.
2. Carta de Anuência - Adequada
3. TCLE - Adequado.
4. Projeto Detalhado - Adequado
5. Currículo Lattes - Adequado
6. Instrumento de Coleta de Dados - Adequado
7. Outras Informações - Adequada

Recomendações:

Sucesso na pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

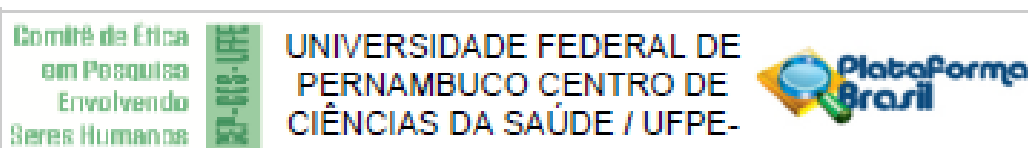
Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está **APROVADO**, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a **APROVAÇÃO DEFINITIVA** do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.702.524

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_738081.pdf	25/08/2016 22:51:57		Aceito
Outros	respostaspendencias_novo.docx	22/08/2016 12:38:03	Maria Elaine da Silva	Aceito
Outros	anuencia_nova.pdf	22/08/2016 12:35:30	Maria Elaine da Silva	Aceito
Outros	Entrevista_2.docx	22/08/2016 12:31:40	Maria Elaine da Silva	Aceito
Outros	Entrevista_1nova.docx	22/08/2016 12:30:19	Maria Elaine da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEPmodificacoes.doc	22/08/2016 12:29:16	Maria Elaine da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.docx	22/08/2016 12:28:51	Maria Elaine da Silva	Aceito
Orçamento	orcamento_novo.docx	22/08/2016 12:28:17	Maria Elaine da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_novo.docx	22/08/2016 12:27:51	Maria Elaine da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderossto1.pdf	13/06/2016 20:34:31	Maria Elaine da Silva	Aceito
Outros	LattesElaine.pdf	12/06/2016	Maria Elaine da	Aceito


Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2128-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	CEP-UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE.	
--	-----------------	---	---

Continuação do Parecer: 1.702.524

Outros	LattesElaine.pdf	23:33:11	Silva	Aceito
Outros	LattesAna.pdf	12/06/2015 23:32:30	Maria Elaine da Silva	Aceito
Outros	LattesLuciane.pdf	12/06/2015 23:30:54	Maria Elaine da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 30 de Agosto de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepocs@ufpe.br



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada, “**CONVIVENDO COM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: CONCEPÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA TEORIA DE MADELEINE LEININGER**”, pela aluna **MARIA ELAINE DA SILVA**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, facultando-lhe a coleta de dados para a referida pesquisa, na Residência Terapêutica I, neste município.

A realização da pesquisa está autorizada, desde que o pesquisador cumpra com os requisitos da Resolução do CNS nº466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.

Mediante autorização, o aluno se compromete ao término do trabalho, entregar uma cópia da versão final, encadernado em capa dura, para fazer parte do acervo do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru.

Caruaru, 08 de Junho de 2016.


Maria Aparecida de Souza
Secretária Municipal de Saúde
Maria Aparecida de Souza
Secretária de Saúde
Caruaru - PE
CNPJ 06.000.000

ANEXO C - CASP

Instrumento de avaliação do rigor metodológico de pesquisas selecionadas. (CASP)

Questões	Considerações	
1) O objetivo está claro e justificado?	<input type="checkbox"/> Explícita objetivo <input type="checkbox"/> Explícita relevância do estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	<input type="checkbox"/> Há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> Há justificativa de escolha do referencial, método <input type="checkbox"/> Explícita os procedimentos metodológicos Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4) A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?	<input type="checkbox"/> Explícita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo Comentários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5) A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> Explícita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) <input type="checkbox"/> Explícita o uso de instrumentos de coleta (questionário, formulário, ...) Comentários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> O pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo o potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> Descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7) Os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	<input type="checkbox"/> Há menção de aprovação por comitê de ética <input type="checkbox"/> Há menção do termo de consentimento autorizado Comentários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8) A análise dos dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> Explícita o processo de análise <input type="checkbox"/> Explícita como as categorias de análise foram identificadas <input type="checkbox"/> Os resultados refletem os achados Comentários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com propriedade?	<input type="checkbox"/> Explícita os resultados <input type="checkbox"/> Dialoga os seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> Os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10) Qual o valor da pesquisa?	<input type="checkbox"/> Explícita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) <input type="checkbox"/> Indica novas questões de pesquisa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Adaptado por Mafra. (Mafra MT. Vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2008)

ANEXO D – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS por URSI

Exemplo de instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005)

A. Identificação

Título do artigo

Título do periódico

Autores

Nome

Local de trabalho

Graduação

País

Idioma

Ano de publicação

B. Instituição sede do estudo

Hospital

Universidade

Centro de pesquisa

Instituição única

Pesquisa multicêntrica

Outras instituições

Não identifica o local

C. Tipo de publicação

Publicação de enfermagem

Publicação médica

Publicação de outra área da saúde. Qual?

D. Características metodológicas do estudo

1. Tipo de publicação

1.1 Pesquisa

Abordagem quantitativa

Delineamento experimental

Delineamento quase-experimental

Delineamento não-experimental

Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa

Revisão de literatura

Relato de experiência

Outras

2. Objetivo ou questão de investigação

3. Amostra
- 3.1 Seleção
- () Randômica
- () Conveniência
- () Outra
- 3.2 Tamanho (n)
- () Inicial
- () Final
- 3.3 Características
- Idade
- Sexo: M () F ()
- Raça
- Diagnóstico
- Tipo de cirurgia
- 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos
4. Tratamento dos dados
5. Intervenções realizadas
- 5.1 Variável independente
- 5.2 Variável dependente
- 5.3 Grupo controle: sim () não ()
- 5.4 Instrumento de medida: sim () não ()
- 5.5 Duração do estudo
- 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção
6. Resultados
7. Análise
- 7.1 Tratamento estatístico
- 7.2 Nível de significância
8. Implicações
- 8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados
- 8.2 Quais são as recomendações dos autores
9. Nível de evidência
- E. Avaliação do rigor metodológico
- Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)
- Identificação de limitações ou vieses

ANEXO E – RESULTADO DO IRAMUTEQ

```
+-+--+--+--+--+--+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Tue Nov 15 11:51:19 2016
+-+--+--+--+--+
```

```
Number of texts: 20
Number of text segments: 62
Number of forms: 481
Number of occurrences: 2030
Número de lemas: 349
Number of active forms: 289
Número de formas suplementares: 54
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 74
Média das formas por segmento: 32.741935
Number of clusters: 3
49 segments classified on 62 (79.03%)
```

```
#####
tempo : 0h 0m 4s
#####
```