

## O VIVER E O MORAR: RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE MORADORES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

LIVING AND RESIDING: INTERPERSONAL RELATIONS OF RESIDENTS AT THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICES

EL VIVIR Y EL MORAR: RELACIONES INTERPERSONALES DE HABITANTES DE LOS SERVICIOS TERAPÉUTICOS RESIDENCIALES

Claudete Ferreira de Souza Monteiro<sup>I</sup>  
Taiane Soares Vieira<sup>II</sup>  
Ivalda Silva Rodrigues<sup>III</sup>  
Adriana da Cunha Meneses Parente<sup>IV</sup>  
Márcia Astrês Fernandes<sup>V</sup>

**RESUMO:** Este estudo objetivou analisar as relações que os moradores de serviços residenciais terapêuticos de Teresina-PI estabelecem interna e externamente ao convívio social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com nove moradores. Os dados foram produzidos por meio de roteiro de entrevista semiestruturado, no período de dezembro de 2010 a janeiro de 2011 e submetidos à análise de conteúdo. Desse processo resultou a construção de duas categorias: Divisão de tarefas, liberdade e melhoria da qualidade de vida; e Relações externas insatisfatórias e estigmatizantes com os vizinhos. A partir desta análise percebe-se uma visível melhoria na qualidade de vida, uma vez que as relações estabelecidas internamente denotam o início de um processo de readaptação e inserção dessas pessoas na sociedade. Entretanto, as relações externas ainda encontram-se permeadas por estigmas e preconceitos advindos do coletivo social.

**Palavras-chave:** Saúde mental; serviços de saúde mental; moradias assistidas; enfermagem.

**ABSTRACT:** This study analyzes internal and external social relations established by residents at therapeutic residential services at Teresina-Pi, Brazil. It is a qualitative study with nine residents. Data were produced by means of a semi-structured interview script, from December, 2010 to January, 2011 and were then submitted to content analysis. Results accounted for the construction of two categories: division of labor, freedom, and improved quality of life; and poor and stigmatizing external relations with neighbors. This analysis shows a visible improvement in quality of life, since the relations established internally point to a beginning process of rehabilitation and reintegration of those people in society. However, external relations are still permeated by stigma and prejudice arising from the social collective sphere.

**Keywords:** Mental health; mental health services; assisted living facilities; nursing.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo analizar las relaciones que los habitantes de los Servicios Terapéuticos Residenciales de Teresina-PI-Brasil establecen interna y externamente al convivir social. Se trata de un estudio cualitativo con nueve residentes. Los datos fueron producidos por un guión de entrevista semiestructurada, de diciembre 2010 a enero 2011 y sometidos al análisis de contenido. Este proceso dio lugar a la construcción de dos categorías: división de tareas, libertad y mejoría de la calidad de vida; y relaciones externas insatisfactorias y estigmatizadoras con los vecinos. De este análisis se percibe una mejora visible en la calidad de vida, ya que las relaciones establecidas internamente denotan el comienzo de un proceso de rehabilitación y inserción de estas personas en la sociedad. Sin embargo, las relaciones exteriores siguen siendo permeada por el estigma y los prejuicios derivados de la colectividad social.

**Palabras clave:** Salud mental; servicios de salud mental; instituciones de vida asistidas; enfermería.

## INTRODUÇÃO

As transformações no contexto da assistência psiquiátrica nos últimos anos têm trazido importantes contribuições para repensar o cuidado psiquiátrico no contexto brasileiro. Com a reforma psiquiátrica, procura-se desconcentrar o olhar sobre a doença, para dar ênfase ao

sujeito, suas expectativas, seus projetos de vida e suas relações sociais na comunidade.

A política de saúde mental cuidou de construir um novo paradigma de conhecimento. Uma evidência dessa singularidade é o modelo de atenção em saú-

<sup>I</sup>Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Piauí. Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: claudetefmonteiro@hotmail.com

<sup>II</sup>Mestre em Enfermagem. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: supertai@hotmail.com

<sup>III</sup>Graduanda de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: ivaldinha@hotmail.com

<sup>IV</sup>Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Professora da Universidade Federal do Piauí. Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: adriana.parente@uol.com.br

<sup>V</sup>Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal do Piauí. E-mail: m.astres@bol.com.br

de mental que vem resultando na criação e implementação de novas formas organizacionais, como os *serviços residenciais terapêuticos* (SRTs)<sup>1</sup>.

Encontram-se, portanto, inseridos nesses serviços pessoas que apresentam há muito tempo uma história vivida na sociedade que os tem marcado por abandono, estigmas e diversas formas de sofrimento. Os SRTs foram criados com a proposta de melhorar essa condição e oferecer maneiras de reinseri-los em sociedade. É preciso, pois, para a consolidação desses serviços, buscar algumas respostas com aqueles que ali moram, tais como: Essa estratégia tem melhorado a vida dessas pessoas? Como ocorrem as relações com os novos espaços e novas pessoas?

O presente estudo busca, portanto, a partir da expressão dos próprios sujeitos, um conhecimento que forneça possibilidades de reflexões sobre a cotidianidade desses moradores e, assim, contribuir para o planejamento de políticas públicas que assegurem atividades de melhoria de vida e reinserção social. Emerge, assim, o objetivo deste estudo: analisar as relações que os moradores estabelecem interna e externamente nos SRTs.

## REVISÃO DE LITERATURA

Os SRTs são moradias para as pessoas em condição de alta e que se encontram com longos anos de internação em hospitais psiquiátricos, por falta de um suporte apropriado na comunidade para recebê-los de volta, e foram instituídos pela Portaria 106/2000 e podem servir para dar suporte não só aos egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, mas também os de outros serviços de saúde mental que não têm suporte familiar e social suficiente que garantam uma moradia digna<sup>2</sup>.

Como condição de favorecer a vida nos SRTs existe o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei 10.708/2003 que garante um auxílio financeiro a cada morador no valor R\$ 320,00 referente a 2011. Nos serviços os moradores não estão sozinhos, eles são acompanhados por cuidadores e profissionais da área de saúde mental que orientam e ajudam na organização e funcionamento interno e externo. Ao profissional de nível superior cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de reabilitação dos moradores, sem, no entanto, morar na casa. Por sua vez, os cuidadores auxiliam diretamente nas tarefas.

Essa conquista, no campo da reforma psiquiátrica, tem-se mostrado importante para a saúde mental dessas pessoas, visto que o habitar, a noção de lar, o estabelecimento de laços, a criação dos espaços de circulação, a busca da autonomia, o respeito à individualidade, a estimulação da reintegração na comunidade, entre outras oportunidades, proporcionam qualidade de vida<sup>3</sup>.

Entretanto, a reinserção social por meio dos SRTs é complexa e engloba outros aspectos além da simples transferência do hospital para a nova casa. Existem ações que precisam ser trabalhadas e acompanhadas para produzirem sentido e novos processos de subjetivação, como o cotidiano nesse novo espaço, o circular pela cidade, o relacionar-se com pessoas desconhecidas e o aproximar-se de diferentes lugares<sup>4</sup>.

Assim, a volta ao convívio social é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social dessas pessoas. Esses serviços, inovadores, propostos pela reforma psiquiátrica não são exatamente serviços de saúde, mas espaços singulares de morar, que devem estar articulados à rede de atenção psicossocial para acompanhar e dar o suporte terapêutico necessário aos moradores<sup>3</sup>.

Nessa perspectiva, cada moradia deve ser considerada única, sendo organizada segundo as necessidades, gostos e hábitos de seus moradores. As residências devem ter seu cotidiano centrado no modelo humanista, visando oferecer experiências que promovam maior capacidade para os indivíduos enfrentarem os desafios da vida e, assim, reconstruírem o que lhes foi privado durante anos em instituições psiquiátricas<sup>5</sup>.

Além disso, no trabalho de desinstitucionalização, é necessário encontrar respostas à necessidade de moradia dos indivíduos, que não pode ser traduzida apenas como carência de um lugar para morar, mas que sirva para a reabilitação e a reinserção de fato na sociedade. Por isso, com o surgimento desses serviços, é importante produzir relações que aumentem as possibilidades de trocas de recursos e de afetos e, desse modo, favoreçam as formas de ser e estar no mundo<sup>6</sup>.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa realizado em três SRTs do Piauí (duas na capital e um no interior do Estado). Moram nesses serviços 16 pessoas, ex-pacientes do hospital psiquiátrico estadual, escolhidos e distribuídos nas casas com base na avaliação da equipe interdisciplinar, considerando o tempo de moradia no hospital, grau de dependência e afinidades afetivas.

Participaram desta pesquisa nove moradores, que, após serem informados sobre o estudo, aceitaram livremente participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade dos sujeitos, e realizadas no período de dezembro de 2010 a janeiro de 2011. O instrumento norteador compreendeu duas partes: a primeira buscou as características do grupo pesquisado, que se constituiu de três moradores do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idade entre 36 e 65 anos e tempo de internação em institui-

ção psiquiátrica de 10 a mais de 30 anos. Dos nove sujeitos, cinco são de outros Estados da Federação, um do interior do Piauí e três da própria capital. Sobre familiares, seis informaram conhecer seus familiares, mas que não recebiam visitas; os demais não possuíam ou não lembravam. Os diagnósticos médicos registraram um sujeito com transtorno depressivo e oito com esquizofrenia residual.

A segunda parte foi constituída por uma pergunta aberta sobre o seu modo de vida e as relações que se estabeleceram nesse novo espaço. Os dados produzidos nessa parte foram submetidos à análise de conteúdo, utilizando a modalidade de análise temática, por ser uma das técnicas mais apropriadas para o tratamento de dados qualitativos. Essa técnica de análise permite, por meio da descrição objetiva e sistemática do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos e sua interpretação<sup>7</sup>. Esse processo resultou em duas categorias: Divisão de tarefas, liberdade e melhoria da qualidade de vida; Relações externas insatisfatórias e estigmatizantes com os vizinhos.

O estudo atendeu aos procedimentos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido autorizado pelos SRTs e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o parecer nº 45/10 (CAAE nº 0252.0.045.000-10). Para preservação do anonimato dos sujeitos, os mesmos foram designados por letras e número (E1, E2...).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Divisão de tarefas, liberdade e melhoria da qualidade de vida

A desinstitucionalização implica o resgate da cidadania como processo de valorização dos seres humanos, para que possam ser compreendidos como pessoas, com direitos a tomar decisões, com oportunidades de se tornarem cidadãos e de terem a sua vontade e fala validadas. A cidadania dessas pessoas não significa a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, construções vivenciadas no dia a dia, como realizar atividades sociais, culturais, o cuidado de si, entre outros<sup>3</sup>.

Na busca desses direitos, este estudo, ao interpretar a linguagem como expressão do cotidiano dos sujeitos, encontra, com singularidade, como organizam os seus dias, o valor dado a pequenos detalhes, as suas decisões e as construções afetivas que vão se tecendo com pessoas, objetos e sonhos. Elas compõem um encadeamento harmônico, vivido a cada momento por pequenas alegrias.

*Assistimos televisão, escutamos um som. Gosto de lavar minha roupa, eu me sinto bem, para fazer exercício no corpo. Vou me interessar em estudar para ser até um doutor ou então um delegado ou advogado. Por que eu não estudei não. Mas tenho vontade ... (E1)*

*Aprendi a fazer várias coisas que eu não sabia. Vou para o salão, diferente do hospital, por que lá eles lambuzavam as unhas da gente e pegava muito era piolho. A gente vai para o zoobotânico, shopping, parque da cidade. Já fui para pizzaria, já viajei. No shopping a gente lancha, fica um pedaço, olha as coisas, as lojas, passeia. Frequento a Legião de Maria, faço visita aos idosos. [...] me sinto útil aqui. (E3)*

*Eu varro o quintal, faço café, lavo o banheiro, cuido de vez em quando dessas plantinhas, quando o sol está quente jogo uma água nelas. (E6)*

As relações que se estabelecem no interior das SRTs são traçadas pelos depoimentos, demonstrando comportamentos que se traduzem por um espaço repleto de atividades como limpar a casa, lavar roupa, cuidar de plantas, fazer café, ir ao supermercado, fazer caminhada, assistir televisão e estudar. Esses *fazeres* estimulam os sujeitos a construir de forma progressiva e gradual a sua autonomia e elevar a autoestima, perdidas em anos de internação em instituição psiquiátrica. Para os moradores, compreensivamente, essas ações significam utilidade que os levam a se sentir bem e se caracterizam por autonomia.

Esses avanços são compatíveis e esperados com a proposta de viver em moradias assistidas para sujeitos egressos de instituições psiquiátricas. Essas pessoas, por conta da longa permanência em manicômios, adquiriram muitos problemas relacionados à comunicação, à iniciativa de conduzir ações sozinhos, cuidar da aparência pessoal, higiene e até o sedentarismo e a falta de concentração. Há uma progressiva superação desses problemas à medida que essas atividades são realizadas com autonomia e bem-estar. Daí a necessidade e a importância desses serviços e dessas ações cotidianas para que haja continuidade e fortalecimento da superação dessas dificuldades. É preciso, pois, compreensão diferenciada sobre as novas ações, como a criação de espaços férteis na conquista da reabilitação em saúde mental para o avanço e consolidação desse novo modelo<sup>8</sup>.

Outras atividades importantes relatadas pelos sujeitos foram o ato de atenção com animal de estimação, fazer visita aos idosos, caminhada. Percebe-se aqui a importância de cuidarem de si mesmos e de outrem. Estas ações implicam certamente em autonomia, que aos poucos vai sendo construída para o alcance da responsabilidade no autocuidado.

Foi possível constatar, pelos discursos, que além da realização de todas essas atividades destacam-se a vontade e o sonho de estudar. Isso proporciona uma forma de reinserção junto à sociedade e um estímulo à vida social desses moradores.

Todas essas ações singulares tornam essas pessoas sujeitos de seus próprios processos de subjetivação. Estes processos não eram estimulados na antiga vida em regime tutelar. Hoje, nos SRTs, não deve haver

formas de controle de vida e nem tampouco formas disciplinares de coerção de atitudes. Os corpos não mais são aprisionados e sim postos em movimento e libertos para realizar ações por si sós<sup>4,6,8-11</sup>.

A reabilitação passa pela recuperação de um espaço doméstico e íntimo, por sua reinvenção, não mais regulado por regras rígidas. O convívio atual dos moradores dos SRTs é resultante de um trabalho de reorganização profunda da vida até em seus gestos mais rotineiros e elementares. É no cotidiano que muitas das atividades relacionadas à reprodução dos indivíduos estão envolvidas no trabalho doméstico, concretizando por meio de ações rotineiras e repetitivas que possibilitam a recriação e transformação no dia a dia dessas pessoas<sup>9,10</sup>.

Os sujeitos aos poucos estão redescobrendo como é viver novamente em sociedade e que esse fazer é parte do habitar em casa, em seus próprios lares. Os SRTs nada mais são que lares para esses sujeitos. Uma vida regular é composta de atividades diárias e realizadas com prazer, desencadeando sentimentos de pertença tão necessários, e graças a essas pequenas ações que demonstram a intensidade da inserção desses sujeitos no ambiente social do domicílio são arrajos de evitação para o sofrer verdadeiramente.

Assim, ao saírem de uma instituição psiquiátrica para morar em suas próprias casas, habitar um novo espaço, faz parte do desejo de cada um deles. Essa possibilidade não é algo simples, mas está intimamente relacionado ao sentimento, ao processo de existir como pessoas, como cidadãos, como seres sociais reconhecidamente<sup>11</sup>.

### Relações externas insatisfatórias e estigmatizantes com os vizinhos

Quando as pessoas saem do manicômio, deparam-se com a violência, que costuma partir de um processo de invalidação, de negação das possibilidades, que não é correto, mas é o que comumente ocorre. As residências terapêuticas são serviços para ajudar no desenvolvimento das potencialidades dos expacientes em um ambiente no qual haja respeito, liberdade e segurança. Para tanto, o processo de reabilitação deve buscar a inserção dessas pessoas na rede de serviços, organizações e comunidade, inserindo-os realmente na sociedade e levando-os a resgatar toda uma vida perdida em manicômios<sup>2,3</sup>.

Um aspecto importante e que não pode ser esquecido diz respeito ao local onde estão os SRTs e seus moradores. Essa nova moradia encontra-se inserida no espaço urbano - o bairro, desconhecido por eles e da qual também fazem parte, trocando relações com outros seres sociais e representando, a partir de então, os habitantes. Essa inscrição de habitante se traduz por sinais sociais, no geral, preexistentes para todos que ali habitam (os vizinhos, a configuração dos lugares, as diversas

formas culturais presentes). A vizinhança é um *saber-viver-com*<sup>12</sup>. Isso para os moradores dos SRTs é novo e inexistente. Impõe-se, assim, um duplo trabalho: aprender a viver fora dos muros manicomial e a criar vínculos sociais, urbanos e afetivos que possam fincar-se como raízes pré-existentes.

Na compreensão da linguagem expressa pelos sujeitos, ao contemplarem esse novo habitar, surge o preconceito dos vizinhos traduzido no silêncio, isto é, ato de não lhes dirigirem a palavra ou no pedido de favores, como pegar algum material e levá-lo para suas casas – não são vistos como cidadãos, mas como objetos, subordinados ao mando de outros.

*Com os vizinhos eu não falo, fico aqui na porta, mas o pessoal não fala não. Aqui, acolá um bom dia. Quando eles precisam para fazer alguma coisa, pegar material, botar para dentro de casa ou as compras da feira, aí eu vou e ajudo.. (E1)*

*Falo pouco com os vizinhos. Porque eles não querem muita conversa. Eles têm medo da gente, têm preconceito. (E2)*

*Quando chegamos aqui tinha uma vizinha que pegava muito no nosso pé, até essa calçada ela reclamava. Voltei a estudar depois, mas no colégio tem muita molecagem. Tinha dia que eu tinha raiva. Passei ainda um ano, sai de férias e não fui mais por que eu me sentia mal. Diziam coisas [...] e eu não aguentava, chamavam de doida.. Não gostava, eram umas brincadeiras pesadas. (E3)*

*Os vizinhos não visitam a casa. Ninguém diz nada, não fala nada. [...] eles lá e nós aqui. (E5)*

*Os vizinhos discriminam a gente, só o dessa casa aqui do lado que fala com a gente. O resto fala com a cuidadora, mas não fala um bom dia para a gente. (E7)*

Os sujeitos retratam como é essa convivência com o outro – o vizinho. O diálogo, quando existe, é pouco. Existe o preconceito e, conseqüentemente, o medo de se relacionarem com ex-internos de hospitais psiquiátricos. Essas atitudes negativas também estão e continuam presentes em outros espaços que rodeiam os novos habitantes do bairro – a escola. O modo como são tratados pelos colegas de escola, intitulando-os de *doidos* e com *brincadeiras* desconfortantes quando descobrem serem ex-internos de instituição psiquiátrica, remete à contribuição da própria psiquiatria ao interpretar sentidos que se tornaram representações sociais como *perigosos*; *incompreensíveis* e *incapazes*.

O *viver-com* para esses moradores é praticamente inexistente. Há um nítido distanciamento, como se pode perceber na fala de um depoente quando relata que não é visitado. Essa indiferença em relação ao cliente dificulta a luta pela tão sonhada reinserção social, pois, para que esta aconteça deve haver um convívio salutar em sociedade, da qual a vizinhança faz parte.

Essa atitude de insegurança dos vizinhos e dos colegas de escola para aceitar e compartilhar o novo relacionamento, mais uma vez reafirma o velho paradigma da exclusão do convívio social de pessoas com transtorno mental, lastreada por décadas, e ainda tão presente na realidade social. Tal insegurança em relação ao egresso de instituições asilares é vivida por esses moradores e por muitos outros que retornam às suas famílias após períodos de internação. A lógica tutelar difundida ao longo da história da psiquiatria impõe a essas pessoas um significado de periculosidade para si e para os outros. Por isso, ainda ocorre, no imaginário popular, a defesa de que elas devem permanecer *presas* em enfermarias, contidas e disciplinadas<sup>4,6,8-12</sup>.

Com isso a segregação que ocorria em um espaço fechado, intramuros, agora se manifesta também fora dos muros manicomial, perpassando pela vizinhança, pela escola e quiçá por tantos outros espaços sociais. Os moradores não podem conversar com seus vizinhos por que eles não lhes dão oportunidades e, de forma estigmatizante, os excluem de diálogos, obrigando-os, de certa forma, a se limitarem ao espaço residencial.

A sociedade parece não estar pronta para receber essas pessoas. A substituição de instituições asilares por serviços como os SRTs não é vista pela população como uma alternativa viável. A cultura do medo e da atribuição de incapacidade são preconceitos que precisam ser reelaborados. As políticas públicas devem voltar-se para formas alternativas de superação coletiva do estigma que continua a rondar a vida dessas pessoas.

## CONCLUSÃO

As relações que se estabelecem no interior dos SRTs são demonstrados pelos sujeitos como um processo de readaptação nas suas vidas, aprendendo a dividir e realizar tarefas. Além disso, eles estão adentrando-se novamente ao meio social, descobrindo e se identificando com alguns espaços comuns a todos como: igrejas, *shopping*, zoobotânico, restaurantes, praias, lojas, escolas e outros.

A acentuada melhoria de vida é evidente. Eles se sentem bem com seu novo lar, com a nova casa e a mudança da rotina de vida. Fazem comparações entre o que é viver em um ambiente hospitalar e em uma residência terapêutica. Entretanto, essa nova moradia se insere no espaço urbano, com signos, símbolos, disputas e preconceitos. Assim, sentem-se di-

retamente atingidos pelo preconceito e pelo estigma que ainda permeia o coletivo social.

Portanto, considera-se que o SRT representa o *caminho* direto para alcançar as metas estabelecidas de readaptação e reinserção dessas pessoas na sociedade, mas para isso é necessário contar com o envolvimento de gestores, profissionais da saúde e, principalmente, com a sociedade para quebrar o distanciamento e a exclusão existente.

No que tange à enfermagem, devem os profissionais aproximar-se mais desses serviços, trabalhar mais diretamente com seus moradores e buscar quebrar essa cortina de vidro entre eles e a sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Campos RO, organizador. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília (DF): Editora MS; 2004.
3. Belini MG, Hirdes A. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. Texto contexto - enferm. 2006; 15:562-9.
4. Wachs F, Jardim C, Paulon SM, Resende V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. Physis. 2010; 20:895-912.
5. Santos Junior HPO, Silveira MFA, Oliveira CC. Além dos muros manicomial: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. Rev Bras Enferm. 2009; 62:187-93.
6. Mangia EF, Marques ALM. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2004; 15:129-35.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ª ed. Lisboa (Por): Edições 70; 2004.
8. Prandoni RFS, Padilha MICS, Spricigo JS. A reforma psiquiátrica possível e situada. Rev enferm UERJ. 2006; 14: 357-65.
9. Marcos CM. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos serviços residenciais terapêuticos. Psychê. 2004; 8(14):179-90.
10. Rosa LCS. Transtorno mental e o cuidado na família. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.
11. Sztajnberg TK, Cavalcanti MT. A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o serviço residencial terapêutico. Rev Latino-am psicopatol fundam. 2010; 13:457-68.
12. Mayol P. Morar. In: Certeau M, Giard L, Mayol P. A invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar. 9ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.