

Visitas domiciliares aos serviços residenciais terapêuticos: cotidiano dos enfermeiros da estratégia de saúde da família

Home visits to therapeutic residential services: daily life of family health strategy nurses

Visitas domiciliarias a servicios residenciales terapêuticos: vida cotidiana de las enfermeras de estrategia sanitaria familia

Recebido: 24/08/2023 | Revisado: 01/09/2023 | Aceitado: 07/09/2023 | Publicado: 09/09/2023

Eliane Drumont

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1971-4604>
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
E-mail: ninhadru@yahoo.com.br

Marcelo da Silva Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0311-1673>
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
E-mail: enfermarjf@gmail.com

Daiene Pinheiro Araújo Licor

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0096-3586>
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
E-mail: araujodaiene@gmail.com

Darla Tormen

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5203-1042>
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
E-mail: darlatormen@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo da presente investigação é compreender o cotidiano dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família acerca das visitas domiciliares às Residências Terapêuticas. Metodologia: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, na perspectiva da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, que discorre sobre a importância de considerar o fenômeno em si, buscando uma nova visão e consciência do mundo, em busca da identificação daquilo que vai além do que se há intenção de realizar, falar e demonstrar. Foram entrevistados cinco enfermeiros que atuam em um Município da Zona da Mata Mineira, em Unidades de Atenção Primária a Saúde, que possuem como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família e que tem em sua área de abrangência Serviços Residenciais Terapêuticos. Resultados e discussões: através da análise, surgiram três categorias: em cena, o Serviço Residencial Terapêutico institucionalizante; a biomedicina em evidência como motivação para realização das visitas domiciliares aos Serviços Residências Terapêuticos; as “pequenas grandes coisas” que apontam a loucura como estigma e que tornam enfraquecida a inclusão social dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Estas destacam o cotidiano dos enfermeiros acerca do cuidado em saúde mental, apontando fragilidades neste processo, indo ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica. Conclusões: Compreendeu-se que a relação dos enfermeiros com o cuidado em saúde mental encontra-se fragilizado e estigmatizado, não reconhecendo as Residências Terapêuticas como moradias, mas como instituições asilares, comprometendo, desta forma, a integralidade do cuidado e a inclusão social das pessoas com transtorno mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Estratégia saúde da família; Enfermeiros; Desinstitucionalização.

Abstract

The objective of this investigation is to understand the daily lives of nurses who work in the Family Health Strategy regarding home visits to therapeutic residences. Methodology: A descriptive study with a qualitative approach, from the perspective of Michel Maffesoli's Comprehensive Sociology, which discusses the importance of considering the phenomenon itself, seeking a new vision and awareness of the world, and searching for identifying what goes beyond what is intended to be realized, spoken, and demonstrated. Five nurses were interviewed who work in a municipality in the Zona da Mata Mineira region in primary health care units whose care model is the Family Health Strategy and whose catchment area includes Therapeutic Residential Services. Results and discussions: three categories emerged from the analysis: institutionalizing the Therapeutic Residential Service; biomedicine in evidence as the motivation for home visits to the Therapeutic Residential Services; and the "little big things" that point to madness as a stigma and weaken the social inclusion of the residents of the Therapeutic Residential Services. These highlight the daily lives of nurses regarding mental health care, pointing out weaknesses in this process in line with the proposals of the Psychiatric Reform Act. Conclusions: It was understood that nurses'

relationship with mental health care is weakened and stigmatized, and that they do not recognize therapeutic residences as homes but as asylum institutions, thus compromising the integrality of care and the social inclusion of people with mental disorders.

Keywords: Mental health; Family health strategy; Nurses; Deinstitutionalization.

Resumen

El objetivo de esta investigación es conocer el día a día de las enfermeras que trabajan en la Estrategia de Salud Familiar en relación con las visitas domiciliarias a las Residencias Terapéuticas. Metodología: Estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, desde la perspectiva de la Sociología Comprensiva de Michel Maffesoli, que discute la importancia de considerar el propio fenómeno, buscando una nueva visión y conciencia del mundo, en busca de identificar lo que va más allá de lo que se pretende realizar, hablar y demostrar. Fueron entrevistadas cinco enfermeras que trabajan en un municipio de la Zona da Mata Mineira, en Unidades de Atención Primaria de Salud, cuyo modelo de atención es la Estrategia de Salud de la Familia y cuya área de influencia incluye Servicios Terapéuticos Residenciales. Resultados y discusiones: tres categorías surgieron del análisis: el Servicio Residencial Terapéutico institucionalizante; la biomedicina en evidencia como motivación de las visitas domiciliarias a los Servicios Residenciales Terapéuticos; las "pequeñas grandes cosas" que apuntan a la locura como estigma y debilitan la inclusión social de los residentes de los Servicios Residenciales Terapéuticos. Destacan el día a día de las enfermeras en relación a la atención en salud mental, señalando las debilidades de este proceso, que está en consonancia con las propuestas de la Reforma Psiquiátrica. Conclusiones: Se entendió que la relación de las enfermeras con la atención a la salud mental está debilitada y estigmatizada, y que no reconocen las Residencias Terapéuticas como hogares, sino como instituciones asilares, comprometiendo así la integralidad de los cuidados y la inclusión social de las personas con trastornos mentales.

Palabras clave: Salud mental; Estrategia salud familiar; Enfermeras y enfermeros; Désinstitutionnalisation.

1. Introdução

Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) aqueles que recebiam um tratamento tutelado, excludente e lesivo passam a receber, através dos serviços substitutivos, um cuidado pautado na inclusão social, que, para que se estabelecer de forma sustentada, precisa de ações comunitárias, territoriais e intersetoriais (Brasil, 2005).

A publicação da lei nº 8.080 funda a Sistema Único de Saúde (SUS), chegando ao Brasil para propor e implementar novas políticas públicas de saúde, configurando um dispositivo base para o avanço da RPB. Esta legislação, juntamente com outras, possibilitou o planejamento dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, intentando um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental, trazendo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) como estratégia de desinstitucionalização e, além de outros serviços, os Programas de Saúde da Família (PSF), através dos quais a prestação do cuidado remodela-se para intervenções territoriais (São Paulo, 2013; Neto *et al.*, 2017).

Considerando que os SRT's devem ser estruturados como moradias comuns, inseridas em espaços urbanos como cidades e bairros, oportunizando que os moradores perpassem pelo processo de inserção na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade, é necessário colocar em parênteses a doença, direcionando o cuidado para a rede de apoio psicossocial, conjuntamente com os demais serviços de saúde, em busca de consolidar as propostas da RPB. O acesso a estes serviços é fundamental para garantir, a estas pessoas, direitos que por tanto tempo lhes foram anulados, sendo assim, a aproximação destes moradores com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se um dos caminhos para construção de sua reabilitação (Brasil, 2004; Silva, 2013).

Atentando que a ESF possui um modelo assistencial capaz de organizar as ações dos serviços de saúde, buscando orientar práticas profissionais com foco na promoção, prevenção e recuperação da saúde, estes encontram-se habilitados, com apoio dos demais serviços, a realizar o cuidado aos moradores dos SRT's, garantindo-lhes não apenas a assistência psiquiátrica, mas às diferentes necessidades de saúde existentes (Andrada *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2022).

Ademais, a ESF possui, como prática assistencial, a realização de visita domiciliar (VD), visando compreender os determinantes de saúde que influenciam, positivamente ou negativamente, as condições de vida das pessoas, das famílias e da comunidade. Apresenta-se como tecnologia de cuidado leve, objetivando a oferta de uma assistência diferenciada daquela

disponibilizada na unidade, visto que, por se tratar de um ambiente alternativo e de maior segurança para pessoa e família, o cuidado torna-se mais acolhedor na própria residência, sendo capaz de construir laços de confiança entre equipe e usuários, favorecendo a construção de vínculos e, conseqüentemente, maior adesão das pessoas com sofrimento psíquico às propostas de tratamento (Andrada *et al.*, 2017).

Por meio da VD os profissionais que atuam na ESF viabilizam um cuidado individualizado, integral e contínuo, oportunizando uma prática de assistência pautada no contexto social encontrado, rompendo com a desassistência àqueles que não possuem acesso à saúde, identificando vulnerabilidades impedoras de melhor qualidade de vida (Rocha *et al.*, 2022; Napoleão *et al.*, 2023).

A prática da VD é altamente importante para a Enfermagem, visto que esta, por fazer parte das ciências da saúde, tem o compromisso com os problemas sociais e, enquanto instrumento de trabalho, promove um cuidado integral capaz de reconhecer o processo saúde-doença presente nos sujeitos envolvidos e elaborar planos de ações de cuidado que irão interferir diretamente no bem-estar de todos os integrantes da família (Geovanini *et al.*, 2018).

A visita domiciliar realizada pelo enfermeiro (a) que atua na ESF possibilita a construção de vínculos entre profissional e morador, contribuindo para reconstrução das redes vinculares destas pessoas, incentivando-as quanto à apropriação do espaço doméstico e territorial, às atividades diárias, à reabilitação social, à inclusão na rotina dos serviços de saúde e quanto à promoção de sua saúde (Ferreira *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2022).

Perante as explicações pontuadas, o estudo objetivou compreender o cotidiano dos(as) enfermeiros(as) que atuam na ESF em relação à prática de visitas domiciliares aos SRT's, procurando analisar, através dos discursos, as angústias, desejos, conhecimento, crenças e fatores influenciadores que interferem positivamente ou negativamente para que a prática da visita aconteça.

Espera-se que a pesquisa enseje novas construções acerca do cotidiano de cuidado dos(as) enfermeiros(as) aos moradores dos SRT's por meio das visitas domiciliares, traga reflexões quanto ao conhecimento destes profissionais a respeito dos serviços substitutivos, oportunize ponderações acerca do olhar dos(as) enfermeiros(as) em relação as pessoas com sofrimento psíquico e o lugar destas no mundo e incentive novos estudos acerca do assunto.

Assim, para deslindar e compreender o conteúdo da pesquisa, foi utilizada a Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli, haja vista que essa teoria se alicerça na compreensão da dimensão plural do social por meio do imaginário, da emoção, dos afetos e do sensível, interessando-se pelo que há de mais subjetivo e diversificado no ser.

2. Metodologia

Estudo foi baseado na dissertação de mestrado intitulada “O cotidiano das enfermeiras (os) da estratégia de saúde da família nas visitas domiciliares às residências terapêuticas”, estando delineado no método qualitativo, do tipo exploratório, de natureza observacional, apoiado pelo referencial metodológico da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli e em outros autores que estudam o cotidiano.

Nitschke et al. (2017) diz que este referencial metodológico tem contribuído para inúmeras pesquisas em enfermagem, visto que suas ideologias e seus pressupostos não utilizam os aspectos do tecnicismo científico atual. Maffesoli privilegia tudo aquilo que não é produzido pelo cálculo, pela intenção, pela estratégia, adotando a sociologia do “aqui e agora”, onde o cotidiano apresenta as transfigurações sociais através das relações concebidas no fundo das aparências (Gabbay, 2019).

A pesquisadora que conduziu as entrevistas, por trabalhar como enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) localizado no município da Zona da Mata Mineira, onde o estudo foi realizado, devido às relações de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), deparou-se com a facilidade de estabelecer um relacionamento prévio com os participantes da

pesquisa, momento em que realizou o convite para participarem do estudo, expondo o interesse, objetivos pessoais e razões em desenvolvê-lo.

Para a coleta dos depoimentos foram realizadas entrevistas semiestruturadas, norteadas por um roteiro previamente formulado, que possibilitou a espontaneidade da entrevista, não sendo necessário repeti-las, visto que o fenômeno estudado se manifestou no primeiro encontro, possibilitando uma análise coesa e permitindo alcançar expressiva saturação dos dados. Foi aplicado, também, um instrumento de coleta de dados sociodemográficos que orientou a pesquisadora quanto ao perfil dos(as) participantes (Minayo, 2014).

A escolha dos objetos de estudo se caracterizou pela seleção intencional que busca opiniões e ideias de fundo, considerando a seleção conforme o objetivo do estudo, captando participantes que possuem as características representativas da população (Bornstein *et al.*, 2013; Minayo, 2014).

Foram observados os critérios de inclusão e exclusão para a escolha dos entrevistados, sendo os de inclusão, ser enfermeiras(os) de UAPS que trabalhem com ESF cuja área de abrangência possua SRT's, e os de exclusão, enfermeiras(os) que se recusarem a participar da entrevista, estiverem de férias ou afastamento durante o período de coleta de dados.

A dificuldade encontrada se caracterizou em localizar maior número de enfermeiros(as) para participar da pesquisa visto o pequeno número de SRT's estabelecidos em territórios com UAPS com modelo assistencial ESF, no município estudado. Desta forma, apenas oito enfermeiros(as) se encaixaram nos critérios de inclusão, sendo todos(a) convidados(as) para participar da pesquisa. No entanto, dois se encontravam afastados do serviço e um se negou a participar, sendo possível realizar a investigação com cinco deles. Mesmo com um número reduzido de participantes, foi possível atingir o objetivo proposto pela pesquisa, reconhecendo de maneira aprofundada a percepção dos(as) enfermeiros(as) frente as VD aos SRT's.

Para coleta dos dados, a pesquisadora entrou em contato telefônico com os enfermeiros(as) para definir o local, data e horário para o encontro, sendo que todos optaram pelo espaço de trabalho em que atuam. Em relação à data e ao horário, respeitou-se a disponibilidade de cada entrevistado. Sendo assim, a coleta de dados ocorreu nas próprias UAPS onde os participantes trabalham, sendo realizada com a presença apenas da pesquisadora e o(a) investigado(a), a fim de que o momento trouxesse ao objeto de estudo maior naturalidade e conforto para discorrer sobre o que é vivido em seu cotidiano de trabalho referente à visita domiciliar aos SRT's.

Os encontros ocorreram entre julho de 2022 e fevereiro de 2023, tendo duração média de trinta minutos, e foram gravados em uma mídia de áudio, com a aprovação de cada participante, por meio de um gravador de celular *Android*. Em seguida, as entrevistas foram transcritas, em sua totalidade, juntamente com o diário de campo realizado após os encontros, utilizando escrita manual e/ou transcritos em Programa *Microsoft Word* 2016.

As exigências éticas legais de pesquisa que envolve seres humanos foram respeitadas para a elaboração deste estudo, atendendo o previsto na Resolução 466/2012. Deu-se início à coleta de dados somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP - UFJF), através do parecer consubstanciado 5.130.780 de 26/11/2021 (Brasil, 2012).

Durante toda pesquisa foi preservada a identificação de cada participante e instituição, não havendo nenhum prejuízo aos envolvidos, nem a permissão de benefícios de qualquer natureza. A identificação dos participantes na transcrição e análise das entrevistas se fez por meio de pseudônimos, sendo eles: Hildegard E. Peplau, Nola Pender, Afaf I. Meleis, Callista Roy e Myra Estrin Levine.

Por meio do processo analítico, observações, compreensões e interpretações das narrativas e comportamentos de cada participante, a pesquisadora identificou unidades significantes decorrentes de cada relato e comportamento. Assim, estes significados foram agrupados em categorias analíticas semelhantes e analisados a partir da metodologia da análise de conteúdo. A análise dos dados embasou-se no referencial metodológico de Michel Maffesoli e outros autores que estudam a temática do

cotidiano.

Michel Maffesoli enceta que na análise de dados é necessário perpassar pelas fases de “intuição”, na qual o pesquisador deve compreender o primitismo existente entre intuição e comunidade, entendendo que o vínculo social, seja ele qual for, não se constrói apenas de maneira racional e funcional, mas também através do não lógico, e “metáfora”, que abrange uma boa maneira de perceber a globalidade societal e sua utilização nos resultados, oferecendo uma guisa mais cuidadosa de análise (Maffesoli, 2008).

A elaboração e classificação das categorias se apresentaram de maneira coerente com o objetivo da investigação. Foram mutuamente excludentes, possuindo conteúdo homogêneo entre si, sem se apresentarem de forma ampla, porém, contemplando todos os conteúdos possíveis, a fim de se obter qualidade na compreensão do fenômeno estudado, mantendo uma classificação objetiva que não possa ser catalogada de formas diferentes quando interpretada por outro analista (Carlomagno & Rocha, 2016).

Após passar por todas as etapas, emergiram três categorias, sendo elas: em cena, o serviço residencial terapêutico institucionalizante; a biomedicina em evidência como motivação para realização das visitas domiciliares aos Serviços Residências Terapêuticos; as “pequenas grandes coisas”, que apontam a loucura como estigma que torna enfraquecida a inclusão social dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

A escrita deste artigo teve sua elaboração ao cumprir os pré-requisitos estabelecidos no *checklist Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ).

3. Resultados e Discussões

Dos(as) cinco participantes da pesquisa, dois se identificaram sendo do sexo masculino e três do sexo feminino. Quanto à raça, 80% se declararam brancos e 20% se declararam pardos. As idades variaram de 42 a 64 anos. O tempo de atuação como enfermeiro de ESF ficou entre um e 24 anos. Algo em comum entre todos os participantes, através da impressão da pesquisadora durante os encontros, refere-se que, em algum momento da entrevista, todos exteriorizaram resistência, insegurança e/ou despreparo para atuarem na assistência a pessoa com sofrimento psíquico, principalmente frente ao ideário da RP.

Categoria 1: Em cena, o serviço residencial terapêutico institucionalizante

Esta unidade de significados aponta que os SRT's são vistos pelos profissionais enfermeiros que atuam na ESF como um novo espaço de institucionalização, no qual aqueles que ali residem recebem assistência à saúde por meio de equipes atuantes na casa, não sendo necessário assim uma participação efetiva do cuidado prestado pela equipe da ESF.

Eu sei onde fica o abrigo, o Gedae, mas elas vêm aqui, porque igual eu falei, tem uma equipe de lá que cuida deles. A equipe demandando a gente vai, claro, porque faz parte da área de abrangência, mas a equipe não demanda né, a equipe demanda coisas muito praticas né. Eu preciso colher exame de sangue dessas pessoas, eu preciso pegar remédios[...] (Hildegard Peplau)

Eu acho que seria bom a visita. Eu não cheguei a fazer justamente por desconhecer até. Eu fui descobrir a clínica agora lá nos últimos meses. É a residência terapêutica. Eu acho que seria de grande valia pelo fato da gente conhecer o o os pacientes que fazem o acompanhamento lá, quais eram as a condição que ele, até a condição que eles são eh assistidos, né? Pra gente tá entendendo melhor e e contribuir com o que eles necessitarem. (Nola Pender)

Os discursos acima evidenciam que os enfermeiros(as) reconhecem que, por haver profissionais nas residências terapêuticas, o cuidado ofertado pela ESF a estes moradores somente deverá acontecer frente a demandas, reforçando,

conforme discursa Acebal e colaboradores (2021), que a chegada dos serviços substitutivos não garante que o processo de cuidado seja transformador, visto que, por haver cuidadores inseridos nestas, muitas vezes, os moradores tornam-se objeto de cuidado, replicando o percurso de pessoas tuteladas e passivas frente a um sistema generalista.

Afaf I. Meleis, através do imaginário, conceitua as moradoras como internas, reféns de um cuidado institucionalizado. Para Maffesoli (1995), esta maneira cultural de viver, na qual as pessoas estão inseridas e se apresentam no mundo, de forma subjetiva e inconsciente, está diretamente conectada com as relações sociais, ambientais, temporais, culturais e vividas em seu cenário de vida, tornando este conjunto de emoções sentidas a sociologia compreensiva.

Então, a minha a minha experiência com a a a essa residência terapêutica foi aqui na unidade, eu fiz a visita e conheci as pacientes lá. No caso nessa residência que é a referência nossa são dez mulheres internas que ficam nessa residência. E então assim ah aí o a nossa visita lá eh é sempre eh as vezes acontece por solicitação da dos profissionais que estão lá, porque também assim, lá nessa residência, que que acontece? Ela tem um psiquiatra que passa lá, que é responsável pelas prescrições das pacientes internas lá. E fica uma técnica de enfermagem que faz que faz os cuidados da administração desses medicamentos, os cuidados de enfermagem, né? E fica também eh é uma cozinheira, uma moça que cuida da limpeza, da casa. Então, eles têm uma equipe bem enchutinha que faz esses cuidados lá, sabe? Da roupa e e e também assim, e a própria família que interna a paciente nesta casa também leva roupa, leva coisas eh pessoais. Pra pra suas, pras internas lá, sabe? (Afaf I. Meleis)

De acordo com Goffman (2017), o tratamento institucional não se traduz apenas ao esquema médico prescrito, mas trata-se, também, de um cuidado controlador no qual as pessoas são submetidas a algum tipo de disciplina, adquirindo características de objetos inanimados, em busca de um comportamento ideal, não se considerando os aspectos singulares dos sujeitos. Ainda, acerca do discurso de Nola Pender, esta ilustra o que foi pontuado acima, já que reputa um processo disciplinar no cuidado aos moradores dos SRT's, demonstrando, através da sua visão de mundo e no fundo das aparências, concatenar os SRT's com instituições e não moradias.

[...] se eles estão na instituição, geralmente eles têm uma disciplina de tomar no horário certo que alguém oferta. Mas tá. Eles fazem alguma atividade física, porque a gente tem que ver o ser humano enquanto um todo. Ele come o quê? Quais são os horários? Ele tem uma rotina nos horários certinho? Eu acho que assim, lá eles não, a a instituição (incompreensível), a UBS nunca foi tanto porque eles são assistidos, agente já espera que eles tenham essa assistência. De do do controle da de tudo, da medicação na hora certa. (Nola Pender)

Myra Estrin Levine aponta que os SRT's são dispositivos que ocupam um papel importante na RPB, porém, não os destaca como ponte para inclusão social dos moradores, considerando, mesmo que de forma acanhada, as moradias como instituições. Desta forma, na prática cotidiana se estabelece uma “banalidade básica em mente”, em que “podemos compreender porque a vida, a vitalidade, segue amedrontando os pensamentos estabelecidos” (Maffesoli, 2003, p.77).

As residências terapêuticas ajudam a desconstruir o que eles viveram nos hospitais, essas residências terapêuticas por mais que as vezes ainda é uma instituição, não sei se posso falar assim, mas é como se fosse uma casa né, é como se fosse aquelas coisas de, como que chama? De pensão né! (Myra Estrin Levine)

Callista Roy refere-se aos SRT's como casa, entretanto, quando pontua que a mesma disponibiliza recursos geralmente encontrados em instituições hospitalares, através deste fundo, entende as moradias como instituição, sendo possível identificar que a cultura hospitalocêntrica ainda se externa.

São pacientes que surtam muito, às vezes. Também, mas assim a casa disponibiliza ambulância, o carro, tem tudo. Aí eles já levam pro SUP(serviço de urgência psiquiátrica). Eles já têm o canal. Né? O posto de saúde não tem demanda pra isso não, não tem como atender essas demandas, né? Então assim, eles já têm todo o canal, eles não ficam, pacientes abandonados, necessitando de atendimento (Callista Roy)

Quando discorremos sobre uma cultura, ela sempre terá sua própria identificação, influenciando o sujeito a ser o que é, pois, mesmo que de maneira microscópica, por meio de hábitos inofensivos, é através de práticas e atitudes típicas que este se constrói através de uma conjuntura social cuja empatia por determinadas questões se mostrará através de um espaço socialmente marcado em sua vida cotidiana (Maffesoli, 2010b).

Bressan *et al.* (2016) e Ferreira *et al.* (2022) apontam, por meio de seus estudos, que esbarramos com práticas mecanicistas, asilares e manicomial nos SRT's onde estes reproduzem o modelo de assistência das instituições totais. Este retrocesso à proposta da RPB traz o questionamento sobre os desafios para o cuidado em saúde mental e se, decerto, os SRT's estão cumprindo seus preceitos. Isto posto, percebe-se a urgência de elaboração de estratégias para mudança das concepções sociais sobre a loucura e otimização do cuidado em saúde mental.

Desta forma, as pontuações acima dialogam com as percepções dos participantes acerca dos SRT's, pois, defronte aos discursos manifestados, foi percebido que todo processo cultural vivido em torno da loucura se apresenta arraigado no sujeito e, mesmo que este reconheça a existência da RPB, ainda permanece se relacionando com a multiplicidade de enfoques e elementos conferidos à perspectiva humana das realidades históricas.

Categoria 2: A biomedicina em evidência como motivação para realização das visitas domiciliares aos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Esta categoria discursa sobre a vivência dos enfermeiros(as) que atuam na ESF frente a realização de visita domiciliar aos SRT's, revelando que estas são efetuadas de forma pontual, dando-se frente a demandas com caráter biologicista e mecanicista, não havendo, portanto, a subjetivação do sujeito.

Entre tantos campos de trabalho ofertados pelo SUS, as UAPS com assistência em ESF ofertam, para os enfermeiros, a possibilidade de atuarem na integralidade dos usuários, por intervenções nas quais colocam em prática seus conhecimentos técnicos-científicos e empíricos por meio das consultas de enfermagem, acolhimentos e, entre outros, a realização da VD.

Quando o enfermeiro escolhe atuar na ESF é basilar que esteja preparado para a gama de ações que ficará sob sua responsabilidade, reconhecendo a importância de cada uma delas, garantindo, assim, uma assistência humanizada e de qualidade diante de todas as particularidades dos usuários.

Para tanto, é indispensável que o enfermeiro(a) reconheça a VD como tecnologia de cuidado fundamental para a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade. Quando a visita domiciliar é destinada aos pacientes com sofrimento psíquico, torna-se ainda mais relevante. Estas pessoas necessitam que o profissional utilize de maior sensibilidade para identificação de suas demandas clínicas, psicológicas, sociais e espirituais, garantindo a continuidade da assistência de forma tenaz, a fim de não subjetivar o sujeito (Conceição *et al.*, 2019; Siqueira *et al.*, 2019).

Atentando que nestas moradias os integrantes da família passaram pelo doloroso processo de institucionalização e, após sua libertação, puderam se estabelecer em um lar, a visita domiciliar é elementar, pois consolida vínculos, concebe relação de confiança e segurança entre o enfermeiro e morador, amplia a resolutividade da assistência, possibilita a promoção da saúde dos moradores, permite que o profissional observe se há ruptura dos direitos humanos e se o processo de inclusão social perpassa pelas pessoas que ali residem, objetivo principal da RP (Oliveira *et al.*, 2018; Morais *et al.*, 2021; Gusmão *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022).

Promover saúde nos SRT's é uma ferramenta de cuidado que viabiliza melhor condição de vida aos moradores, pois através dela aconselha-se e motiva a prática de hábitos mais saudáveis que oportunizarão melhor qualidade de vida, envolvendo, além da ausência de doenças, a promoção de um estado geral de bem-estar físico, emocional, mental e social destas pessoas, propiciando a manutenção de uma vida saudável por meio de um cuidado integral que ambicione sua autonomia, protagonismo e empoderamento (Mota *et al.*, 2022; Jacó *et al.*, 2023).

Nola Pender desvela que a visita domiciliar aos moradores dos SRT's não foi necessária, ilustrando nunca ter havido solicitações para tal, porém, destaca que poderia ter ocorrido, caso fosse demandada atualização do cartão de vacina, a título de exemplo.

Mas assim, eles nunca nos solicitaram nenhum tipo de assistência além das vacinas que a gente faz nos nos domiciliados. Os pacientes acamados. Aí toda vez que eu faço eu passo lá e oferto. Tem, precisa de vacina, as de campanhas... uma vez fui lá ... tinha um paciente sentado na na no banquinho do lado de fora. Aí eu pedi pra ele chamar o responsável, aí o menino veio, aí como eu já estava no final do meu plantão eu falei tem eh temos paciente que precisa de vacina? Só pra eu saber o que que eu precisava de levar do carro. Ele falou: não hoje não tem ninguém precisando de vacinar. Os os cartões estão todos em dia. Eu falei então você dá uma checkada aí se precisar só você liga na UBS que eu venho, retorno e faço. Especificamente, que às vezes poderia estar precisando de outras vacinas né. (Nola Pender)

Myra Estrin Levine e Afaf I. Meleis relatam que as visitas já ocorreram, principalmente nos momentos de campanha de vacinação, pontuando que, caso houvessem demandas para outros fins, as mesmas seriam praticadas, mas estas não chegam à UAPS.

É ... geralmente não faz tantas visitas, não sabe ... até porque eles têm aquela abordagem toda, o acompanhamento do Caps de referência ..., mas a gente faz visita, a gente faz as vacinas quando está em período né de vacinação, nós já fomos a residência. Eu acho que poderia ser programada se a gente tivesse mais tempo, uma coisa mais organizada pra poder da assistência melhor entendeu? Mas são poucas as atividades e geralmente não tem demanda sabe? A gente vai, por exemplo, às vezes precisa, junta junta várias demandas de pacientes né ... mas a gente faz visita, a gente faz as vacinas quando está em período né, de vacinação, nós já fomos a residência [...] (Myra Estrin Levine).

Eu cheguei fazendo isso, a visita, mas depois surgiu uma demanda que nós tivemos, fazer atualização de vacina. Das internas lá. Então a a a técnica que cada hora é uma de plantão. Ela fez contato comigo como nós aqui, nossa unidade é referência lá pra eles, né? Pedindo a eh a visita pra fazer atualização de cartão de vacina. Então aí eu fui lá pra atualizar o cartão das dessas internas, sabe? Eh o o momento nós fomos com esse objetivo de ver o o o cartão de vacina de cada uma das internas lá. (Afaf I. Meleis)

Os discursos apresentados denotam que a VD aos SRT's acontece meramente por demandas de caráter biologicista, desprezando a intencionalidade de reconhecer as vulnerabilidades sociais e a realidade vivida pelos moradores. Observa-se, em virtude das explanações, um comportamento único entre os envolvidos, como se esta consistente crença de agir trouxesse os benefícios necessários àqueles que ali habitam. Contudo, é fundamental observar, como cita Jean Grenier, “que maneiras ortodoxas, derivadas em linha direta da crença, é uma doutrina de exclusão” (Maffesoli, 2007, p. 35).

Hildegard Peplau retrata que a VD acontecia no cotidiano do serviço, porém, devido a vários fatores, passaram a ser cometidas perante demandas biologicistas.

[...] então quando a gente precisa, normalmente é o ACS que vem, fala: é, nós estamos precisando de visita na casa do Sr fulano, o caso é assim assim assado né. Me parece que em algum momento da atenção primária, que talvez eu não tenha conhecido né, porque eu tenho 03 anos só de atenção primária, eu trabalhava em outras coisas, houve uma época que tinha, você, por exemplo, os acamados, a gente fazia os acamados é, uma vez por mês, a médica, o enfermeiro fazia, independente de precisar fazer. O acamado estava lá quietinho, estável, mas a gente ia lá fazer visita. Hoje em dia é impossível fazer isto, não dá né. A gente faz a visita frente a demanda ... é precisa fazer o procedimento, o paciente tá de uma certa, de um tal grau que a gente precisa de uma visita médica, tá num tal grau que precisa de visita de enfermagem para ver um curativo[...]. (Hildegard Peplau)

Nola Pender, Afaf I. Meleis e Callista Roy reforçam o caráter demandante e biologicista que circunda a prática da VD aos SRT's, responsabilizando a “instituição” (casa) pelo cuidado a estes moradores.

[...] não, não eu não cheguei a fazer essas visitas na na nas unidades de residência terapêutica ... porque eles não demandam. Tipo assim o coordenador geral nunca ligou aqui por exemplo ..., mas como eles são particulares eles

num num demandam, assim nunca foi trago nenhuma demanda pra a gente aqui. E a gente faz as visitas de acordo com o que nos é solicitado, as demandas. (Nola Pender)

Então assim, ah, aí o a nossa visita lá eh é sempre eh as vezes acontece por solicitação da dos profissionais que estão lá, porque também assim, lá nessa residência, que que acontece? Ela tem um psiquiatra que passa lá, que é responsável pelas prescrições das pacientes internas lá. E fica uma técnica de enfermagem que faz que faz os cuidados da administração desses medicamentos, os cuidados de enfermagem, né! (Afaf I. Meleis)

Não são todos os pacientes que necessitam de atendimento domiciliar eles não não são não é a característica do Gedae, desses pacientes visita domiciliar, é às vezes pode ter algum acamado, realmente que não sai do leito que demanda às vezes uma uma ida de um profissional lá. não necessariamente o médico Né? Pode enfermeiro, pode ir o técnico, pode ir o agente comunitário de saúde, não necessariamente o médico porque todos eles são muito bem assistidos. Todos eles têm livre demanda deles, é livre em qualquer lugar que eles chegarem, HPS, Regional Leste qualquer lugar tá? Eles não são pacientes que causam dificuldade, até porque a instituição que cuida tem essa, esse canal né? (Callista Roy)

As falas dos participantes desmantelam o olhar ludibriado dos enfermeiros(as) que atuam na ESF no tocante do significado e realidade cotidiana dos SRT's, nas quais responsabilizam os profissionais, que atuam nestes espaços e que possuem como tarefa cuidados básicos à casa e aos que ali residem, a prestarem a assistência que deveria ser de responsabilidade da equipe de ESF. Atribuindo a carência da VD à deficiente procura por parte dos responsáveis pelos SRT's, substanciam a responsabilidade dos profissionais que atuam nas casas pela falha neste processo de trabalho, reforçando, ainda, que, quando esta prática acontece, se efetua condicionada a necessidades biológicas.

Para Alves (2018) há falhas na formação acadêmica dos enfermeiros, na qual podemos observar uma educação curativista e centrada na doença, colaborando para a prática do cuidado de enfermagem centrada na doença e não no indivíduo, impactando, conseqüentemente, o olhar destes profissionais frente as reais necessidades da VD, processo de trabalho que segue outro arranjo de envolvimento.

Toda esta conjunção de experiência pode se dar pelo efeito, ao que já foi pontuado acima, à uma formação acadêmica biomédica, na qual o cuidado está centrado no corpo biológico, na doença e na cura, não reconhecendo a importância da subjetivação do sujeito para que o cuidado aconteça mais consolidado. Os ensinamentos oferecidos pela academia, geralmente, se voltam para o cuidado prestado através de tecnologias duras e leve - duras, não apreçando-se a relevância das tecnologias leves para um cuidado integral e resolutivo, principalmente quando os que receberam esta assistência trata-se de pessoas com sofrimento psíquico (Nóbrega *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021; Alencar *et al.*, 2022).

Consoante a Leonardi (2018) e Silva *et al.* (2019), a VD, destacando-a em saúde mental, deverá cumprir-se independentemente de haver sujeitos demandantes ou demandados, pois, deste modo, o desenvolvimento de ações que auxiliem a produção e fortalecimento de vínculos, confiança dos moradores na relação do cuidado, construção da identidade dessas pessoas e aproximação destes com a sociedade e serviços se fará de maneira mais consistente.

Refletindo sobre as colocações dos(as) enfermeiros(as), torna-se relevante que estes desconstruam-se frente a critérios rígidos, mecanicistas e biologicistas como justificativa para a prática da visita domiciliar e estendam, aos moradores dos SRT's, uma assistência mais empática, mirando seu olhar e cuidado para as singularidades de cada morador, oportunizando a construção de vínculos sociais e institucionais que sustentarão um cuidado integral capaz de transpassar o mundo destes, compreendendo, desta forma, as frustrações, sentimentos e necessidades que os envolvem, incentivando-os pela busca e construção de novos espaços de inclusão e relação dentro de um sistema societal.

Para Maffesoli (2007), o ser social, ao se prender a comportamentos uniformes, poderá ter sua apazibilidade persuadida, visto que atuando sempre da mesma maneira mantêm-se preso a um conhecimento ordinário, afastando-se da realidade social vivenciada. Todavia, esta maneira de se apresentar ao mundo faz parte do cotidiano de uma vida comum, na qual ter atitudes semelhantes ao grupo social é algo vivido pela maioria. Faz-se necessário, porém, dilatar as maneiras de

vislumbrar os acontecimentos comuns, não com o intuito de suprimi-los, mas sim de aperfeiçoá-los, em busca da produção do essencial.

Categoria 3: As pequenas grandes coisas que apontam a loucura como estigma que torna enfraquecida a inclusão social dos moradores das Residências Terapêuticas.

Esta categoria assinala a estigmatização da loucura como agente enfraquecedor no processo de inclusão das pessoas com sofrimento psíquico ao convívio social, participação nas atividades realizadas pela UAPS e provisionamento de uma assistência humanizada e inclusiva.

Os discursos trazidos pelos(as) enfermeiros(as) retratam, por vezes aparentes, por outras excluídos nas falas, uma prática assistencial excludente, escorada pela estigmatização da loucura.

[...] eu acho que é muito contexto de segregação, aquele ali oh é Gedae. A gente não fala o nome da pessoa, a gente fala aquela consulta do Gedae, o abrigo Santa Helena, sabe, então, fica também muito caracterizado né... ah é o doidinho do Gedae sabe, essas coisas que falam e que acaba é colocando a pessoa neste lugar de doidinho né [...]
(Hildegard Peplau)

Hildegard Peplau, em sua fala, reconhece que nominar e caracterizar os moradores dos SRT's como "Gedae", nome da instituição que administra as residências, titula um processo de segregação e estigmatização destes sujeitos, contudo, mantém-se detida a esta prática, condição que corrompe a individualização e inclusão social das pessoas que lá residem.

Para Amaral *et al.* (2020) e Naue *et al.* (2021), o reconhecimento do outro pelo seu nome próprio é legitimá-lo enquanto possuidor de um direito subjetivo, que o particulariza no mundo, lhe dando uma identidade própria, capaz de distingui-lo dos demais e, por vezes, caracterizar sua existência. Sendo o nome a insígnia do sujeito, é apoiado no uso dele que se reconhece o outro no meio social e pratica-se a inclusão destes indivíduos à sociedade.

Para Myra Estrin Levine e Callista Roy, a oferta da assistência aos moradores dos SRT's deve acontecer na própria casa ou em horários nos quais as demandas na UAPS estão reduzidas, o que ilustra o retrocesso no processo de inclusão social destes moradores. Uma vez que estas pessoas são inseridas no cotidiano de processo de trabalho dentro da UAPS, a comunidade será capaz de reconhecê-los enquanto cidadãos que não mais ocupam o equivocado papel de sujeitos agressivos, incapazes e loucos, culminando, então, na construção de novos espaços sociais.

[...] a última vez que eu lembro nós fomos lá e aí solicitou os exames laboratoriais de todos entendeu? Marcamos um dia pra fazer coleta, e muitos tem dificuldades de sair, ficam agitados aqui no posto, então as técnicas de enfermagem vão lá, faz tipo um mutirão, colhem osangue de todos, entendeu? (Myra Estrin Levine)

[...] então ainda não chegou até nós uma demanda, ainda, que necessitasse ainda do trabalho da unidade, mas quando demanda eh é disponibilizado o horário. Ainda não disponibilizou a visita no local, mas todos eles quando necessitam de um acolhimento clínico é disponibilizado um horário pra eles, pra eles virem, fora de demanda, fora de horário, de tumulto, de atendimento porque são pacientes muitas vezes eh agitados, são pacientes que às vezes tem dificuldades, mesmo tá saindo do local, né? (Callista Roy).

Para a OMS (2022), a inclusão das pessoas com problemas psíquicos, em todos os aspectos da sociedade, é essencial para a construção de vínculos, reconhecimento das pessoas enquanto detentoras de seus direitos e suporte anti-estigma. Demolir barreiras que impedem estas pessoas de acessar os serviços, não apenas os de saúde, é um dos caminhos para distanciá-las da discriminação.

É basilar remodelar as características dos serviços de saúde, quebrando barreiras que limitam o acesso dessas pessoas aos espaços sociais, sendo premente a construção de recursos materiais e sociais, através de um atendimento singularizado e

integral, baseado na clínica ampliada e na reabilitação psicossocial, que edifiquem a inclusão social através da oferta de novas perspectivas de vida no meio social e no próprio serviço de saúde (Barbosa *et al.* 2017; OMS, 2022)

Os discursos de Myra Estrin Levine e Afaf I. Meleis trazem a estigmatização da loucura de forma evidente, na qual apresenta-se uma postura amedrontada frente ao indivíduo com sofrimento psíquico e a objeção do convívio entre homens e mulheres no cotidiano da casa.

Eu, a primeira vez que eu fui, pra te ser sincera eu fiquei meio com receio na questão dos homens sabe? Porque eu lembro que agente foi fazer vacina e ai tem um que ficava num quarto sozinho, ai falou ... este aqui é mais agressivo, ele quase não sai do quarto, então ele veio descendo, ele era grande e assim, eu ficava abismada porque eu não tenho tanta experiência em saúde mental sabe ... então, a gente, dá um pouco de medo daquilo que a gente desconhece, eu não sei como lidar muitas vezes, abordar em certas situações, então dá um pouco de insegurança. Ele ia chegando, aquilo ia me dando um nervoso, eu ia ficando atrás da medica, da técnica e com medo dele me bater, menina, e parece que é incrível, toda vez que eles vêm aqui eles ficam querendo passar a mão, os homens, então fica assim querendo me passar a mão, um ficava me chamando de Xuxa, ai eu fico meio assim travada (Myra Estrin Levine).

E agora a gente tá com uma novidade aqui. Então olha só, deixa eu só te conta ... olha só como que tá aqui agora. A novidade que eu quero te passar aqui que agora eles colocaram um homem lá também ... não tinha quando eu fiz a visita era só mulheres. E agora colocou esse homem ... e até a agente de saúde, que cuida de lá, certo? Ela ficou assim, nossa, mas pode assim, será que num num pode assim ter eh ficapensando assim, comé que vai ser a a ... pode, pode surgir um namoro aí, sabe? Eh então assim, agora é saber como está sendo essa essa convivência eh, mista agora, né? Que antes sim, antes era exclusivamente de mulheres, aí agora surgiu um homem ali eh não sei como tá sendo o controle e essa convivência, sabe? (Afaf I. Meleis).

As circunstâncias pelas quais um indivíduo ou tribo sofrem estigmatização podem se dar por várias razões e formas distintas, porém soarão do mesmo modo, ocasionando a exclusão social, a concepção de inferioridade, anormalidade e distinção. Atitudes estigmatizantes são produtos sociais que penetram em culturas e contextos distintos, atingindo familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde, fazendo-se necessária a ruptura destes comportamentos (Gerbaldo *et al.*, 2018; Ferreira, 2020; OMS, 2022).

Garantir a circulação livre do sujeito com sofrimento psíquico no território é movimento de inclusão social, geradora de autonomia e confiança, porém, pode provocar desconforto tanto para a comunidade, quanto para os profissionais de saúde. Muitas vezes, estabelece-se, junto ao indivíduo, acordos relativos à sua circulação, estabelecendo-se regras comportamentais nas quais hábitos que seriam normais a todos são interpretados como incomuns se realizados por pessoas com transtornos mentais, esculpida novamente a estigmatização (Barbosa *et al.* 2017; OMS, 2022).

O estigma que perpassa os sujeitos com transtornos mentais é algo já enraizado e natural em nossa cultura, tomando-se, por vezes, irrelevante ou imperceptível, porém não se atentar a isto, caracterizando estes sujeitos como perigosos, reduzindo-os à sua doença, é fator crucial para o isolamento destas pessoas. É medular atentar que a inserção na comunidade não é suficiente para a construção da inclusão social, visto que, para este intuito, o sujeito com sofrimento psíquico deverá se reconstruir frente as oportunidades, de forma significativa, edificando, consistentemente, sua identidade social (Barbosa *et al.*; 2017; OMS, 2022).

Intensificar as ações de saúde mental na atenção básica com a realização da visita domiciliar aos SRT's, através de abordagens que promovam, recuperem e protejam a saúde das pessoas que ali residem, numa cogestão com os moradores e os serviços que apoiam o cuidado dos SRT's é substancial. Isto posto, é preciso que os(as) enfermeiros(as) compreendam que estes moradores são sujeitos que possuem em sua singularidade uma história de vida, fazendo-se relevante reconhecer os posicionamentos, limites e possibilidades de cada morador, a fim de os apoiar na construção de novos projetos de vida, por meio da inclusão social.

Para tanto, os(as) enfermeiros(as) precisam se preparar tecnologicamente, psicologicamente e emocionalmente para atenderem pessoas com sofrimento psíquico, objetivando maior confiança frente a estas demandas, alcançando um cuidado integrado e universal à saúde destas pessoas, capaz de aumentar o acesso delas em todos os espaços da comunidade, viabilizando, portanto, a redução da estigmatização (Gerbaldo *et al.*, 2018; Ferreira, 2020; OMS, 2022).

No contexto desta categoria, é preciso refletir sobre a importância de se desfazer de ideias contaminantes e que estão enraizadas em nossos pensamentos e comportamentos, não se prendendo a opiniões publicadas, já pré-estabelecidas. O julgamento acerca deste cotidiano não é devido visto que, ao considerarmos o pensamento pós-moderno, o ser humano não deve ser analisado individualmente, já que, por pertencer a uma tribo, seu imaginário se resulta de um corpo social que repercute na sua própria maneira de estar no mundo. Para que os sujeitos com sofrimento psíquico ocupem um novo espaço no imaginário societal, é imprescindível que se desconstruam todos os paradigmas que circundam estas pessoas, colocando-as como formantes da sociedade (Maffesoli, 1995; Maffesoli, 2010a).

4. Considerações Finais

Ao refletir sobre este estudo, foi perceptível a deficiência existente no processo de trabalho dos enfermeiros (as) que atuam na ESF acerca das visitas domiciliares aos SRT's, posto que as questões culturais que circundam as pessoas com transtornos mentais ainda influenciam o provisionamento de um cuidado pautado na reabilitação e inclusão social.

A formação acadêmica inclinada para o ensino biologicista, centrado em tecnologias duras e leve - duras interfere igualmente no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, pois, quando a academia subtrai a relevância do cuidado prestado por meio de tecnologias leves, introduz no mercado de trabalho profissionais despreparados para prática de uma assistência subjetiva e integral.

Mesmo após vinte anos do início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos deparamos com questões que violam e desumanizam as pessoas com transtornos mentais, destacando, neste estudo, os moradores dos SRT's. Os paradigmas que perpassam estas pessoas e as estigmatizam refletem diretamente em seu processo de inclusão social, percepção de suas singularidades e respeito à sua capacidade de alcançar melhores condições de vida mediante a transfiguração das relações sociais estabelecidas no "aqui e agora", no cotidiano da vida.

Para mudança deste cenário, torna-se necessário a produção de diálogos entre profissionais, sociedade civil, meio acadêmico, comunidade, usuários e familiares no enalço de enfrentamento da estigmatização da loucura, efetivação de direitos básicos das pessoas com transtorno mental, avanço e maior articulação das redes de apoio e atenção psicossocial e construção de estratégias que englobem a constância de educação permanente e continuada aos profissionais que atuam com saúde mental.

Limitações do estudo

Uma das limitações deste estudo encontra-se no fato de o município onde o estudo foi realizado possuir poucos SRT's inseridos em bairros com assistência da ESF. Outra limitação foi o número reduzido de enfermeiros(as) que atendessem ao critério de inclusão.

Referências

- Acebal, J. S., Barbosa, G. C., Domingos, T. D. S., Bocchi, S. C. M., & Paiva, A. T. U. (2021). O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. *Saúde em Debate*, 44, 1120-1133.
- Alencar, A. de Batista, de Lima Carvalho, C. M., Marques Araújo, M. Â., Ximenes Guimarães, J. M., & Chaves Costa, E. (2022). Concepções e práticas sobre percurso da formação em saúde mental do enfermeiro. *Journal of Nursing & Health*, 12(1).

- Alves, R. D. O. (2018). *Vivência em uma equipe de saúde da família no cuidado em Atenção Domiciliar: o olhar de uma enfermeira*. [Trabalho de Conclusão de Residência, Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz da Bahia].
- Amaral, E. T. R., & Seide, M. S. *Nomes próprios de pessoa: introdução à antropônimo brasileira*. Blucher, 2020.
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 210-219.
- Barbosa, V. F. B., Lima, C. G., de Souza Simões, J. P., de Moura Pedroza, R., & de Mello, M. G. (2017). Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 14(26), 119-132.
- Bornstein, M. H., Jager, J., & Putnick, D. L. (2013). Sampling in developmental science: Situations, shortcomings, solutions, and standards. *Developmental review*, 33(4), 357-370.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, 150(112). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004) *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.
- Bressan, V. R., & Marcolan, J. F. (2016). O desvelar de violações dos direitos humanos em serviços residenciais terapêuticos. *Psicologia em Estudo*, 21(1), 149-160.
- Carlomagno, M. C., & da Rocha, L. C. (2016). Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, 7(1).
- Conceição, A da Silva., da Silva Santana, E., Barbosa, M. D., da Hora, N. M., dos Santos, J. B., da Paz, M. J. J., & Silva, T. O. (2019). Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (20), e441-e441.
- Ferreira, M. S. (2020). Combater o estigma associado ao sofrimento psíquico: um relato de experiência da educação profissional em saúde. *Temas em Educação e Saúde*, 16(1), 187-200.
- Ferreira, C. D. S., & Ferreira, C. B. (2022). Residência terapêutica: permanências e rupturas nas práticas de trabalho. *Psicologia em Estudo*, 27.
- Gabbay, M. M. (2019). Transfiguração e Sexualidade: a herança “suja” de Michel Maffesoli para os estudos do cotidiano. *Revista Mídia e Cotidiano*, 13(2), 89-108.
- Geovanini, T., Moreira, A., Dornelles, S., & Machado, W. C. A. (2018). *História da enfermagem: versões e interpretações*. Thieme Revinter Publicações LTDA.
- Geraldo, T. B., Arruda, A. T., Horta, B. L., & Garnelo, L. (2018). Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16, 1079-1094.
- Governo do Estado de São Paulo. *Políticas de Saúde Mental*. (2013). São Paulo, 2013. https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_mio_lo_site.pdf
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos*. (7a ed.).
- Gusmão, R. O. M., Viana, T. M., de Araújo, D. D., Jaqueline, D., & da Silva Junior, R. F. (2022). Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Journal of Health & Biological Sciences*, 10(1), 1-6.
- Jacó, A. P., Clímaco, G. F. S., Silva Filho, A. C. S., Silva, A. V. C. G., Fonseca, L. B., Batista, S. L., Baptista, L. F., Silva, N. R. V., Oliveira, C. B. S., & Seixas, C. M. (2023). Reserva do possível e o acesso à saúde no Brasil. *Research, Society and Development*, 12(8).
- Leonardi, F. G. (2018). Visitas domiciliares: Desafio à atenção básica e saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 10(26), 01-18.
- Maffesoli, M. (1995). *A contemplação do mundo*. Ed. Artes e Ofícios.
- Maffesoli, M. (2003). *O retorno do trágico nas sociedades pós-modernas*. Ed. Zouk.
- Maffesoli, M. (2007). *O ritmo da vida*. Ed. Record.
- Maffesoli, M. (2008). *Elogio da Razão Sensível*. Ed. Vozes.
- Maffesoli, M. (2010a). *Apocalipse: opinião pública e opinião publicada*. ED. Sulina.
- Maffesoli, M. (2010b). *No fundo das aparências*. Ed. Vozes.
- Minayo, M. C. D. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. In *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (pp. 269-269).

- Morais, A. P. P., Guimarães, J. M. X., Alves, L. V. C., & Monteiro, A. R. M. (2021). Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1163-1172.
- Mota, C. P., Pereira, B. G., Silva, J. L. M., Dias Filho, J. C., Siqueira, I. L., Bento, R. C., & Lima, A. Y. G. (2022). Adolescer com deficiência física: uma perspectiva sociocultural diante da promoção da saúde. *Research, Society and Development*, 11(4).
- Napoleão, F. M., Bezerra, M. T., Xavier, M. M., Souza, B. H. O., Júnior, P. C. A., Chevitarese, L., & Ney, M. S. (2023). Projeto terapêutico singular como ferramenta de abordagem familiar durante a visita domiciliar. *Research, Society and Development*, 12(8).
- Naue, L. A. V., & Santos Carvalho, I. (2021). Como você quer ser chamado? Questões acerca do nome próprio na análise. *Cadernos de psicanálise*, 177-190.
- Nitschke, R. G., Tholl, A. D., Potrich, T., Silva, K. M., Michelin, S. R., & Laureano, D. D. (2017). Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26, e3230017.
- Neto, P. M. R., Avellar, L. Z., & Tristão, K. G. (2017). Convivência social com moradores de residências terapêuticas. *Psicologia & Sociedade*, 29, e152335.
- Nóbrega, M. D. P. S. D. S., Venzel, C. M. M., Sales, E. S. D., & Próspero, A. C. (2020). Ensino de Enfermagem em Saúde Mental no Brasil: perspectivas para a atenção primária à saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29.
- Oliveira, S. G., Kruse, M. H. L., Cicoella, D. D. A., & Velleda, K. L. (2018). Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica. *Rev. urug. enferm.*; 13 (1).
- OMS. Organização Mundial de Saúde. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Genebra. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>.
- Rocha, M. A., Barbosa, A. V. R., Franco, L. M. A., Vieira, C. P. O., Queiroz, P. S. S., Matalobos, A. R. L., Teixeira, C. A. B., Godoy, J. S. R., & Moreira, M. H. (2022). Visita domiciliar e a importância da equipe multidisciplinar no sistema único de saúde: relato de experiência. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3.
- Silva, J. V. D. S., Macêdo, A. C. D., Nascimento, Y. C. M. L., Silva, A. D., Barros, A. C., & Santos, R. A. D. (2021). Caminhos históricos da formação do enfermeiro no campo da saúde mental no Brasil. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*, a1-a1.
- Silva, M. L. S., Martins, G. D. C. S., de Almeida Peres, M. A., & de Almeida Filho, A. J. (2013). A enfermagem na rede de apoio às residências terapêuticas para moradores com transtorno mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 143-151.
- Silva, G. A. D., Cardoso, A. J. C., Bessoni, E., Peixoto, A. D. C., Rudá, C., Silva, D. V. D., & Branco, S. M. D. J. (2022). Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 101-110.
- Silva, P. M. D. C., Costa, N. F. D., Barros, D. R. R. E., Silva Júnior, J. A. D., Silva, J. R. L. D., & Brito, T. D. S. (2019). Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Revista Cuidarte*, 10(1).
- Siqueira, L. D. E., Reticena, K. D. O., Nascimento, L. H. D., Abreu, F. C. P. D., & Fracolli, L. A. (2019). Estratégias de avaliação da visita domiciliar: uma revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, 584-591.