

CONHECENDO OS CUIDADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Pedro Machado Ribeiro Neto

Psicólogo, Mestre em Psicologia e Doutorando em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES. Rua Doutor Pedro Feu Rosa, nº 34, aptº 501, CEP: 29060-730. Jardim da Penha, Vitória-Espírito Santo, telefones: (27) 3325-6856/(27) 9272-0269, e-mail: mrn.pedro@gmail.com

Luziane Zacché Avellar

Professora, Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi vivenciar a realidade do trabalho dos cuidadores de uma residência terapêutica (SRT), visando conhecer esta categoria e contribuir para discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com seus cuidadores e observação participante. Os cuidadores atuavam em serviços basicamente comuns, sem um nível maior de complexidade e relação com a área da saúde. Eles relataram que apesar de não terem tido nenhuma formação profissional no campo da saúde se sentem preparados para o serviço. Eles aprendem a lidar com as situações no dia-a-dia, principalmente com as quais se mostraram mais preocupados. Constatou-se que é necessário maior conhecimento das formas de cuidado praticadas pelos trabalhadores e que é imprescindível discutir o nível de atenção dispensada aos cuidadores.

Palavras-chave:

Saúde mental; reinserção social; portador de transtorno mental; desinstitucionalização; residência terapêutica; cuidador em saúde.

1. INTRODUÇÃO

O modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde mental no Brasil vem sofrendo mudanças nos últimos 20 anos, influenciadas por um movimento mundial que questiona a prática de exclusão do louco, motivando a criação de serviços que substituam o hospital psiquiátrico como único modo de atenção.

Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico começaram a ser implantados no País no final da década de 1980 e se consolidaram durante os anos de 1990, através de experiências como as moradias assistidas ou lares abrigados, que, posteriormente, vieram a ser denominadas, pela Portaria nº 106/2000, de Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental (SRT), conferindo alternativas para os moradores dos hospitais psiquiátricos (KODA, 2003; BRASIL, 2004; WEYLER; FERNANDES, 2005).

A Portaria nº 106/2000 institui o Serviço Residencial Terapêutico como moradias assistidas, inseridas de preferência na comunidade, com objetivos de reinserção social, resgate da cidadania e autonomia dos moradores de longa data dos hospitais psiquiátricos, que não possuam suporte social e vínculos familiares, ou que, por outra razão, necessitem do serviço.

Conforme a Portaria, o SRT é um serviço com característica de uma moradia ou casa, visando a inserção social de seus moradores, sendo uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Neste contexto, a pessoa há longo tempo internada em hospitais psiquiátricos desfrutará de alta hospitalar e da possibilidade de continuidade do cuidado no âmbito do SRT, que deverá estar integrado à rede articulada de serviços do SUS.

Em seu portal eletrônico (disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>), o Ministério da Saúde declara que um dos desafios para as políticas de saúde mental no País é consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária, visando a promoção da reintegração social e cidadania:

Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatorios, bem como com Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (BRASIL, [s.d.]).

Assim, o SRT deve funcionar como um ponto nessa rede que, se desconectado, pode por em risco todo o trabalho nos dispositivos residenciais e nos demais serviços de saúde. Por isso, é importante a conexão entre os serviços que propõem substituir o hospital psiquiátrico para a maior eficácia do processo de reestruturação da atenção à saúde mental e, conseqüentemente, para o aperfeiçoamento do SRT.

No entanto, apenas a transferência dos moradores dos hospitais psiquiátricos para os novos serviços não garante a desinstitucionalização, pois não é a mudança de espaço físico que permite a maior eficácia do processo de desinstitucionalização da loucura, mas a transformação da lógica manicomial (AMARANTE, 1995; KODA, 2003; DIMENSTEIN, 2006; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Como o SRT é um serviço de saúde com características de uma casa, os trabalhadores têm a função inédita e distinta da atribuição de um funcionário de uma casa de família ou de uma enfermaria hospitalar, por exemplo. Além disso, a atuação do profissional no SRT influencia a apropriação da casa por parte dos moradores e, conseqüentemente, o favorecimento de sua autonomia (BRASIL, 2004; WEYLER; FERNANDES, 2005; FURTADO, 2006).

Com a inserção dos moradores no SRT, os trabalhadores não podem ser considerados os únicos responsáveis pelo andamento e pela eficácia do serviço, mas sim peças importantes no processo da substituição do manicômio por dispositivos que realmente não reproduzam práticas manicomiais. Mas quem são os trabalhadores das residências terapêuticas? Eles estão preparados para as novas exigências que se fazem no cotidiano do serviço e na atenção à saúde mental? Como descrevem suas funções e quais suas concepções sobre seu trabalho?

Não foram encontradas referências na Portaria nº 106/2000 sobre o trabalhador da casa e seu grau de qualificação. Ela apenas discorre sobre a equipe técnica do serviço ambulatorial de referência e que cabe ao SRT garantir assistência, suporte e promover a reinserção dos “portadores de transtornos mentais” com grave dependência institucional à vida comunitária.

Uma segunda portaria relacionada ao SRT, a Portaria nº 1.220/2000, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a criação do SRT, regulamenta a Portaria nº 106/2000 e estabelece a criação da atividade profissional “Cuidador em saúde”, que se refere ao cuidador das residências terapêuticas. Porém, não discorre de modo aprofundado sobre quem é esse profissional e seu grau de qualificação. No entanto, estabelece ao cuidador da residência terapêutica, em conjunto com a equipe profissional do SRT, a realização de:

Atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social (BRASIL, 2000).

Mas estarão os cuidadores preparados para a realização desse conjunto de atividades estabelecido pelo Ministério da Saúde, habilitados para o favorecimento da autonomia dos moradores? E quem são esses cuidadores? Como se sentem diante de tais atribuições? Sentem-se preparados? Como se sentem trabalhando no SRT?

Os cuidadores do SRT deverão saber dosar o cuidado direcionado aos moradores a fim de potencializar sua autonomia. O trabalho nas casas exige a realização de atividades que ultrapassam os limites de sua formação inicial, como auxiliar em tarefas domésticas, na apropriação do dinheiro e em atividades administrativas da casa, o que requer dos trabalhadores a criação de “novas maneiras de cuidar” (BRASIL, 2004). Mas estarão os cuidadores preparados para estas novas maneiras de cuidar? E que maneiras são estas?

Para responder essas questões realizou-se este estudo, cujos objetivos foram conhecer os cuidadores de um Serviço Residencial Terapêutico e seu cotidiano de trabalho; caracterizar os trabalhadores (idade, qualificação, experiência profissional anterior à entrada no SRT e tempo de serviço na área); descrever suas principais atividades no serviço; conhecer suas concepções sobre seu cotidiano de trabalho, sobre os moradores e a comunidade; e investigar como os cuidadores se sentem, trabalhando no SRT, e se eles se consideram preparados para atuar no serviço.

Buscou-se realizar uma aproximação da realidade de trabalho desses profissionais, visando contribuir com as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura. Constatou-se na revisão da literatura uma escassez de trabalhos que focalizam os profissionais desses serviços, o que justifica a realização de um estudo com esta população.

2. MÉTODO

Optou-se pela abordagem qualitativa, por entender que ela melhor se aplicaria aos objetivos propostos. Participaram do estudo seis cuidadores de uma residência terapêutica do Estado do Espírito Santo. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante. As entrevistas foram feitas no SRT onde trabalham os participantes da pesquisa, em dia e hora estabelecidos em comum acordo, individualmente com cada participante, cuja duração média foi de 50 minutos. As entrevistas, realizadas em espaços da casa escolhidos pelos próprios cuidadores, foram gravadas e transcritas em sua íntegra. As observações de campo ocorreram no mesmo dia das entrevistas. Os cuidadores autorizaram sua participação na pesquisa mediante assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido, como prevê o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 196/96. Atendendo às normas éticas de pesquisa com seres humanos, o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizada a “Análise de Conteúdo” do material coletado, tendo sido priorizado o uso de uma de suas categorias, a “análise temática”. Para Minayo (2004), a análise temática é uma das formas mais adequadas da investigação qualitativa do material em saúde: “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (p. 209). Um tema, segundo a autora, é de um conjunto de relações que pode ser expresso graficamente por uma palavra, uma frase ou um resumo:

A análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2004, p. 209).

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos pelas análises das entrevistas e pelas observações de campo serão apresentados sob a forma de tópicos. Os participantes da pesquisa serão denominados 'cuidadores' e também 'plantonistas', pois em alguns momentos da descrição dos resultados foi necessária a distinção entre os cuidadores do plantão diurno e do noturno, devido à diferença entre a experiência profissional exercida anteriormente à sua inserção no SRT e também às especificidades de cada turno. Optou-se por utilizar os termos no masculino, para preservar o anonimato dos participantes.

3.1. Descrição da residência terapêutica

O SRT em questão foi inaugurado em 2006 e localiza-se em um bairro residencial, onde se encontram outras três residências terapêuticas. É uma casa ampla com três quartos, duas suítes, banheiro social, sala, copa, cozinha e terraço com área de serviço. É ventilada, espaçosa, com móveis adquiridos recentemente e cômodos confortáveis. Possui ampla varanda, que dá acesso à entrada. Próximo à casa há escolas, igrejas, bares, padarias, praças e um CAPS. Dista cerca de 20 minutos de caminhada e aproximadamente 30 minutos de ônibus do centro da capital.

3.2. Caracterização dos participantes e funcionamento do serviço

Os cuidadores possuem idade entre 28 e 49 anos, sendo cinco do gênero feminino e um masculino. O funcionamento do serviço é dividido em plantões de 12/36 horas. Dos seis participantes do estudo, quatro atuam no plantão diurno, em regime de duplas, e dois se revezam à noite, quando um cuidador por turno permanece na casa.

Os dois plantonistas noturnos, anteriormente à sua inserção no SRT, trabalhavam no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (HAB). Possuem histórico de 13 e 28 anos de serviço no hospital, no setor de alimentação e na parte técnica administrativa, e experiência no SRT de dois meses e três anos, respectivamente. Ressaltamos que os cuidadores do plantão noturno não trabalhavam nas enfermarias do hospital. Os moradores do SRT são ex-internos de longa data daquela instituição, que fica anexo ao CAPS e a poucos quilômetros da residência terapêutica.

Ao contrário dos trabalhadores do turno da noite que eram funcionários do HAB, os cuidadores do plantão diurno foram contratados de duas empresas terceirizadas: uma especializada em serviços gerais e outra do ramo de alimentação, localizadas no mesmo município do SRT. Os cuidadores do plantão diurno são provenientes de três ramos profissionais: comércio (balconista de loja), confecção de alimentos (salgadeira) e serviços caracteristicamente domésticos (cuidado de criança e faxina).

Em resumo, em cada plantão diurno atuam um funcionário da firma de limpeza e outro da empresa de alimentação, e à noite um trabalhador proveniente do hospital permanece na casa. Apenas um participante respondeu possuir algum tipo de formação superior, um curso técnico em Nutrição.

3.3. Como souberam do trabalho e porque aceitaram

Os plantonistas noturnos possuíam noção sobre as casas, pelo fato de trabalharem no HAB e ouvirem de outros profissionais sobre o serviço. Um foi convidado pela coordenação do SRT, enquanto outro trabalhava no período matutino no HAB e precisou ir para o plantão noturno, em função de ter conseguido um outro emprego na área de sua formação técnica, e foi transferido para o SRT.

Dos quatro plantonistas diurnos, apenas um havia ouvido falar sobre as residências terapêuticas antes de sua inserção no SRT, e três passaram a conhecê-lo no contato com as respectivas empresas. Dois aceitaram porque estavam precisando de emprego, um aceitou por achar diferente e interessante, e outro participante do plantão diurno alegou ter aceitado por ser um serviço seguro

financeiramente, no sentido de ter carteira assinada, ao passo que em serviços de limpeza doméstica (faxina) não sabe ao certo quando vai ter demanda para trabalhar.

3.4. Principais diferenças entre o serviço exercido anteriormente e o trabalho no SRT

Três participantes afirmaram que atuar no SRT é bem diferente dos trabalhos anteriores no comércio, na limpeza doméstica e na confecção de alimentos. Já outro cuidador que trabalha durante o dia alegou não perceber tanta diferença entre seu trabalho anterior de cuidador de criança e o SRT. Os dois plantonistas noturnos não veem diferença significativa entre o trabalho no HAB e nas residências terapêuticas.

3.5. Sentimentos sobre o trabalho no SRT

Todos os participantes relataram que se sentem bem no serviço residencial, expressando tranquilidade e satisfação. No entanto, três participantes citaram episódios que denominaram de “crise” de um dos moradores: “quando acontece, estraga o dia da gente, a gente fica nervoso, perde até a fome... a gente fica apavorado!” (participante 3).

3.6. Preparação para atuar no SRT

Dois plantonistas diurnos e um noturno consideraram-se preparados, no entanto os outros três alegaram que não se sentem totalmente preparados. A maior parte, antes de sua inserção no SRT, teve experiência de um ou dois dias em uma das residências terapêuticas “como treinamento, aprendizado, para não entrar sem saber fazer nada” (participante 1). Os outros relataram que não receberam nenhum tipo de preparo ou treinamento para o serviço: “a gente não estudou pra esse tipo de coisa, não tivemos nenhum curso pra preparar a gente, se tivesse um treinamento pra melhorar um pouco, pra lidar com eles, seria bom!” (participante 3).

3.7. Principais atividades realizadas pelos cuidadores

Os trabalhadores vinculados à empresa de alimentação são responsáveis pelo preparo da comida e pela limpeza das roupas dos moradores. Já os cuidadores procedentes da firma de serviços gerais são responsáveis pela organização da casa. No que se refere à alimentação, cabe aos plantonistas noturnos preparar o café pela manhã e servir o jantar à noite aos moradores.

Sobre suas atividades na casa, o participante 1 ensina os moradores a comer e a beber, destacando que “é como se fosse criança, têm que ensinar tudo aos poucos”, e afirmou que cuidar dos “meninos” é tarefa de ambos os cuidadores. Outras atividades relatadas pelos participantes consistem em dar medicação e cigarro em seus devidos horários. Apenas um cuidador não se referiu à medicação, quando perguntado sobre o que faz na casa.

A “crise” de um dos moradores foi destacada por três participantes, assim como suas ações para lidar com a questão: o participante 1 passa a medicação e conversa com o morador “até que ele melhore!”. Já o participante 4, após dar a medicação, acompanha o morador à rua, permanecendo com ele na calçada da residência terapêutica, modo de intervenção que aprendeu ao observar um cuidador de outro plantão.

Por sua vez, o participante 3 revelou uma situação conflituosa entre um morador da residência terapêutica e um vendedor de churrasquinho da região e afirmou que, neste caso, o que ele pôde fazer foi proibir o morador de sair de casa. A contenção no serviço, de acordo com o participante 3, foi também uma forma de proteção do morador adiante da possibilidade do comerciante agir de forma prejudicial à sua integridade, tendo em vista que o morador foi ameaçado de agressão pelo vendedor.

3.8. Concepções sobre os moradores do SRT e suas relações na comunidade

A maioria dos participantes destacou que cada morador vai reagir de uma determinada forma em suas relações sociais e que alguns podem se sair melhor do que outros no trato com a comunidade. Em geral, houve quem respondesse que as interações entre moradores e comunidade são positivas,

como, igualmente, houve participantes que alegaram o contrário. O participante 1 destacou como exemplo positivo o fato de os moradores já serem conhecidos pelo nome por alguns habitantes e comerciantes da região. Porém, o participante 6 relatou que não é uma relação positiva: “há descaso, desrespeito (...), não vejo uma aceitação da comunidade não”.

3.9. Concepções sobre os moradores e suas relações no SRT

Na visão dos participantes, os moradores se relacionam bem e estabelecem interações positivas entre si, apesar de certa possibilidade de pequenos conflitos entre os próprios moradores da residência. Na eminência de algum comportamento mais “agressivo” por parte de algum morador, o participante 6 o adverte sobre a possibilidade de amarrá-lo com tiras do lençol, na finalidade de obter controle da situação:

Agora, se eu ver (sic) que vai acontecer, já aviso antes: ‘ó, vou amarrar’, e aí amarro mesmo! Só precisar. (...) Eu já avisei, eu pego o meu lençol ali e tiro uns pedaços, tiro umas tiras, hein? Aí ó, ó, tudo bonitinho (participante 6).

3.10. Concepções sobre a comunidade e suas interações com os moradores do SRT

Para os participantes, parte dos habitantes do bairro se relaciona bem com os moradores do SRT e outra parte da vizinhança não demonstra tanto afeto e proximidade. O participante 2 assegurou que os moradores do SRT se dão bem com todos os habitantes da vizinhança, porém declarou que alguns destes ainda demonstram resistências em se aproximar e interagir com os moradores: “algumas pessoas têm preconceito, isso não vai acabar nunca!”. Neste encalço, o participante 1 destacou que mesmo que algumas pessoas se aproximem, conversem e até brinquem com os moradores, a maioria mantém um comportamento de hesitação, com medo de se aproximar: “é a comunidade que não está preparada para receber eles ainda”.

3.11. O que os participantes acham que poderia ser feito para aprimorar o SRT

Cinco participantes destacaram a ampliação das atividades e circulação dos moradores pela cidade, e um ressaltou a realização de curso preparatório como possibilidades para o aperfeiçoamento do serviço. Três participantes destacaram a importância da prática dos moradores em pegar ônibus para, entre outras coisas, “saber ir e voltar” (participante 4), e outros três cuidadores ressaltaram o trabalho de acompanhamento terapêutico desenvolvido por estagiários.

4. DISCUSSÃO

Os cuidadores do SRT pesquisado não possuem relação mais direta com a atenção à saúde (exceto pelos plantonistas noturnos) e conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, pelo fato de sua experiência de trabalho ser distinta da atenção à saúde.

Para Figueiredo e Frare (2008), a não especialização dos cuidadores, tal como observado nesta pesquisa, é uma tentativa de evitar a patologização de comportamentos dos moradores, buscando um olhar não técnico sobre a população dos serviços. Desta forma, os cuidadores “sabem que não sabem”, o que permite a construção coletiva de possibilidades de lidar com a particularidade do morador.

No entanto, mesmo se tratando de cuidadores não especialistas em saúde, observamos, em alguns momentos, os participantes infantilizando ou relacionando os moradores com doença ou deficiência mental, o que por um lado pode revelar a presença da ideologia manicomial, porém em uma configuração mais sutil. No entanto, para os participantes esses atributos não impossibilitariam os moradores de viver em comunidade e de gerirem a própria vida.

A primeira vez que os participantes mencionaram os comportamentos de “crise” de um morador, em especial, foi ao relatarem as diferenças entre seus trabalhos anteriores e o atual no serviço residencial. Ou seja, ficou demonstrado que em seus serviços anteriores ao SRT não precisavam se preocupar com as “crises” e que, ao contrário, agora têm que contornar a situação, mesmo sem ter aprendido previamente como.

Sobre essa questão, os autores destacam a falta de preparo e capacitação dos profissionais da atenção básica, principalmente dos serviços de Saúde Mental, para atuar nessa área, assim como ponderam sobre a insuficiência de treinamento de trabalhadores sem formação universitária atuantes nesse campo e sobre a escassez de informações de profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre questões políticas da área (PUGIN *et al.*, 1997; OLIVEIRA; ALESSI, 2003; DIMENSTEIN, 2006).

Os participantes deste estudo consideraram que não tiveram preparação, mas apesar disto se sentem preparados para o serviço. Para Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), um dos pontos negativos encontrados em algumas experiências de residências terapêuticas no Estado de Minas Gerais foi o despreparo de profissionais.

No entanto, mesmo sem preparo prévio, os cuidadores entrevistados neste estudo são os responsáveis imediatos pelos moradores da residência terapêutica e têm considerável importância em seu processo de reinserção social e exercício de sua cidadania.

Vidal *et al.* (2008) destacam a responsabilidade do cuidador em possibilitar que o morador tenha uma vida prática na comunidade, incentivando-o, por exemplo, a passear, a fazer compras, a ir ao médico e a andar de ônibus. Silva e Ewald (2006) também discorrem sobre a importância do morador circular pela cidade e se apropriar da utilização do transporte público.

Na visão dos cuidadores, os moradores parecem desenvolver interações positivas com a comunidade, do mesmo modo que existem relações conflituosas com comerciantes da região. Sobre essa questão, os autores alertam a respeito do risco de uma “inserção marginal”, que resulta em falsa aceitação positiva do morador na cidade, ou no seu isolamento em casa (ARAÚJO, 2004; WEYLER, 2006).

Constatou-se nesta pesquisa que alguns moradores são conhecidos pelo próprio nome e são queridos por habitantes da comunidade. Entretanto, algumas situações refletiram intolerância de comerciantes do bairro, ilustrada quando vendedores se dirigiram aos cuidadores para se queixarem de moradores, tendo um deles sido ameaçado de agressão. Foi função dos cuidadores se responsabilizar imediatamente pelo comportamento ‘inadequado’ dos moradores nos espaços sociais, lidando com a queixa e com a suposta ameaça de agressão. O cuidador, mesmo sem maior familiaridade com a atenção à saúde mental, é demandado a lidar com os conflitos que eventualmente possam surgir entre moradores e comunidade.

Conforme Vidal *et al.* (2008), a escassa receptividade da comunidade aos moradores tem relação com a falta de informação sobre o SRT e com o medo e preconceito em relação à loucura. E como pensar os cuidadores neste contexto? É certo que terão de lidar também com essas situações, por serem eles os responsáveis diretos pelos moradores, pois antes da questão conflituosa chegar aos seus superiores cabe aos cuidadores fazer as intervenções mais imediatas.

Figueiredo e Frare (2008) argumentam sobre a importância do cuidador na mediação entre o morador e seu contexto social e, nessa direção, Silva e Ewald (2006) destacam a necessidade de intervenções com a comunidade, visando uma real inserção dos moradores, para a consolidação de “um outro olhar e uma nova forma de conviver com a loucura”. Araújo e Andrade (2007) também discutem a questão da comunidade e ponderam que, mesmo com a sensação de bem-estar e tranquilidade que a palavra comunidade suscita, é preciso compreendê-la como ela se apresenta, isto é, com seus embates, seus conflitos e suas diferenças.

Como constatado nesta pesquisa, os participantes acreditam que parte da comunidade do entorno da residência terapêutica ainda apresenta resistência, preconceito e medo em relação aos moradores. Com isto, foi observado um consenso entre os participantes de que não é o morador que precisa aprender a viver em comunidade, mas esta é que não está preparada para conviver com os residentes do SRT. O foco, portanto, direcionou-se ao comportamento da sociedade em relação aos moradores, e não o contrário.

Diante dessas afirmações, podemos questionar como os cuidadores intervêm nessa questão da falta de preparo da comunidade em aceitar e conviver com os moradores do SRT. Nota-se que em situações que envolveram conflitos entre comerciantes e moradores, os participantes, de maneira geral, fizeram restrições sobre as saídas de moradores à rua como forma de resolução do embate, e até para resguardar a integridade destes. Ou seja, a intervenção nesse exemplo de ocorrência foi a proibição ao morador de sair de casa. Parece, então, haver um limite nessa função do cuidador em

intervir com a comunidade. Do mesmo modo, fica a questão sobre quais são suas possibilidades de intervenção nesse processo.

Nesse contexto, Moreira e Andrade (2007) afirmam que não se trata de adaptar a loucura à ordem social, pois o que se procura não é curar a loucura, mas possibilidades de expansão de vida, criação de novas formas de convivência. As autoras questionam o sentido de inserção social, pois a partir do momento em que se almeja “fazê-los viver de acordo com”, ou seja, a mera adaptação dos moradores à comunidade, o processo já está fadado ao fracasso. Para Borges e Baptista (2008), não se busca a cura da loucura, mas a promoção de saúde, que se dá na produção cotidiana de formas de vida.

E, como ressaltado, há certa limitação no trabalho do cuidador em sua intervenção junto à comunidade, situação que merece destaque, pois através da convivência dos moradores nos vários espaços do bairro e da cidade são possibilitadas trocas sociais, e assim são produzidas novas formas de existência (DIMENSTEIN, 2006). É vital, portanto, que os cuidadores busquem favorecer a circulação dos moradores, priorizem que estes frequentem os dispositivos oferecidos pelo lugar, o que implica também a responsabilização pelos moradores nos espaços urbanos.

Além de se responsabilizarem pelos moradores nos espaços sociais, os cuidadores também devem contornar as ocorrências dentro do serviço, como as “crises” de um dos moradores. Eles utilizam artifícios como dar um copo de água, encaminhar o morador à rua ou simplesmente deixar o morador quieto e esperar a “crise” passar, para contornar as ocorrências em que demonstraram suas principais preocupações, e para as quais não obtiveram instruções específicas.

Neste estudo, observou-se que os cuidadores têm de lidar com as reclamações de vizinhos e comerciantes e também com os conflitos entre os próprios moradores dentro da residência terapêutica. Alguns cuidadores sentem medo nos episódios de “crise”, mas mesmo sem preparação técnica ou emocional específica aprenderam como lidar com estas situações no dia a dia da residência e consideram-se capazes de lidar com o cotidiano do serviço. A aparente aflição inicial e a insegurança que relataram sentir sobre os primeiros momentos de sua atuação no serviço residencial cederam lugar à satisfação de atuar na casa.

Contudo, mesmo com a não especialização dos cuidadores, evitando assim o discurso que patologiza a loucura, a figura do “louco” ainda se manteve infantilizada e, de certo modo, entrelaçada à lógica manicomial. Amorim e Dimenstein (2009) argumentam sobre a necessidade de todos os envolvidos no processo de desinstitucionalização estarem atentos à presença dessas novas formas de captura, pois, do mesmo modo com que são criadas as novas maneiras de cuidar, podem surgir também outras formas menos perceptíveis de aprisionamento da loucura.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais conclusões obtidas nesta pesquisa foram que os cuidadores do SRT onde foi desenvolvido o estudo são pessoas com pouca familiaridade com as questões que envolvem o processo de desinstitucionalização da loucura, não possuem formação profissional na área da saúde e desenvolvem no próprio cotidiano de trabalho parte das estratégias que utilizam no dia-a-dia de seu serviço. Em geral, aceitaram o trabalho por questões pessoais, com poucas informações sobre as tarefas que teriam que desempenhar.

Constatou-se que as maiores preocupações referentes ao cotidiano de seu trabalho foram sobre as reclamações de comerciantes em relação aos moradores, e também sobre saber agir nos episódios de “crise”, uma vez que, aparentemente, não obtiveram orientações direcionadas para intervir especificamente nesses eventos. Apesar disto, sentem-se preparados para o serviço, mesmo considerando não ter recebido nenhum tipo de preparo prévio.

Pela delicadeza das questões com as quais os cuidadores lidam, é importante que obtenham, primeiramente, informações essenciais sobre os moradores do serviço residencial e sobre as questões que envolvem a transformação da atenção à saúde mental.

Visando o aprimoramento do serviço, destaca-se aqui a necessidade de os cuidadores conduzirem o dia-a-dia no SRT, priorizando o cuidado que, em princípio, possibilite a expansão dos encontros sociais dos moradores com a comunidade ou dentro do próprio serviço, para que tanto os

moradores quanto os cuidadores possam construir coletivamente, na pluralidade das interações cotidianas, novas formas de (se) cuidar.

No intuito de que o SRT pesquisado não se transforme em local onde se exerçam formas mais sutis de clausura, colocando em risco o andamento do serviço, sugerimos que os cuidadores obtenham maior envolvimento com a questão, pois o lugar profissional que ocupam requer ação constante contra a ideologia manicomial, manifestada em concepções, discursos e também em práticas de cuidado.

Através de dados deste estudo, constata-se a existência de certo distanciamento entre os gestores do SRT e os cuidadores da residência terapêutica. Parece que há uma lacuna, uma vez que os cuidadores encontram-se parcialmente isolados de certas questões e têm de lidar de imediato com uma gama considerável de ocorrências no cotidiano de trabalho.

Essa situação merece destaque, pois no momento em que se discute a criação de uma rede de serviços como estratégia de substituição ao modelo hospitalocêntrico de atenção, parecem raras as ocasiões em que há o compartilhamento de experiências entre os personagens envolvidos, e escassos os questionamentos sobre esse parcial isolamento dos cuidadores nesse processo.

Sugere-se a criação de espaços onde possam ser discutidas com os cuidadores e moradores questões como o cuidado à saúde, à loucura, entre outras, para que os profissionais dos serviços residenciais tenham um suporte consideravelmente mais abrangente para a condução de seu ofício.

Neste âmbito, além de indagar sobre que formas de cuidado estão sendo praticadas pelos trabalhadores de residências terapêuticas em relação aos moradores, concluímos ser imprescindível que se discuta também o nível de atenção dispensada aos cuidadores. No entanto, vale afirmar que os resultados encontrados nesta pesquisa não devem ser generalizados, o que não exclui a necessidade de ampliar a discussão sobre a prática dos cuidadores nos SRTs.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos. O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 11, p. 491-494, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2009.

AMORIM, Ana Karenina; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto dos serviços residenciais terapêuticos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 11, p. 195- 204, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100025&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 3 Ago. 2009.

ARAÚJO, Alessandra. *Serviços residenciais terapêuticos em Saúde Mental: um estudo etnográfico sobre as moradias de Campinas-SP*. 2004. 218 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 2, v. 24, p. 456-468, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem? In: FURTADO, Juarez P. (Org.). *Série F. Comunicação e Educação em Saúde*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha%20de%20residenciais.pdf>>. Acesso em: 12 Out. 2009.

BRASIL. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS.

BRASIL. Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. Criação do serviço residencial terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional cuidador em saúde, o grupo de procedimentos Acompanhamento de Pacientes e o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos, o procedimento Residência Terapêutica em Saúde Mental, dentre outros.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, Barbacena, n. 6, v. 4, 2006. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1679-44272006000100007&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 7 Abr. 2009.

KODA, Mirna. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, Paulo. (Org). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 67-87.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; FRARE, Ana Paola. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, n. 1, v. 11, 2008, p. 82-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 6 Fev. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ANDRADE, Ângela Nobre. Habitar a cidade: análise de serviço residencial terapêutico. *Psicologia e Sociedade*, n. 3, v. 19, p. 46-54, 2007, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 3 Set. 2009.

OLIVEIRA, Alice Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em Saúde Mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, n. 3, v. 11, p. 333-340, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 Mar. 2009.

PUGIN, Valéria; BARBÉRIO, Yolanda; FILIZOLA, Carmem Lúcia. A concepção de loucura e seu tratamento entre trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço de nível secundário de atenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, 1997, p. 59-68. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea08.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2009.

SILVA, Camila Mariani; EWALD, Ariane Patrícia. Políticas em saúde mental: o que vem sendo produzido?. *Mnemosine*, n. 1, v. 2, p. 36-44, 2006. Disponível em: <<http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/view/200/322>>. Acesso em: 10 Fev. 2009.

VIDAL, Carlos Eduardo; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 1, v. 57, p. 70-79, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000100013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 5 Maio 2009.

WEYLER, Audrey. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. *Imaginário*, São Paulo, n. 13, v. 12, p. 381-395, 2006. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2006000200017>. Acesso em: 20 Fev. 2009.

WEYLER, Audrey; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos. *Vínculo*, São Paulo, n. 2, v. 2, 2005. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1806-24902005000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 Ago. 2009.

Getting to know the caretakers of a therapeutic residential residence

Abstract:

The purpose of this research was to experience more closely the reality of the job of the caregivers of a Therapeutic Residence (TRS) to get to know this category and contribute for discussions on the Psychiatric Reform and the deinstitutionalization of insanity. The participants were six caretakers of a TRS in Espírito Santo, Brazil. Semi-structured interviews and participant observation were used. The caretakers worked previously on common services basically, without a higher level of complexity, and relationship with the area of Health. The participants informed that although they had no professional formation in the area of Health, they did feel prepared for the service. They learn how to deal with situations in the day to day work, specially those with which they manifested a higher concern. It is necessary to know which types of care practices are being utilized by caretakers, and it is essential to discuss the level of attention given to the caretakers.

Keywords:

Mental health; social reinsertion; mental health disorders patients; deinstitutionalization; therapeutic residence; health caregiver.