

**ANÁLISE DO TRABALHO DOS CUIDADORES EM SAÚDE NAS
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS**
*ANÁLISIS DEL TRABAJO DE LOS CUIDADORES EN SALUD EN LAS
RESIDENCIAS TERAPÉUTICAS*
WORK ANALYSIS OF HEALTH CAREGIVERS IN THERAPEUTICS HOMES

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174842>

Leandra Assis Borges Lima¹ e Fábio Jesus Miranda¹

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia/GO, Brasil

RESUMO

As Residências Terapêuticas (RTs) integram os dispositivos de desinstitucionalização criados pela Reforma Psiquiátrica. Este artigo objetiva apresentar uma reflexão sobre o trabalho de cuidadores de saúde inseridos em Residências Terapêuticas (RTs). Foram entrevistados seis cuidadores das RTs e construiu-se, por meio do método de Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI), a classe temática nomeada de “Vivências nas Residências”. Conclui-se que o trabalho nas RTs envolve complexas relações com os moradores, com a vizinhança e com toda a rede de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas relações devem ser elaboradas pelas equipes que integram toda a rede de cuidado para que se esclareça, em conjunto com os cuidadores, o cerne da sua função no contexto das RTs. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de instrumentalização, de capacitação, de escuta e de criação de espaços de supervisão que permitam dar suporte ao trabalho dos cuidadores.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; desinstitucionalização; residências terapêuticas; cuidadores.

RESUMEN

Las residencias terapéuticas (RTs) integran los dispositivos de desinstitucionalización creados por la Reforma Psiquiátrica. El artículo reflexiona sobre el trabajo de los cuidadores de salud en las RTs. Se entrevistaron cuidadores y, mediante el método de Análisis Fenomenológica Interpretativa (AFI), se construyó la clase temática Vivencias en las Residencias. Se concluyó que el trabajo en las RTs envuelve complejas relaciones con sus habitantes, la vecindad y toda la red de cuidado del Sistema Único de Salud (SUS). Estas relaciones deben ser elaboradas por los equipos que integran toda la red de cuidado, para que se esclarezca, en conjunto con los cuidadores, el cerne de su función en el contexto de las RTs. Así, se resalta la necesidad de instrumentalización, de capacitación, escucha y creación de espacios de supervisión que permitan dar soporte al trabajo de los cuidadores.

Palabras clave: reforma psiquiátrica; desinstitucionalización; residencias terapéuticas; cuidadores.

ABSTRACT

The Therapeutics Residences (TRs) are part of the dispositions created by the Psychiatric Reform, aiming at the deinstitutionalization. This article aims to present a reflection on the work of health caregivers of the Health System in the TRs. Interviews conducted with the TRs' caregivers led to the creation of a thematic class which we called Living in Homes, through Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). It is concluded that the work in the TRs involves complex relationships with the residents, the neighborhood and all the care network of the Universal Health System (SUS). These relationships must be developed by teams that integrate the entire care network to clarify, together with the caregivers, the core of their function in the context of the TRs. Thus, it emphasizes the need for instrumentation, training, listening and creating spaces that allow supervisory support to the caregivers' work.

Keywords: psychiatric reform; deinstitutionalization; therapeutics residences; caregivers.

Introdução

No Brasil, a luta pela desinstitucionalização de doentes mentais graves e sua reintegração à comunidade iniciou com a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, na década de 1970, e intensificou-se na década de 1980. Entretanto, consolidou-se apenas a partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, que orientam a legislação e os programas para todas as esferas da saúde pública, inclusive a saúde mental. Nesse momento, foram criados programas de desinstitucionalização, tais como o De Volta Para Casa, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Os serviços de Residências Terapêuticas (RTs) e o trabalho dos cuidadores nessas RTs, objetos deste artigo, têm se expandido no Brasil, com regulamentação no ano 2000, com a Portaria (nº 106/2000). Em alguns estados brasileiros, o SRT ainda está em fase de criação e de implantação. Contudo, a constituição de novos espaços para substituir a instituição do manicômio não basta para que a desinstitucionalização ocorra, pois a lógica manicomial¹ pode acompanhar as relações estabelecidas nas novas Residências e as práticas antigas de cuidados podem transformar as RTs em mini-hospícios. Nesse sentido, são necessários estudos e reflexões a respeito desses novos espaços e de seu cotidiano. Rotelli (1990, p. 1) afirma que a luta pela Reforma psiquiátrica sempre tentou derrubar a instituição da loucura, não somente a instituição manicômio, pois o que provoca o sofrimento sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”.

Nossa pesquisa, realizada com cuidadores de três Serviços das Residências Terapêuticas, buscou avaliar a visão desses profissionais no que se refere a aspectos do trabalho desenvolvido e das relações estabelecidas com os moradores, os vizinhos e a equipe de saúde do SUS. A justificativa para o presente estudo decorre de sua inscrição no importante debate da desinstitucionalização, questão pertinente à realidade brasileira e ainda pouco conhecida, pois a criação do Serviço de Residências Terapêuticas é recente, tendo sido implantado somente a partir de 2002.

O serviço de residência terapêutica e os cuidadores em saúde

A Reforma Psiquiátrica provocou várias questões, entre elas: o que fazer com todas as pessoas há tantos anos institucionalizadas e que já haviam

perdido vínculos familiares? Como reinserir na cidade quem esteve tantos anos à margem dela? Como pensar em autonomia para quem vivia há tantos anos sob tutela? Essas discussões ganharam força a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1992. Posteriormente, houve um período que envolveu mudanças nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, como aponta Amarante (2013).

No Brasil, algumas experiências isoladas de novas moradias com projetos de reinserção de pacientes – como nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) – serviram de referenciais para o processo de construção de políticas públicas de caráter nacional. Contudo, somente a partir da criação do SUS foi instituído o SRT no sistema brasileiro de saúde, sendo ele um dispositivo da rede que lida com a parte mais complexa da Reforma Psiquiátrica: a inserção, em residências e nos espaços sociais, de pessoas que estiveram, por anos, excluídas da cidade e trancafiadas nos manicômios (Santos, 2006).

As Portarias que regulamentam a implantação, o funcionamento, a organização e o financiamento do SRT são: nº 106, nº 1.220, nº 246 e nº 2068. É a partir da regulamentação desses dispositivos que o Estado reconhece o direito à liberdade dos pacientes com transtornos mentais que estiveram, por anos, trancafiados devido a um modelo de tratamento.

A Portaria 106/2000 definiu as RTs como as casas ou moradias inseridas na comunidade e que, ao mesmo tempo, estariam interligadas à rede de serviços do SUS (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b). Essa interligação é fundamental, pois a RT é um espaço de morada que necessita do suporte da rede de serviços para que seus propósitos sejam alcançados.

Posteriormente, foi criada a Portaria de nº 3.090, que definiu modelos de SRTs como tipo I ou tipo II e estabeleceu o tipo de recursos financeiros destinados a cada uma, bem como as diretrizes para seu funcionamento. O SRT tipo I seria destinado a pessoas com transtorno mental com capacidade de autocuidado, em processo de desinstitucionalização. O número de moradores seria de, no mínimo, quatro e, no máximo, oito, tendo como profissional fixo na casa o cuidador. Tem como objetivo o processo de reabilitação psicossocial e a inclusão dos moradores na cidade, isto é, em toda a teia social, como lazer, educação, trabalho, por meio do acompanhamento e da construção do projeto terapêutico individual (Portaria n. 3090/2011). O SRT tipo II seria para as pessoas com transtorno mental acentuado e com alto grau de dependência (principalmente física) e que

necessitariam de cuidados permanentes. O número de moradores seria de, no mínimo, quatro e, no máximo, dez, e poderia, ainda, contar com diversos profissionais, como cuidadores, técnico em enfermagem psiquiátrica e auxiliar de enfermagem. Tem como objetivo a reocupação do espaço da casa como um lugar de moradia, um ambiente que o morador sinta como seu. Apropriar-se desse espaço perpassa por reaprender ou aprender habilidades importantes para o dia a dia de qualquer residência, como a higiene, o autocuidado (alimentação, vestir-se, etc), a convivência com a vizinhança e com a cidade como um todo (Portaria, 3088/2011).

Contudo, a saída do espaço do manicômio para uma RT não garante a desinstitucionalização. É necessária não só a apropriação, por parte do morador, do espaço residencial como seu, mas também uma reconstrução da vida cotidiana, envolvendo atividades simples, tais como escolher o horário do banho, o que comer, como usar talheres, a conhecer e utilizar os espaços da cidade.

A casa não pode ser apenas uma construção física. É preciso que haja uma construção emocional para que o morador sinta o espaço como seu, para que ele se torne sua casa, o que é um longo caminho a ser percorrido pelos ex-institucionalizados. Para que ocorra toda essa construção, os cuidadores deverão acompanhar os moradores por esse percurso nas RTs e no espaço da cidade (Furtado & Braga-Campos, 2011; Portaria 3088/2011). O cuidador em saúde é um profissional fundamental para a implantação e o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização dos moradores. São eles que estão envolvidos diretamente com os moradores no cotidiano e que são, de certa forma, responsáveis pelo desenvolvimento de todos os objetivos propostos pela implantação desse dispositivo. Os cuidadores são o elo entre a equipe de profissionais da rede do SUS, a cidade e os moradores das RTs. A função dos cuidadores foi estabelecida pela Portaria nº 1.220/2000 e, a partir dela, esses profissionais passaram a ser nomeados “cuidadores em saúde”, atuando em conjunto com a equipe de profissionais que têm como função atividades ligadas à reabilitação psicossocial, visando a auxiliar na organização da casa, em atividades de autocuidado (vestir-se, alimentar, higiene etc.) e em atividades de saída da residência (lazer, compras, passeios etc.). Todo esse acompanhamento estará ligado à unidade ambulatorial em Saúde Mental (Portaria n. 1220/2000).

Considerando esse cenário recente de implantação das RTs, esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer o impacto das RTs na Reforma Psiquiátrica

e no processo de desinstitucionalização, investigando a rotina dessas residências e as características dos cuidadores e do seu trabalho. Os objetivos específicos são: informar-se sobre como os trabalhadores atuam como cuidadores das SRTs; compreender como eles entendem seu papel nas residências, bem como os serviços de atendimento; identificar as práticas dos cuidadores, a fim de entender a dinâmica de funcionamento dentro e fora da residência; analisar as estratégias desenvolvidas pelos funcionários e moradores das residências para lidar com a nova organização do ambiente; conhecer as concepções formuladas pelos cuidadores sobre seu trabalho e sobre os moradores das residências.

Esta pesquisa foi realizada valendo-se de uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, na qual participaram cuidadores de três residências terapêuticas. Os participantes da pesquisa foram seis cuidadores, que estavam há mais de seis meses atuando nas RTs.

Método

Para coletar os dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, amparadas por um roteiro temático mínimo, formulado a partir da revisão bibliográfica. As informações foram gravadas com a anuência dos participantes e transcritas posteriormente. Também foi realizada a observação em campo. A escolha do método da entrevista semiestruturada se apoia em Minayo (2004), que a define como uma entrevista que tem como ponto de partida certos questionamentos iniciais, embasados em teorias e hipóteses de interesse da pesquisa e que oferece espaço para novos questionamentos e novas hipóteses, à medida que se ouvem os sujeitos entrevistados. Segundo Bleger (2003, p. 12), “cada ser humano tem organizada uma história de sua vida e um esquema de seu presente, e desta história e deste esquema temos que deduzir o que não se sabe” (grifos do autor). Dallos (2010) destaca a importância da pesquisa observacional para diversas áreas de conhecimento e mostra sua relevância para a Psicologia. Para ele, assim como para Gil (2002), a observação pode atuar como fonte de dados e ideias para o início de uma pesquisa e, no decorrer de todo o percurso, contribuir com dados, em conjunto com outros métodos.

A coleta dos dados aconteceu a partir de observação em campo e de entrevistas semiestruturadas com os cuidadores, que ocorreram no turno de trabalho de cada um deles, no próprio espaço das residências. Concomitantemente às entrevistas, ocorria a observação em campo, nos mesmos dias. Para tanto,

chegava-se sempre uma hora mais cedo e, após as entrevistas, permanecia-se mais tempo no local para uma conversa informal. Assim, era possível perceber outros elementos do dia a dia das residências. Logo em seguida, em outro local, também apropriado, faziam-se anotações dos dados observados durante o período de permanência na residência.

Para análise e interpretação dos dados, foi utilizada a metodologia Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI), cuja concepção é que as pessoas são “seres autointerpretantes” (Taylor, 1995, p. 45). Com o método AFI, buscou-se analisar como as pessoas dão significado às suas experiências, aos eventos ou a objetos. Simultaneamente, trata-se, ademais, de “um método descritivo, pois está preocupado com o modo como as coisas aparecem e em levá-las a falar por si mesmas, e interpretativo, porque considera que não existe tal coisa como o fenômeno não interpretado” (Smith & Eatough, 2010, p. 325).

O procedimento para a análise dos dados adotou a seguinte ordem: no primeiro momento, ocorreu a transcrição das entrevistas e sua leitura exaustiva, orientada pelos objetivos propostos. Foram levantados temas iniciais e, posteriormente, eles foram agrupados e reorganizados em relação aos dados. Em um segundo momento, os temas foram refinados e condensados em uma categoria. Em seguida, foram produzidas as narrativas a partir da relação entre a interpretação e a fala do entrevistado (Smith & Eatough, 2010).

Com relação às informações e aos cuidados éticos da pesquisa, foi garantido, aos cuidadores que se dispuseram a participar, que poderiam desistir em qualquer etapa da pesquisa e que, em caso de desistência, não sofreriam nenhum tipo de prejuízo. Os participantes também foram informados quanto à garantia do sigilo, de maneira a assegurar sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos neste estudo.

Para participar da pesquisa, foram convidados todos os profissionais da equipe das residências terapêuticas que estavam exercendo a função de cuidadores, bem como o psicólogo responsável pelas equipes. Ainda, foram excluídos os cuidadores que estavam há menos de seis meses no serviço, além daqueles que ocupavam o cargo de suplentes, responsáveis apenas por cobrirem férias e atestados dos colegas, pois eles trabalham em todas as instituições municipais.

Participaram desta pesquisa seis cuidadores, sendo duas mulheres e quatro homens com faixa etária entre 30 e 52 anos e tempo de trabalho variando de sete meses a quinze anos. Os cuidadores entrevistados,

ao longo de suas vidas profissionais, exerceram trabalhos como professor do ensino fundamental, dona de casa, auxiliar de serviços gerais, garçons, manicure, pedreiro, servente e guarda-costas. Todos eles relataram que já haviam cuidado ou cuidavam de algum familiar também. Quanto à escolarização, 1 (um) tinha o ensino superior completo, 2 (dois) o ensino médio completo e 3 (três) o ensino fundamental incompleto. Somente um cuidador sabia o que era o serviço antes de iniciar seu trabalho na casa; os outros relataram que nunca haviam ouvido falar sobre as RTs, que souberam do serviço por indicação de amigos e que permaneceram no trabalho por terem recebido apoio dos colegas. Seu horário de trabalho é organizado de forma a trabalharem 12 horas e folgarem 24 horas. Nas residências, são responsáveis pela manutenção do espaço, pela limpeza, por fazer lista de compras, organizar o andamento do dia a dia na residência, lavar as roupas, passar e preparar a alimentação. Em relação aos moradores, eles são responsáveis por supervisionar os cuidados de higiene pessoal (dos que necessitam de ajuda), dar a medicação, preparar comidas dos que necessitam de alimentação especial, além de acompanhar os moradores às consultas, em passeios pela cidade e em viagens programadas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPs).

Resultados e discussões

A partir da análise dos dados colhidos nas entrevistas e com base na metodologia adotada (AFI), construiu-se uma classe temática nomeada de “Vivências nas Residências”. Nela, foram agrupados três eixos de discussão, que se interligam e se entrelaçam, sendo eles: as vivências com o trabalho; as vivências com os moradores e as vivências com a rede de apoio.

A vivência com o trabalho mostrou-se uma experiência rica e ambígua, pois ora promove a satisfação com o trabalho, ora provoca sofrimento, podendo ser classificada como “vivências de sofrimento” e “vivências de prazer”. Essa mistura de sentimentos em relação ao trabalho provoca, nos entrevistados, diversas manifestações acerca de qual seria o seu papel, como cuidadores, nas residências.

A maioria dos trabalhadores relatou que, no início do trabalho, lidar com o dia a dia da RT foi um período de grande angústia e sofrimento. Entretanto, a partir do suporte dos colegas mais antigos, encontraram forças para nele continuar. Esse suporte ocorreu por meio de conversas informais no trabalho ou fora dele e, sem esse apoio, provavelmente teriam abandonado a função. As falas de um dos cuidadores ilustra bem

essa fase de adaptação, tendo sido mantidas as falas emitidas pelos entrevistados:

E 12 horas de serviço cansa muito o cérebro (...); foi indo, eu fiquei nervoso, “tava” nervoso, mas eu falei: vou sair B; não vou aguentar não; B respondeu: não, “loguim” “cê” acostuma; aí, foi, acostumei mesmo e assim “tô” aí, até hoje. (Arnaldo²)

Zeca que havia trabalhado anteriormente no hospital psiquiátrico, relatou sentir-se tranquilo ao iniciar o trabalho nas RTs:

Uai, eu achei foi uma casa normal, como qualquer uma outra mesmo, a verdade é essa, só que tem, assim, tem um cuidado mais especial, né?! (...) Eu não sei se, aqui, já parece que eu já tenho, aqui, como se fosse a minha casa mesmo.

O trabalho do cuidador no dia a dia das RTs é permeado por momentos em que lida com brigas, episódios de delírios e diversas outras situações que o deixa sem saber o que fazer e, ao mesmo tempo, mexem com seus medos e angústias. Esse não é um trabalho que se faz de forma meramente técnica, pois envolve emoções e muitos desistem ao compreender todas as nuances envolvidas no seu trabalho (Frare, 2012).

Outro ponto de sofrimento relatado pelos cuidadores é a falta de reconhecimento do trabalho desenvolvido por eles. Sua percepção se dá pelo viés da baixa remuneração, da sobrecarga de trabalho, da demora de atendimento das demandas que eles fazem referentes não somente ao seu salário, mas também aos problemas das RTs. Eles reclamam, por exemplo, do fato de trabalharem 12 (doze) horas diárias, enquanto no CAPs se trabalha apenas 6 (seis) horas. Observa-se que limites das políticas públicas brasileiras, como salários baixos e falta de investimento em alguns setores da saúde, são considerados pelos cuidadores como problemas individuais, não sendo percebidos como problemas coletivos. Somente um cuidador, que havia participado de encontros com cuidadores de outras cidades, relatou que percebia como as dificuldades que eles tinham em seu local de trabalho eram parecidas com as de outras regiões. Relatos de experiências de Frare (2012) e Oliveira e Passos (2007) apontam que a participação de cuidadores em reuniões coletivas da categoria teve como resultado o incremento do seu poder de fala diante dos gestores e mudanças em seus salários e no investimento das verbas.

Depois de passada a fase de adaptação ao trabalho, os cuidadores relataram que começaram a dele gostar e que ali vivenciam situações prazerosas, expressas, principalmente, no sentido de serem úteis e de contribuir para ajudar alguém. Nos relatos, eles

afirmaram que gostavam do trabalho, do ambiente e que a convivência nas RTs é boa. Alguns afirmaram que preferiam o local de trabalho a suas residências. Outro ponto que eles consideram positivo é o regime de trabalho de 12 horas, com folga de 24 horas, pois ele proporciona que tenham outros tipos de atividades para complementar sua renda familiar ou mesmo que consigam tempo para ficar em suas residências.

Todos os cuidadores relataram que não fizeram nenhum curso para atuarem como tais e que não viam necessidade dele, pois se sentiam preparados para o serviço. Conseguem lidar com os momentos de crises e resolver questões de conflitos dentro das RTs faz com que se sintam preparados para a função, associando o trabalho de cuidador a características pessoais como amor, paciência e dom (Ribeiro, 2009a; Sprioli, 2010).

As vivências com os moradores envolvem o que os cuidadores entendem ser o papel deles no trabalho. Seu local de trabalho é uma residência que tem como objetivo tornar-se um lar para as pessoas que estiveram instituídas. Pode-se pensar que esse espaço em construção pelo morador como residência proporciona a possibilidade de experimentar vivências novas, como escolher o horário de comer, tomar um banho, a descoberta do desejo e a escolha do que fazer em cada momento do dia. Essas experimentações ocorrem no ambiente que é lar dos moradores e espaço de trabalho dos cuidadores e, às vezes, há conflitos entre eles. Uma das formas de lidar com esses conflitos é a aplicação do sistema de privilégios, que faz parte da lógica de funcionamento de instituições totais³, como foi observado durante uma entrevista com um cuidador: “ ‘ocê’ ‘tá’ teimando, você ‘tá’ fazendo isso? Eu vou te deixar sem lanche ou vou te deixar sem o cigarrinho que gosta, para você não fazer mais isso. E assim você vai levando, sabe?”.

Por não possuírem conhecimentos específicos ou preparo para lidar com o dia a dia da residência, as situações de experimentações do espaço pelo morador são nomeadas como desordem, desobediência e teimosia, levando os cuidadores a buscar, em suas práticas e vivências cotidianas, formas de lidar com essas situações.

A infantilização dos moradores é um recurso encontrado pelos cuidadores para lidar com seu dia a dia nas residências. Por um lado, ao fazer isso, o cuidador consegue lidar com o seu medo e a sua angústia em trabalhar com pessoas portadoras de transtorno mental (Moreira, 2007). A maioria dos cuidadores entrevistados relatou medo do que esses moradores pudessem fazer em relação a eles e, ao mesmo tempo,

quando questionados sobre episódios de violência, relataram que havia acontecido pouquíssimas vezes e que ninguém ficou machucado.

A infantilização revela também outra face do cuidado nas residências, pois, em nossa cultura, não há casas habitadas somente por crianças, sendo necessária a presença de um adulto para organizar o espaço de moradia. O cuidador assume o papel de adulto dessa relação e sente-se responsável por organizar e escolher pelos moradores. Alguns deles, ao serem entrevistados, definiram-se como pais e, ao se referirem aos moradores, utilizaram termos como pacientes, crianças, bebês e crianças grandes. Há uma linha tênue entre a tutela e o cuidado, o que provoca uma tensão na relação cotidiana entre os profissionais cuidadores e os moradores. É longo o processo para que moradores possam passar a ser vistos e, concomitante, se vejam como pessoas portadoras de direito, e não portadoras de sintomas (Moreira, 2007).

Moreira (2007), em sua pesquisa sobre as residências de Vitória (ES), apontou que situações de crise devem ser tratadas em grupo para que as decisões possam ser verticalizadas. Ademais, mostrou a necessidade de construir espaços de discussão para lidar com situações novas no cotidiano das residências, o que é, para ela, uma possibilidade para transformar os espaços da residência em “um espaço de construção coletiva, desde que se respeite a potência singular de cada vida ali compartilhada, constituindo-se como comodidade e, ao mesmo tempo, expansão” (p. 159).

Compreender o seu papel como cuidador nas residências é fundamental para a construção desse espaço como moradia e para a mudança do modelo de tutela para o modelo de autonomia.

O funcionamento do dispositivo SRT como parte da Rede de Atenção à Saúde Mental depende da sua ligação aos diversos serviços da rede, bem como à vizinhança, à comunidade, à praça, à associação de bairro, à escola, à rede de saúde, aos colegas de trabalho, etc.

O CAPS é um elo fundamental para o bom funcionamento da RTs, pois é o espaço de apoio a moradores e cuidadores, e o município pesquisado possui os serviços de atendimento clínico, espaços de atividades artísticas, salas de alfabetização, sala recreativa e, também, uma pequena fábrica de fraldas, de responsabilidade da cooperativa dos moradores das RTs. Ainda, essa instituição é responsável pelo atendimento às situações de crises que acontecem nas Residências, quando solicitado pelos cuidadores, por meio do serviço dos plantonistas responsáveis. Os cuidadores percebem o CAPS como espaço de

apoio nas situações de crises e afirmaram que muitos problemas enfrentados por falta de verbas seriam de responsabilidade da gestão acima da coordenação do CAPS, ou seja, da secretaria da saúde municipal.

Em relação a outros serviços da rede de saúde municipal, os cuidadores expuseram que sempre que necessitam usar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou o hospital encontram muita resistência de outros profissionais da saúde para lidar com os moradores das residências. Os profissionais da saúde demonstram medo, impaciência e falta de entendimento com relação a algumas particularidades necessárias ao atendimento desse público. Um exemplo dessa situação ocorreu quando um morador, muito doente, em crise de diabetes, foi liberado do hospital não por ter apresentado melhora, mas porque fazia alguns barulhos que “incomodavam” o ambiente hospitalar.

Os colegas de trabalho dos cuidadores são considerados como um suporte importante para dividirem angústias em relação ao trabalho e por servirem de ponto de apoio. Foi relatado por eles que os colegas mais antigos acolhem, instruem e servem de suporte para que os mais novos não abandonem o trabalho. Alguns afirmaram que sentem que colegas de trabalho e os moradores são como sua família.

Outra parte da rede de apoio é a vizinhança das RTs. Os cuidadores falaram que houve pouco atrito ao longo de todos os anos de convivência com as RTs e que alguns vizinhos abrem suas casas para receber seus moradores ou os visitam. Ribeiro (2009b) narrou experiências de uma RT de Santo André (São Paulo) que, por meio de conversas sobre a Reforma Psiquiátrica com a vizinhança, proporcionou alterações e acolhimento dos novos moradores dessa Residência, ação fundamental para o estabelecimento de laços afetivos.

Considerações finais

A profissão de cuidador em saúde das RTs é complexa e está ligada diretamente a todo o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O local de trabalho desses profissionais é uma casa que é, ao mesmo tempo, um espaço terapêutico. Para funcionar como espaço terapêutico tem de ser vivenciada como residência para aqueles que ficaram tanto tempo isolados em hospitais psiquiátricos. São os cuidadores em saúde que lidam com o dia a dia das residências, tendo sido constatado que esses profissionais aceitaram a função nas RTs sem conhecer o trabalho que desenvolveriam e como seria o cotidiano nas residências. Também ficou

evidente que possuíam pouco conhecimento a respeito do processo de desinstitucionalização e que o processo de contratação se deu a partir de indicações de outras pessoas, sem nenhum processo de seleção formal. Havia entre eles a crença de que tinham o “dom” para cuidar das pessoas, uma vez que faziam isso em suas casas ou famílias.

Outro ponto observado é que os cuidadores desenvolvem seu trabalho a partir de suas vivências cotidianas, intuições, improviso e criatividade. Ao lidarem com situações que geram angústia, acabam por reproduzir, em vários momentos, a lógica manicomial, com uma série de posturas e olhares em que o morador é objetificado e sua identidade passa a ser atribuída somente a partir de sua categorização como doente mental. Por exemplo, há situações de conflitos entre cuidadores e moradores sobre a questão de ir e vir na e da cidade ou sobre quem tem o direito de usar a chave da casa.

Em relação ao cuidado como uma atividade de trabalho, os profissionais entendem que seu papel é, às vezes, o de pais ou de amigos, ora promovendo a inclusão, ora colocando o outro sob tutela, ora exercendo proteção excessiva. Os moradores são definidos por eles, em geral, como crianças grandes, pessoas perigosas, pessoas sem noção, pacientes e moradores, o que mostra como é grande a carga emocional que envolve esse trabalho.

Em relação às dificuldades no trabalho, os cuidadores conseguiram verbalizar a questão dos salários baixos, da falta de diálogo com outros setores da saúde e da falta de investimento por parte dos gestores. Notou-se que, como em sua maioria são contratados⁴ e têm medo de perder o emprego, essas questões não chegam a se transformar em lutas por melhores condições de trabalho e de exercício profissional. Ante esse quadro, que se sintetiza em baixa profissionalização e condições de trabalho inadequadas, acredita-se que cabe apontar algumas possibilidades no sentido de contribuir para a construção de um corpo de profissionais que se adéque melhor às políticas que vêm sendo desenhadas nas últimas décadas. Nesse sentido, parece importante que a equipe envolvida na contratação de profissionais e a equipe de saúde possam pensar, juntas, o perfil necessário para o cuidador em saúde e, a partir daí, possam propor um processo seletivo das pessoas adequadas para exercerem essa profissão.

Outro ponto de destaque é compreender que aqueles que exercem a função de cuidadores também precisam ser cuidados, pois muitos relataram que se encontram estressados, cansados mentalmente e com medo. Há de se pensar em um espaço de escuta,

qualificação e acolhimento para esses profissionais. Para que mais avanços ocorram nesse processo de desinstitucionalização é necessário repensar os suportes disponíveis aos trabalhadores envolvidos no cotidiano das RTs, proporcionando-lhes redes de apoio, cuidado, instrumentalização e capacitação. Algumas experiências em outras RTs mostram que momentos de supervisão com toda a equipe de saúde envolvida no dia a dia das residências auxiliam na mudança de práticas de cuidado, melhoram o entendimento sobre o processo de desinstitucionalização e promovem um suporte aos cuidadores em saúde.

Enfim, pode-se afirmar que os SRTs são um dispositivo importante para o processo de desinstitucionalização e que muitos avanços ocorreram no município desde a saída dos antigos pacientes dos hospitais psiquiátricos e sua transformação em moradores das RTs. Entretanto, há, ainda, um longo caminho a ser percorrido para que os moradores sejam de fato reconhecidos como pessoas de direito, para que ser portador de um transtorno mental não defina toda sua identidade e nem limite suas possibilidades. A loucura ainda constitui uma instituição em grande parte da nossa sociedade e isso não deixa de se refletir nas relações vividas nas residências, que são parte dessa mesma sociedade.

Notas

¹ O termo “lógica manicomial” é utilizado, neste artigo, a partir da compreensão de Oliveira (2009, p. 54), para quem ele significa “uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, e que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais. Estas relações se contextualizam num sistema que se caracteriza pela objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental”.

² Nomes fictícios.

³ Goffman (1961/2010, p. 16) define instituições totais como aquelas em que “seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico”.

⁴ Os cuidadores denominam este contrato de trabalho como especial, isto é, regime de trabalho dos profissionais que não são concursados e contratados por tempo determinado, com a possibilidade de renovação de contrato.

Referências

- Amarante, P. (2013). *Loucos pela vida: trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bleger, J. (2003). *Temas de psicologia: entrevista e grupos I* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Dallos, R. (2010). Coletas de dados. In G. M. Breakwell, S. Hamomond, C. Fife-Schaw, & J. Smith (Eds.), *Métodos de*

- pesquisa em Psicologia* (3ªed., pp. 134-169). Porto Alegre: Artmed.
- Frare, A. P. (2012). *No litoral da casa e do serviço: a Psicanálise no Serviço Residencial Terapêutico*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ.
- Furtado, J. P. & Braga-Campos, F. (2011). *Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave*. In M. F. A. Silveira & H. P. O. S. Santos (Orgs.), *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* (pp. 51-63). Campina Grande, PB: EDUEPB.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisas*. São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. (2010). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. (Obra original publicada em 1961)
- Minayo, M. C. S. (2004). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (23ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2004b). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Autor.
- Moreira, M. I. B. (2007). *Se esta casa fosse minha: habitar e viver na cidade a partir de uma residência terapêutica*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo Vitória, ES.
- Oliveira, J. A. M. & Passos, E. (2007). A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. *Vivência*, 32, 259-275.
- Oliveira, W. F. (2009). Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 48-61.
- Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. (2000). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>
- Portaria/GM n. 1220, de 07 de novembro de 2000. (2000). Cria procedimentos SIA/SUS para o acompanhamento de moradores das residências terapêuticas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria/GM n. 246, de 17 de fevereiro de 2005. (2005). Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246_17_02_2005.html
- Portaria/GM n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria/GM n. 3090, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Altera a Portaria n. 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
- Ribeiro, I. P. (2009a). Parcerias e iniciativas intersetoriais na montagem dos Serviços Terapêuticos: relato de experiência. *Cadernos IPUB* (22), 149-154.
- Ribeiro, P. M. N. (2009b). *Aos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico: novas maneiras de cuidar...?* Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In M. F. S. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-100). São Paulo: Hucitec.
- Santos, K. W. A. (2006). A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos. *Cadernos IPUB*, 22, 163-178.
- Smith, J. A. & Eatough, V. (2010). Análise Fenomenológica Interpretativa. In G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, & J. Smith (Eds.), *Métodos de pesquisa em Psicologia* (pp. 324-338). Porto Alegre: Artmed.
- Sprioli, N. (2010). *Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo.
- Taylor, C. (1985). Self-interpreting animals. In *Human agency and language: Philosophical Papers I*. NY: Cambridge University Press.
- Submissão em: 19/05/2017
Revisão em: 15/08/2017
Aceite em: 11/12/2017
- Leandra Assis Borges Lima possui graduação em Pedagogia e em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás. É mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás (PUC). Atua como Psicóloga clínica.
- Endereço: IPEC – Instituto de Psicologia, Educação e Cultura, Rua Voluntários da Pátria, 2804, Vila Fátima, CEP 75803-017, Jataí/Goiás.
E-mail: leaassis1@hotmail.com
- Fábio Jesus Miranda possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás, mestrado em Psicologia Social e da Personalidade e doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Professor da Graduação e Pós-graduação Stricto Sensu da Universidade Católica de Goiás.
- E-mail: fabiojmiranda@gmail.com