

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Luiz Henrique de Araújo**

**O saber e a prática das cuidadoras no contexto  
da Residência Terapêutica**

**Ribeirão Preto  
2014**

LUIZ HENRIQUE DE ARAÚJO

**O saber e a prática das cuidadoras no contexto  
da residência terapêutica**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciência, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Toyoko Saeki

**Ribeirão Preto  
2014**

**Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.**

Araújo, Luiz Henrique de.

O saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica.

95 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Saeki, Toyoko.

1. Saúde Mental. 2. Serviços Residenciais Terapêuticos. 3. Cuidadores. 4. Desinstitucionalização. 5. Psicanálise.

ARAÚJO, Luiz Henrique de

O saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica, 2014.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: ...../...../.....

### **Banca examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Dedico este estudo a todos os cuidadores e moradores de Residência Terapêutica, em especial às cuidadoras e aos moradores do Serviço estudado, que tanto se esforçam para o sucesso desta ousadia prudente que é a experiência do Serviço Residencial Terapêutico.

Dedico ainda à Professora e antropóloga Maria Cristina Costa Pereira, minha eterna orientadora. Que descanse em paz.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à toda minha família, em especial ao meu pai Marcos e minha mãe Terezinha; ao amor da minha vida, Gabriela, e ao meu filho querido Henrique – companheiros próximos da viagem da vida.

Agradeço à Professora Toyoko Saeki escolhida pela Professora Maria Cristina para dar sequência ao seu trabalho, o que fez com carinho, dedicação e maestria.

À tia Magda, ao meu irmão João e à minha sobrinha Maria Teresa pelas valiosas contribuições com as letras.

À Doutora Roberta pela sua leitura e considerações.

## Resumo

ARAÚJO, L. H. **O saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica.** 2014. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

O presente estudo teve como objetivo analisar o saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica. Apoiou-se no referencial teórico da psicanálise. Trata-se de uma pesquisa descritivo exploratória com abordagem metodológica qualitativa, realizada em um Serviço Residencial Terapêutico, situado no interior paulista. Participaram do estudo doze cuidadoras que atuavam em cinco residências terapêuticas. Após a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevistas semiestruturada audiogravadas, complementadas pelo diário de campo, de abril a setembro de 2013. Os dados foram analisados, seguindo-se os pressupostos da análise de conteúdo temática. Da análise realizada, a partir dos textos produzidos, emergiram três categorias: Governança da Residência Terapêutica; A maternagem; O saber/fazer das cuidadoras. A primeira categoria, Governança da Residência revelou os diversos tipos de atividades realizadas pelas cuidadoras nas Residências, desde as atividades domésticas, de acompanhamento e encaminhamento dos moradores nas questões de saúde, e também nas atividades de lazer (festas, passeios e viagens); e como essas atividades repercutem na relação cuidador-morador. A categoria A maternagem revelou os sentimentos das cuidadoras mobilizados e atualizados pela relação transferencial com os moradores: amor, carinho, dó, raiva, saudade, medo. E como esse vínculo forte e positivo funciona como um norteador do processo de cuidado. A terceira categoria O saber/fazer das cuidadoras diz sobre a formação das cuidadoras, que operam inicialmente em sua prática a partir de um saber leigo, que permite um olhar para os moradores para além da doença e do diagnóstico, não técnico. Sendo assim, as cuidadoras se formam a partir de sua experiência de trabalho e de sua participação nas reuniões de equipe e de supervisão oferecidas pelo Serviço, onde se analisa e se compartilha as estratégias de cuidado encontradas, o não saber, as angústias, os acertos, os fracassos, entre outros.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços Residenciais Terapêuticos. Cuidadores. Desinstitucionalização. Psicanálise.

## ABSTRACT

ARAÚJO, L. H. **O saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica.** 2014. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

The present study aimed to assess the knowledge and practice of caregivers in the context of therapeutic residence. It was relied on the theoretical framework of psychoanalysis. This is an exploratory descriptive study with qualitative methodological approach, performed in a Therapeutic Residential Service, located in São Paulo state. The Study participants were twelve caregivers who worked in five therapeutic homes. After the study was approved by the Committee on Research Ethics on Human beings, the data were collected through participant observation and semi-structured audio recorded interview, supplemented by field diary, from April to September 2013. The data were analyzed, following the assumptions of thematic content analysis. From the analysis, coming out of the produced texts, three categories emerged: Therapeutic Residence Governance; The mothering; the caregiver's know-how. The first category, Residence Governance revealed various types of activities undertaken by caretakers in residences, from domestic activities, monitoring and referral of residents on health issues, and also in leisure activities (parties, outings and trips); and how these activities have an impact on caregiver-resident relationship. Category A mothering revealed the feelings of mobilized caregivers and updated by the transference relationship with the locals: love, affection, pity, anger, longing, fear. And how this strong and positive relationship functions as a guide in the care process. The third category the caregiver's know-how says about the training of caregivers, who initially operate in their practice from a lay knowledge, which allows a look to the residents beyond the disease and diagnosis, not technical. Thus, the caregivers are formed from their work experience and their participation in team meetings and supervision offered by the Service, where the care strategies found, the not knowing, the anguish, the successes , failures, among others, are analyzed and shared.

Keywords: Mental Health. Therapeutic Residential Services. Caregivers. Deinstitutionalization . Psychoanalysis.



## Resumen

ARAÚJO, L. H. **O saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica.** 2014. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y la práctica de los cuidadores en el contexto de residencia terapéutica . Se basó en el marco teórico del psicoanálisis . Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en unos Servicios Residenciales Terapéuticos , ubicada en el estado de São Paulo . Los participantes del estudio eran doce cuidadores que trabajaron en cinco casas terapéuticas . Después de que el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos , los datos fueron recolectados a través de observación participante y entrevistas semi - estructuradas audiogravadas , complementadas por diario de campo , de abril a septiembre de 2013. Los datos fueron analizados, seguidos los supuestos del análisis de contenido temático . El análisis , a partir de los textos producidos emergieron tres categorías : Gobierno Residencia Terapéutica ; El maternal ; El “savoir faire” de los cuidadores . La primera categoría, la residencia de Gobierno reveló varios tipos de actividades realizadas por los cuidadores residencias de las actividades domésticas , seguimiento y remisión de los residentes sobre temas de salud , y también en las actividades de ocio (fiestas , salidas y viajes) ; y cómo estas actividades tienen un impacto en la relación cuidador - residente . Categoría A maternal reveló los sentimientos de los cuidadores movilizados y actualizado por la relación transferencial con los lugareños : el amor , el afecto , la compasión , la ira, el deseo , el miedo . Y a medida que esta fuerte y positivos funciones de relación como una guía del proceso de atención . La tercera categoría el “savoir faire” de los cuidadores dicen sobre la formación de los cuidadores, que inicialmente operan en su práctica a partir del conocimiento laico , que permite a mirar los residentes más allá de la enfermedad y el diagnóstico , no técnico. Por lo tanto, los cuidadores se forman a partir de su experiencia laboral y su participación en las reuniones del equipo y la supervisión que ofrece el servicio , donde analizamos y compartimos las estrategias de atención encontrado , el no saber, la angustia , el éxito , fracasos , entre otros .

Palabras clave: Salud Mental. Servicios Residenciales Terapéuticos . Los cuidadores . Desinstitucionalización. Psicoanálisis .

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – As características sociais e culturais dos informantes.....	43
--	----

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Contexto histórico - cultural da loucura.....	14
1.2 Constituição do campo da saúde mental no Brasil.....	18
1.3 Residência Terapêutica.....	21
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO.....</b>	<b>25</b>
3.1 Abordagem metodológica.....	26
3.2 Psicanálise e Reforma Psiquiátrica.....	28
<b>4. ITINERÁRIO DA PESQUISA.....</b>	<b>35</b>
4.1 Contexto social do lócus da pesquisa.....	36
4.2 Participantes.....	41
4.3 Procedimentos Éticos.....	44
4.4 Técnicas de coleta de dados.....	45
4.5 Análise dos dados.....	48
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
5.1 Governança da Residência Terapêutica.....	51
5.2 A maternagem.....	59
5.3 O saber/fazer das cuidadoras.....	65
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>94</b>

## **Apresentação**

As Residências Terapêuticas (RTs) são uma experiência relativamente nova em nosso país, fruto da Reforma Psiquiátrica e das novas possibilidades de manejo do sofrimento psíquico. Em função de sua história recente, considera-se importante conhecer as formas do seu acontecimento. Neste estudo focalizamos, especificamente, a prática do cuidador profissional, considerando sua formação/capacitação e sua interação com os moradores de um Serviço Residencial Terapêutico.

Justifica-se esta investigação em função da importância de se pensar estratégias substitutivas cada vez mais potentes de Reabilitação Psicossocial que possam levar a pessoa em sofrimento psíquico, com aquilo que ele tem de mais particular, a estabelecer laços sociais e a uma cidadania possível. Por outro lado, trata-se de um serviço que carece de estudos.

De acordo com Sprioli (2010, p. 16) “A formação e a atuação do cuidador de Residência Terapêutica constituem um ponto essencial neste tipo de dispositivo e carecem de maior conhecimento, tendo sido abordadas em poucos trabalhos”. Afinal, o sucesso ou o fracasso de um serviço como este depende, em grande parte, de uma boa qualidade da função exercida pelos cuidadores nas Residências Terapêuticas.

Sendo assim, precisamos conhecer, elaborar e definir melhor tudo aquilo que possa garantir um melhor desempenho do papel exercido por esses profissionais de saúde, e, para isso, é necessário aprofundar nosso conhecimento do que se passa nesta interação, considerando as técnicas, as atividades e os sentimentos envolvidos nesta prática de cuidados.

Com efeito, os dispositivos residenciais assumem função mediadora na construção de um outro lugar social para a loucura, uma vez que instituem nova dialética de cuidado, viabilizam outros acessos e possibilitam diferentes reconhecimentos no resgate da contratualidade do sujeito de direitos - o cidadão. Compartilhamos com Delgado (1995) a posição de que o maior desafio da desinstitucionalização está na ‘progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e a seus conflitos’ (ALBUQUERQUE, 2006, p. 10).

Para a comunidade da cidade onde a pesquisa foi desenvolvida, bem como para os moradores das Residências Terapêuticas desta localidade, conhecer a realidade das formas que tais Residências estão tomando, bem como suas características, permitirá que se corrijam eventuais erros e apontem-se caminhos de acertos.

A efetividade da estratégia de serviços residenciais na mudança do modelo assistencial da psiquiatria pública parece inquestionável. Sua articulação com a rede de atenção psicossocial tem sido conseguida com sucesso na maioria dos locais. Mais é uma política que ainda precisa vencer a batalha da opinião pública e introduzir-se com mais visibilidade no debate acadêmico do campo da saúde mental (DELGADO, 2006, p. 30).

## **1. Introdução**

## 1.1 Contexto histórico - cultural da loucura

Os aspectos históricos e culturais do campo da saúde mental determinam e influenciam, em parte, diretamente as práticas em saúde mental atuais. Nesse sentido, se pretendemos neste trabalho, lançar luz sobre a prática dos cuidadores de Residência Terapêutica, e, ainda, pensar em sua formação, precisamos antes de qualquer coisa, contextualizar essa prática de cuidados, que de alguma maneira está relacionada aos condicionantes sociais, históricos, políticos e culturais.

(...) a loucura passou pela história dos tempos de formas muito variadas. Antes de ser capturada na noção de doença mental, de patologia, de exclusão, ela experimentou outras formas de relação com a cultura, foi vista e ouvida como um saber importante e necessário que podia interferir e até mudar os rumos dos acontecimentos. Há, entretanto, um aspecto que sempre permaneceu constante nesse percurso todo, aquele que nos mostra que a loucura sempre foi inevitável para os homens. A história da loucura talvez seja, então, a história de como os homens lidaram com o inevitável. Vamos andar um pouco por esse tempo e acompanhar, no possível, essa história (BERGER; MORETIIN; NETO, 1991, p. 17).

Pensamos ser importante destacar algumas concepções históricas da loucura. Primeiramente a mítica, na Grécia antiga, que atribuía a Zeus a responsabilidade pela loucura, que dava *um lugar* à loucura de um saber divino, como oráculos dos deuses. Sendo assim, a experiência da loucura pôde ser vivida sem necessidade de expulsá-la ou controlá-la, pois a cultura ritualística dessa época permitia assimilar sua estranheza pela via do transcendental.

Note-se, que nem sempre a loucura foi encarada como um mal. Já teve *um lugar* positivo no imaginário social que lhe dava uma sustentação simbólica; a convivência com os outros não provocava tantas atitudes defensivas e resistências, e se viabilizava através da suposição de que o louco portava um mistério, uma verdade, algo a ser descoberto e sabido, enfim um valor social.

Na Idade Média, de início, a loucura representava as forças da natureza, e seu mistério permitia uma exaltação da loucura e não o desejo de dominá-la. Em seguida, a loucura deixa de ser interpretada culturalmente como algo positivo e “(...) passa a ser vista como um conjunto dos vícios do homem – preguiça, avareza, indolência”. De substantivo transcendente passa a adjetivo desqualificador (BERGER; MORETIIN; NETO, 1991, p. 18).

No século XVIII, a loucura passa a ser objeto de disciplina e correção, passa a ter um caráter médico e a ser vista, predominantemente, como uma doença, ficando sujeita ao controle moral e a uma terapêutica. Com Pinel, surgiu a ideia do tratamento moral, da internação, onde a obediência e a submissão seriam os meios mais eficazes e seguros de devolver a razão a alguém.

Pinel, em Bicêtre, depois de haver ‘libertado os acorrentados’, reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformou o asilo em uma espécie de instância perpétua de julgamento: o louco era vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões; contradito nos seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a conduta normal (YASUI, 2006, p.77).

Para nos auxiliar nessa tarefa de levantar aspectos históricos e culturais do campo da saúde mental, utilizaremos de uma referência – resultado de uma conferência realizada por Contardo Calligaris, por ocasião do VIII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VII Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátricas, realizado em abril de 2004.

(...) o fato de que existam profissionais de saúde mental que, como vocês sabem é um fato extremamente recente, de no máximo 200 anos – pode nos servir para pensar um pouco qual é a primeira pedra que é fonte do sofrimento específico do sujeito moderno.

De um jeito ou de outro, com camisas de força, com carinho, com eletrochoques, com palavras ou com intervenções químicas, de qualquer forma nós existimos para tomar conta dos desregrados, dos originais, dos loucos, dos que não aguentam mais e dos que aguentam mal. E, se existimos (...), é certamente porque 200 anos atrás, algo estourou; algo veio a falhar na ordem social (CALLIGARIS, 2004, p. 13).

No livro História da loucura na Idade Clássica, de Michel Foucault, o autor começa narrando a história da nau dos loucos, que vai de porto em porto para buscar os errantes, os insensatos, os que não sabem direito qual é o seu lugar, os que colocam em perigo a ordem social ou sua própria sorte. Até o fim do século XVIII, todos os indesejados eram depositados no mesmo local (CALLIGARIS, 2005).

Para nós, trabalhadores no campo da saúde mental, o que importa é que nessa época, entre o final do século XVIII e início do século XIX, os loucos são de fato separados dos criminosos, dos sem domicílio fixo, dos inquietantes, dos estranhos e de todos aqueles que ameaçam a ordem social. (CALLIGARIS, 2005, p. 14).



Nesse período, o louco é visto por Pinel como passível de tratamento, de se reconhecer seu sofrimento e de tentar curá-lo. Entretanto, para Foucault tratava-se de uma outra questão:

(...) se trata de cuidado, mas se trata, sobretudo, de também aprimorar o controle social, de construir uma rede de controle minucioso e capilar, adequada a cada caso. Portanto, (...) estamos aí para cuidar, para reconhecer o sofrimento, mas também somos agentes do controle social (CALLIGARIS, 2004, p. 16).

O psicanalista Contardo continua seu raciocínio dizendo que essas mudanças são decorrentes da dissolução da sociedade tradicional e do início da modernidade.

Os vilarejos da sociedade tradicional não eram nenhum paraíso, continham certamente, todas as condições humanas do existir- havia bêbados, assassinos, violentos, etc; mas era um grupo social coeso, com uma forte hierarquia, uma forte estrutura hierárquica, onde cada um se sentia fortemente identificado ao lugar (CALLIGARIS, 2004, p. 17).

Essa mudança, ou passagem, pode ser contada de uma outra maneira, como por Karl Marx, que diria que como a manufatura inglesa precisava de mão-de-obra livre para circular – portanto uma necessidade econômica capitalista –, demandava mão-de-obra disposta a viajar e a fazer exercer várias funções. O importante é que esta grande transformação social desencadeada pela modernidade fez surgir novas formas de subjetividade, de sujeitos mais livres para mudar de lugar, de profissão, de perspectiva, entre outras (CALLIGARIS, 2004).

A comunidade tradicional não precisava de pessoas para cuidar da saúde mental porque, “ (...) o idiota da vila, o mendigo da igreja e o louco da praça fazem parte da rede social. Eles são eventualmente excluídos, mas isso não tem problema, porque eles têm um lugar” (CALLIGARIS, 2004, p.18). Se na modernidade as coisas são diferentes, é porque essa pequena comunidade é substituída pelo mundo aberto da cidade.

A teoria da loucura, no século XIX, algumas características são: de um organicismo radical (...) de um interesse pelo tema da hereditariedade (...) da recusa de qualquer etiologia psicológica e desinteresse pelos aspectos subjetivos e individuais da vida psíquica. Além dessas características, havia uma tendência para os dados anatômico-clínicos, com autópsias e dissecações de cadáveres de alienados, que buscava uma causa, um agente patológico, patogênico, uma lesão orgânica e uma forma clínica típica de cada espécie de loucura (PESSOTTI, 2004, p. 27-28).

No século XX, o interesse se desloca para a subjetividade, para sua vida psíquica, não mais vista como um simples desarranjo, mas como outro jeito de ser. Inicialmente será Freud quem vai tentar responder o que é esse outro jeito de ser (PESSOTTI, 2004).

Agora, tudo começa a mudar, não só para Freud, mas Freud é produto de um tempo de contestação daquela psiquiatria arrogante, que dizia: “É tudo lesão orgânica, embora nós não tenhamos evidência. Um dia vai chegar a evidência” (PESSOTTI, 2004, p. 30).

A psicanálise de Sigmund Freud será importante nesse momento histórico por defender que o homem não é um ser apenas racional, mas também inconsciente, um sujeito em falta, que deseja e busca soluções para essa falta inerente.

Como sabemos, alguns momentos históricos possibilitam aberturas para ideias inovadoras e avanços importantes na produção do conhecimento. Já em outros, se repetem e se perpetuam ideias velhas em roupagens novas e pomposas. As ideias de panaceia e de antídoto são recorrentes ao longo da história. Resta sabermos quais seriam os ópios e quais seriam os antídotos, presentes no imaginário social nos dias de hoje, que dão forma à vontade desmedida de curar aqueles que se encontram em outra coordenada simbólica.

Constatamos, cotidianamente, durante esse estudo, momentos de bons encontros entre o louco e a cultura, onde foi possível verificar um laço interessante e intenso com o louco. Oferecendo-lhe apenas um lugar e evitando-se, simplesmente, tomar essa manifestação demasiada humana pela via, exclusiva, da normatização, da neurotização e da moralização.

A loucura sempre despertou nos homens fortes paixões: paixão de cuidar, de consertá-la, de curá-la, de silenciá-la, etc.; assim como produzir formas de aprendê-la, significá-la, reconhecê-la, situá-la e se comunicar com ela sem feri-la, sem se assustar com ela, sem temê-la, sem tomá-la enquanto objeto e, ainda, poder localizar um sujeito em cada loucura.

Apesar das loucuras de cada um, normalmente, não nos reconhecemos na loucura. Apesar de nos defendermos fortemente dela, parecendo tentar evitar o encontro com o imprevisto que ela traz, conversar e manter um contato razoável com a própria loucura, essa manifestação tão humana, e sustentar abertas todas essas questões, talvez seja o único caminho para poder cuidar e estar melhor com pessoas em sofrimento psíquico.

Por séculos, os discursos e as abordagens científicas, em relação à loucura, reforçaram estigmas, segregaram, geraram violência, exploração, abandono, indiferença e omissão, tudo ‘em nome da razão’, que a experiência de Barbacena, retratada no livro *Holocausto Brasileiro*, demonstra de maneira tão cruel – um verdadeiro campo de concentração, onde morreram cerca de 60.000 pacientes (ARBEX, 2013).

E na contemporaneidade, como lidamos com o fenômeno dos transtornos mentais? O que e como fazemos hoje com aqueles que recortam o simbólico de outra maneira? O que o discurso científico contemporâneo produz em termos de linguagem, de atenção, de cuidado?

Como a cultura contemporânea, com alguns de seus aspectos críticos, como sua faceta narcisista, individualista, consumista e imediatista, repercute nos discursos referentes aos transtornos mentais, em suas concepções de loucura e nas formas de abordagens atuais?

Como situar as formas de cuidados em Saúde Mental dentro de um contexto sócio cultural, onde os diagnósticos proliferam, levando à patologização da infância e da vida, e, à hipermedicalização – restos de uma busca desenfreada pelo sucesso e pela felicidade, dentro de um ideal que contempla quase ninguém e gera frustração à maioria dos mortais?

O processo de desconstrução de uma política hegemônica e a construção participativa de um lugar social para o louco se constitui a partir de um passado, de uma história, de uma estrutura, que herdamos e reproduzimos, muitas vezes, sem nos darmos conta.

Um dos campos de transformação propostos pela Reforma Psiquiátrica é o campo socio-cultural. Trata-se aqui de se operarem transformações no imaginário social sobre a loucura, a doença mental etc. Ou seja, propõe-se que todo conhecimento produzido por este processo seja incorporado como um bem cultural, que faça parte do senso comum.

Contrariamente à afirmação de que “lugar de louco é no hospício”, busca-se provocar e transformar a cultura para uma concepção mais inclusiva e acolhedora à diferença (YASUI, 2006, p. 95).

## **1.2 Constituição do campo da saúde mental no Brasil**

Em 1852 foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o primeiro hospício do Brasil. Nos anos seguintes foram criadas outras instituições asilares para receber os loucos, sendo esses asilos a única alternativa de assistência ao doente mental nessa época. Apenas por volta dos anos 70,

aconteceram mudanças significativas nas formas de intervenção. O período do pós-guerra, pós-traumático, inspirou “(...) fortes expectativas, anseios libertários e de igualdade social. Nesse contexto surgiu o conceito de saúde como ‘direito de todos e dever do Estado’, e foi (...) criada a Organização Mundial de Saúde (OMS)” (CARVALHO, 2001, p. 17-18).

A transformação da assistência associa-se também à revolução na terapêutica introduzida com o uso da clorpromazina, na década de 50, pois a utilização dos neurolépticos em larga escala mudou o perfil dos doentes psiquiátricos, tornando mais viável sua volta ao convívio social (PITTA-HOISEL, 1984, p.18).

As expressões “reforma” e “psiquiatria” andam juntas desde o nascimento da psiquiatria – o gesto de Pinel de desacorrentar os loucos é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma (TENORIO, 2002).

Segundo Delgado (2005), nas últimas décadas a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. Com isso, sua marca distintiva e fundamental passa a ser a busca da cidadania e dos direitos dos loucos.

Em 1987, aconteceram dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A participação dos usuários e de seus familiares nas discussões passa a ser uma característica marcante do movimento, que institui o dia 18 de maio como o dia nacional da luta antimanicomial.

É nessa época que a Constituição Federal, de 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios – universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

A própria estrutura da assistência em psiquiatria ganha outra abordagem: não se trata mais de aperfeiçoar as estruturas tradicionais, mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado. A tarefa da reforma psiquiátrica passa a ser a de substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei no 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), que produziu efeitos antes mesmo de ser aprovada, intensificando a discussão sobre o tema e servindo de empuxo à aprovação de leis estaduais.

Ainda na década de 1980, o surgimento do programa de Saúde Mental de Santos e do CAPS Luiz Cerqueira de São Paulo, são considerados marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidado no Brasil.

A partir dos anos 1990, o financiamento público das ações em saúde mental foi redirecionado para a criação de uma rede extra-hospitalar. Em 1991, com a portaria 189 do ministério da saúde, que possibilita a remuneração e incentivos públicos a outras modalidades de assistência, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). A política de incentivo às unidades abertas e os limites impostos em relação às internações hospitalares favoreceu o fechamento de vários hospitais (BRASIL, 1993).

Em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo sido o seu relatório final adotado como diretriz oficial para a reestruturação em saúde mental no Brasil. As recomendações gerais sobre o modelo de atenção propunham a adoção dos conceitos de território e de responsabilidade como forma de ruptura com o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 1994).

Além da portaria que deu existência institucional aos CAPS e ao NAPS (portaria 224, de 1992), outro marco importante da reforma ocorreu em 2000, com a publicação da Portaria 106 do Ministério da Saúde. Esta Portaria instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos, definindo-os como casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar e servir de moradia para os pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, a fim de viabilizar sua reinserção social (BRASIL, 2000).

Ademais de os dispositivos residenciais serem concebidos como um instrumento efetivo de recuperação de cidadania, essa portaria prevê que a cada transferência de paciente do hospital especializado para o Serviço de Residência Terapêutica (SRT), deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital, realocando-se o recurso correspondente.

Em 6 de abril de 2001, o presidente da República sancionou a Lei de Saúde Mental, Lei 10.216, aprovada pelo Congresso Nacional. A aprovação da Lei aconteceu doze anos depois de sua apresentação, pelo deputado Paulo Delgado. Nesse longo período o texto da lei sofreu inúmeras mudanças, mas ainda pode ser considerada uma lei progressista e decisiva para o processo da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

No seu artigo 5º, a Lei obriga a elaboração de uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente há longo tempo institucionalizado e para as situações de grave dependência institucional. Neste ponto, a lei faz alusão aos chamados Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2000) – dispositivo estratégico da reforma, que é o tema de nossa pesquisa.

### **1.3 Residência Terapêutica**

A história da psiquiatria é uma história de ‘casas’, mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas (SARACENO, 1999, p. 115).

Surgem no Brasil, no início dos anos 90, iniciativas pioneiras de estruturas residenciais extra hospitalares, que tiveram também a função de demonstrar empiricamente a viabilidade de substituição de leitos de moradores por residências no espaço comunitário, sendo sua importância estratégica ressaltada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. Esses dispositivos residenciais receberam diferentes denominações, tais como Lar Abrigado, Pensão Protegida e moradias extra hospitalares. Essas experiências pioneiras, logo avaliadas como positivas, proporcionaram subsídios essenciais para que essas iniciativas fossem incorporadas como política do SUS, a partir da publicação da portaria 106/2000 (FURTADO, 2006, p. 39 e 40).

Conforme afirmou o Coordenador Nacional de Saúde Mental, na época, Pedro Gabriel Delgado, por ocasião do I Encontro Nacional de Serviços Residenciais Terapêuticos, realizado em Paracambi-RJ, no ano de 2004, duas experiências marcaram o início da ideia da Residência Terapêutica. A primeira, a experiência desenvolvida no Juqueri, no Hospital Franco da Rocha, que contou com a criação, nos anos 80, dos chamados “Lares Abrigados”. Outra, a experiência de Barbacena com a construção de casas no espaço asilar que, mesmo localizadas sob o “manto protetor da instituição”, objetivavam a autonomia dos usuários e a melhoria da qualidade de vida dos mesmos (informação verbal).

O processo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos segue acompanhando o ritmo de fechamento dos leitos; contudo, a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio. Furtado (2006), ao refletir sobre as razões da limitada expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos, aponta como possíveis entraves do

processo de expansão: questões de ordem política, de gestão e de *know-how* por partes das equipes para sustentar o acompanhamento dos moradores das Residências.

Nosso estudo se propõe a explorar esse último possível entrave citado: a falta de *know-how* por parte das equipes de cuidadores de moradores do SRT. Que *know-how* é esse, como defini-lo? E mais, quem é o cuidador de Residência, o que faz? Não pela perspectiva das possíveis falhas e faltas; ao contrário, propondo pesquisar, na prática dos cuidadores, seus acertos, dificuldades e os efeitos terapêuticos, alcançados por uma prática, que é sustentada, essencial e fundamentalmente, na interação intensa e rica de significados entre cuidadores e moradores.

Podemos conceituar os Serviços de Residência Terapêutica como:

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

Dessa forma, diferentemente de um espaço sanitário/hospitalar, trata-se de implementar práticas e estratégias operativas de apoio e suporte que visem promover o protagonismo das pessoas na vida cotidiana, a autonomia, a reapropriação do habitar, em suas diferentes formas, e as possibilidades de conviver e participar das trocas sociais (Brasil, 2004b).

O registro das experiências consolidadas e as pesquisas realizadas em vários países (...), revelam resultados globais positivos na implementação de dispositivos de integração comunitária como os serviços residenciais, indicando melhora evidente da qualidade de vida e do nível de satisfação da clientela (ALBUQUERQUE, 2006, p. 11).

Apesar dos resultados globais positivos das experiências de RTs no Brasil, segundo Delgado (2006, p. 25): “Não podem ser diminuídas, todavia, a importância do obstáculo teórico-técnico, representado pela complexidade intrínseca ao projeto de residências, e a pequena densidade deste debate em nosso meio”. Neste sentido, nosso trabalho pretende colaborar com o debate deste tema.

## **2. Objetivos**



**Geral**

Analisar o saber e a prática das cuidadoras no contexto da Residência Terapêutica.

**Específicos**

- a) Descrever as características socioculturais das cuidadoras.
- b) Investigar as atividades realizadas pelas cuidadoras nas residências terapêuticas.
- c) Identificar o processo de formação/capacitação das cuidadoras.

### **3. Referencial teórico-metodológico**

### 3.1 Abordagem metodológica

A experiência de mais de doze anos como psicólogo e coordenador de um SRT, instigou-me a escrever sobre esse tipo de dispositivo em saúde mental, a partir de um estudo com abordagem qualitativa, que tem como objetivo principal analisar o trabalho do cuidador em sua relação com a loucura, procurando desvendar alguns mistérios, saberes e lições que cercam essa função, da qual depende o sucesso ou o fracasso de qualquer serviço de saúde.

A primeira questão metodológica que se colocou, quando resolvemos fazer este estudo, foi a de examinar as possíveis consequências para a pesquisa, sendo o pesquisador ao mesmo tempo coordenador do Serviço estudado. Quanto a esse ponto, temos que admitir que essa dualidade traz problemas adicionais para o pesquisador, principalmente, quando não estamos bem avisados sobre os possíveis vieses e entraves decorrentes desta duplicidade de papéis (pesquisador/coordenador). Por outro lado, também acreditamos que se conseguirmos minimizar tais riscos, a relação custo/ benefício desta especificidade pode ser até positiva, e esta foi nossa aposta.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a utilização do suporte teórico da psicanálise para embasar a análise das observações e das entrevistas.

A psicanálise possibilitou à esta pesquisa lançar luz à prática dos cuidadores, a partir da análise da interação de cuidador/morador e do processo de formação/capacitação desses profissionais, dentro do contexto das Residências Terapêuticas – ângulos complementares no enfoque do processo de trabalho do cuidador.

A compreensão dessa prática, a partir da análise da relação cuidador/morador, implicou em escutar as cuidadoras e acompanhá-las em suas tarefas. Além disso a pesquisa das referências sobre as Residências Terapêuticas foram fundamentais.

Para os fenômenos que não se encontravam registrados, como, por exemplo, aquilo que surge da interação entre cuidador/morador e todos os valores, ações e sentimentos aí envolvidos, foi utilizada a observação participante, com a inserção do pesquisador no contexto dessa interação, de maneira a apreender a partir de dentro, isto é, tendo claro que a presença do observador é parte do evento observado.

Nesse sentido, a participação do pesquisador, passou a ser, necessariamente, uma observação participante, construída de acordo com o rigor exigido pela ciência e fundada numa atitude em que se reconstrói como estranho aquilo que era familiar, problematizando a

realidade e o grupo social pesquisado. Por um lado, entendemos ser inerente à pesquisa qualitativa, o problema da dualidade do pesquisador, que precisa estar ao mesmo tempo próximo e distante do grupo estudado – para não ser excessivamente impregnado pela problemática e pelo ponto de vista do grupo pesquisado.

Quanto aos discursos verbalizados pelos cuidadores – como, por exemplo, seus pontos de vista, ideias e ideais, valores, crenças e os motivos que os impulsionam ao exercício de sua tarefa – foram obtidos mediante depoimentos e registros discursivos; para isso utilizamos as entrevistas em profundidade, de tipo semiestruturada.

A pesquisa de campo e seu sucesso dependem da proximidade, da confiança e dos princípios éticos envolvidos nesta relação entre o pesquisador e pesquisados. A aceitação por parte dos pesquisados também foi fundamental para a qualidade dos dados obtidos.

Neste estudo, estaremos atentos para encontrar a “justa medida” de uma boa inserção em campo, que depende de uma certa aproximação e de um certo grau de empatia, ao mesmo tempo em que não se pode simplesmente deixar impregnar-se pelas verdades do grupo pesquisado, assumindo suas causas.

Segundo Minayo, citada por Oliveira (2012), a metodologia qualitativa preocupa-se com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores, motivos e atitudes da ação humana, apreendidos no cotidiano, a partir da experiência e da explicação das pessoas que vivenciam determinado fenômeno.

O conceito de cultura também foi um instrumento importante em nosso estudo, entendida aqui como o conjunto de regras que orienta e empresta significado às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social.

A cultura é tomada, assim, por seu caráter simbólico. Ela é a forma que determinado grupo social estabelece para classificar as coisas e atribuir-lhes um significado. E, nessa concepção, a cultura é sempre arbitrária, pois cada grupo pode atribuir um significado diferente a um mesmo objeto ou fenômeno. É uma espécie de código que um determinado grupo compartilha, sendo que as diferentes dimensões da cultura se encontram entrelaçadas e compõem este código que é a própria cultura. (VÍCTORIA, 2000, p. 14).

A cultura presente no campo da saúde mental, seja por uma vertente teórico-conceitual objetivante, baseada na noção diagnóstica e de doença, seja em protocolos padronizados ou na sua racionalidade médica científica. Pode produzir isolamento, ao invés de liberdade, quando observa mais do que escuta, para simplesmente classificar, catalogar e determinar, não

abrindo espaço para o sujeito. A ruptura e a mudança do paradigma científico que o processo de reforma provoca é um trabalho de desconstrução de ideias fortes e cristalizadas pelo saber científico, como as, de doença mental, cura e normalidade, que levam tempo e exigem resistência para serem superadas de uma forma mais efetiva.

### **3.2 Psicanálise e Reforma Psiquiátrica**

Propomos aqui, nos valer do conhecimento teórico clínico da Psicanálise, bem como dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial, para embasar a análise e a leitura da prática desenvolvida pelos cuidadores em um Serviço Residencial Terapêutico.

Considera-se aqui, basicamente, a Psicanálise de Sigmund Freud, que parte da noção de inconsciente, do desejo, da transferência, de escuta, que propõe como ética - a ética do desejo; pensamos que seu saber e sua clínica são absolutamente compatíveis com os saberes da reforma psiquiátrica, da reabilitação psicossocial, do acompanhante terapêutico, da clínica ampliada, do cuidado, que dizem respeito a nosso propósito: pensar um serviço de saúde mental, altamente estratégico para os caminhos da reforma psiquiátrica.

O Serviço Residencial Terapêutico se destaca como resposta à exclusão e à cronificação produzidas pelo manicômio. É o dispositivo de cuidado que aborda a parte mais difícil da Reforma psiquiátrica, uma vez que enfrenta as problemáticas do estar em e do habitar não somente uma casa, mas também a cidade daqueles que tiveram intensificada, por muitos anos de internação, sua condição de sofrimento psíquico grave (SANTOS, 2006, p.163).

A Psicanálise será o nosso referencial teórico por ser o referencial – com o qual – estamos mais próximo e familiarizado. E também por o considerarmos adequado para atingir os nossos propósitos. No entanto a psicanálise aqui não será usada de maneira estrita e nem pura, mas em extensão. “A psicanálise em extensão tem a tarefa de dar o testemunho do saber psicanalítico, tornando a psicanálise presente no mundo” (MENDONÇA, 2007, p. 104). Como já dissemos, outros conhecimentos consagrados e reconhecidos no campo da reforma psiquiátrica também nos interessam. A proposta é de ampliar para poder, assim, analisar o que é ser cuidadora de RT, o que faz, quais os saberes que fundamentam e autorizam o saber/fazer do cuidador? Partimos dos trabalhos de autores do campo da Reforma, que já pensaram o lugar da Psicanálise em um SRT e de autores que vivenciam o campo da saúde mental.

Segundo Campos (2001):

O planejamento em Saúde (...) manteve-se em geral, afastado das questões clínicas (...). Contudo no âmbito dos serviços assistenciais de Saúde, quando saímos do aspecto teleológico e chegamos ao operativo, nos deparamos sempre com uma escolha clínica. Estamos chamando, aqui, de clínica às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária (p. 99).

Portanto, se existe uma negação da clínica no que se refere ao planejamento em saúde, no campo da prática sempre nos referenciamos a uma forma de saber clínico, de cálculo, que nos auxilia nas tomadas de decisões, durante o estar junto no ato de cuidar.

“A grande contribuição da psicanálise está justamente em apresentar o humano com uma dimensão não racional, inconsciente, marcado por uma falta inaugural que o produz como sujeito desejante (...). E é este sujeito que também produz ciência” (YASUI, 2006, p.87).

(...) nos primórdios do século XX, Freud dirá que o ser humano não age somente consciente, porém também motivado pelo seu desejo e por motivações que permanecem inconscientes para ele. O ser humano objeto de suas próprias pulsões, já não mais senhor de si mesmo. Assim desde o seu advento, convocará ao homem a empreender um caminho que partindo da dependência e da alienação o leve à autonomia e à responsabilização. Essa associação entre autonomia e responsabilização é de fundamental importância para a Psicanálise e deve ser destacada: só posso ser autônomo na medida em que me responsabilizo pelos rumos e pelos atos a que meu desejo tem me levado (CAMPOS, 2006, p. 8).

A tradição da Medicina se estrutura desde a Idade Moderna como herdeira do Iluminismo. Há uma busca intensa pela racionalidade e pela cientificidade das afirmações. A objetivação dos pacientes (transformados assim em objetos da intervenção), e a metáfora do corpo como máquina que poderia ser consertada (LUZ, 1988). O paciente é assim, passivo. É essa a clínica que, segundo Foucault (apud CAMPOS, 2006), se estrutura como certo olhar, ancorada na anatomia patológica, e que teria tido origem no século XIX.

Para Freud há um mais além (e aquém, acima e abaixo) do princípio da razão. Existe o mistério do inconsciente. No lugar do homem racional poderoso e autônomo frente à natureza, temos um sujeito dividido entre a consciência e o inconsciente; temos a incompletude do humano com sua falta inaugural e estruturante, que o lança na aventura da vida como ser desejante; temos o “desamparo” frente aos dilemas da existência (YASUI, 2006, p. 86).

Freud, no início do século XX, por sua vez, propõe uma clínica baseada na escuta do inconsciente – a Psicanálise deve ofertar um contexto profissional para o desenvolvimento da confiança. Para isso, a transferência se torna condição básica e decisiva para o desenvolvimento de práticas de cuidados.

Para isso, o suporte e a supervisão da equipe de cuidadoras têm que ser contínuo e voltado às demandas objetivas e subjetivas dos moradores e cuidadores.

As supervisões à equipe das cuidadoras do Serviço analisado se iniciaram em 2012, com a participação de todas e a visita de uma supervisora com experiência na área de Saúde mental e de Psicanálise. As supervisões acontecem mensalmente, com duração aproximada de 04 horas.

No início, cada cuidadora apresentava, de cada casa, um caso, buscando delimitar todos os aspectos que permitissem à supervisora o acesso aos casos da forma mais objetiva. Esse esforço era conduzido de maneira acurada, com fotos, visitas a familiares distantes ou mesmo conversas com pessoas que possivelmente conhecessem seus familiares.

Nestes relatos, era possível destacar a busca pela compreensão dos residentes fora da ótica dos diagnósticos, que as cuidadoras desconhecem, em favor da realidade de suas condições. O lembrete de que os residentes são advindos de uma longa jornada de institucionalização, tal como apontada por Goffman (1961), costuma ser necessário e tende a ser encarado como uma novidade.

Ou seja, embora todas saibam que os residentes vieram das instituições totais, dos ditos hospícios, que viveram em condições desumanas – algumas das cuidadoras chegaram a conhecer alguns moradores nestas condições –, não é assim que os percebem. Por um lado, isso pode denotar que os veem como meros humanos – o que é bom. Por outro lado, não compreender o impacto da institucionalização as empurra para uma atribuição de vontade aos comportamentos inadequados.

A situação de cuidado nas casas de SRT é antagônica aos ditames pós-modernos, pois os residentes e as cuidadoras vivem intensamente suas relações, costuradas aos miúdos do cotidiano. Enquanto, nas outras relações de trabalho, há um produto que as media, nas RTs, a relação é o produto diário do trabalho delas e esta intensidade tanto as faz mais receptivas a eles como as deixa preocupadas, cansadas e em dúvida.

A supervisora julga que o fato de as cuidadoras não serem técnicas nem graduadas é um fator de destaque, pois elas não vêm marcadas pelas classificações atuais e encaram as

medicações como elementos de trabalho que não deve impedir o acesso à construção relacional.

Em alguns momentos dessa relação é necessário que o profissional suporte seja colocado na posição de objeto subjetivo (Winnicott, 1963, apud), o que implica ser tratado como parte do sujeito com quem se relaciona.

(...) um trabalho pautado por intensas relações interpessoais, (...) envolve a necessidade de que os profissionais lidem com suas manifestações afetivas, que podem se caracterizar como defesas ligadas à onipotência, somatização, idealização, dentre tantas outras demasiado humanas (CAMPOS, 2005, p. 101).

Isto também pode ser pensado como se segue:

“O desenvolvimento da consideração pelo outro é estudado por Winnicott (1958) a partir do que ele denomina “capacidade para preocupar-se (...)” (p. 4). O acompanhamento que Winnicott propõe não se baseia em técnicas interpretativas, mas na utilização do holding para a construção de ambientes facilitadores que permitam que o paciente desenvolva o sentimento de confiabilidade para vivenciar uma relação de dependência absoluta, a partir da qual poderá iniciar um processo de constituição de si mesmo. Adaptando-se ao paciente, o terapeuta é capaz de reconhecer as necessidades dele e permitir que, do ponto de vista emocional, as falhas ambientais que desencadearam na psicose possam ser revividas, o que permite o início do processo do desenvolvimento subjetivo (MIRANDA; CAMPOS, 2013, p.103).

Entendemos que a interação entre o cuidador e a pessoa em sofrimento psíquico, dentro de um contexto de desinstitucionalização, deva ser orientada por uma clínica que vise, antes de qualquer coisa, a integração social dos usuários e a transformação do modelo de exclusão historicamente construído, buscando modificar o laço social, no que diz respeito à luta contra o estigma social, e, o discurso tradicional, que aponta para a idéia de que *o lugar* da loucura é, por excelência, o hospital psiquiátrico. Considerando este contexto cultural e social, é necessário que a tarefa dos profissionais seja, essencialmente, de encorajar os usuários a circularem pela cidade, apresentando a eles o seu território, direitos e responsabilidades.

Havemos de tirar vantagens de, ao estarmos na rua com um paciente, estarmos tratando no lugar mais distante e mais descentrado das estruturas *psis* (psiquiatrizantes) de tratamento. O que nos coloca muito próximos do sem-lugar da psicose, desta errância (...) isto permite, então tentar viabilizar o que há de legítimo na loucura como componente da Cultura; tentar delimitar uma terapêutica que leva em conta o modo em que o louco é contextualizado historicamente pelo imaginário social, para compor, inclusive, a história pessoal perdida pelo psicótico (CARROZZO, 1991, p. 24)



O desejo dos cuidadores deve ser que seus moradores estabeleçam laços sociais, a sua maneira (a partir de sua diferença), com a cidade – que garantam sua permanência na comunidade.

O trabalho dos profissionais não se limita, portanto, a relação com o morador, mais inclui o seu território de circulação, território afetivo, social e cultural. (...) Para tanto, sua participação ativa é essencial, devendo se evitar esquemas paternalistas ou excessivamente institucionais. (...) A clínica da atenção psicossocial, portanto, deve guiar-se por esta função complexa, de executar um conjunto de ações que aumentem a circulação social e evitem o isolamento do portador de transtorno mental. A abrangência da tarefa logo aponta para a necessidade de uma rede de cuidados, que garanta o exercício da cidadania (HONORATO; PINHEIRO, 2007, p. 171).

O trabalho em questão parte de uma ideia de clínica e de cuidado abrangente e ampliados, que considere os moradores enquanto sujeitos desejantes (sujeitos do inconsciente) e sujeitos de direito. Em uma clínica ampliada (clínica do sujeito), que segundo Campos (2001), “... a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente”. Nesse sentido, seria “(...) a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença”. (p. 101).

Tenório (2001) aponta que a atenção integral, cidadania, território, responsabilidade são conceitos norteadores da atividade clínica dos profissionais, cujo trabalho oscila entre a tutela e cuidado, autonomia e escuta.

Analisar a prática dos cuidadores de RT na sua relação com a psicose, no circular pela cidade e no habitar uma casa, pode se revelar um trabalho interessante e estratégico, na medida em que se trata de ocupar um lugar, o qual historicamente sempre foi negado ao psicótico, desde que a loucura ganhou status de doença mental.

Acompanhar essa clientela é um desafio diário, em que o cuidado e a atenção podem esbarrar no controle, no aprisionamento, no subjugo. O fio da navalha em que caminhamos é o fio paradoxal obrigatoriamente presente na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos (...); andamos no x, no meio, com o cuidado de quem não conhece o caminho, tentando ser genealogistas, construindo a clínica e a intervenção a partir do entendimento das relações e dos jogos de força que estão em ação (SANZANA et. al., 2006, p.170).

O acompanhamento de moradores em RTs, psicóticos, e por longo tempo institucionalizados, requer uma reinvenção da clínica, que leve em conta, entre outras coisas, que esses sujeitos foram retirados da vida social e isolados, por seus excessos, por suas diferenças e sua recolocação na realidade das cidades pode atualizar as suas frustrações e as

suas inseguranças. Para fazer frente a esse contexto tão desfavorável, o desejo e a delicadeza do cuidador se tornam imprescindíveis.

Podemos supor que o psicótico, para habitar o mundo e funcionar nele, deve ter-se organizado de modo bastante inusitado, já carregando em si uma exterioridade em relação ao seu meio. É tênue o fio que enlaça, no tecido social, um lugar para a subjetividade errante, seu corpo descontínuo e desmembrado, sua história impessoal e incontada (PORTO, SERENO, p. 25).

O habitar uma residência e o circular por uma cidade podem ajudar a promover, efeitos terapêuticos surpreendentes na vida psíquica e social dos moradores; entretanto como nos aponta (SANTOS, 2006), a reversão da exclusão pela modificação da realidade objetiva, não é suficiente para a promoção destes efeitos:

Ela, sem dúvida, é necessária, mas não o suficiente. A ausência de opressão, a inclusão e o resgate da cidadania perdida devem estar intrinsecamente ligados a uma dimensão clínica permanentemente presente na relação de cada morador com os cuidadores, a fim de que haja, efetivamente, uma cidadania a ser promovida (SANTOS, 2006, p. 165).

Todos esses efeitos terapêuticos, segundo Santos (2006), não anulariam a positividade fenomênica e estrutural da psicose:

Esses efeitos necessitam de modificações concretas e objetivas, bem como de manejo clínico para serem produzidos (...) os efeitos da reversão de um quadro de extrema opressão muitas vezes geram a impressão de que a doença mental se reduz ao mero efeito de exclusão social, histórica e política (p.165).

Realmente, acreditamos ser importante destacar que a psicose não pode ser vista apenas como um efeito da exclusão social, mas sim como resultado da combinação de vários fatores. Por isso mesmo a liberdade decorrente da alta hospitalar não é suficiente para o sujeito se reintegrar, nem mesmo o estímulo para que se aproprie de tudo aquilo que até então lhe foi negado, os seus direitos. Isso pode não bastar. Por isso as Residências Terapêuticas devem servir como um espaço especial onde o morador possa se refazer, se reorganizar, se encorajar a se lançar na vida, a partir de sua maneira singular e inédita no mundo.

No Serviço Residencial Terapêutico, existe uma dimensão clínica que não se constitui em tratamento. É a Psicanálise que vem dar suporte a essa clínica. Dar lugar a essa dimensão e orientar o trabalho da equipe dos cuidadores a partir dela quer dizer se deixar guiar pela realidade psíquica, feita de linguagem, mais do que pela realidade social e espacial. É isso que distingue o que chamamos de dimensão clínica do termo cuidado, tal como o campo da reforma psiquiátrica o define. Distingue, uma vez que orientar o trabalho pela realidade psíquica de cada morador não reduz o cuidado ao convívio, à ajuda mútua, à troca socioafetiva. Distingue, mas não opõe. Afinal, considerados os fins do cuidado, a clínica da Psicanálise parece

mais próxima aos ideais e diretrizes éticas da Reforma do que outros saberes (SANTOS, 2006, p.165).

Nesse sentido, o trabalho do cuidador de ‘ficar junto’ com o morador, a sua presença, com sua regularidade; e a transferência constituída a partir dessa relação íntima e intensa, discursiva e afetiva, nos parece tão importante e complementar à outra parte do seu trabalho, mais voltada para as atividades de reintegração social e política.

Finalmente, nos opomos às ideias de clínicas hegemônicas, reducionistas e simplistas, que diante da complexidade da vida e da tragédia humana, buscam explicar o sofrimento psíquico apenas como um desarranjo cerebral, decorrente de uma causalidade biológica e bioquímica – ideias essas que excluem o sujeito e sua responsabilidade por suas produções. Estamos mais alinhados a “(...) uma clínica do encontro, da invenção e da produção de sentidos” (YASUI, 2006, p. 103).

Morar, viver, andar pela polis: esses atos de “magnífica banalidade” estão no horizonte ético de todos os esforços da Reforma, sendo maiores, certamente, que sua dimensão prática, administrativa e também “terapêutica”, embora preciso, diante da imprecisão das designações anteriores, é também uma licença poética. O paradoxo é que, quanto menos o projeto de residência assumir uma roupagem “clínica” (...), quanto mais uma casa banal ela se tornar – e sabemos como as casas banais são palácios suntuosos plenos de irritantes problemas quotidianos -, maior eficácia na produção de autonomia possível ela terá. Quanto menos “clínica” ou “terapêutica”, mais eficaz como clínica (DELGADO, 2006, p.30).

## **4. Itinerário da pesquisa**

A presente investigação trata-se de um estudo de caso exploratório e descritivo com abordagem qualitativa dos dados, devido às características do objeto de estudo e do objetivo proposto.

Como mencionado anteriormente, o objetivo foi analisar o saber e a prática das cuidadoras no contexto da residência terapêutica e para atendê-lo foram utilizadas duas estratégias para a coleta de dados: observação participante e entrevista semiestruturada.

#### **4.1 Contexto social do lócus da Pesquisa**

O lócus da pesquisa escolhido foi o Serviço Residencial Terapêutico de uma cidade do interior paulista, que possui cerca de 70.000 habitantes, está localizada no leste paulista, na divisa com o sul de Minas Gerais e integra a Divisão Regional de Saúde XX (São João da Boa Vista). Faz parte de uma região que historicamente concentrou um grande número de leitos psiquiátricos (Itapira, Espírito Santo do Pinhal, Casa Branca e Mococa).

Em 2001, a Lei Federal n. 10.216 (Brasil, 2001) determinou que pacientes a longo tempo institucionalizados em hospitais psiquiátricos deveriam ser objeto de política específica de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida. No Estado de São Paulo, ao longo dos últimos anos, houve uma redução significativa no número de pacientes/moradores internados.

Em 2002, o município em questão propõe a criação de duas RTs e uma Oficina Terapêutica, inserindo-se no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Após a desativação de um hospital psiquiátrico - que funcionou por cerca de 25 anos e que chegou a ser referência regional para internações psiquiátricas - precipitou-se um debate local sobre o destino de usuários com vários anos de internação psiquiátrica, que teriam condições de alta hospitalar, se não fossem desprovidos de suporte social e laços familiares.

Esse debate, inicialmente técnico, articulado a forças políticas, possibilitou em janeiro de 2002 firmar acordo de intenção para a criação imediata, em sistema de parceria, dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que pudessem acolher aqueles usuários que desejassem participar do Serviço e que pudessem dele beneficiar-se. Depois de dez meses de funcionamento sob a gestão direta da Prefeitura, o município estabeleceu convênio com uma

organização não governamental (ONG), para administrar e poder dar maior agilidade ao processo.

Quanto a este ponto, Furtado (2006) faz uma observação quanto a esse tipo de parceria que nos parece apropriada:

(...) o desenvolvimento de novas formas de gestão e parcerias com o terceiro setor parece fundamental para superar a incompatibilidade entre a tradicional administração de serviços públicos e a forma de acompanhamento requerido pelas peculiaridades inerentes aos SRTs (p. 48).

Esse tipo de parceria prevista na legislação realmente colaborou para uma maior agilidade nas questões administrativas do SRT que comportavam uma especificidade. No primeiro ano de funcionamento, o serviço foi administrado diretamente pela prefeitura e chegou-se a conclusão de que, para o seu bom funcionamento, havia necessidade de se estabelecer parceria com alguma instituição que pudesse assumir o gerenciamento das residências terapêuticas.

Entretanto consideramos que esse modelo pode provocar um distanciamento entre as partes responsáveis, prefeitura e ONG. Temos conhecimento de outros municípios que inovaram criando uma organização social, como é o caso de Santo André (SP). A solução encontrada por esse município parece de antemão ser interessante para aproximar a prefeitura da ONG:

(...) ao perceber que esse modelo garantia a participação tanto do governo (por intermédio da Secretaria de Saúde) quanto popular (por meio de uma ONG). A dinâmica de trabalho acontece de maneira transparente porque as decisões são tomadas via Conselho Administrativo, representado de forma paritária. Assim todas as decisões financeiras e administrativas, inclusive a contratação de pessoal e a forma de seleção, são discutidas e deliberadas em reuniões ordinárias bimestrais ou extraordinárias (RIBEIRO, 2006, p.152).

De início, foram selecionados, tecnicamente, 14 residentes para participarem, divididos em duas residências terapêuticas, sendo uma masculina (com 8 usuários), e uma feminina (com 6 usuárias). Em 2005, começaram a funcionar mais duas novas residências e, em 2010, foi inaugurada uma quinta RT. A sexta começou a funcionar em setembro de 2011 (no momento encontra-se desativada), totalizando, atualmente, 32 moradores em 5 RTs.

A partir da criação dos SRTs no Município foi possível constituir uma rede de assistência em Saúde Mental que, além das seis Residências cadastradas citadas, conta

também com um CAPS álcool e outras drogas III, um CAPS II (para outros transtornos mentais), um CAPS infantil (CAPSi), uma Oficina Terapêutica, e leitos destinados à saúde mental em um hospital geral (Santa Casa). Existe, também, uma Associação de Familiares e Usuários de Saúde Mental, que no momento encontra-se inoperante.

A equipe atual, composta pelo coordenador técnico, cuidadores e administradora da entidade não governamental das RTs, tem feito, nos últimos doze anos, uma aposta decidida, na possibilidade de reabilitação psicossocial dos usuários e na eficácia desse novo modelo de atenção, que está sendo construído dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O serviço começou a funcionar em 21 de janeiro de 2002, mesmo dia do fechamento de um hospital psiquiátrico da cidade, cujos moradores eram assistidos por uma equipe, à época, formada por oito trabalhadores: um médico psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo e cinco cuidadores.

Os SRTs são financiados pelo Ministério da Saúde, não existindo contrapartida financeira por parte do município em questão. Os recursos do Ministério são repassados integralmente pela prefeitura para a entidade não governamental, responsável pela administração dos mesmos. A entidade, sem fins lucrativos, é responsável pela contratação da equipe, pelo pagamento dos alugueis das casas, alimentação, e outras despesas relacionadas à manutenção.

Atualmente são mantidas cinco RTs em funcionamento, com 32 moradores, sendo 27 homens e 5 mulheres, cuidados por uma equipe com 16 integrantes (portanto uma média de um trabalhador para cada dois moradores). Dos 32 residentes, nove fazem parte dos primeiros moradores no momento da implantação das moradias. Os outros cinco que também fizeram parte do grupo inicial faleceram ao longo desses quase 13 anos de funcionamento.

Segundo a portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, as residências terapêuticas devem ser cadastradas como tipo I ou tipo II, definido pelas necessidades específicas de cuidado do morador. As RTs do tipo I devem acolher no máximo oito moradores e são reservadas para aqueles com moderado nível de dependência e sem comprometimento físico importante, e podem contar com o apoio de um cuidador de referência. As do tipo II são destinadas aos moradores com acentuado nível de dependência, especialmente em função de seu comprometimento físico e que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo

acolher no máximo dez moradores. Devem contar com equipe mínima, composta por cuidadores de referência e profissionais técnicos de enfermagem (BRASIL, 2011).

Das cinco residências terapêuticas, três estão cadastradas como tipo I e duas do tipo II. Com exceção das casas do tipo II – que a partir deste ano passam a contar com mais um cuidador, em dias alternados, durante o período diurno e apenas um no noturno, durante toda a semana inclusive nos feriados – nas demais moradias há apenas um cuidador no período diurno. Normalmente, o cuidador trabalha sozinho. A partir do início deste ano, as duas casas do tipo II, dividem mais um cuidador, durante o dia, que serve de apoio, e que trabalha cada dia da semana alternadamente em uma das duas RTs II.

As cinco RTs estão localizadas em dois bairros da cidade, quatro delas, em um mesmo bairro, relativamente próximas entre si. Os dois bairros são típicos de classe média, e as casas são bem localizadas, em relação ao centro comercial do bairro e ao centro da cidade (cerca de 5 minutos de carro e 20 minutos a pé). Os bairros possuem igreja, supermercado, padaria, barbearia, vendas, praças, escolas, etc. O serviço não conta com veículo próprio. Quando os moradores vão ao centro da cidade, a maioria se utiliza de táxi. Alguns optam, eventualmente, por irem caminhando e uma minoria utiliza ônibus. A relação com os vizinhos, de forma geral, é amigável e parecem muito mais colaborar do que prejudicar o processo de reintegração social dos moradores.

As casas possuem de três a quatro quartos, com uma, duas ou três camas em cada quarto, dois a três banheiros; são espaçosas, bem equipadas (todas com telefone fixo, ventiladores, aparelho de som, televisão, etc.), e bem conservadas, aproximando-se ao padrão de uma família de classe média.

A alimentação é preparada nas residências pelas cuidadoras, sendo de boa qualidade e em quantidade suficiente. Apenas nas RTs do tipo I, aos domingos, dia de folga das cuidadoras, a comida é entregue nas casas por um restaurante. Cabe às cuidadoras efetuarem a compra da alimentação, atividade em que são acompanhadas por alguns poucos moradores.

Existe um profissional autônomo, que normalmente é chamado para resolver problemas de manutenção das casas (como vazamentos e problemas elétricos), com o qual os moradores já estão familiarizados.



Quanto aos moradores, todos são procedentes de internação de longa permanência, sendo a maioria com mais de 15 anos de internação, com uma média geral estimada em 20 anos de institucionalização. Procedentes não apenas da cidade onde funciona o serviço, mas também de outros hospitais psiquiátricos da região.

Os moradores formam um grupo bastante heterogêneo, em vários aspectos, como idade, gênero, apoio familiar, diagnóstico, grau de autonomia, entre outros.

A idade dos moradores varia de 33 anos a 80 anos. Uma pequena minoria conta com visitas eventuais de familiares. Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, predomina os casos de psicose, principalmente, de esquizofrenia. Alguns, além das questões psiquiátricas possuem comorbidades, como sequelas graves de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes, doença de Parkinson, além de outras doenças neurológicas.

Uma pequena parcela dos moradores nunca sai sozinho, por falta de iniciativa ou de condição psíquica. Entretanto a maioria circula livremente pelo bairro e até pela cidade toda. A maior parte dos moradores frequenta o CAPS de uma a cinco vezes por semana, e outros apenas vão para consultas psiquiátricas e para pegarem as receitas (a minoria).

Outra diferença entre os moradores é quanto à administração do dinheiro: poucos são totalmente autônomos nesse aspecto, alguns administram parcialmente os seus recursos e uma boa parte precisa de apoio da administradora da entidade e/ou das cuidadoras para todas as questões referentes a seus recursos financeiros. Entretanto, todos recebem uma quantia em dinheiro (semanada) que varia de acordo com as suas demandas, disponibilidade financeira e condição para administrar.

A maior parte dos moradores recebem benefícios sociais da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e do Programa De Volta para a Casa (PVC). Três deles recebem apenas o LOAS e 27 estão cadastrados no PVC. Apenas 2 moradores ainda não recebem nenhum benefício, mas está sendo providenciado. Muitos possuem poupança e, normalmente, gastam menos do que recebem. Esta reserva estratégica é considerada importante pela equipe para custear gastos imprevistos, tais como: consulta médica particular, viagens e outras demandas de interesse pessoal (roupas, aparelho eletrônico, entre outros).

O Programa de Volta Para a Casa foi criado em 2003 pela Lei Federal nº 10.708, para viabilizar e estimular o processo de inserção social das pessoas que receberam alta hospitalar após longa permanência, e para aqueles que passaram a morar em Residências Terapêuticas, que também foram contemplados com a possibilidade de serem inseridos no PVC e receberem um auxílio financeiro, que atualmente é de R\$ 412,00 (BRASIL, 2003).

De forma geral, alguns residentes colaboram nas atividades rotineiras da casa como: manutenção da limpeza, ida ao supermercado, à padaria, lavam roupa, louça, entre outras. Apreciam, principalmente, as festas e as viagens que são promovidas pela equipe. Alguns poucos frequentam a igreja e participam da missa semanalmente.

Um traço comum a quase todos eles é o desconhecimento/resistência, ou mesmo a impossibilidade do morador e da equipe de resgatar a sua história de vida de forma detalhada. Geralmente as poucas informações e relatos são fragmentados, imprecisos e insuficientes para se pensar o caso.

Outro dado importante sobre os moradores é que por poucas vezes foi necessário recorrer à internação psiquiátrica para lidar com as situações de crises psíquicas importantes. Desde o início das RTs, apenas em seis oportunidades foi necessário uma internação integral. Por seis vezes também recorreu-se aos leitos de um CAPSIII de uma cidade vizinha, e uma vez precisou-se do respaldo do hospital geral. Como já mencionado, nesse período morreram 13 moradores, portanto uma média aproximada de uma morte por ano.

Apesar dos esforços da equipe em estimular a alfabetização dos moradores, no momento, apenas um frequenta uma escola regularmente. Nenhum dos moradores trabalha formalmente, apenas um participa de uma oficina de geração de renda.

A assistência à saúde é prestada por toda a rede pública e, eventualmente, pela rede privada, cujo pagamento é feito pelos moradores. A unidade de pronto atendimento pode ser considerada próxima das RTs (cerca de 1 km).

## **4.2 Participantes**

Para a realização desta pesquisa foram convidadas todas as cuidadoras que atuavam nas Residências Terapêuticas, em um total de 12, sendo 7 do período diurno e 5 do noturno. Após serem informadas sobre os objetivos e procedimentos da observação participante e da entrevista audiogravada, todas aceitaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

No quadro abaixo, constam de forma resumida, as características sociais e culturais das entrevistadas.

<b>Estado Civil</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo serviço no SRT</b>	<b>Religião/praticante</b>	<b>Carga horária</b>
Casada	47 anos	Ensino fundamental completo	9 anos e 1 mês	Católica	Esquema plantão 12/36
Casada	33 anos	Ensino médio completo	2 anos e 2 meses	Católica	Esquema plantão 12/36
Casada	49 anos	Ensino médio completo	2 anos e 3 meses	Católica	Esquema plantão 12/36
Casada	54 anos	Ensino fundamental completo	9 anos e 3 meses	Não informou	Diarista 44 horas/semana
Casada	31 anos	Ensino fundamental completo	3 anos e 4 meses	Católica	Esquema plantão 12/36
Divorciada	58 anos	Ensino fundamental completo	11 anos	Católica	Diarista 44 horas/semana
Divorciada	46 anos	Ensino médio completo	3 anos e 6 meses	Católica	Esquema plantão 12/36
Casada	34 anos	Ensino fundamental completo	3 anos	Evangélica	Esquema plantão 12/36
Solteira	37 anos	Ensino fundamental completo	3 anos e 6 meses	Católica	Esquema plantão 12/36
Casada	36 anos	Ensino médio completo	7 anos	Católica	Diarista 44 horas/semana
Viúva	47 anos	Ensino médio completo	11 anos e 6 meses	Católica	Esquema plantão 12/36
Solteira	33 anos	Ensino médio completo	3 anos	Evangélica	Esquema plantão 12/36

O grupo de informantes foi composto por 12 cuidadoras, cuja faixa etária variou de 31 a 58 anos. Sete eram casadas, uma viúva, duas divorciadas e duas solteiras. Dez delas tinham pelo menos um filho. Quanto à escolaridade, 6 completaram o ensino médio e possuíam o curso de técnico de enfermagem, as outras 6 completaram o ensino fundamental e sem qualquer tipo de formação na área de saúde. O tempo de trabalho no serviço variou de 3 a 12 anos. Três delas trabalhavam desde a implantação do serviço em 2002. Em relação a religião, 8 eram católicas, 3 evangélicas e uma delas não definiu a sua religião. Sobre a carga horária semanal de trabalho, nove trabalhavam em esquema de plantão (12/36) nas RTs do tipo II, com duas ou três folgas por mês, e três nas RTs do tipo I, com carga horária de 8 horas por dia (de segunda a sexta) e 4 horas aos sábados de manhã, com folga aos domingos. Não possuíam nenhum outro vínculo empregatício.

As contratações das cuidadoras são efetuadas pela entidade não governamental, de acordo com o regime celetista e registradas como auxiliares de serviço de saúde. Foram selecionadas para a função por meio da análise de currículos e de entrevistas realizadas pela coordenação técnica, juntamente com a responsável pela administração das residências terapêuticas. Esta última também é responsável pela organização e implementação das escalas de trabalho.

As cuidadoras contam com o suporte do coordenador técnico, presencialmente ou por telefone, como apoio para resolução de eventuais dificuldades. Além disso, mensalmente ocorrem as reuniões de equipe e a supervisão clínica.

As cuidadoras estavam distribuídas nas 5 residências da seguinte forma:

- Casa 1, 2 e 3, todas com moradores do sexo masculino: uma cuidadora para cada moradia no período diurno, das 7 às 15 horas e aos sábados das 7 às 11 horas.
- Casa 4 com moradores de ambos os sexos: 4 cuidadoras, duas no período diurno e duas no noturno, com revezamento em esquema de plantão 12/36, das 7 às 19 horas e das 19 às 7 horas.
- Casa 5 com moradores do sexo masculino: quatro cuidadoras, sendo duas no período diurno e duas no noturno, com revezamento em esquema de plantão 12/36, das 7 às 19 horas e das 19 às 7 horas.

### **4.3 Procedimentos Éticos**

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi pedida a autorização ao Diretor de Saúde do Município, responsável pelas Residências Terapêuticas. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP), sendo aprovado em 17/04/2013 (ANEXO I), e foram respeitadas as normas relativas às pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, sua participação na pesquisa foi voluntária e sua identidade foi protegida por sigilo. Todas manifestaram sua concordância em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I). O TCLE foi elaborado em linguagem clara e objetiva e buscou informar as participantes sobre os objetivos do estudo, as técnicas de coleta de dados a serem utilizadas (observação participante e entrevistas), e os possíveis riscos e benefícios, além de outras informações relevantes. Os termos foram assinados pelas participantes e pelo pesquisador, em duas vias, e entregue uma cópia a cada depoente.

#### **4.4 Técnica de coleta de dados**

Ao planejarmos a coleta de dados, levamos em consideração que, sendo o pesquisador também o coordenador do serviço, talvez esse ponto pudesse interferir na coleta de dados. Quanto a essa questão, procuramos esclarecer a finalidade do estudo e reafirmar que a proposta não era de avaliar a qualidade do seu trabalho. Além disso, a experiência do pesquisador no contexto das Residências e as informações prévias sobre o serviço, de alguma maneira também fazem parte dessa investigação.

Inicialmente, as cuidadoras foram informadas a respeito do estudo, sendo necessária sua concordância por escrito (Termo de Consentimento Informado). A partir do oferecimento voluntário e do devido consentimento das participantes, iniciamos as observações e o agendamento das entrevistas.

##### **4.4.1 Observação Participante.**

A observação participante consistiu em acompanhar o trabalho das cuidadoras nas residências, a partir de 18 de abril até 30 de agosto de 2013, alternando os períodos em que a

técnica foi aplicada (manhã, tarde e noite), em todos os dias da semana, de forma a poder observar todas as cuidadoras incluídas na pesquisa, de maneira a observar a dinâmica da relação cuidadora/morador em diversos momentos do dia e durante a realização de atividades diversas (dentro e fora das RTs), como por exemplo, a forma como conversavam com os moradores, o estado de humor, a disponibilidade, o prazer no desenvolvimento das tarefas. O processo de observação participante não aconteceu apenas de forma silenciosa, às vezes, perguntávamos ou nos perguntavam coisas. Tentamos manter certa naturalidade e uma relação amistosa com as cuidadoras e moradores, respeitando suas rotinas e horários, sem esquecer nossos objetivos. Tudo que foi observado nesta interação com os moradores e na participação das cuidadoras nas reuniões de trabalho (de equipe e de supervisão), foi registrado no Diário de Campo, assim como as impressões e sentimentos do pesquisador sobre os encontros.

Durante o período da observação participante, foi considerado importante interagir com as cuidadoras e moradores, fazendo perguntas às cuidadoras, de maneira informal e não estruturada, sobre tudo aquilo que chamava à atenção, à medida que se observava as cuidadoras em ação, cuidando dos moradores e da casa. Daí surgiram, algumas vezes, longas e interessantes conversas sobre a sua prática, que também registramos em nosso Diário de Campo, embora fosse resultado da escuta de uma resposta diante de uma pergunta feita pelo pesquisador a partir de uma observação. Importante também não perder essas oportunidades e avaliamos que não era o caso de esperar pelas entrevistas propriamente ditas para esclarecer ou perguntar, pois sempre corremos o risco disso se perder, da cuidadora se esquecer daquilo que observamos e gostaríamos de saber mais, ou mesmo daquilo que foi observado, que chamou nossa atenção, perder o sentido e a importância dada no momento presente da observação.

A observação participante não ficou restrita ao espaço das Residências, mas também em outros contextos onde a cuidadora acompanha os moradores: passeios, festas etc. E ainda ocorreu no contexto das reuniões de trabalho (de equipe e de supervisão). Consideramos privilegiados esses momentos de observação/escuta das cuidadoras, por termos como hipótese inicial que essas reuniões colaboram na formação das cuidadoras, e, como um dos nossos objetivos era de se pensar a formação, acreditamos imprescindível a presença do observador também nesses espaços.

#### 4.4.2. Entrevistas.

As entrevistas foram agendadas em local e hora de conveniência da cuidadora, tendo, em média, uma hora de duração, de acordo com a particularidade de cada discurso. As entrevistas foram realizadas em uma sala onde funciona a administração do SRT. Foi feita uma entrevista com cada cuidadora sobre sua prática, onde pudesse falar sobre as impressões de suas relações com os moradores das Residências. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador em setembro de 2013, bem como sua transcrição. Para definirmos o formato das entrevistas primeiramente fizemos observação participante, considerando os nossos objetivos.

Novamente, salienta-se a importância de ter-se muita clareza dos objetivos da pesquisa, porque são eles que vão definir quem entrevistar, o conteúdo das entrevistas, o número de pessoas entrevistadas, o número de entrevistas com cada informante e, finalmente, o tipo de entrevista apropriada para cada caso (VITÓRIA, 2000, p. 64).

Na entrevista em profundidade, elaborada de maneira semiestruturada, as cuidadoras foram solicitadas a falarem, a partir de uma única questão disparadora: “Fale-me de sua interação com os moradores e de sua prática de cuidados, como cuidadora da Casa XXX”. Outras questões foram propostas em função da dinâmica da interação entre pesquisador e pesquisadas, visando traçar suas motivações, suas crenças, seus objetivos e outros tantos fatores presentes em suas práticas e em seus universos culturais. Buscou-se também explorar as contradições percebidas nos diferentes momentos da fala das entrevistadas, interagir e ser sensível à linguagem das cuidadoras. Os silêncios, as emoções, os desvios também foram considerados, sempre buscando-se ir além da superfície do que estava sendo discutido e explorando o discurso da forma mais detalhada possível.

A entrevista em profundidade é um instrumento flexível, menos estruturado, que possibilita o relato de sentimentos, idéias e expectativas dos entrevistados, no qual o entrevistado é provocado a falar livremente a partir de um único questionamento (POPE; MAYS, 2009).

A entrevista foi mais uma técnica utilizada para conhecer as cuidadoras de RT, sua relação com os moradores, seu cotidiano de trabalho, seu saber, entre outras.

As participantes serão identificadas pela letra E seguidas por um número correspondente à ordem da entrevista.

#### 4.4.3. Diário de Campo.



Para o registro e a contextualização das entrevistas, bem como os registros da observação realizada, foi adotado um diário de campo (eletrônico), no qual constam as anotações das impressões do pesquisador em cada entrevista e em cada sessão de observação participante a respeito do trabalho das cuidadoras nas RTs, nas atividades de acompanhamento na cidade e durante as reuniões de equipe e de supervisão. Além das conversas informais com as cuidadoras e com os moradores quando se referiam ao trabalho das cuidadoras. Os registros foram feitos logo após os encontros, de forma livre. Escrevemos as histórias desses encontros, em detalhes, não apenas em relação aos conteúdos, mas nossas reações, sentimentos, interpretações prévias, indagações, estranhamentos, tentando dar valor e importância a tudo que vinha à nossa mente naquele momento e buscando resgatar tudo quanto possível daquilo que vivenciamos durante os encontros. Percebemos que as histórias apresentadas, que diziam respeito às situações difíceis e limites, enfrentadas pelas cuidadoras, bem como as histórias inusitadas vividas por elas em sua prática de trabalho, nos chamavam especialmente a atenção.

#### **4.5 Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo, por ser considerada uma técnica condizente com pesquisas de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa se ocupa de uma realidade que não deveria ser quantificada, por se trabalhar com o universo de significados, atitudes, aspirações e crenças dos pesquisados.

Os adeptos das técnicas qualitativas aprofundam sua argumentação dentro da seguinte linha: a) tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda (MINAYO, 2008).

Para o desenvolvimento deste estudo, dentre as possíveis técnicas de análise de conteúdo, optou-se nesta investigação pela análise temática, que segundo Minayo (2008, p. 316), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A análise temática, segundo Minayo (2008), apresenta três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos / interpretação dos dados. Na primeira fase se faz a leitura flutuante dos dados, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, considerando-se as hipóteses iniciais, as emergentes e as teorias que transformarão a leitura

inicialmente caótica em uma leitura mais sugestiva. Em seguida, recortam-se do texto unidades de registro; em nosso caso, um tema para, em seguida, realizarmos a classificação dos dados. E na última, serão discutidos os dados brutos à luz do conhecimento produzido na área e o marco teórico-conceitual escolhido.

Os dados foram obtidos com o emprego da observação participante e da entrevista que acompanhou toda a pesquisa empírica, buscando-se convergências e divergências e identificando temas relevantes para, posteriormente, se fazer uma análise de conteúdo temática e uma interpretação dessa análise.

A análise de conteúdo relaciona estruturas significantes com significados dos enunciados. Na busca de atingir os significados no material qualitativo, a análise temática surge como uma técnica (MINAYO, 2010).

Embora não pudéssemos determinar os temas, sem antes conhecer o conteúdo do discurso das cuidadoras, alguns aspectos foram rastreados, tais como: motivações e/ou determinantes da escolha da função, concepções de cuidado em saúde mental que norteiam a prática do cuidadora, capacidade de auto-reflexão do cuidadora quanto a suas dificuldades e facilidades e efeitos de formação na sua prática.

Os dados obtidos com as entrevistas e observação participante foram transcritos, lidos repetidas vezes e organizados por temas, em uma primeira análise. Em seguida, foram construídas unidades de registro, de acordo com o que foi dito e observado. Depois a classificação dos dados (categorias) e por último a interpretação.

Por fim, escolhemos as categorias construídas após a análise dos dados coletados e elaboração dos textos: Governança da Residência Terapêutica; A maternagem; O saber/fazer das cuidadoras – que foram interpretadas de acordo com o referencial psicanalítico.

## **5. Discussão**

## 5.1 Governança da Residência Terapêutica

Iniciaremos a análise a partir da descrição das inúmeras atividades realizadas pelas cuidadoras, buscando revelar a complexidade, variedade e intensidade das tarefas das mesmas, a partir das nossas observações, das entrevistas e das anotações em nosso diário de campo.

Esse levantamento é necessário, por ser uma via importante para revelarmos e nos aproximarmos das questões centrais do nosso trabalho, ou seja, o que é ser um cuidador de RT? O que faz e como faz? Qual é o saber que orienta sua prática? Lembramos ainda que, neste levantamento, relacionaremos as atividades que atendem às demandas concretas e subjetivas dos moradores.

Consideramos que essa separação é apenas didática, tendo em vista que na prática as demandas objetivas e subjetivas às vezes são inseparáveis e se confundem. Cuidar da casa, da roupa e da alimentação dos moradores, por exemplo, são atividades concretas por um lado, mas por outro são subjetivas, quando representam e são interpretadas como formas de cuidado e de carinho pelos moradores que os remetem a lembranças da família e da infância, e não são consideradas apenas como uma mera obrigação profissional. Além disso, as atividades domésticas são realizadas, muitas vezes, com os moradores por perto e, enquanto se ocupam dessas atividades, interagem e conversam com eles, atendendo assim demandas de atenção e escuta.

Em cada plantão, as cuidadoras realizam as inúmeras atividades domésticas comuns a qualquer casa. Alguns moradores colaboram nessas atividades, na medida das suas possibilidades, geralmente pouco. Alguns não participam, seja em função de sequelas institucionais (no hospital psiquiátrico os pacientes normalmente não tinham que se preocupar e nem eram convidados a se responsabilizar por essas atividades), ou em decorrência das limitações impostas por seu quadro clínico. Às vezes até dificultam esse trabalho, na medida em que seus hábitos não colaboram para a manutenção da limpeza da casa; por exemplo, alguns ainda insistem em jogar pontas de cigarros no chão.

Existe ainda, por parte de alguns moradores, uma fantasia de que, ao colaborarem nas atividades domésticas, passem a ser vistos pela equipe como “não dependentes”, portanto, em condições de ajudar e, com isso, poderem ser solicitados a colaborar cada vez mais nas tarefas

da casa. Isso se torna ameaçador para alguns, até porque existe uma falsa crença de que este sinal de autonomia possa ser entendido pela equipe como um critério de alta.

A minha atividade de todo dia é cuidar dos moradores, são oito moradores. Eu cozinho, lavo, passo, limpo e dou a maior atenção que eu posso para todos (...) como um serviço de casa mesmo (...) e assim passa um dia inteiro, o dia inteiro trabalhando junto com eles. (E.1)

As cuidadoras preparam e acompanham o café da manhã, almoço e jantar. Nas RTs do tipo II, alguns moradores mais dependentes precisam do cuidador para quase tudo, até para colocar comida na suas bocas, tarefa que normalmente é demorada. Existe o receio das cuidadoras que, durante as refeições, os moradores possam engasgar com os alimentos, por isso já ter acontecido algumas vezes e por saberem que os medicamentos usados pelos moradores favorecem esse tipo de acontecimento. Esta preocupação necessária foi observada como altamente ansiogênica para equipe. É costume da maioria das cuidadoras fazerem as refeições junto com os moradores.

(...) quando estou preparando a comida, eles [os moradores] destampam as panelas, vê o que estou fazendo, eles dão palpite no que eles querem comer, às vezes eu faço coisas que eles não gostam, eles reclamam, e aí acabo envolvendo eles também nas coisas da cozinha. Preocupo em não ficar repetindo as comidas, então um dia é peixe outro dia é frango um dia é carne de porco outro dia é carne de vaca, então a minha preocupação é isso de não ficar repetindo. Faço muito salada que eles gostam muito, cada um tem um gosto. Se hoje eu faço uma comida que um não gosta, amanhã eu vou fazer uma que ele gosta, um dia agrado um outro dia outro, e assim vai indo. O trabalho não é fácil mas hoje me sinto mais preparada porque eu faço o que eu gosto. Depois de tanto tempo eu descobri que eu faço o que eu gosto, que é ver o bem deles e estar bem com eles e ver na rua como o pessoal e a vizinhança elogia isso! (E.4)

Além disso, lavam louça, lavam e passam roupa (às vezes de até 8 moradores, sendo que alguns sujam muita roupa).

Observamos no varal de uma RT, sete calças de um único morador em crise, que, segundo a cuidadora, foram usadas em um único dia. Ainda sobre as roupas, comentou que é comum alguns trocarem de roupa, três vezes por dia, em decorrência de incontinência urinária (diário de campo 25/08/2013)

Vão ao supermercado (geralmente são duas compras por semana); acompanham os moradores nas suas compras pessoais, de roupa, presentes, sapatos, roupa de cama, cigarro, colchão, eletrodomésticos etc. Algumas cuidadoras contam com satisfação e orgulho o

acompanhamento dos moradores neste tipo de atividade, ao vê-los exercer o seu lado de consumidores.

Limpam e faxinam a casa. Algumas cuidadoras trabalhavam como faxineiras antes de começarem a trabalhar no SRT e talvez por isso deem uma importância especial a questão da limpeza, o que em alguns momentos pode se transformar em fonte de tensão com alguns moradores, principalmente, com os homens.

(...) a limpeza da casa, por causa da limitação deles [moradores], acaba que um vai lá e desarruma a cama, outro vai lá e suja o banheiro, então eu não estou me desgastando com isso mais. Também ficar sufocando eles [moradores], que tem que ficar limpo, que não pode sujar a casa deles, então um mínimo de liberdade eles tem que ter na casa, o A. adora deitar no sofá, eu não vou brigar com ele por causa disso, é mais ou menos por aí. E se eu falar com ele vai deitar na sua cama, daqui a cinco minutos ele está deitado lá de novo. Então mais ou menos esse tipo de coisa eu já excluí, que a gente acaba se desgastando muito no começo, mas depois você vê que é menos, então eu já dei esta liberdade para eles, a casa é deles, então eles têm essa liberdade de deitar na cama, de deitar no sofá, de comer o que eles quiserem (...). (E. 3)

Esse trecho mostra uma mudança de perspectiva de trabalho, possivelmente, motivada pela experiência e pelas reuniões de trabalho. As cuidadoras são orientadas a serem mais flexíveis diante de algumas situações, como em relação à ordem e a limpeza da casa. Muitas vezes um maior rigor passa pela preocupação em relação às visitas. Quanto aos moradores é esperado que gradativamente deem um maior valor à limpeza e à organização da casa, sem perder de vista os efeitos negativos dos vários anos de institucionalização e confinamento a que os moradores foram submetidos. Como é o caso de um morador que vive em um pequeno quarto, sozinho, no qual passa boa parte do tempo. A situação do quarto quanto à limpeza é precária e caótica, pois ele não utiliza o lixo, as pontas dos cigarros ficam espalhadas pelo chão, o cheiro é forte e as paredes estão manchadas pela fumaça. Sobre esta questão a cuidadora comentou:

Para poder limpar é preciso negociar e aproveitar o dia que ele está melhor. Mesmo quando consigo, ele não me dá o tempo suficiente para fazer uma faxina adequada e o mesmo fica por perto, supervisionando o trabalho com receio de eu mexer em suas coisas (diário de campo 11/06/2013).

Esta situação, no início do serviço, segundo a cuidadora, comprometia a relação com o morador, pois ela não se conformava em ver parte da casa naquelas condições e acreditava que era sua responsabilidade “dar um jeito” naquela sujeira. Tentou-se uma vez aproveitar das raras saídas do morador para fazer o “seu serviço”, o que desencadeou uma crise de fúria no

morador quando ele se deu conta que tinham invadido seu quarto sem a sua permissão. Nas reuniões de equipe, o caso foi apresentado e permitiu se conversar sobre as características da estrutura psicótica, sobre a paranóia e sobre a gravidade do caso em questão. A cuidadora compreendeu, depois de algum tempo, que o que mais a preocupava nesse caso, era a fantasia de ser reprovada por outras pessoas, principalmente por aquelas que não tivessem condições de entender o contexto do caso. Depois disso, a cuidadora disse que sua relação com o morador melhorou muito, mesmo sem o problema da sujeira do quarto ter sido solucionado.

A clientela das residências apresenta uma dinâmica de funcionamento que se caracteriza pela passividade e ociosidade, que mobiliza o outro a pôr em cena seu desejo para aplacar a angústia desencadeada frente a esse vazio. Os cuidadores muitas vezes ocupam esse vazio deixado pelos moradores. Isso se expressa nas escolhas cotidianas da alimentação, roupas, arrumação da casa e circulação na comunidade. Além da fantasia de que o grau de eficiência de seu trabalho se mediria pela casa arrumada, estando os moradores limpos, bem alimentados e inseridos na comunidade (MENDONÇA, 2007, p.109).

Além das atividades rotineiras relacionadas à manutenção da casa, as cuidadoras supervisionam as questões relacionadas à higiene, cortam unha, dão banho, trocam fralda, fazem ou encaminham para fazer barba, cortar cabelo, etc.

Eu acho que pra pessoa ser cuidadora primeiro tem que gostar de cuidar em todos os aspectos. Eu gosto de cuidar deles da vestimenta, da higiene, da unha, da barba, eu gosto que eles estejam bem. Talvez não seja nem tanto certo, o certo é deixar eles. Mas eu penso comigo que como eles estão de volta a sociedade e hoje ela exige que a gente esteja bem, então eu acho que a gente tem que estar cuidando deles em todos esses aspectos (...), penso assim num passeio, alimentação, medico, eu acho que uma cuidadora tem que ver todas essas parte (E1)

No início do funcionamento das residências, alguns moradores recusavam tomar banho, situação que se transformava em um problema para algumas cuidadoras. Uma vez um morador chegou a ser arrastado para debaixo do chuveiro. Atualmente as cuidadoras são mais flexíveis com este tipo de situação e ficam mais tranquilas a esse respeito. Como podemos constatar no relato abaixo.

Hoje, se algum morador não quer tomar banho fico tranquila, por que isso não mata ninguém. Se ele não quer tomar hoje, amanhã é um novo dia e talvez ele aceite tomar, se não quiser tomar de novo, amém, uma hora ele vai tomar. Disseram-me que na França eles também não tomam banho todo dia. É verdade? (diário de campo 17/04/2013)

Muitas vezes uma postura de maior rigidez em relação às questões de higiene pode ser resultado de traços neuróticos obsessivos relacionados à ordem e a limpeza, por parte de algumas cuidadoras, que precisam ser repensados e trabalhados, pois podem comprometer a relação positiva e de confiança com os moradores.

Temos constatado que, nas práticas que objetivam a desinstitucionalização, há uma expectativa dos profissionais de promoverem atividades de *reabilitação* que, em um primeiro momento, recuperem *habilidades* para o cuidado pessoal. Tais objetivos, todavia, nem sempre são atingidos da maneira como se espera ou se idealiza. Muitos dos trabalhos voltados para o autocuidado, para a higiene pessoal, relatados por profissionais ou por nós observados em projetos de reinserção social, aproximam-se de ‘treinamentos’, de trabalhos de ‘capacitação’ para a vida social. Os resultados desses trabalhos, de um ponto de vista externo, poderiam ser considerados positivos quando os objetivos em propiciar o ‘reaprendizado de hábitos’ para a vida social fossem atingidos, no entanto se pode perguntar qual seria o significado que estaria adquirindo o aprendizado de determinados hábitos (SCARCELLI, 2006, p. 75).

Cabe-lhes, ainda, ministrar medicamentos, acompanhar nas consultas médicas no CAPS, nos exames laboratoriais, na fisioterapia, no dentista e nos casos de internação. Quando necessário se deslocam para outras cidades, dependendo da especialidade médica e que não é oferecida no município. Nas RTs do tipo II, as cuidadoras (técnicas de enfermagem) verificam o nível de glicemia e a pressão arterial dos residentes.

Este tipo de acompanhamento tem aumentado significativamente nos últimos tempos, devido ao envelhecimento dos moradores. O desafio é atender essas demandas de saúde mantendo o caráter residencial.

O dia-a-dia da casa era o desafio maior. Como não transformá-lo em uma rotina *de procedimentos médicos*? Era preciso não só assistir aos moradores com o olhar clínico no qual estão incluídos os cuidados da vida diária (higiene, alimentação, locomoção), mas principalmente estimular sua maior autonomia em relação a aspectos mais subjetivos do *morar*, como os desejos, as escolhas e a retomada da autoestima (TAVARES, 2006, p. 187).

Participam ainda, das atividades de lazer, tais como: ida a pesqueiros, chácaras, viagens para praia, conhecer cidade como Holambra, Aparecida do Norte, Poços de Caldas, entre outras. Os moradores e a equipe, no momento, estão aguardando ansiosamente uma viagem especial para o Sul da Bahia – Porto Seguro, que já está organizada. Especial em razão de que desta vez o meio de transporte será o avião. Para todos moradores e todas cuidadoras será o primeiro voo. A expectativa é enorme. Na primeira tentativa de programar uma viagem de avião, a ideia era de ir para o Rio de Janeiro. Apesar de alguns moradores



manifestarem receio de andar de avião, estavam animados e estimulados com a viagem, pois contavam com o apoio/desejo dos outros moradores e de parte da equipe. No meio deste processo ocorreu um acidente aéreo e o grupo achou melhor interromper o projeto.

As cuidadoras têm a responsabilidade de auxiliar na obtenção de diversos documentos pessoais dos moradores, tais como: certidão de nascimento tardia, que depende de decisão judicial, CPF, RG e prova de vida nos bancos. Ainda acompanham os residentes nas seções eleitorais para votarem; assim como nas viagens para visitas aos familiares.

Outra atividade desenvolvida é organização de festas de aniversário. Essas comemorações são trabalhosas, pois normalmente envolvem mais de 40 convidados – moradores de todas as residências, familiares, convidados do aniversariante e a equipe. No período da observação duas cuidadoras lembraram fatos ocorridos sobre essa questão:

Um morador pediu que seu aniversário fosse comemorado com um churrasco com picanha, definiu os convidados, se preocupou com todos os detalhes. Na hora da festa, ele saiu e voltou somente quando a festa terminou. Da rua ligou para cuidadora para saber sobre o andamento do seu aniversário, se estava tudo certo, quem tinha ido, se seus convidados estavam gostando da festa, se a picanha estava boa (diário de campo, 11/05/2013)

Uma cuidadora organizou a festa de aniversário do ‘caçula’ de sua RT, escolhendo um tema infantil, a pedido do morador, exatamente como uma festa de criança, e quando foi perguntada sobre a escolha do tema, justificou dizendo que estava fazendo apenas a vontade do morador e que concordava com ele, tendo em vista que o mesmo foi institucionalizado aos dois anos de idade, e que por causa disso não tinha tido infância e nunca pôde comemorar seus aniversários como em seus sonhos (diário de campo 30/07/2013)

Esta última situação foi tema de uma supervisão quando as demais cuidadoras verbalizaram que estranharam a festa. Disseram que o morador tinha mais de 30 anos e analisaram se essa infantilização não poderia favorecer que o morador se perpetuasse nesta posição infantil.

As reuniões de supervisão ou de coordenação, muitas vezes, esbarram em um limite, quando algumas intervenções das cuidadoras junto aos moradores se relacionam diretamente com questões subjetivas e particulares das próprias cuidadoras, determinadas pelas suas histórias familiares e de vida. Todavia, partimos do princípio de não existência da perfeição de nenhum membro da equipe e que a proposta das reuniões não é de funcionar como um grupo terapêutico. Apostamos apenas na capacidade de cada uma ir se reinventando, a partir das exigências colocadas pelos desafios do cotidiano de trabalho e que esse esforço possa torná-las não apenas melhores profissionais mas também melhores pessoas, companheiras,

mães, filhas. O coletivo normalmente favorece ajustes e a revisão de possíveis falhas individuais.

No cotidiano das RTs é possível verificar inúmeras situações que podem ser consideradas inusitadas e que são vivenciadas pelas cuidadoras com apreensão, mas que depois de superado o problema, este é lembrado com humor e satisfação, como os casos mencionados na reunião de equipe ou de supervisão:

Um morador durante uma crise psíquica abria a janela de seu quarto, às 3 horas da manhã e cantava músicas do Rei Roberto Carlos, como se fizesse uma serenata para a vizinha, depois de alguns dias, começou a incomodar a vizinhança, o que demandou da cuidadora varias conversas com os vizinhos pedindo paciência e dizendo que aquilo iria passar (diário de campo 02/06/2013)

Em uma RT, do tipo I, um morador insistia em tocar guitarra, altas horas da noite, outro acordava às 5 da manhã e ligava o rádio em alto volume, sendo necessária a intermediação da cuidadora, para se evitar um abaixo assinado (diário de campo 28/08/2013)

Em uma casa 24 horas, uma moradora em situação de crise, gritava muito, como se estivesse apanhando, foi preciso conversar com os vizinhos para explicar o que estava acontecendo (diário de campo 19/04/2013)

Problemas com os mais próximos (como vizinhos) sempre podem existir, independentemente de se estar em uma Residência Terapêutica ou em uma residência qualquer. Entretanto, acreditamos que o Serviço Residencial Terapêutico, em nosso município, parece ter contribuído para desconstruir representações sociais negativas que compõem o imaginário social em relação à loucura. E esta satisfatória convivência civilizada dos moradores com os vizinhos se deve também à adequada intermediação das cuidadoras que, com habilidade, conseguem contornar e aliviar tensões eventuais.

Pela nossa experiência, verificamos que a convivência dos moradores/cuidadoras com os vizinhos não nos deixa de surpreender positivamente, apesar de situações inusitadas, como as descritas acima. Percebemos com o tempo que essa relação vem se enriquecendo afetivamente, estreitando-se e se consolidando.

Sobre essa questão, Albuquerque (2006, p. 101) diz que: “A relação estabelecida com a vizinhança resultou mais em posições de solidariedade e acomodação da experiência – do que em posições de hostilidade, afastamento de franca rejeição, que aconteceram pontualmente”.

O cotidiano de trabalho das cuidadoras está sujeito à imprevisibilidade, a urgências, ao encontro com o sem sentido; e, é nesse contexto, diante desse real e de acontecimentos imprevistos, que a equipe se forma, se apropria de um novo conhecimento e desenvolve novas estratégias.

Acreditamos que é preciso que esse profissional – atuante junto da casa e que, de alguma maneira, participa de seu cotidiano – se deixe sacudir pelo novo, pelo inesperado. É preciso que se depare com o inusitado, mesmo que isso signifique o seu ‘estranhamento’. Tomando-se esse caminho tornam-se visíveis relações até então não consideradas no âmbito da prática profissional propriamente dita. Essa afirmação é compactuada por Rotelli (1990), quando enuncia que o profissional aprende a aprender, e que é no trabalho cotidiano que se configuram novas competências (SANZANA, 2006, p. 176).

A seguir apresentamos outras ocorrências que consideramos importantes serem ressaltadas, que fazem parte da dinâmica de um SRT e que dependem da ação das cuidadoras para serem resolvidas: Em uma RT, a cuidadora recebeu um telefonema da proprietária da padaria do bairro, pedindo que fosse buscar um morador, que estava xingando os seus funcionários e assustando a clientela. Um outro morador ficou desaparecido por 3 dias, as cuidadoras o procuraram na delegacia, no pronto socorro, comunicaram a rádio, a TV local (que mostrou foto do morador), guarda municipal; percorreram vários quilômetros, de carro e de moto, dia e noite, pela cidade e na zona rural, até o morador aparecer na Santa Casa da cidade vizinha. Uma cuidadora teve que apartar uma briga entre dois moradores entrando no meio para proteger o mais frágil. Outra cuidadora foi à delegacia, fazer um boletim de ocorrência, contra uma vendedora de sorvete que entrava na residência e furtava os moradores.

A equipe de cuidadoras frequentemente ocupa esse lugar de mediadora, que sustenta essas inserções e que intervém no real dos acontecimentos. Nesse sentido, o trabalho de supervisão junto aos cuidadores é fundamental para autorizar essa clínica *do* e *no* acontecimento, para fazer suportar o “não saber” e inventar a cada vez (FIGUEIREDO, 2008, p. 91).

No período de observação outros acontecimentos foram mencionados e revelam a intensidade, a proximidade, a disponibilidade, a ética e o desejo das cuidadoras, implicadas na relação com os moradores, ao desenvolverem suas atividades.

Escutamos de uma cuidadora que em um domingo de folga, enquanto preparava para almoçar com seus familiares, foi surpreendida pela chegada de um morador que

disse, simplesmente, que tinha ido almoçar com ela e voltou para RT somente quando anoiteceu. Algumas cuidadoras dão esse tipo de liberdade, mostram a eles onde moram e, eventualmente, convidam alguns para passar o dia na casa delas) (diário de campo, 20/04/2013)

Ouvi de uma cuidadora que é comum moradores telefonarem para sua casa (em todas as RTs tem uma lista com o número do telefone de toda a equipe, além dos números de emergência), às vezes tarde da noite, simplesmente para “dizer nada” - coisas aparentemente “insignificantes” ou triviais, sem nenhum caráter de urgência aparente (diário de campo 25/04/2013)

Uma cuidadora relatou que, uma noite, um dos moradores ligou dizendo que estava com uma dor intensa no pé, pois tinha sido picado por um escorpião. A cuidadora percebendo a urgência da situação se deslocou até a RT e o levou ao OS. Para sua surpresa e do médico, não havia nenhuma picada e o morador disse que tinha passado a dor (diário de campo, 01/05/2013)

Nesse sentido, Figueiredo (2001) refere que:

A ética, fundamental nas ações humanas, porém difícil de definir, é condição para a clínica e para os cuidados em saúde mental. É através dela que se demarca um ‘como fazer’ tanto para o ato clínico como para a convivência na direção do resgate social e da cidadania. A chamada ‘formação de recursos humanos’ é central para a transmissão dessa ética que envolve ambas as ações (p. 59).

## 5.2 A Maternagem

Nesta parte, apresentaremos os aspectos relacionais entre as cuidadoras e os moradores e os sentimentos envolvidos nessa relação transferencial, conceituando-os.

Tentar definir em uma palavra, ou mesmo em muitas, quem são as cuidadoras de RT, parece ser uma tarefa sempre incompleta. Podem ser definidas de várias maneiras, mas nada parece ser suficiente. Contudo este limite não nos dispensa de, ainda assim, tentar dizer que para os moradores, às vezes, elas são: bruxas, santas, mães, madrastas, empregadas domésticas, ou ainda, amigas, filhas, tias, enfermeiras e outras representações. Para os vizinhos e outras pessoas, são vistas como humanas, corajosas, batalhadoras, loucas, entre outras.

Eles me chamam de mãe, de tia, e eu me dou muito bem com os meninos. Isso de eles me chamarem de mãe eu acho que é uma coisa de carinho (...) porque a gente passa mais tempo com eles, do que em casa. (E. 5)

ELIA (2008), ao se referir aos cuidadores de Residência Terapêutica, faz uma observação que consideramos pertinente:

Não são pessoas caridosas, samaritanas ou simplesmente voluntárias que decidiram dedicar-se a esses moradores por compaixão. Por exemplo, tentou-se chamar de *mãe social* a função de governança da casa. Verificou-se a que desastrosos efeitos isso poderia levar, já que, nos laços familiares da sociedade, mãe não é um nome possível para uma função profissional (ELIA, 2008, p. 4)

E continua no mesmo trabalho chamando a atenção para o equívoco clínico, de o cuidador operar a partir deste lugar de uma mãe caridosa, que se dedica por compaixão ao morador:

(...) qualquer incidência desse tipo de postura que, mesmo quando não adotada deliberadamente como diretriz ética da ação, muito frequentemente atua de modo inconsciente nos sujeitos que lidam com os moradores, tem os efeitos mais nefastos e deve ser não repudiada, mais identificada e tratada (ELIA, 2008, p. 5).

Por isso, também se justifica e tem indicação um trabalho de supervisão clínica com os cuidadores, “(...) para que não ‘escorreguem’ nos afetos da piedade e do amor ao próximo, o que, mudado o lado da moeda, vira em agressividade, rechaço e exclusão” (ELIA, 2008, p. 5).

Para que possam sustentar, acima de tudo, uma postura profissional.

O cuidado em saúde é, a nosso ver, mesmo em situação de dependência intensa (e talvez por isso mesmo) um fazer sempre dialogado. Há um pouco do conceito de *mãe suficientemente boa*, de Winnicott (1978), a mãe que para possibilitar o crescimento do filho, não pode ser totalmente boa, pois é preciso deixá-lo um pouco em falta, o que levará ao movimento transformador da realidade. A regulação da maternagem, entretanto, dependerá do vínculo estabelecido, e requer atenção e sensibilidade (HONORATO; PINHEIRO, 2007, p. 175).

No entanto, manter uma postura estritamente profissional, no contexto de um SRT, não é uma tarefa simples para as cuidadoras, quando se estabelece uma relação tão intensa e duradoura com os moradores, como podemos verificar em alguns trechos das entrevistas:

Quando a Doutora [supervisora] fala que a gente tem que fazer o serviço da gente e não levar pra casa, eu não consigo. Eu falo que eles se tornam a família da gente, é uma coisa impressionante sabe, você sofre junto, porque eles não têm ninguém, tirando uns dois que têm alguém que vem da família, o resto ninguém vem. (E.1)

Sendo uma referência feminina pra eles, você acaba sendo mãe em certas ocasiões, eu me vejo fazendo parte da família deles [dos moradores]. A questão de coordenar a casa, ver uma roupa, fazer uma comida que eles gostam, eu acho que a gente acaba

sendo uma mãe, isso é o que eu me sinto, zelando por eles a gente acaba fazendo. Eu brinco lá em casa que eu tenho duas famílias, quando eu estou lá com eles, quando eu entro no portão da RT eu sou da família. Eu me sinto assim, como se fosse a minha casa, (...) às vezes, eu até esqueço que é trabalho, por mais que a gente necessita do dinheiro, este trabalho que eu faço com eles, pra mim não é trabalho, é como se tivesse outra família, um dia uma casa, outro dia a outra, no fim a gente acaba se dividindo. (E. 3)

(...) eu tenho uma coisa de me envolver com eles [moradores], sem eu perceber eu estou me envolvendo muito com eles, então por isso que eu falo que tem a parte sentimental, tem um vínculo. Eu acho isso interessante, eu acho isso muito legal, porque eu fico mais com eles do que com os meus filhos, eu conheço a cada um pelo respirar, pela tossida de cada um. Já dos meus filhos, quando algum tosse em casa, eu não sei de qual filho que é, agora deles eu sei a tosse de cada um (...). (E. 4)

Esta proximidade entre moradores e cuidadoras, esta transferência maciça estabelecida com os moradores, pode ser produtora e essencial para o bom andamento desse tipo de função, quando não gera uma confusão de identidades. Mesmo sabendo que esse tipo de trabalho exige uma presença constante desses profissionais, manter uma distância calculada pode evitar, efetivamente uma confusão e uma não diferenciação entre morador e o cuidador profissional. Nas entrevistas algumas cuidadoras expressaram se envolverem emocionalmente, terem carinho e sentimentos positivos pelos moradores e consideraram esse tipo de afeto como necessário para a realização de seu trabalho.

Eu me sinto realizada fazendo alguma coisa para os moradores, além de ser profissional a gente se envolve, então eu gosto de fazer. A gente tem um sentimento por eles, em ver o desenvolvimento deles, de quando eles vieram e hoje é muita diferença, é muito grande. Às vezes eu cobro deles alguma coisa mas depois eu paro e penso lá trás, e eu falo, já melhoraram cem por cento, tem alguma coisinha tem, mas acho que já melhoraram muito. Então neste melhorar muito, a gente sente realizada, isso faz bem pro ego da gente, eles colaboram é lógico, mas eu sei que eu sou muito importante pra eles, a minha relação com eles eu acho que é a melhor possível, até com o G. que é mais difícil eu me dou bem com ele. Mas eu tenho uma coisa de me envolver com eles, sem eu perceber eu estou me envolvendo muito com eles, então por isso que eu falo, que tem a parte sentimental, tem um vínculo, então eu acho isso interessante, eu acho isso muito legal. (E. 4)

(...) a gente tem que ter o amor, porque eles não dependem da gente só para estar ali arrumando, mas também de carinho, de atenção. Em minha opinião pra mim isso, o principal nessa função de cuidadora é do carinho, é do respeito, porque eles têm os quereres deles, não é só a gente querer, porque eles também têm os deles. (E. 5)

Eles [moradores] sofrem muito sabe, você vê que quando eles começam a falar do passado daquele sofrimento então você tem que estar ali perto e ouvir. Isso era muito difícil, ao ouvir você via que ela [moradora] sentia uma coisa tão forte que no mesmo tempo que ela queria que você ficasse perto dela, ela queria te pegar assim, sabe, é uma coisa muito difícil de passar junto ali com ela, mas a gente conseguiu, hoje ela está bem. (E.1)

(...) me sinto muito bem com todos [moradores]. Na minha relação com eles eu não tenho dificuldades, hoje com nenhum, assim me sinto feliz de estar junto com eles porque eu vejo em cada um deles até o ciúme que eles têm, porque eles fazem uso do meu carro também e eles ficam morrendo de ciúme quando eu saio com um e o outro fica. (E.1)

Você tem que tomar cuidado, muito cuidado, tipo a R. [moradora] é uma pessoa que não gosta que você fala muito, mas você percebe de um modo geral que ela sente falta, sabe. Quando eu saí de férias e voltei, ela olhou pra mim e falou assim: nossa senti tanta falta da senhora e a outra funcionaria estava do lado aí eu falei: nossa E.[cuidadora] que bom, porque normalmente a gente acha que pra eles tanto fez como tanto faz, entrou um saiu outro, porque esse era o dia deles no hospital, hoje tinha um enfermeiro amanhã tinha outro, e assim dessa maneira que eu falo que eu fiquei olhando que bom R. [moradora] que você sentiu a minha falta, porque eu também senti saudades de vocês, apesar de precisar descansar, sair fora um pouco, mas a gente sente falta porque você fica ali junto. (E.12)

Algumas cuidadoras testemunharam que já sentiram medo dos moradores, mas consideraram que isso era mais comum no início, quando não tinham experiência e nem vínculo com eles.

(...) a família falava que ela [moradora] era muito agressiva, tinha dia que eu a olhava e ficava lembrando eu acho que eu fiquei com aquilo na minha cabeça, de ouvir a pessoa falar que ela mordida, e tinha hora que você via que não era isso, que só dela chegar e você dar um abraço nela você já sentia que ela dava uma acalmada. (E.6)

Tenho um tio que é paciente psiquiátrico, do lado da minha mãe, só que eu não tenho muito contato com ele. Mas eu tinha medo sim, depende do que eu conversasse com ele ficava agressivo, quando não tinha medicação essas coisas, ele era meio agressivo. Então eu quase não chegava muito perto dele conversava meio de longe eu acho que era por causa desse fato que eu tinha receio e hoje eu já não tenho mais esse receio com eles [moradores] nem com a moradora mais complicada hoje eu tenho receio de conversar com ela, já não tenho mais esse medo pra mim. (E.4)

Pitta (1996), quando comenta a organização de práticas de cuidados cotidianos, a partir da Reabilitação Psicossocial se vale de três metáforas de Saraceno e Sternai (1987): *casa, bazar e competência parental*. Destas destacaremos apenas duas, a primeira e a última:

A ideia de casa traz consigo experiências concretas e complexas de reaprendizagem do uso do tempo e ritmos domésticos e afetivos, o uso de objeto e oportunidades da vida diária não centradas nas diretrizes massivas de cuidado, mas, justo o contrário, centrado nas demandas singulares de cada um, como acontece com os diferentes moradores de uma casa (p.21).

E mais:

O terceiro conceito, de *competência parental* (...) *Maternagem*, que não é precisamente uma técnica, é comparável ao que os pais fazem habitualmente para cuidar de seus filhos: nutri-los, prover suas necessidades elementares, assisti-los, encorajá-los para crescer (p.22).

Essa duas metáforas resumem bem o contexto de uma Residência, que tem muito de casa e de maternagem. Não é totalmente uma casa, pois também não deixa de ser, em parte, um serviço. As cuidadoras realizam a maternagem, sem se colocar enquanto mãe dos moradores, a não ser enquanto uma mãe suficientemente boa.

(...) eu acho que depende de amor em primeiro lugar, a gente nem sabe da onde que vem, a gente gostando deles [moradores] a gente vai enxergando o que está precisando no momento, a gente vai enxergando no dia a dia o que é melhor pra eles, vai prestando atenção e tenta fazer pra eles o melhor. A gente já sabe as necessidades deles porque no começo, quando a gente entra, a gente não sabe o comportamento, as necessidades, mas conforme a gente vai trabalhando a cada dia a gente vai vendo o que é melhor pra ir fazendo pra eles, o que vai melhorando (...).  
(E. 2)

A questão da morte dos moradores aparece nas entrevistas das cuidadoras como a maior dificuldade do trabalho. Quando um morador morre, é a cuidadora que escolhe a roupa com que o falecido será enterrado, o caixão, o terreno do cemitério, encomenda coroa de flores, avisa a família (nos poucos casos em que existem), chama o padre, comunica os integrantes da equipe, o cartório, o Ministério da Saúde para dar baixa no PVC etc. Como já apontado anteriormente morreram 13 moradores, em quase 13 anos de Serviço, portanto a média de uma morte/ano. Esse fato foi vivenciado por todas as cuidadoras.

Quando morre um morador, todos são avisados, porém somente algumas cuidadoras e alguns moradores acompanham o velório e o enterro.

Algumas mortes são mais sentidas, daqueles que têm personalidades mais marcantes ou os mais dependentes, e alguns lutos são mais prolongados e difíceis, e que, às vezes, geram divergências como, por exemplo, manter ou não fotos dos falecidos na casa.

Sentimentos de culpa também são comuns entre as cuidadoras, e que estão sempre associados a uma vontade/desejo do morador que não pôde ser realizado, ou então, de não ter feito algum encaminhamento médico que, talvez, pudesse ter impedido a morte da pessoa. Sobre isso, Combinato (2006) diz que “Para o homem ocidental moderno, a morte passou a



ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada” ( p. 210).

Já aconteceu de a equipe conhecer a família do falecido apenas no dia do enterro, o que desperta sentimentos de revolta e acusações veladas, por parte de algumas cuidadoras que acreditam que ela veio apenas por interesses financeiros, por exemplo, a poupança do morador.

Alguns moradores costumam reagir com uma suposta indiferença à morte dos companheiros. Destacamos abaixo, alguns trechos das entrevistas e do diário de campo, relacionados ao tema da morte dos moradores, que retratam a dificuldade e o sofrimento das cuidadoras diante desta parte dolorosa de seu trabalho, e ao mesmo tempo, ilustram o envolvimento, a intensidade e o afeto presentes na sua relação com os moradores, que às vezes extrapola até mesmo os limites da própria vida e se estende além da morte de um morador.

Por solicitação de uma família, a cuidadora levou os restos mortais de um morador para São Paulo, cuja morte havia ocorrido há alguns anos. (diário de campo 22/04/2013)

Uma cuidadora, ao falar sobre a morte dos moradores, lembrou-se de uma em particular que morreu em decorrência de um câncer, e que ela acompanhou a moradora, por vários dias, durante os cuidados paliativos, em Barretos, “até o último suspiro”. (diário de campo 10/05/2014)

(...) quando eles falecem é péssimo, péssimo e péssimo! Porque eu não sei lidar com a perda, eu sofro de verdade, principalmente, com o Sr. A. A gente sente falta, porque a gente fica mais com eles do que com a família, eu sinto muita falta do Sr. A. É muito difícil quando morre alguém, você vem trabalhar, de repente alguém fala o fulano morreu, é uma coisa que eu preciso trabalhar muito em mim, ainda a perda pra mim mexe muito comigo, eu sofro com isso, eu queria sofrer menos, eu acho que é possível sofrer menos. Na verdade esta profissão é muito ingrata, a gente se doa muito, a gente ama muito, a gente está perto muito, quando vê já não está mais, eu acho uma profissão muito ingrata. (E. 12)

A dificuldade maior é aceitar a morte deles, perdemos dois moradores muito especiais no ano passado que deixaram muita tristeza, nosso consolo é que morreram com dignidade e que foram tratados com muito carinho (E. 8)

(...) quando Sr F. morreu como que eu sofri, como eu gostava desse senhor, ele me chamava de “fofinha”, e ele falava pra mim “fofinha busca água pra mim”, até o dia que ele brigou comigo eu fiquei arrasada naquele dia, eu não imaginava isso, mas eles têm o jeito deles, os quereres deles e a gente tem que respeitar. (E. 6)

Alguns trechos se referem à saúde e as lembranças das cuidadoras em relação aos moradores que já se foram:

A dona A. era uma pessoa pra mim muito especial, porque apesar de tudo, o jeitinho dela ela tinha uma maneira bem delicada de pedir alguma coisa pra mim. Às vezes eu fico naquela cozinha [da RT] e sinto ela batendo nas minhas costas, com as mãozinhas muito levinhas, ela não me chamava pelo meu nome, mais por um outro nome, “o H. você vai fazer o arroz doce pra mim hoje?”. Então, assim eu me lembro dela muito, muito mesmo, assim é legal sabe com muita paciência com muito jeitinho apesar daquele jeito estúpido tinha hora que ela era muito estúpida, mas comigo não, punha a mão nas minhas costas e pedia assim muito delicadamente pra eu fazer, porque ela adorava comer arroz doce. Eu fazia assim com muito gosto porque ela comia, sabe. (E.1)

Outra dificuldade apontada por algumas cuidadoras é lidar com o estado de crise dos moradores, pois segundo elas isso acaba desestabilizando toda a dinâmica da casa. Entretanto, o que nos chama a atenção quanto às crises psíquicas é que, na maioria das vezes, não é necessária a internação integral. Como já dissemos poucas vezes o serviço precisou recorrer ao hospital psiquiátrico, em algumas crises foi possível recorrer apenas ao CAPS III, e, em outras a Santa Casa que mantém leitos destinados à saúde mental.

(...) eu não encontro dificuldade a não ser quando eles [moradores] entram em estado de surto, aí eu recorro ao coordenador, aos colegas, a quem estiver mais perto, fora isso não tenho nenhuma dificuldade (E. 10)

### **5.3 Saber/fazer das cuidadoras**

Como destacado no quadro das características socio culturais, algumas cuidadoras possuem pouca escolaridade. A maioria possuía apenas o ensino fundamental e antes de se tornarem cuidadoras foram faxineiras, cozinheiras (do hospital psiquiátrico), babá, do lar, entre outras. Duas técnicas de enfermagem também trabalharam no hospital psiquiátrico. A esse respeito Figueiredo (2008) comenta que “A justificativa para a não especialização dos cuidadores é sustentada na tentativa de garantir a quebra da medicalização, patologização e psicologização dos comportamentos dos usuários do serviço a partir de um olhar “não técnico” (p.191).

Ainda sobre essa questão, Santos refere que:

A especialidade desse dispositivo residencial de modo algum implica a necessidade de uma especialidade da equipe de cuidadores; ao contrário, ele radicaliza a proposição de que, quanto menor for o grau de especialidade na lida com os moradores, maior a possibilidade de surpresa, espanto e, conseqüentemente, abertura a um espaço de invenção. Estamos lá não para produzir no lugar deles o que os

ajudará a regular o seu mundo subjetivo, mas sim para ratificar sua descoberta (p. 166).

Especialmente no contexto de um SRT, o saber do senso comum, informal e prático das cuidadoras é muito bem vindo e funcional nas questões cotidianas e na relação com os moradores. Ainda em relação ao aspecto leigo dos cuidadores de RT, é preciso pontuar que para que esta característica do cuidador seja positiva e agregue valor ao tipo de cuidado exercido, é fundamental que esse trabalho esteja sob supervisão “para que o que está sendo apontado como ‘leigo’ não se torne homólogo à ‘ignorância’ ou recusa de saber sobre o outro” (FIGUEIREDO, 2008, p. 86).

Continuando com FIGUEIREDO (2008), quando a autora se refere à Clínica Psicanalítica, diz que esta “(...) se coloca como aprendiz em relação à psicose, que se dispõe a secretariá-la na difícil operação de recobrir o real, que não compreende a psicose como déficit, mas como posição subjetiva” (p. 90).

Preparar o tão desejado café, tomar banho no chuveiro quente na hora que se quer, cuidar da casa, fazer amigos, escolher a própria roupa, ter um animal de estimação, circular pela cidade, comprar celular e alisante para o cabelo, tomar sorvete, andar de ônibus, comprar pão, ir ao salão de beleza e pagar por isso, frequentar a praia, visitar parentes, amigos, ir a um lugar desconhecido, realizar algo pela primeira vez... enfim, viver! As ações junto ao sujeito têm como objetivo não que ele adquira um desempenho *compatível com as normas da sociedade*, mas sim que expanda o que é, afirmando-se em sua singularidade. A heterogenização da rua, essa mistura da loucura com a cidade, uma fazendo parte da outra, cria a possibilidade de o sujeito afetar e ser afetado pela sociedade, emergir e ser visto em sua existência, e não apenas na doença. Não se trata pois, apenas de eliminar, reprimir ou desconsiderar os delírios dessa pessoa, mas sim de valorizar sua potência para a criação e a sua afirmação (PUPO, 2006, p.203).

A observação participante se deu também no contexto das reuniões de equipe e durante as sessões de supervisão clínica, e essas agregaram valor à pesquisa como mais duas vias fundamentais para se analisar criticamente o trabalho do cuidador de RT, na sua relação com os moradores, e ainda, possibilitou pensar aspectos da formação dessas cuidadoras.

Observamos certa ambiguidade das cuidadoras em relação às reuniões de equipe e de supervisão, pois embora reconheçam a importância das mesmas, percebemos certa resistência quando, por ex., solicitam dispensa da atividade, apesar de as cuidadoras serem constantemente estimuladas a participarem. Algumas faltas são toleradas, desde que justificadas. Eventualmente alegam não sentirem necessidade de participar da reunião, pois consideram que não há nenhum problema/dificuldade na residência sob sua responsabilidade.

Entendemos algumas ausências, porque consideramos que as reuniões não são atividades prazerosas, pois uma de suas finalidades é falar de tudo aquilo que não vai bem. Além disso, sabemos que as experiências com reuniões de equipe em trabalho anteriores, principalmente no hospital psiquiátrico, muitas vezes, foram marcadas por advertências públicas, comunicados de mudanças nas condições de trabalho para pior, exigências e metas injustas. Outra questão que se coloca é que o fato de cada casa funcionar de forma autônoma em relação às demais possibilita que a cuidadora considere que suas ideias, suas ações e cuidados sejam também independentes quando, na verdade, a proposta é de que todas compartilhem e troquem suas posições.

Outra dificuldade é combinar com a equipe as nossas condutas, porque cada um pensa de um jeito, e somos em 4 cuidadoras nesta RT, mais a folguista, e precisamos sempre conversar para acertarmos os ponteiros, pois em algumas coisas temos que falar a mesma língua. As reuniões de equipe é um espaço legal para colocarmos os pingos nos is, o problema é que as vezes os colegas acham difícil conversar, mas se não falamos dos problemas eles ficam cada vez piores, eu prefiro falar, mesmo quando isso causa desconforto. Acho que temos de fazer o melhor pra eles, [moradores] não sabemos quanto tempo eles vão viver e já perderam muito tempo nos hospitais. (E.8)

Consideramos essas duas estratégias - reuniões de equipe e de supervisão -, como espaços privilegiados no processo de formação das cuidadoras, pois é nesses momentos que se constrói 'o caso clínico', que se analisam os efeitos do ato clínico, e que se criam e se reconstróem novas possibilidades de cuidado. É tempo de testemunhar e colocar à prova para o coletivo as apostas clínicas feitas por cada cuidadora, em ato, de forma solitária, compartilhando com as colegas a experiência de trabalho, mesmo tendo que enfrentar o risco de uma ameaça imaginária de possíveis críticas das colegas, ou mesmo, de enfrentar o medo do ridículo. Elas são encorajadas a seguir em frente, acreditando que esse trabalho de verbalização e elaboração pode levar à produção de conhecimento, sobre as situações/casos clínicos analisados, principalmente, quando se consegue transmitir as faltas inerentes ao trabalho: de saber, de convicção, de direção, de paciência, de garantias ou de sucesso.

Afinal, o trabalho das cuidadoras não se apóia em protocolos, cartilhas ou receitas, e a responsabilidade por esta tarefa de realizar algo inédito é imensa e comporta uma imprevisibilidade, muitas contradições e a necessidade de se inventar.

Nas reuniões de equipe e de supervisão clínica, observamos que quando há participação efetiva da equipe, estas provocam mudanças positivas. A dinâmica das reuniões

envolve a construção dos casos com tudo aquilo que não ‘vai bem’: os excessos, os conflitos, as angústias, o ‘não saber’, em relação a alguns impasses.

MENDONÇA (2007), ao comentar sobre as reuniões de equipe de um SRT, diz que:

São espaços de interlocuções permanentes entre a equipe e a coordenação do programa. Um espaço que propicia pensar continuamente qual a atitude da equipe frente aos moradores. As discussões em torno dos vínculos transferenciais e do processo de escuta, permitem à equipe identificar as posições postas em cena nessa relação e os seus desdobramentos. Esse espaço colabora também para que a equipe permaneça protagonista específica, capaz de se interessar pelo paciente, com suas dificuldades e possibilidades, sem encerrá-los numa rede fechada de julgamentos definitivos. Além de atentar para que as intervenções não sejam norteadas por engodos narcísicos, através de armadilhas dos ideais, projetando para os moradores aquilo que a equipe acha melhor pra eles (p. 109).

Nas reuniões, a equipe faz um exercício de relacionar as “questões problemas” dos moradores apresentadas, com as questões das cuidadoras, e normalmente, este exercício proporciona efeitos interessantes e enriquecedores, que costumam levar a conclusão de que as queixas trazidas sobre os moradores, muitas vezes, se assemelham muito às questões subjetivas das cuidadoras, e que essas manifestações têm mais a ver com a condição humana e com o nosso contexto sócio histórico, do que propriamente com uma doença mental ou com qualquer outro problema de saúde. E isso tem possibilitado a construção de um novo olhar sobre os moradores. As diferenças dos moradores parecem ficar pequenas diante das tantas semelhanças, com as cuidadoras, descobertas no cotidiano de trabalho.

Uma cuidadora, em uma reunião, se dizia preocupada com o padrão de compra de alguns moradores, acreditava que os mesmos não estavam exercendo bem o seu papel de consumidores, uns porque gastavam demais, outros porque gastavam de menos: “O fulano nem bem acabou de pagar o seu guarda - roupa e já está querendo comprar outro, o ciclano já tem 3 rádios e quer comprar mais um”. Não demorou para a equipe perceber e apontar que dentro da equipe havia colegas consumistas e uma outra era demasiadamente econômica e que, portanto, muitos apresentavam esquisitices em suas relações com o dinheiro. (diário de campo 29/07/2013)

Como dissemos, esses insights permitem ver algumas manifestações dos moradores, como alguma coisa do humano e familiar e não como resultado de uma doença. Se não temos o costume de comprar tantos rádios, guarda roupas e cigarros, não podemos dizer o mesmo sobre os celulares, os sapatos, as roupas.

Uma cuidadora chamou a atenção para as compras de uma moradora, que sob a sua responsabilidade, fazia em excesso e de forma descontrolada; sua colega confessou

que com ela não era muito diferente, que vivia um descontrole no cheque especial e no cartão de crédito e, assim, todas puderam refletir e se ver de alguma maneira na questão do morador, como algo que não é nada de outro mundo. (diário de campo 06/06/2013)

Na análise das entrevistas, também é possível destacar trechos, em que aparecem falas das cuidadoras, que podem indicar efeitos da formação, decorrentes da sua experiência de trabalho, supervisão e reuniões de equipe:

Ser cuidadora de RT pra mim é, estar aberto para ficar com eles [os moradores] sem reservas, conviver da melhor forma e prepará-los pra vida lá fora. Acho que se eles tiverem cheirosos, bem vestidos, com o cabelo cortado e com bons modos, eles vão ser mais bem vistos e mais bem aceitos pela comunidade. E o nosso trabalho é prepará-los para a rua. Não gosto de vê-los dentro de casa, pelo menos de dia, acho que eles têm que dar as suas voltas, e o legal é que eles têm saído cada vez mais, vão à missa, ao CAPS, na padaria, na praça, fazer compras, no banco e etc. (E. 11)

Este fragmento resume bem a proposta e o maior desafio de um SRT – preparar para rua: “É preciso a rua. Não basta a casa. Não basta o sossego da rede que embala. É preciso a rede que tece os laços sociais perdidos. E isso significa a cidade com todos os seus riscos e conflitos” (GUARIDO, 2006, p. 147).

(...) depois da medicação, dá um certo horário, e os que não dormem cedo, a gente conversa, eles contam muito sobre o passado deles, e na maior parte das vezes, eu acredito nas coisas que eles falam, escutar essas coisas é um divisor de água para mim (...). Eu fico feliz porque eles lembram e contam que trabalhavam nisso, faziam aquilo. Então, eu fico feliz deles contarem histórias de antes do hospital, porque existem (...). (E. L)

Nesse último trecho, a cuidadora, ao falar sobre sua prática, permite um comentário: a importância e o valor dado ao discurso dos moradores, como ela diz, “escutar essas coisas é um divisor de águas para mim”; o trabalho de rememoração e resgate da história do morador é essencial. O fato de dar importância às histórias também pode ser interessante do ponto de vista clínico, lembrando que a verdade que interessa à psicanálise não se refere aos fatos da realidade, mas a verdade do sujeito, suas fantasias, os seus mal entendidos, o seu delírio. Finalmente, o interesse da cuidadora pelas histórias dos moradores, anteriores ao hospital psiquiátrico, permitem a eles contarem capítulos de sua história de vida, que vão além da doença e a comprovarem que sua vida não se resume à patologia. Quando nos interessamos somente pela parte do sujeito que se refere ao seu adoecimento, o induzimos a se fixar, mais e mais, e a falar apenas sobre uma das muitas facetas de seu ser.

A instituição psiquiátrica não se põe à escuta do discurso do sujeito, não faz a leitura de sua biografia e, porque busca na patologia a objetividade dos sinais sintomáticos, termina por aprisionar o sujeito à fenomenologia de seus sintomas. Desse modo, vê a doença e de lado o doente (MENDONÇA, 2006, p. 208).

O psicótico, como dizia Lacan (1987), tem o inconsciente a ‘céu aberto’. Nesse sentido é um sujeito que vive “sem telhado”, em alguns casos, sem ter ao menos um telhado de vidro para se proteger das ameaças imaginárias dos outros, ou então, como se vivesse sem pele - na carne viva. Por isso convive nos momentos de crise com uma sensação de vulnerabilidade, de ameaça, principalmente quando toma o outro como um perseguidor em potencial, ou como outro gozador, do qual ele tem que se defender, se isolando, entrando em mania, fechando portas, golpeando etc.

Nesse sentido o trabalho de cuidador passa muitas vezes pela necessidade de construir com o morador formas dele se sentir seguro, protegido, para que ele consiga ao menos dormir em paz. Não se trata apenas de questionarmos junto a ele a existência, ou não, de uma ameaça real, ou a veracidade de sua ideia delirante; não se trata de ‘confrontar com a realidade’ – essa estratégia não costuma ser produtiva. Nossa experiência demonstra que muitas vezes piora o problema na medida em que a equipe passa a ser também uma possível ameaça quando tenta impor suas verdades. Acreditamos que os dois fragmentos abaixo ilustram bem o bom uso deste tipo de estratégia de cuidado, que visa ajudar o morador a se sentir seguro em sua própria casa.

Um morador em crise não aceitava conviver com um companheiro de casa, segundo ele, por este morador ser o diabo em pessoa. Dizia que o mesmo iria lhe pegar com uma faca à noite, e falava: ou eu ou ele! O seu cuidador propôs a ele então que, à noite se trancasse em seu quarto, que assim estaria mais protegido. O morador disse que não seria possível porque na porta de seu quarto estava faltando chave e, com a ajuda de um chaveiro, foi possível manejar a situação. Por fim exigiu a chave reserva, talvez porque estivesse começando a desconfiar também dela. (diário de campo 04/05/2013)

A cuidadora de uma RT, 24 horas, relata que um dos moradores guarda em uma bolsa que não larga por nada, uma garrafa de vidro. Esta descoberta levou a cuidadora da noite a jogá-la no lixo, segundo ela, por achar que a garrafa poderia ser usada como uma arma. O morador ficou apavorado, agitado, procurou-a por todos os lados, passou a noite em claro e muito nervoso (diário de campo 28/05/2013).

Este tipo de cuidado é uma estratégia utilizada em saúde mental. Para se proteger um usuário, ou terceiros, tenta-se afastar o perigo “desarmando” o paciente. Entretanto, o

resultado prático desse tipo de conduta em um contexto de Residência Terapêutica é relativo, já que em uma casa vários outros objetos podem servir de arma: as facas de cozinha, por exemplo, podem ser muito mais perigosas do que uma garrafa. Outra coisa, neste segundo caso, bastou amanhecer o dia para o morador sair e rapidamente conseguir outra garrafa. Conversando com o morador e com a equipe, ficou claro que a função da garrafa para aquele morador era simplesmente para a sua autoproteção, contra perseguidores imaginários; sua sensação de insegurança era tamanha que, sem este artifício, não conseguia dormir. Além disso, foi relatado que o morador já se valia deste artifício há tempos, sem nunca ter feito uso da garrafa para golpear nenhum morador da RT, cuidador ou alguém da rua, e avaliou-se que mesmo se tentasse contra alguém a cuidadora e outros moradores teriam chance de se defender dele e, o mais importante, o morador não tinha histórico de agressividade. Dessa forma ousamos permitir que o mesmo portasse garrafa e, a partir daí ele teve apaziguada sua angústia e voltou a dormir.

Em uma sessão de supervisão um caso apresentado mostra um tipo de manejo, feito a partir de uma escuta, uma tentativa de implicar um morador em relação ao seu desejo e à sua fala.

Um morador, de tempos em tempos, fica bastante nervoso e agitado, e fala que não quer mais continuar morando na Residência, porque tem certeza que todos os seus males e limitações são decorrentes do fato dele morar ali, e mesmo sem ter para onde ir, exige mudanças, até porque, acredita que se mora na RT é porque um membro da equipe quis isso e foi buscá-lo no hospital psiquiátrico. Nessas fases acredita que a equipe seja responsável por impor a ele esta condição. Nas primeiras vezes em que ele se rebelou, tentou-se explicar a ele sua realidade prática, ou seja, que ele não estava preparado para ir morar sozinho, que o serviço ainda era o melhor lugar para ele estar naquele momento, e essas explicações só pioravam as coisas a ponto de o morador ficar agressivo. Ao trabalhar o caso em reunião, percebe-se que a fala da equipe reforçava sua crença: de que as cuidadoras estavam querendo, por algum capricho qualquer, segurar e mantê-lo ali a qualquer preço, e que ele estava sendo manipulado para permanecer. Então, em uma de suas crises tentou-se de outro jeito: “Fulano de tal, você veio morar na Residência quando teve alta do hospital psiquiátrico, portanto, você continua de alta e então pode ir morar onde achar melhor. Você recebe seus benefícios e, se for sua vontade sair, podemos até ajudá-lo a procurar uma casa ou mesmo uma pensão”. Depois disso ele desiste da ideia de sair e se acalma. Conclusão da equipe: ouvir do outro (cuidador) que ele tinha liberdade para encaminhar sua vida como preferisse, permitiu ao sujeito se implicar e deixar de acreditar que ‘sua falta de liberdade fosse resultado do bel prazer de uma equipe que queria segurá-lo ali’. (diário de campo 26/04/2013)

Consideramos que a equipe de saúde mental pode funcionar como um potente dispositivo de formação, quando é responsável por projetos terapêuticos absolutamente



singulares e por uma nova ética profissional – “uma ética da escuta e uma ética da responsabilidade” (Pitta, 1996, citada por Figueiredo, 2001, p. 64). Concordamos com Figueiredo (2001) que para garantir essa formação, a coordenação e a supervisão convidam a discussão e construção do caso, para daí surgir uma direção e uma coerência para as diferentes intervenções, nesse trabalho feito por muitos.

A descrição de todas essas atividades de trabalho, vivências, transferências e manejos do cuidado das cuidadoras de RT se justifica por acreditarmos que esta é a melhor forma de dizer quem são, o que fazem e como fazem, e ainda por revelar como esse trabalhador de saúde mental se forma em sua prática de trabalho, tendo em vista que são esses os objetivos primeiros do nosso estudo. Quanto mais conseguirmos detalhar e transmitir as nuances desse ofício, mais perto estaremos de atingir os nossos propósitos.

Esse trabalho de escuta feito pela equipe permite que o morador resgate a história de sua vida e reencontre o fio de sua própria existência. A equipe coloca-se em uma posição diferente da instituição psiquiátrica e da família, as quais não escutam o louco, localizam-no no lugar da desrazão e portanto, nada tem a fazer no mundo, sendo o seu destino o enclausuramento (MENDONÇA, 2007, p. 109).

Algumas cuidadoras que já tinham trabalhado em hospitais psiquiátricos antes de começarem a trabalhar nas RTs, nas entrevistas compararam essas duas experiências de trabalho.

(...) fico sentada observando eles [moradores] e penso o que não passaram dentro do hospital. Na realidade a gente mesmo na área que eu trabalhava [enfermagem], lá você não pensa muito no paciente, pensa mais em entrar lá dar medicação fazer o que tiver que fazer e ir embora. Na Residência não, na residência é diferente, você se preocupa se tem aniversário se tem roupa, se quer comer alguma coisa que gosta, é diferente. Eu acho que é uma família mesmo, eu já venho pensando o que vou fazer, o que eu não vou fazer, se tem alguma coisa pra resolver. Igual o R. hoje me pediu um chinelo e a gente vai ver como a gente pode comprar este chinelo. Então é bem diferente, é como eu falei não é um relacionamento profissional, acaba sendo um relacionamento familiar de zelar pelo o bem estar dos moradores (E. 3)

O hospital psiquiátrico é um sofrimento. Eu trabalhava na cozinha, mas eu tinha que levar as refeições, por esse motivo hoje eu penso comigo, por isso eu acho que a gente tem que cuidar muito bem, principalmente da pessoa idosa que faz uso de fralda. Nesta época eu já sofria porque eu ia levar comida e via eles assim sujo tinha evacuado bem na hora da janta e o enfermeiro dava aquela marmita de comida e ele tinha que comer daquele jeito que ele tava. Então muitas vezes eu nem ia levar comida eu fazia uma troca com a A. (voz embargada) eu achava muito sofrido vê eles sujos com a marmita, eu achava muito triste, então eu nem ia. Então hoje eu vejo assim que hoje eles podem escolher né? Eles abrem a geladeira e tem uma casa pra escolherem o quê eles querem comer, ao contrário de um hospital que você não tem opção, você tem que comer o que te oferece. Então, dessa maneira eu até

sempre pensei por causa da minha mãe (chorando). Então, hoje eu acho assim, que eles vivem muito bem, hoje eles têm uma casa, não têm a família junto, mas têm a gente, têm o os outros moradores que, assim mesmo com as diferenças, eles são considerados como irmãos. (E. 1)

Se, no início, bastava para a equipe de cuidadoras avaliar o seu trabalho e se contentar em ser e fazer melhor que o hospital psiquiátrico, hoje essa comparação favorável à RT, parece não ser mais necessária.

(...) já trabalhei também com eles na clínica de repouso [hospital psiquiátrico], hoje vejo que é uma vitória pra eles morar numa RT, e poder ter e levar uma vida livre, uma vida normal, igual à gente tem direito né (...). (E. 1)

(...) no hospital, você fica mais focada na parte da área mesmo, na medicação, em dar um banho, não tem este contato, essa partilha, você não para muito pra conhecer o paciente, fica mais focada ali dentro do postinho, você cria aquele mundinho, aí o paciente vem eu quero cigarro. Você não tem esse vínculo afetivo igual tem na residência. Única coisa que a gente vê é a medicação porque o resto não tem nada a ver, é totalmente diferente, eu acho que dentro do hospital eles criam assim parece robzinho, vão pro pátio vão para refeitório; tanto que até hoje o A. acaba de comer, eu falo pra ele onde você vai? Ele fala 'vou descer vou pra baixo', eu digo não, 'vai pra sala, vai pro seu quarto', então até eles ficam tipo robô, então agora humanizou demais. (E.3)

Saber fazer hoje apenas melhor do que o hospital fazia, é considerado muito pouco pela equipe, até porque o hospital fazia muito mal. Atualmente o que se almeja, a cada dia, é como se pode melhorar em termos qualitativos.

Eu mais escuto do que falo, então eu falo, até que ponto eu tenho que só ouvir, ou o que eu tenho que falar? Eu fico tentando descobrir o jeito que dá mais certo com cada um, até agora tem dado certo, às vezes eu queria poder ajudar melhor e mais, mas eu acredito que só de ouvi-los, eu estou ajudando bastante. É o prazer mesmo que eu tenho de trabalhar, de ficar com eles, eu acho que eu me torno uma pessoa melhor de me doar, sei lá, eu me sinto muito bem fazendo. Às vezes, a gente fica nervosa, sabe, você cansa, porque é um trabalho cansativo, mas eu me sinto bem, eu acho que o retorno é muito gratificante. A hora que você vê eles falando gostar da gente, falar bem de mim pra todo mundo, sabe, você vê que eles me tratam com sinceridade. Eu vejo assim, que tudo que eu faço não é em vão, é muito gratificante, pra mim ver esse retorno que eu tenho, sabe, o meu desejo pelo trabalho acaba ajudando em tudo (E. 10)

(...) eu acho que eu tenho que ter uma certa autoridade em relação a eles [moradores], é como em casa, se a gente deixar os filhos fazerem tudo que querem não dá certo também, (...) se não fosse assim eles não precisariam da gente [cuidadoras] (E. 11)

Em um contexto de RT, espera-se que os cuidadores, diante de modos de estar no mundo bastante inusitado, possam estar abertos e preparados para aceitar outros padrões de

subjetividade. E esse parece ser um ponto forte das cuidadoras. De forma geral, lidam bem com “o não sentido”, com o delírio, com o excêntrico, com as “esquisitices” de alguns moradores. Falam dessas manifestações incomuns com certa leveza, bom humor e naturalidade.

Um morador praticante de Umbanda costuma acender velas coloridas, incensos, fazer rituais com cachaça, escreve e desenha símbolos próprios de sua crença nas paredes de seu quarto buscando proteção, benze moradores, cuidadoras e vizinhos. Sua cuidadora responsável é católica praticante, tem um irmão padre. Convivem bem com essa diferença, isso nunca se tornou um problema para relação. (diário de campo 09/09/2013)

Um morador sempre que saía do seu quarto deparava-se com o olhar de outro morador, do quarto ao lado, que da sua cama observava o corredor dos quartos. O problema é que esse contato visual com o vizinho o incomodava e provocava tensão. A cuidadora, então, propôs afastar a cama do vizinho para o fundo do quarto, de modo que um não ficasse mais no campo de visão do outro. Isso teve um efeito apaziguador e diminuiu a tensão entre os dois. (diário de campo 22/08/2013)

Os cuidados estão sempre situados entre a garantia da liberdade de escolha e a imposição. Como lidar com um morador hipertenso e diabético que insiste em procurar por gloseimas apesar de todas as orientações? Ou, então, como trabalhar com o tabagismo severo de alguns moradores? Posicionar-se frente a dilemas como esses são desafios para os cuidadores no cotidiano de qualquer Residência. Encruzilhadas como essas, quando vivenciadas verdadeiramente pela equipe em forma de dúvida, enriquecem o trabalho clínico. Do contrário, ou seja, quando se tem respostas prontas e rápidas para questões tão complexas que precisam ser problematizadas e analisadas no caso a caso, casa a casa, sempre no particular propiciam reducionismos e generalizações. Todo ato clínico das cuidadoras “Implica riscos e fracassos que serão analisados e tratados sempre *a posteriori*. Há aí, portanto, uma tensão própria a esse trabalho artesanal, delicado, que não deve ser confundido com algo natural, linear e previsível” (SANZANA, 2006, p.172).

É comum na dinâmica de trabalho das cuidadoras, em algumas situações, terem que tomar decisões referentes ao cuidado, sem terem tempo para analisá-las de forma mais adequada ou para discutirem com outras colegas ou mesmo com o coordenador. Nesses momentos, é importante que mesmo solitariamente elas decidam, com autonomia e liberdade, e que sua atitude seja analisada posteriormente, levando-se em conta nesta avaliação as consequências de seu ato de cuidado para o morador e para ela.

Durante uma observação presenciamos uma interação entre uma cuidadora e um morador.

O morador ao ser perguntado se tinha assistido ao jogo do seu time, respondeu que não. A cuidadora sabendo do seu prazer em acompanhar os jogos do Palmeiras, estranhou e quis saber o porquê de ele ter perdido o jogo: “Você sabe, a cuidadora X, depois que ministra a medicação, pede para todo mundo ir dormir”. A cuidadora não se dando por satisfeita, lembra-lhe que ele tem uma T.V no seu quarto. “Porque você não assistiu no seu quarto?” – “Melhor deixar pra lá, você já viu né...” Tentando entender melhor o que se passava no plantão, fez outra pergunta: “O seu colega de quarto se incomoda se você assistir ao jogo?” – “Não, ele também gosta!” (diário de campo, 24/08/2014)

Esse caso revela uma prática antiga, que lembra muito o hospital psiquiátrico, com os seus horários rígidos, em que todos têm que fazer tudo em um mesmo tempo (hora do banho, das refeições, de dormir), no tempo da instituição e não do sujeito, sem espaço para negociações, ou para particularidades. Como visto isto também pode ocorrer em um SRT que não está imune a essas distorções. O fato de estarmos em uma RT por si só não garante uma outra lógica, uma outra ética de cuidado. Entretanto, essas contradições estão presentes e temos que nos haver com elas da melhor maneira.

Pela nossa experiência, a RT tende a não funcionar apenas a partir dos princípios da Reforma, de uma forma pura, ou apenas a partir do modelo asilar. Na verdade, supomos que essas duas formas de cuidado habitam qualquer serviço substitutivo. A diferença principal é que agora se espera e se trabalha de modo que essa prática retrógrada não seja mais naturalizada, mas cause um estranhamento e leve a um trabalho de conversação dialógico – é do diálogo entre as diferentes pessoas de uma equipe que se cria uma nova maneira de olhar, de escutar e de cuidar. Diálogo que se renova a cada questão, a cada demanda e a cada história dos moradores com toda sua inerente complexidade.

É claro que se espera que em uma RT esse tipo de conduta não predomine sobre uma prática que leve em conta o particular, o bom encontro, as diferenças entre os moradores e uma maior flexibilidade da cuidadora. Por outro lado, quando acontecem esses ‘deslizes’ espera-se, também, que o trabalho em equipe possa retificar o cuidado. Uma coisa é quando uma cuidadora sozinha se equivoca em relação ao ato de cuidar, outra coisa é quando a equipe toda se equivoca; isso seria ainda mais preocupante. A própria equipe tende a apontar possíveis enganos e abusos das colegas, e não se omite e nem é conivente com os ‘maus

feitos'. Sabe que suas responsabilidades não se restringem aos moradores da RT em que trabalha e nem apenas ao seu horário de trabalho. Os próprios moradores auxiliam muito neste processo de correção de rumo, pois conhecem bem e estão acostumados com a proposta de trabalho e os princípios de cuidado defendidos e propagados pela equipe. Mesmo depois de alguns anos de trabalho, o serviço está sujeito a este tipo de desvio. Neste sentido as reuniões de equipe e as sessões de supervisão são os lugares privilegiados para se rever e se repensar o cotidiano de trabalho, desde que os cuidadores aceitem, verbalizem e se coloquem nestes espaços de fala. Para isso, esses dispositivos não devem ser espaços de julgamento e nem de maestria, mas lugares de construção, de ajustes, de solidariedade, de problematização e de humildade. Do contrário estaremos sujeitos a reproduzir e fazer como foi feito por séculos. Não podemos subestimar a força da cultura asilar, e nem se iludir que uma vez superada, sempre superada. Esse fantasma perpassa e insiste em participar dos serviços comunitários, mesmo sem ser convidado e sem ser bem vindo, e por isso temos que continuar sempre alertas.

Quando eu trabalhava no hospital psiquiátrico o que me incomodava era a rotina mesmo, aquele banho, todo mundo junto no banheiro, todo mundo pelado ao mesmo tempo, chegava a 57 usuários ao mesmo tempo nus (...) essa rotina do hospital eu achava muito triste, porque lá eles eram tratados que nem animais, as vacas se tria elas pro curral aparta os bezerros tira leite solta as vacas, e deixa os bezerros presos para não acabar com o leite da vaca. Eu via essa semelhança, não tinha uma liberdade de escolher o que eles queriam fazer, o que hoje com as RTs conseguimos, eles eram guiados, chegava 6 horas da manhã, eu tinha que rancar todos da cama, dar banho em todos eles, querendo ou não querendo, fazia todos tomar banho. (E.12)

(...) eles [pacientes do hospital psiquiátrico] iam tudo pro refeitório, aí ficava gente vigiando eles no refeitório, só a gente que tinha a chave das portas das alas que viviam trancadas, e só os funcionários tinham a chave. Eles não tinham opção de roupa, era um shortão e uma camiseta verde, era só aquilo, eu sentia muito agoniada com isso, e também peguei a época que era controlado o cigarro. Eles iam pro pátio e tinha vários funcionários monitorando, às vezes mulher com homem entravam no banheiro, tinha que estar sempre vigiando, isso que mais me angustiava. Vindo para as RTs uns não conseguiram pegar tanta autonomia, mas igual a M., ia para onde queria ia e voltava, o N. ia pra padaria e outros lugares, hoje é C. que vai na padaria, isso é uma coisa que não tem preço! (E. 11)

Eu penso muito nos dez anos que eu trabalhei no hospital psiquiátrico, que está gravado na minha cabeça, às vezes o sol estava se pondo e a gente estava verificando o pátio para ver se não tinha ficado ninguém para trás, as lágrimas escorriam no olho porque trancavam de novo eles lá entendeu? Essas RTs que vieram com o projeto acho que não tem preço, porque devolveu autonomia a eles, é claro que alguns continuam dependentes, mudou pouca coisa, mais as pequenas coisas que mudaram, pra gente [cuidadoras] já é uma alegria, só de estar dois em cada quarto, essa individualidade mínima, porque lá eram oito a dez em cada quarto, hoje cada um tem o seu armário, cada um sabe qual é a sua roupa, ninguém toma banho com ninguém, as individualidades são respeitadas. Hoje trabalhar com a

psiquiatria não me angustia tanto mais, como os dez anos da clínica [hospital psiquiátrico]. (E. 11)

Finalmente, considerando toda a complexidade da função exercida pelas cuidadoras, e apesar da sobrecarga de trabalho, a maioria expressou que o trabalho é para elas uma fonte de realização pessoal, que lhes permite se sentirem úteis.

Essa constatação não deixa de ser, de certa forma, surpreendente, na medida em que em um trabalho como esse existe sempre a preocupação do impacto negativo na saúde mental dos cuidadores, considerando-se o contato intenso e frequente deles, cuidadores, com o sofrimento psíquico e as crises psíquicas dos moradores.

O fato de se sentirem profissionalmente realizadas e fazendo parte de uma missão importante, provavelmente, acaba funcionando como um fator de proteção contra os fatores de risco, como o estresse, por exemplo, que pode levar a outros transtornos mentais relacionados ao trabalho.

“A síndrome do esgotamento profissional, ou burn out, é apenas um exemplo a que está sujeito o profissional da saúde que lida com o sofrimento alheio, sem que esteja, muitas vezes, preparado para enfrentar tal situação” (COMBINATO, 2006, p. 211). Durante esses anos, verificamos que as cuidadoras, poucas vezes apresentaram licença saúde e que nenhuma dessas licenças estava relacionada diretamente a doenças ocupacionais, apesar de jornadas muitas vezes longas, penosas e difíceis.

A seguir, destacaremos fragmentos das entrevistas em que as cuidadoras verbalizaram e pareceram demonstrar o desejo pelo seu ofício e um sentimento de realização profissional, sendo que uma parte importante da satisfação em relação à sua função passa pelo reconhecimento dos outros, da família e da sociedade.

A gente foi na churrascaria comemorar o aniversário do senhor N., e o irmão dele, acho que nunca tinha presenciado assim todos os moradores em uma churrascaria, as pessoas fazem uma ideia que é tudo louco quando você fala sabe, e aí ele ficou olhando e falou pra mim: “olha A., parabéns, eu fiquei olhando e eles se comportam com a maior educação, ninguém grita – nada - tudo tranquilo sabe” foi, assim, muito bom. Ele falou eu fiquei muito feliz, foi maravilhoso estar junto com eles, a gente agradece porque é tão bom você saber que eles fazem parte da sociedade que eles podem viver igual à gente mesmo, fazer as suas compras, passear, ter os direitos que a gente tem. E então, eu acho assim, hoje é muito bom trabalhar junto com eles. (E. 1)

O meu dia a dia [de trabalho] é assim, eu acho ele muito bom, porque eu tô dentro de uma R.T trabalhando, onde os moradores necessitam bastante da gente (E. 1)

(...) me sinto muito bem com todos. Na minha relação com eles eu não tenho dificuldades hoje, com nenhum, assim me sinto feliz de estar junto com eles (E. 11)

Hoje me sinto mais preparada com a experiência, pra mim foi a melhor experiência profissional que já tinha me acontecido, pra mim foi a melhor coisa que aconteceu em minha vida, trabalhar com os pacientes das RTs, eu me adaptei muito bem. (E. 5)

Se a finalidade maior de qualquer SRT é a de cuidar da melhor maneira possível dos seus moradores, a sua missão deve também considerar o bem estar de seus cuidadores. Se os moradores estão felizes, mas os cuidadores infelizes, isso merece um tratamento especial, não para voltarem a produzir mais e melhor. Mas porque, em nosso entendimento, a missão de um serviço de saúde mental como esse deve incluir e visar o bem estar de todos os envolvidos.

Duas cuidadoras afirmaram nas entrevistas que seria importante ter mais cuidadoras para ajudarem e assim poderem fazer mais pelos moradores:

É assim a gente gostaria que fosse mais fácil tipo, poder sair com eles e ter, como eu explico? Tipo alguém pra estar mais perto, junto, tipo uma pessoa que fique mais junto com eles que a gente possa estar saindo e deixando eles mais tranquilos e a gente ficando mais tranquila também, essas dificuldadezinhas que eu sempre falo, ter alguém disponível pra ficar ali junto, que às vezes realmente não tem. Na quarta-feira mesmo eu precisava e não tinha. Então, assim, essa dificuldade eu ainda encontro no projeto, acho que tem que ter alguém mais disponível para ficar junto, se tiver que sair com um morador e outro (cuidador) tá pronto pra já tá lá entendeu? Essa dificuldade eu acho que tem, sim, as coisas que são corriqueiras do dia a dia a gente consegue manusear tudo, dá para fazer tudo, mas essa eu ainda encontro, eu ainda acho que tem que ter alguma pessoa disponível pra gente, se vai em tal lugar a pessoa já está lá, vem fica entendeu? Essa eu ainda acho que tem que melhorar. (E. 1)

Concordamos com essa reivindicação e solicitamos à administração a contratação de mais duas cuidadoras para as RTs, do tipo II. Assim, nessas RTs, durante o período diurno, as cuidadoras já estão trabalhando em dupla.

Como vimos a relação de afeto estabelecida entre as cuidadoras e os moradores é a base do seu trabalho. Entretanto, o afeto às vezes engana, ensurdece, e as cuidadoras, sob emoção, podem tropeçar em seus sentimentos, e infantilizar, ou desejar para o morador aquilo que é melhor pra si, ou idealizá-los. São muitas as possibilidades de deslize em uma RT, que podem impedir as cuidadoras de favorecer que os moradores possam surgir enquanto sujeitos, amenizando os efeitos da mortificação do eu provocado pela institucionalização, ou a

anestesia induzida pela hipermedicalização. Por isso a supervisão, as reuniões, a reflexão, o ensino, o compartilhar com o outro. Para que o amor se dirija ao saber e leve ao Saber/Fazer.



## **6. Considerações finais**

O objetivo deste estudo foi analisar o saber e a prática das cuidadoras no contexto da Residência Terapêutica. Para tanto, a análise dos dados foi realizada de acordo com a análise temática e valeu-se da base teórica da psicanálise, dos principais princípios da Reforma Psiquiátrica e da experiência do pesquisador em relação ao Serviço, para interpretar os dados resultantes das entrevistas e das observações.

Os dados foram levantados por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas audiogravadas, complementadas pelo diário de campo. O local da pesquisa foi um Serviço Residencial Terapêutico, situado no interior paulista, que possui cinco Residências Terapêuticas que acolhem 32 moradores, procedentes de internações psiquiátricas de longa permanência.

Os dados foram transcritos dando origem aos temas, os quais foram analisados e organizados a partir de três categorias: Governança da Residência; A maternagem; O saber/fazer.

A primeira categoria, Governança da Residência, revela e descreve os inúmeros tipos de atividades realizadas pelas cuidadoras, iniciando pelas tarefas domésticas comuns a qualquer casa, o acompanhamento e encaminhamento dos moradores nas questões de saúde e por último a participação nas atividades de lazer, como festas, passeios e viagens. A descrição de todas essas atividades foi importante, primeiramente, para se conhecer o cotidiano de trabalho das cuidadoras e as diversas atividades concretas realizadas. Em segundo lugar, para analisar como todas essas atividades repercutem na relação das cuidadoras com os moradores, ou ainda, como as demandas subjetivas dos moradores se inserem e se articulam nessa dinâmica de trabalho que se organiza a partir do cuidado da casa e do cuidado aos moradores. A prática das cuidadoras leva a situações inusitadas na sua relação com a loucura, ao se depararem com o sem sentido, ao ter que conversar com os vizinhos quando surge algum conflito, a correr com as urgências. Função que exige presença, delicadeza, renúncia, comprometimento, paciência.

A segunda categoria, A maternagem, aborda a transferência dos moradores em relação às cuidadoras e os sentimentos que esse vínculo mobiliza nas mesmas, assim como esse dispositivo da transferência pode ser um norteador e dar sustentação ao processo de cuidado. Essa relação de confiança e afeto é a base das estratégias de cuidado. Para as cuidadoras os moradores são considerados como se fossem parte de suas famílias (filho, pai, tia, etc.); por

sua vez, os moradores, muitas vezes, se referem às cuidadoras como mães, filhas ou amigas. Algumas cuidadoras se referiram à Residência Terapêutica como sua segunda casa.

Nessa categoria destacamos então os sentimentos das cuidadoras envolvidos nessa relação profissional: o amor, o carinho, a dedicação, o envolvimento, a paciência, a presença. Também destacamos o sofrimento das cuidadoras quando têm que enfrentar a morte ou a doença de algum morador, quando tomam as dores dos moradores. E ainda, os sentimentos de medo, de raiva, saudades.

Para as cuidadoras, a primeira coisa que um cuidador tem que ter para realizar um bom trabalho é o amor e o carinho pelos moradores. No entanto, analisamos que embora um bom vínculo seja essencial, isso não parece ser o bastante para fazer frente a todos os desafios de uma Residência Terapêutica. Até porque esse amor pode se manifestar fora de medida e favorecer a tutela dos residentes, ou enganar e levar à idealização, exigindo dos moradores aquilo que as cuidadoras consideram melhor pra eles, ou criando expectativas em relação a eles que não fazem sentido para os moradores, mantendo o morador na posição de objeto e não favorecendo, assim, o surgimento do morador/sujeito.

A terceira categoria, O saber /fazer, diz respeito à formação do cuidador de RT. Como vimos a maioria das cuidadoras tem pouca escolaridade, não tem nenhuma formação e nem experiência na área de saúde. Sendo assim, operam a partir de um saber leigo. Essa característica das cuidadoras permite a elas verem os moradores para além de suas doenças e de seus diagnósticos, o que parece ser bastante interessante e estar de acordo com o princípio da Reforma quando propõem colocar a doença entre parênteses. Orientam inicialmente em sua prática apenas pelos seus sentimentos, senso comum e experiência de vida, sem contar com um saber técnico e teórico.

A formação da equipe se dá, primeiramente, através da experiência de trabalho articulada com as reuniões de equipe e de supervisão, onde se busca uma análise constante dos vínculos e do processo de escuta das relações, em que as cuidadoras possam falar sobre os seus atos, suas angústias, seus acertos, seus sentimentos, entre outras. Dessa forma espera-se que as cuidadoras possam estabelecer com os moradores uma relação mais positiva e profissional, com menos confusão de identidades, que privilegie a escuta, a linguagem, a história e o desejo dos moradores, para que não se repitam práticas e hábitos manicomial no contexto das Residências Terapêuticas. A complexidade do ofício das cuidadoras exige uma formação contínua. As reuniões servem para que os seus manejos, suas soluções e o seu não

saber, vivenciados solitariamente no cotidiano da Residência, possam ser transmitidos, legitimados e analisados coletivamente. Os desafios são imensos e precisam ser enfrentados com o afeto articulado ao desejo de saber.

## **Referências**

ALBUQUERQUE, P. Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, Vol. XII, 2006; p.93-110.

AMARANTE, P. D. C. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro. Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERGER, E; MORETTIN, V; NETO, B, L. Introdução à clínica do acompanhamento terapêutico. In. *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991, p.17-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 106, 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992. Institui os NAPS/CAPS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Centro de Documentação da Saúde do Brasil, 1994.

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

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o Programa “De Volta para Casa”. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Congresso Brasileiro de Residências Terapêuticas. Paracambi, Rio de Janeiro. Relatório Final e “Carta de Paracambi”, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental. 1990-2004. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legisla-coes/gm/111278-3090.html>.

CALLIGARIS, C. O sofrimento moderno. In. SOUZA, M. C. B. M.; COSTA, M. C. S. *Saúde mental numa sociedade em mudança*. Ribeirão Preto: Legis Summa/FIERP, 2005; p.13-26.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, n. 58, vol. 25, 2001; p.98-111.

CAMPOS, R. O; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In. CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S. et ali (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CARROZZO, N. L. M. Campo da criação, Campo Terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

CARVALHO, C. M. Os desafios da desinstitucionalização. In. FIGUEIREDO, A. C. C.; TAVARES, M. (Orgs.). *A Reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001; p. 9-38.

CAVALCANTI, T. M.; VILETE, L; SZTAJNBERG, K. T. O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, vol. XII, 2006; p.83-91.

COMBINATO, D. S.; QUEROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: maio-agosto, vol. 11, n. 2; p. 209-216.

DELGADO, P. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, vol. XII, 2006; p.19-33.

ELIA, L. O serviço residencial terapêutico: razões para dar suporte clínico a uma residência. In. *Anais do III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Realizado sob os auspícios da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF). Niterói: Universidade Federal fluminense (UFF), setembro de 2008, p.1-8.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A. P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: março de 2008, n. 1, Vol. 11, p.82-96.

FIGUEIREDO, A. C.; JARDIM, S. R. Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental (59-68). In. FIGUEIREDO, A. C.; TAVARES, M. A (orgs.). *A Reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à II Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FURTADO, P. J. A ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, Vol. XII, 2006; p.39-51.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

GUAIDO, E. L.; CAMPOS, F. C. B. Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.22 , vol. XII, 2006; p.141- 148.



HONORATO, C. E. M; PINHEIRO, R. O ‘cuidador da desinstitucionalização’: o trabalho político no cotidiano das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos. In. PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; MATTOS, R. A. et al (orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2007.

LACAN, J. O fenômeno psicótico e seu mecanismo. In: *Seminário – Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988; p. 88-120.

MENDONÇA, M. C. de A. Serviços Residenciais Terapêuticos: a experiência de Recife. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.22, vol. XII, n. 22, 2006; p.207- 213.

MENDONÇA, M. C. de A. As intervenções nas Residências Terapêuticas: o que a Psicanálise tem a dizer sobre essa clinica? *Estudos Psicanalíticos*. Belo Horizonte, n 30, p.103-112, 2007. Última visualização: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n30/n30a14.pdf>.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. O. Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: uma leitura psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: março de 2013, 16(1) p.100-115.

PESSOTTI, I. Teoria da loucura no século XX. In. SOUZA, M. C. M.; COSTA, M. C. S. *Saúde mental numa sociedade em mudança*. Ribeirão Preto: Legis Summa/FIERP, 2005. P. 27-48.

PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009; p.172.

PORTO, M.; SERENO, D. Sobre acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. *A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

PUPO, A. C. et al. A queda dos muros. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.22, vol. XII, 2006; p.199- 205.

RIBEIRO, I. P. Parcerias e iniciativas intersetoriais na montagem dos Serviços Residenciais Terapêuticos: relato de experiência. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.22, v. XII, n. 22, 2006; p. 149- 154.

SANZANA, A. P. M. P E OUTROS. A reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.22, vol. XII, 2006; p. 169-178.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SCARCELLI, R. I. Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, Vol. XII, 2006; p.71-81.

SANTOS, K. W. A. A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, Vol. XII, 2006; p.163-167.

SPRIOLI, N. *Cuidar em Novo Tempo: o trabalho de cuidadores profissionais com pacientes psiquiátricos em moradias*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), 2010.

TAVARES, T. E OUTROS. Residência terapêutica de cuidados intensivos: um desafio constante. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.22, vol. XII, 2006; p.187- 192.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro: vol. 9(1), jan.-abr. 2002; p.25-59.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Tese de doutorado apresentada à Escola Pública da Fundação Osvaldo Cruz. 2006.

## **Apêndice**

## APÊNDICE A

### Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) senhor (a) para participar desta pesquisa, que tem por objetivo analisar a prática de cuidados dos moradores de residências terapêuticas e a formação do cuidador. Portanto, solicitamos sua colaboração em responder algumas perguntas, referentes ao tema a ser estudado. Para tal, será realizada uma entrevista que será gravada, se assim for permitido. O dia, horário e local da entrevista serão combinados com o senhor (a) de acordo com sua disponibilidade. Informamos que a entrevista terá a duração média de 60 minutos. Além disso, iremos fazer observação das atividades que o senhor (a) realiza na Residência Terapêutica. Sua participação é voluntária sendo garantido o sigilo de suas informações e anonimato. Poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos, bastando apenas comunicar o pesquisador sem necessidade de justificar a sua decisão. Se houver algum desconforto ou constrangimento com relação a alguma das perguntas realizadas, poderá não responder. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. As informações e os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos e periódicos científicos.

Sua colaboração, neste estudo, contribuirá para a produção de conhecimento científico. A entrevista pode favorecer que o cuidador faça uma reflexão sobre sua prática, que permita uma melhora, na sua interação com os moradores e com sua equipe de trabalho.

Se ocorrer algum desconforto psicológico ou mal estar emocional em razão da entrevista, o pesquisador estará preparado e disponível para lhe dar apoio, acolhimento, escuta, e, se necessário, encaminhá-lo a um profissional para lhe prestar assistência.

O senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa pela sua participação, nem receberá pagamento ou gratificação por ter concordado em fazer parte desta pesquisa.

Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento assinada pelo pesquisador e pelo senhor (a), lhe será fornecida.

Os procedimentos adotados neste estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Informamos que nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto o meu consentimento em participar da pesquisa.

Mococa, 05 de setembro de 2013.

Nome legível e assinatura do entrevistado

---

Nome legível e assinatura do pesquisador principal

---

Luiz Henrique de Araújo  
Pesquisador principal  
Telefone: (19) 3665 7325  
leearaujo@usp.com  
Rua Cuiabá, 132 - Vila Quintino.  
Mococa/SP - CEP: 13 736 120

Professora Doutora Toyoko Saeki  
Orientadora da pesquisa  
Telefone: (16) 602 3415  
USP, EERP (sala 48), Avenida dos Bandeirantes, 3900.  
Ribeirão Preto / SP - CEP: 14 040 902  
maryto@eerp.usp.br





ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 107/2013

Ribeirão Preto, 17 de abril de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de abril de 2013.

**Protocolo CAAE: 09196013.8.0000.5393**

**Projeto:** Formação e prática do cuidador profissional nas Residências Terapêuticas: etnografia da experiência de Mococa (SP).

**Pesquisadores:** Toyoko Saeki  
Luiz Henrique de Araújo

*Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

**Prof.ª. Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Prof.ª. Dr.ª. Toyoko Saeki**

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP