

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

PEDRO MACHADO RIBEIRO NETO

**AOS CUIDADORES DO SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO: novas maneiras de cuidar...?**

VITÓRIA
2009

PEDRO MACHADO RIBEIRO NETO

AOS CUIDADORES DO SERVIÇO RESIDENCIAL

TERAPÊUTICO: novas maneiras de cuidar...?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luziane Zacché Avellar.

VITÓRIA

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R484a Ribeiro Neto, Pedro Machado, 1981-
Aos cuidadores do serviço residencial terapêutico : novas
maneiras de cuidar – ? / Pedro Machado Ribeiro Neto. – 2009.
113 p.

Orientadora: Luziane Zacché Avellar.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Cuidadores. 2. Saúde. 3. Terapêutica. 4.
Desinstitucionalização. I. Avellar, Luziane Zacché. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais.
III. Título.

CDU: 159.9

PEDRO MACHADO RIBEIRO NETO

AOS CUIDADORES DO SERVIÇO RESIDENCIAL

TERAPÊUTICO: novas maneiras de cuidar...?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em oito de abril de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Ângela Nobre de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo

Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira
Universidade Federal de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Renato e Angélica, a quem sou grato pelo cuidado em todas as horas e ao meu irmão Vitor, pelas cervejas pagas;

À minha esposa Creusa pela atenção, respeito, compreensão em períodos difíceis e por compartilhar comigo agradáveis momentos durante estes anos juntos;

Ao meu filho Thales, que nasceu para presenciar e me influenciar nas etapas finais deste trabalho;

A toda minha família, especialmente ao meu avô Lionízio (em memória) e à minha avó Cacilda;

Aos amigos ausentes e principalmente aos que puderam estar comigo nestes últimos meses, pela confraternização;

Aos amigos do PPGP, que auxiliaram na construção deste trabalho em conversas, dicas, empréstimos de textos e pelos bons momentos;

À Luziane Avellar, pela contribuição para este trabalho e para meu desenvolvimento enquanto pesquisador;

À Inês Badaró, por aceitar contribuir com este trabalho e pelo incentivo desde a graduação;

À Ângela Nobre, pelos encontros que foram importantes para a construção deste trabalho e por aceitar contribuir desde o projeto de qualificação;

À Margarida Rodrigues, por aceitar analisar e contribuir para este trabalho ainda no projeto de qualificação;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa concedida.

"A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar".

Eduardo Galeano

Ribeiro Neto, P.M. (2009). *Aos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico: novas maneiras de cuidar...?* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia – UFES, Vitória/ES.

Resumo

Trata de uma aproximação da realidade de trabalho dos cuidadores de um SRT visando contribuir com as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização da loucura. Optamos pela abordagem qualitativa por entendermos que melhor se aplicaria aos objetivos propostos. Participaram do estudo seis cuidadores de uma residência terapêutica do Estado do Espírito Santo. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Para a análise e interpretação dos dados utilizamos a “Análise de Conteúdo” do material coletado, sendo priorizada a utilização de uma de suas categorias, a “análise temática”. Verificamos que os cuidadores são profissionais que atuavam em serviços basicamente comuns, sem um nível maior de complexidade, e também sem relação com a área da Saúde. Todos os participantes possuem menos de um ano de experiência no SRT. Foram contratados junto a duas firmas: uma especializada em alimentação, e outra da área de serviços gerais. Os participantes consideraram que não tiveram preparação para atuar na casa, mas apesar disto, se sentem preparados para o serviço. Não tiveram formação profissional no campo da saúde, adquiriram suas principais informações sobre as residências terapêuticas ao primeiro contato com o HAB, onde obtiveram orientações sobre seu trabalho no serviço residencial. Além das orientações, aprendem a lidar com as situações, principalmente as quais se mostraram preocupados, no dia a dia de trabalho. Verificamos que os usuários são assemelhados à criança em vários momentos do discurso dos participantes, e o processo de reinserção social é comparado ao de aprendizagem infantil. Sugerimos a criação de espaços de discussão com cuidadores e moradores do SRT sobre questões como o cuidado em saúde, loucura, e que os cuidadores tenham um suporte consideravelmente mais abrangente para a condução de seu ofício. Neste âmbito, além de indagar sobre que formas de cuidado estão sendo praticadas pelos trabalhadores de residências terapêuticas em relação aos usuários, concluímos ser imprescindível que se discuta também sobre o nível de atenção dispensada aos cuidadores.

Palavras-chave: desinstitucionalização; residência terapêutica; cuidador em saúde.

Abstract

This work has proposed conducting an approximation of the reality of caretaker of a SRT to contribute to discussions on the Psychiatric Reform and deinstitutionalization of madness. We chose the qualitative approach because we believe that best apply to the proposed objectives. The study participants were six caretakers of a therapeutic residence of the State of Espírito Santo. For data collection was used semi-structured interviews and participant observation. For data analysis and interpretation were used the "Content Analysis" of the material collected, and prioritized the use of one of its categories, the "thematic analysis". We found that caregivers are professionals who worked on common services basically, without a higher level of complexity, and also unrelated to the area of Health. All participants have less than a year of experience in the SRT. Were contracted of two companies: one specializing in food, and one of general services. Participants considered that were not prepared to act in the house, but despite this, they feel prepared for the service. Had no training in health, acquired the main information of the SRT on their first contact the HAB, which received guidance on their work in residential service. Besides the guidelines, learn to deal with situations, which were mainly concerned in the day to day work. Was noted that users, in general, are similar to the child several times in the speech of the participants, and the process of social reintegration is compared to the child learning. We suggest the creation of spaces where can be discussed with the caregivers and residents on issues such as health care, madness, and that the professional of residential services must have a considerably more comprehensive support for the conduct of their office. In this context, beyond inquire about which types of care are being practiced by caretakers of residential service for residents, we concluded that also indispensable discuss the level of attention given to caregivers.

Keywords: deinstitutionalization; therapeutic residence; health caregiver.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	10
1.1- Desinstitucionalização e desospitalização.....	14
1.2- Os serviços substitutivos em saúde mental.....	16
1.3- O Serviço Residencial Terapêutico.....	18
1.4- O profissional na atenção à saúde mental.....	22
2 - OBJETIVOS.....	30
2.1 - Objetivo geral.....	30
2.2 - Objetivos específicos.....	30
3 - MÉTODO.....	31
3.1 - Local da pesquisa.....	32
3.2 - Participantes.....	33
3.3 - Instrumentos.....	33
3.4 - Aspectos éticos.....	35
3.5 - Procedimentos de coleta dos dados.....	35
3.6 - Procedimentos de análise e interpretação dos dados.....	36
4 - RESULTADOS.....	38
4.1 - Descrição do Serviço Residencial Terapêutico.....	38
4.2 - Caracterização dos participantes.....	39

4.2.1 - Os trabalhadores e o funcionamento do serviço.....	39
4.2.2 - Conhecimento sobre o SRT antes de sua entrada no serviço.....	40
4.2.3 - Como souberam do trabalho e por que aceitaram.....	41
4.2.4 - Principais diferenças entre o serviço anterior e o trabalho no SRT.....	42
4.2.5 - Sentimentos sobre o trabalho no SRT.....	44
4.2.6 - Consideram-se preparados para atuar no SRT?.....	45
4.2.7 - Conhecimento da legislação referente ao SRT.....	47
4.3 - Principais atividades realizadas pelos cuidadores.....	47
4.4 - Concepções dos cuidadores sobre os usuários, comunidade e o SRT.....	52
4.4.1 - Relacionamento dos moradores com a comunidade.....	53
4.4.2 - Relação dos moradores com o CAPS.....	55
4.4.3 - Relacionamento dos moradores no SRT.....	56
4.4.4 - Percepções sobre a comunidade.....	60
4.4.5 - O que acham que poderia ser feito para aprimorar o serviço e qual o papel do cuidador nisso?.....	62
5 - DISCUSSÃO.....	64
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
7 - REFERÊNCIAS.....	93
ANEXO.....	110

1- INTRODUÇÃO

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

O movimento da Antipsiquiatria, que surgiu na década de 1940 na Inglaterra, exerceu forte influência na reestruturação da assistência psiquiátrica, tendo sido um dos pioneiros na crítica ao modo de atenção centrado na internação psiquiátrica prolongada. A partir desse movimento, surgiram diversas experiências em países da Europa e nos EUA, na tentativa de reorientação do modelo psiquiátrico de atenção. Entre estas experiências, destacam-se: Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, Psiquiatria de Setor na França e Psiquiatria Preventiva nos EUA (Baptista & colaboradores, 2002; Oliveira & Alessi, 2003; Silveira & Alves, 2003; Carneiro & Rocha, 2004; Furtado, 2006; Fassheber & Vidal, 2007).

Na Itália, a partir da década de 1960, ocorreu uma das mais radicais transformações da assistência psiquiátrica, conhecida como Psiquiatria Democrática, resultando na Lei 180 daquele País, que estabelecia “o fechamento dos manicômios e a criação de serviços alternativos na comunidade” (Desviat, 1999, p. 45), ao contrário de outros países, como Inglaterra, França e Estados Unidos, que buscaram modernizar ou humanizar os manicômios (Oliveira & Alessi, 2003; Silveira & Alves, 2003; Nardi & colaboradores, 2005).

A desinstitucionalização italiana, cuja experiência consolidou efetivamente uma ruptura com o hospital psiquiátrico, influenciou sobremaneira a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se configurou não apenas como uma reforma da Psiquiatria, mas também

como um movimento político, administrativo, jurídico, cultural e social (Alvarenga & Novaes, 2007; Fassheber & Vidal, 2007; Gastal & colaboradores, 2007).

No Brasil, durante a década de 1980, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental buscou alternativas para a reclusão do louco nos hospitais psiquiátricos. Em 1989 Paulo Delgado escreveu o Projeto de Lei 3657, que preconizava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços inseridos na comunidade e, fundamentada neste projeto, em abril de 2001 foi promulgada a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, dispondo sobre os direitos do “portador de transtorno mental” (Amarante & Torre, 2001; Tenório, 2002; Silveira & Alves, 2003; Rabelo & Torres, 2005; Fassheber & Vidal, 2007).

A Lei 10.216 estabelece como direito a pessoa ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental; prevê como responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas de saúde mental; proíbe a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares e, assegura que o paciente a longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, seja objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, entre outras diretrizes.

A reestruturação da atenção em saúde mental requer a formulação de políticas que visem à melhoria da assistência e a criação de uma rede articulada de serviços que substituam a internação hospitalar. Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico vão sendo constituídos no final da década de 1980 e se consolidando durante os anos 1990, através de experiências como as oficinas terapêuticas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as experiências de moradias assistidas ou lares abrigados, que posteriormente vieram a ser denominadas pela Portaria 106 de 2000 de Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental (SRT), conferindo alternativas para os

moradores dos hospitais psiquiátricos (Koda, 2003; Ministério da Saúde, 2004; Weyler & Fernandes, 2005).

Conforme a Portaria 106, o SRT é um serviço com característica de uma moradia ou de uma casa, visando à inserção social dos usuários, e constitui-se como uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Neste contexto, a pessoa há longo tempo internada em hospitais psiquiátricos desfrutará de alta hospitalar e da possibilidade de continuidade do cuidado no âmbito do SRT, que deverá estar integrado a rede articulada de serviços do SUS.

Uma questão presente durante o trabalho foi sobre a forma de nomeação do habitante da Residência Terapêutica. Conforme previsto na legislação, é um serviço que busca se assemelhar a uma casa, e por isso as pessoas que têm direito ao SRT serão denominados no âmbito deste trabalho de “moradores”, “residentes”, como também “usuários”. Entendemos ser preciso desvincular a figura do morador do SRT que é identificada à de usuário dos serviços de saúde, para a de cidadão, no sentido de romper com a idéia de que a doença é sua identidade, e assim a denominação mais fiel aos propósitos do SRT seria a de “morador” e não “usuário” ou “paciente”. Mas, por outro lado, é uma situação complexa, pois existe uma ambigüidade no próprio nome do SRT, e a questão sobre se a Residência Terapêutica ‘é um serviço ou uma casa’ ainda suscita discussões, e por isso está longe de ser respondida em definitivo.

Apenas a transferência dos moradores dos hospitais psiquiátricos para os novos serviços não garante a desinstitucionalização, pois não é a mudança de espaço físico que permite a maior eficácia do processo de desinstitucionalização da loucura, mas a transformação da lógica manicomial (Amarante, 1995; Pitta, 1996; Saraceno, 2001; Koda, 2003; Dimenstein, 2004; Alverga & Dimenstein, 2006; Rabelo & Torres, 2006; Andrade & Lavrador, 2007; Suyama & colaboradores, 2007; Amorim & Dimenstein,

2009). Nesta discussão, Amarante e Torre (2001) ponderam que a consistência da reflexão sobre os novos serviços é fortalecida na discussão sobre os princípios que norteiam a relação com a loucura, sendo necessário, para isso, um conhecimento histórico da questão, visando a não reprodução de ações manicomiais nos serviços substitutivos.

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

Com a inserção dos moradores nas residências terapêuticas, os trabalhadores da casa não podem ser considerados os únicos responsáveis pelo andamento e eficácia do serviço, mas se constituem como uma das peças mais importantes no processo da substituição do manicômio por dispositivos que realmente não reproduzam práticas manicomiais.

Mas quem são os trabalhadores das residências terapêuticas? Estão preparados para as novas exigências que se fazem no cotidiano do serviço e na atenção à saúde mental? Como descrevem suas funções e quais são suas concepções sobre seu trabalho? O presente estudo tem o objetivo de conhecer os profissionais que atuam nos Serviços Residenciais Terapêuticos, pois são estes trabalhadores que vivenciam o cotidiano nos serviços e interagem diariamente com os usuários das residências terapêuticas. Observamos na revisão da literatura alguns textos sobre o SRT e descrições sobre os moradores, porém notamos uma escassez de trabalhos focalizando os profissionais destes serviços, o que justifica a realização do presente estudo com esta população.

1.1 – Desinstitucionalização e desospitalização

A mudança de espaço físico, do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos, ou somente as transformações conceituais e técnicas, sem a constante problematização dos serviços, não sustenta por si só o movimento da desinstitucionalização e a reinserção social dos egressos dos hospitais. Diante disto, é preciso cuidado para garantir que as práticas nos novos dispositivos de saúde não se transformem em ações manicomiais, semelhantes às antigas práticas de confinamento, sob o risco da reprodução de antigos modelos manicomiais nos serviços substitutivos, no entanto sobre novas roupagens (Pitta, 1996; Koda, 2003; Alverga & Dimenstein, 2006; Amorim & Dimenstein, 2009). Machado (2006), ao discutir sobre as residências terapêuticas, discorre sobre a armadilha de os usuários destes serviços continuarem, mesmo depois de transferidos dos hospitais para as moradias, sob as dimensões da lógica manicomial, pois “mesmo habitando a casa, os usuários ainda correm o risco de estar sob o jugo do manicômio” (p.37).

Um tema recorrente na revisão da literatura sobre a reforma psiquiátrica é o da desinstitucionalização da loucura e sua distinção do processo de desospitalização dos moradores hospitalares. A desospitalização, que trata do deslocamento dos moradores dos hospitais psiquiátricos para outros serviços, não é sinônimo de desinstitucionalização. Furtado (2006) argumenta que a desinstitucionalização não se resume à saída dos moradores do ambiente hospitalar ou simplesmente ao fechamento dos hospitais e, para Saraceno (2001) a desinstitucionalização diz respeito à saída do usuário da “instituição psiquiatria”, se configurando como “a possibilidade de

recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para as trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social” (p. 133).

Amorim e Dimenstein (2009) ressaltam que a desinstitucionalização implica na desconstrução de saberes e práticas consolidadas no manicômio, tendo em vista que nos serviços substitutivos podem predominar não as estruturas, mas as idéias manicomialias. Neste sentido, Dimenstein (2004) afirma que a desinstitucionalização “pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares”.

Koda (2003), nesta discussão, enfoca o discurso produzido pelo saber psiquiátrico, e pondera que “a desconstrução do modelo asilar implica a contraposição ao discurso manicomial, constituído ao longo de séculos” (p. 69), opinião corroborada por Alverga e Dimenstein (2006), que pontuam a necessidade de “desconstruir práticas e discursos que naturalizam e reduzem a loucura à doença mental” (p. 305).

Para Andrade e Lavrador (2007) é necessário a desnaturalização da loucura como “doença”, da idéia incondicional do louco como um indivíduo perigoso, irresponsável, pois “a lógica manicomial se caracteriza pelas ações de dominação, de classificação, (...) de opressão e de controle, desde os mais explícitos até os mais sutis” (p. 126) e, neste encaixo, Amarante (1995) aponta para a necessidade de “desconstrução e superação de um modelo arcaico centrado no conceito de ‘doença’ como falta, erro” (p. 493).

A concepção da loucura como uma doença, um desvio, fortalecida pelo saber psiquiátrico, se trata, para Segre e Ferraz (1997), de um juízo de valor com função de controle e normalização social. Para Venâncio (2003), mesmo que o saber psiquiátrico se consolide como o “principal produtor da verdade sobre a loucura em nossa

sociedade”, há o risco em se assumir uma postura simplista e imputar “todos os males que têm sido produzidos nesse processo” à Psiquiatria. Neste sentido, o autor relata que um dos desafios nesse percurso é a articulação de um novo saber entre ciência psiquiátrica e política assistencial, que prescindia da lógica asilar.

1.2 - Os serviços substitutivos em saúde mental

A partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 1992, procurou-se uma resposta sobre o destino dos moradores dos hospitais psiquiátricos com a substituição destes; em função da necessidade de extinção dos hospitais (ou da redução progressiva de seus leitos), a questão principal era saber para onde iriam as pessoas que ali moravam, sem vínculos sociais ou familiares, e do mesmo modo qual a providência mais eficaz a ser tomada para evitar novas internações prolongadas (Ministério da Saúde, 2004; Furtado, 2006).

O Brasil teve sua primeira experiência de moradia assistida, visando integração do louco no convívio social, na cidade de Santos (SP), em 1989. Outras cidades, no início dos anos 1990, como Bagé e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e Rio de Janeiro (RJ) e Campinas (SP), constituíram experiências de sucesso na implantação de serviços inseridos na comunidade com características de residência (Baptista & colaboradores, 2002; Koda, 2003; Ministério da Saúde, 2004). Tendo em vista tais transformações o Ministério da Saúde cria em 2000 a Portaria 106, instituindo o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, conferindo denominação às então designadas pensões protegidas, moradias assistidas ou lares abrigados e introduzindo o SRT como um serviço constituído na rede de saúde do SUS (Weyler e Fernandes, 2005; Furtado, 2006).

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

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

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

No ano de 2002 o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de atualização da Portaria 224 de 1992, cria a Portaria 336, que institui os Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS são caracterizados por serem serviços abertos de atenção ao “portador de transtornos mentais”. Como afirma o Ministério da Saúde na Portaria 1174 de 2005, os CAPS “são serviços fundamentais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e são os dispositivos estratégicos para o ordenamento da rede de atenção psicossocial em seu território de referência”. Ambulatórios em hospitais gerais e a constituição de equipes de atenção básica com profissionais especializados em saúde mental podem dispor desse tipo de atendimento (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), alguns dispositivos dão suporte ao Serviço Residencial Terapêutico, como os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde, além de benefícios como o Programa de Volta pra Casa (PVC), instituído pela Lei 10.708. Incentivos financeiros podem ser concedidos aos gestores municipais e estaduais pelo Governo Federal, através de portarias do Ministério da Saúde, para a implantação e funcionamento do SRT.

1.3 – O Serviço Residencial Terapêutico

O Ministério da Saúde, através de seu endereço eletrônico, (www.saude.gov.br), dispõe três portarias sobre o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental: a Portaria 106, a Portaria 1220 e a Portaria 246, além de uma cartilha, criada em 2004, que explicita as funções do SRT.

A Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000, institui o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental: são moradias assistidas inseridas de preferência na comunidade, com objetivos de reinserção social, do resgate da cidadania e autonomia dos moradores de longa data dos hospitais psiquiátricos, que não possuam suporte social e vínculos familiares, ou que, por outra razão, necessitem do serviço.

Baptista e colaboradores (2002) afirmam que a função principal das Residências Terapêuticas é promover o maior grau de autonomia possível na vida dos ex-moradores hospitalares e, para Moreira e Andrade (2003), essa produção de autonomia se dá no encontro, nas relações com os profissionais, com a comunidade, nas interações sociais. Milagres (2003) argumenta que o SRT, além de um espaço de moradia, é para o usuário um lugar de interação, constituindo “o ponto de apoio para suas expectativas e o lugar de contato com o mundo – real ou imaginário – que ele deseja conquistar” (p. 133).

A portaria 106 preconiza que o Serviço Residencial Terapêutico esteja vinculado a um serviço ambulatorial especializado em saúde mental de referência, que possua uma equipe técnica de no mínimo um profissional de nível superior com experiência em saúde mental e mais dois profissionais de nível médio com experiência e capacitação específica também em saúde mental. Os serviços ambulatoriais a realizar essa função, em geral, são serviços de atenção psicossocial como os CAPS, conhecidos em alguns Estados como Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, ou Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs (Koda, 2003; Silveira & Alves, 2003).

A Portaria 106 também estabelece que o SRT deva centrar-se nas necessidades dos usuários visando à construção progressiva de sua autonomia, e, entre outros, “respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito com capacidade de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário”.

Não foram encontradas referências na Portaria 106 sobre o trabalhador da casa e seu grau de qualificação; a portaria apenas discorre sobre a equipe técnica do serviço ambulatorial de referência, e que cabe ao SRT garantir assistência, suporte e promover a reinserção dos “portadores de transtornos mentais” com grave dependência institucional à vida comunitária. Mas não se trata simplesmente da inserção dos moradores no ambiente comunitário, apenas sua entrada no serviço residencial, pois é necessário que haja um cuidado direcionado ao morador no sentido de promover o exercício de sua cidadania e possibilitar a expansão de sua capacidade para as trocas sociais, para a convivência no bairro.

Neste percurso, Saraceno (2001) argumenta que a casa (SRT) é um direito do usuário e, partindo dessa noção vão sendo construídas as políticas do sistema de saúde. E além da casa como um direito ela é também uma forma para o processo de resgate e exercício da cidadania dos moradores. Assim, segundo Saraceno, “o direito não é

somente a casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania” (p. 120). Portanto, boa parte da responsabilidade para atingir os objetivos do SRT é dos profissionais que estarão com os usuários em seu dia a dia, no intento de fazer com que pessoas por longo período reclusas e sob o controle de hospitais psiquiátricos passem a ter autonomia sobre sua vida.

Marcos (2004) ressalta que uma das principais preocupações em relação ao SRT é assegurar que não se transforme em espaço de tratamento ou de clínica, e muito menos de contenção e confinamento, como realizado em hospitais psiquiátricos. Segundo a autora, “uma das preocupações fundamentais e primeiras é a de preservar o espaço da casa como casa, e não transformá-la em local de tratamento” (p. 181). O Ministério da Saúde (2004), através da cartilha disponibilizada em seu endereço eletrônico, assegura que as casas não são especificamente serviços de saúde, mas sim moradias, habitações, espaços de viver, articulados com os serviços de atenção psicossocial do município ou localidade. É preciso, segundo o Ministério, não perder de vista que são moradias, que a questão principal é o morar, o habitar a cidade.

As casas não podem se tornar um local de tratamento, e devem ser priorizados, para isso, os CAPS, ambulatórios ou equipes de saúde mental de referência, como também a utilização dos recursos comunitários. Desse modo, o serviço se assemelha a uma residência comum, onde não é realizado nenhum tipo de tratamento, mas sim nos serviços de saúde, como as unidades básicas, ambulatórios em hospitais gerais, serviços de atenção psicossocial, consultórios, entre outros (Ministério da Saúde, 2004; Silva & Ewald, 2006).

Cada casa, segundo a Portaria 106, pode receber de um a oito moradores, com até três em cada quarto, se configurando como uma casa típica de família, com no mínimo três quartos (caso possua os oito habitantes), banheiros, copa, cozinha, área de

serviço, sala de estar que proporcione boa comodidade e conforto aos moradores, possuir os equipamentos necessários para as atividades domésticas, como tanques para lavar roupa, geladeira, fogão, filtros, armários, etc.

Uma segunda portaria relacionada ao SRT, de acordo com o Ministério da Saúde, é a Portaria 1220, de sete de novembro de 2000, que dispõe sobre a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, ou seja, regulamenta a Portaria 106 com a finalidade de cadastro e financiamento no SIA/SUS. Esta portaria estabelece também a criação da atividade profissional “Cuidador em saúde”, que se refere ao cuidador das residências terapêuticas, e a criação de grupos e subgrupos de acompanhamento à “pacientes psiquiátricos”, entre outros.

A terceira portaria disposta pelo Ministério da Saúde em seu endereço eletrônico é a Portaria 246, de 17 de fevereiro de 2005, que proporciona aos municípios um incentivo financeiro de 10 mil reais para cada SRT implantado, e mais o repasse dos recursos originários dos AIH’s (Autorização de Internação Hospitalar) que, conforme esta portaria, podem atingir cerca de sete a oito mil reais mensais.

A Portaria 1220/2000, que estabelece a categoria “Cuidador em saúde”, não discorre de modo aprofundado sobre as atribuições ou sobre o próprio profissional das residências terapêuticas, isto é, não há nada relatado nesta portaria sobre quem é este profissional ou sobre seu grau de qualificação. No entanto, estabelece ao cuidador da residência terapêutica, em conjunto com a equipe profissional dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a realização de:

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

Mas estarão os cuidadores, e a equipe técnica responsável, preparados para a realização deste conjunto de atividades estabelecido pelo Ministério da Saúde, e habilitados para o favorecimento da autonomia dos usuários? E quem é esse cuidador? Como se sentem diante de tais atribuições? Se sentem preparados? Como se sentem trabalhando no SRT?

1.4 - O profissional na atenção à saúde mental

Na legislação referente ao SRT não foram encontradas atribuições específicas sobre o trabalho do profissional nas casas, e nem sobre o grau de qualificação requerido para o trabalhador das residências terapêuticas. Na literatura pesquisada, poucos autores discorrem sobre os cuidadores do SRT, constando na maior parte apenas menções sobre os trabalhadores do serviço, mas sem um aprofundamento, tornando escassas as informações sobre este profissional.

Não foram localizados estudos direcionados aos trabalhadores das residências terapêuticas, e nem a legislação referente ao serviço traz informações sobre quem são estes profissionais e quais suas atribuições específicas na casa. O que foi encontrado na literatura relaciona-se ao profissional e técnico em enfermagem, ao profissional de psicologia, e também ao trabalhador em saúde de uma forma geral, muitas vezes não sendo especificada a categoria profissional.

Ao discorrer sobre a clínica no contexto da Reforma Psiquiátrica, Amarante (2003) faz uma ressalva no sentido de pensá-la como um processo constantemente inventivo e enfatiza a importância da conscientização dos “operadores” desses serviços de que “ali estão se operando diversas rupturas conceituais, ao mesmo tempo em que

técnicas, políticas, jurídicas e sociais” (p. 62). O autor destaca a importância de se pensar a clínica no contexto dos serviços substitutivos de uma maneira inventiva, e do mesmo modo entende-se que também o trabalho nas residências terapêuticas deve ser pensado de uma forma inovadora. Mas como os profissionais se sentem diante de tais inovações em seu trabalho? Receberam formação ou algum tipo de treinamento que abarcasse as transformações na atenção à saúde mental?

Para Pugin e colaboradores (1997) existe uma falta de treinamento para os profissionais que não possuem formação universitária. Tal questão é levantada por Zerbetto e Pereira (2005) ao destacarem que, em relação aos profissionais de enfermagem psiquiátrica, a maioria não obteve formação suficiente na área, e que estes adquirem o conhecimento sobre a prática nas vivências do cotidiano de seu processo de trabalho.

Sobre o profissional de enfermagem psiquiátrica, Miranda e colaboradores (2000) asseguram que, apesar desta área ser dotada de um cotidiano em que prevalece a rigidez da rotina, por outro lado existe a exigência de certa dose de improvisação. Ainda sobre os profissionais de enfermagem, Oliveira e Alessi (2003) enaltecem a existência de deficiências na formação do profissional que atua em psiquiatria, e que a maioria não se sente apta para trabalhar em saúde mental e se encontra pouco informada sobre as transformações políticas na área.

Conforme Rodrigues e Figueiredo (2003), os trabalhadores em saúde mental com formação superior obtiveram uma graduação que focalizava apenas a “doença”, e marginalizava questões sociais, e, segundo os autores, a formação universitária produziu profissionais de saúde com características semelhantes, independente da área ou especialidade. Em relação à formação universitária dos profissionais de saúde, Fidelis

(2003) pondera que esta “é insuficiente para abarcar as novas dimensões no trato com a diferença trazidas pelo movimento da reforma psiquiátrica” (p.116).

No entanto, Figueiredo e Rodrigues (2004) questionam se é apenas sobre a formação dos profissionais que deve ser atribuída a responsabilidade pela assistência prestada nos serviços. As autoras discutem se ocorreram mudanças na graduação das especialidades da Saúde que acompanhassem os novos rumos das políticas de saúde mental. As transformações que se deseja produzir, segundo as autoras, dependem de ações políticas e do compromisso social de todos os profissionais da saúde pública e das instituições formadoras.

Sobre a formação acadêmica de profissionais de psicologia, Dimenstein (2001) enfatiza a necessidade de incorporarem “uma nova concepção de prática profissional, associada ao processo de cidadanização, de construção de sujeitos com capacidade de ação e de proposição”. Apesar disso, a responsabilidade pela eficiência e resolutividade dos serviços não podem ser infligidas apenas sobre os trabalhadores de saúde. Essa situação envolve outras questões, de interesses políticos, econômicos, sociais e culturais e, portanto “a eficiência dos serviços públicos independe apenas de ações isoladas dos profissionais de saúde” (Pugin & colaboradores, 1997, p. 65). Conforme Sadigursky e Tavares (1998), não apenas os profissionais de saúde, mas também os usuários, os familiares e a sociedade em geral têm que assumir uma postura política, se o que se pretende é a reversão do atual modelo de atenção à saúde mental.

Não há detalhamento na legislação do SRT sobre o grau de formação dos cuidadores, não se sabe quem são tais profissionais. A situação revela certo embate de reflexões: é preciso que haja um engajamento do profissional das casas nas questões que surgem no campo da reforma psiquiátrica, mas ao mesmo tempo, podemos indagar que, se é para o SRT se caracterizar como uma casa típica de família ou república, deveriam

ser contratados profissionais como em qualquer outra casa comum, que saibam fazer comida e cuidar da organização doméstica. No entanto, no caso do SRT a situação é mais complexa, pois se trata de moradores que vêm de anos de reclusão, e por isso necessitam de um cuidado que possibilite a expansão de sua autonomia, o que acarreta, invariavelmente, atribuições distintas do serviço doméstico em casas de famílias ou repúblicas.

Para Furtado (2006), existe uma exigência para a contratação de profissionais preparados para o trabalho em saúde mental, e de “profissionais eticamente alinhados aos princípios da reforma psiquiátrica e tecnicamente formados para o sustento cotidiano das novas formas de atenção”. O autor destaca também o baixo envolvimento dos trabalhadores da saúde na reforma psiquiátrica, e enfatiza a necessidade de maior atenção para essa situação. A transformação das relações manicomiais requer o engajamento político dos profissionais e dos familiares dos usuários dos serviços, e da construção de “um novo lugar social para a loucura”.

Desta forma, entendemos ser importante que cuidadores do SRT, mesmo sem formação na área da Saúde, tenham conhecimento sobre as discussões que circundam as questões sobre a assistência em saúde mental. Por outro lado, a contratação de profissionais sem uma afinidade maior com a questão, supostamente poderia levar a uma prática contrária ao modo como um profissional de saúde, impregnado pelo saber patologizante sobre a loucura, poderia exercer no SRT, isto é, o não especialismo levaria a uma outra construção teórica e prática sobre a loucura.

Segundo Oliveira e Alessi (2003) é importante a reflexão sobre os instrumentos não materiais dessa nova organização e disposição do trabalho em saúde mental, ou seja, para os autores é indispensável refletir sobre os métodos, bases teóricas e objetivos do processo. O profissional se vê frente a uma nova conformação teórica de seu ‘objeto’

de trabalho: o indivíduo que necessita de cuidado que abarque as questões mais dinâmicas de sua existência, e não mais uma atenção voltada exclusivamente para a “doença”. A prevalência de transtornos mentais se refere a toda uma existência do indivíduo, sua história, suas condições de vida, e não a um problema cuja intervenção se restrinja à pessoa (Tenório, 2002).

Paiva (2003) relata que é impossível pensar isoladamente a cidadania dos moradores sem compreender minimamente a realidade social brasileira e o que é ser cidadão atualmente. Sobre esta questão, Oliveira e colaboradores (2004) ressaltam que “a população que chega à rede básica tem na raiz de seu problema as conseqüências de um modo de produção extremamente explorador”.

Dimenstein (1998) discorre sobre um dos maiores desafios para o profissional de psicologia, na medida em que, ao substituir o paradigma da clínica pelo da saúde pública, “requer um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário, bem como um modo sempre mutante de fazer saúde”, pois, conforme Kirschbaum e Paula (2001), a saúde existe em formas distintas.

Cabral (2007) também destaca a importância da construção de outros saberes e práticas no campo da saúde mental, de outra forma de cuidar, forma esta que pode ser expressa pela expansão do número de serviços substitutivos, possibilitando “aos que passam pela experiência da loucura transitar na cidade” (p. 135).

O cuidado em saúde mental, no contexto dos serviços substitutivos, requer inovações por parte dos trabalhadores, diante da necessidade do imprevisto. Mas, se por um lado a prática nos novos dispositivos de saúde mental exige improvisações do profissional, por outro, possibilita o exercício da criatividade (Miranda & colaboradores, 2000). As práticas nos serviços substitutivos devem ser inovadoras, como no caso do SRT, principalmente em relação às atribuições dos trabalhadores dos

hospitais psiquiátricos, e isso requer que os próprios trabalhadores estejam preparados para estas novas designações.

Weyler e Fernandes (2005) discorrem sobre essas novas exigências ao cuidador dos serviços residenciais, como a de questionar os limites de sua própria profissão, manter a casa limpa e organizada e “favorecer as possibilidades de resgate da experiência de habitar desses novos moradores”. Araújo e Andrade (2007) discorrem sobre a importância em se atentar para a relação do profissional de saúde com usuários dos serviços e também com a comunidade, ao possibilitar a emancipação psicossocial e participação dos usuários, assim como “múltiplas invenções de fazer saúde” (p.52).

O trabalho nas residências terapêuticas vai além da formação técnica inicial do profissional, isto é, ultrapassa a função, por exemplo, do auxiliar de serviços gerais, do cozinheiro, do técnico em enfermagem, ou de outro profissional que esteja na posição de cuidador, e vai buscar favorecer a autonomia dos usuários do serviço, sua contratualidade nas relações sociais. Para o Ministério da Saúde (2005), uma das designações do cuidador na casa é apoiar os moradores nas tarefas cotidianas e facilitar o processo de habitar e circular pela cidade, almejando o resgate da cidadania e das relações contratuais dos usuários.

Estas atribuições revelam a complexidade da tarefa destes trabalhadores, pelo fato de lidarem de imediato com toda uma conjuntura histórica, atuando no dia a dia diante de situações que remetem a questionamentos sobre seu próprio fazer e sua relação com a loucura e exige a tomada de decisões imediatas. Mas diante de tais inovações na prática nos serviços residenciais, estariam os profissionais preparados para essas novas exigências? Como conduzem o trabalho em que não existe uma regra ou norma prescrita, ou uma diretriz para um trabalho tão inovador, mas sim a necessidade de improviso, a imprevisibilidade?

Jardim e colaboradores (2005) trazem o exemplo da usuária de uma residência terapêutica que, ao manusear um cordão, acerta-o sem intenção em uma criança que passava pelo local, o que fez com que habitantes da comunidade se revoltassem contra a usuária e tentassem agredi-la, necessitando a intervenção da cuidadora, que encaminhou a usuária para dentro do hospital psiquiátrico, localizado próximo a casa. Os autores discutem se seria essa a função da cuidadora, de intervir na situação, ou deixar que a usuária resolvesse por si só a confusão criada.

Ao mesmo tempo problematizam a maneira como a funcionária da residência lidou com a situação, encaminhando a moradora novamente ao hospital psiquiátrico, mesmo como forma de proteção, e questionam quais outras providências ou dispositivos seriam necessários em um acontecimento similar. Concluem que é papel do cuidador estar junto aos usuários das residências terapêuticas e acolhê-los em momentos difíceis, para que estes possam, no futuro, lidar melhor e com maior autonomia em situações parecidas com a ocorrência citada (Jardim & colaboradores, 2005).

Sobre o estigma que predomina sobre os egressos hospitalares, Gattaz (1999) ressalta que esse é o maior entrave para sua reinserção social. Nesse contexto, Furtado (2006) destaca outros exemplos, como a resistência de donos de imóveis em alugar as casas para o serviço e a abdicação dos vizinhos em receber os ex-moradores dos hospitais. Os exemplos referidos ao estigma em relação aos moradores de residências terapêuticas refletem claramente uma situação de exclusão; mas será função do cuidador lidar também com estas questões referidas ao estigma? E como o trabalhador do serviço residencial lida em seu cotidiano de trabalho com tais situações?

A mudança de espaço físico, do hospital para as residências, deve incidir sobre os moradores e ao mesmo tempo sobre os profissionais não apenas de uma maneira material, mas também simbólica (Weyler & Fernandes, 2005). Para isso é necessário

que sejam reconstruídos valores na vida do usuário (Kinoshita, 2001), que irá interagir com os outros atores sociais, e exige também a reconstrução de valores referentes à prática dos trabalhadores nas casas, diante de novos encargos, em contraposição às antigas ações de tutela e controle nos hospitais psiquiátricos.

O SRT não é uma casa convencional, e é preciso que os profissionais não imprimam suas próprias expectativas de o serviço se tornar uma casa ideal para eles e, por um outro lado, é necessário que os trabalhadores permitam aos moradores o desenvolvimento de suas próprias maneiras de habitar e ocupar o espaço da casa (Ministério da Saúde, 2004). Segundo Baptista e colaboradores (2002), é preciso que as equipes do SRT criem projetos “não seguindo normas previamente estipuladas ou modelos rígidos do que seja habitar uma casa, mas ao contrário, que realizem um movimento de valorização das particularidades” (p. 62).

O Ministério da Saúde (2004) ressalta que os cuidadores do SRT deverão saber dosar o cuidado direcionado aos moradores, a fim de potencializar sua autonomia. O trabalho nas casas exige realização de atividades que ultrapassam limites de sua formação inicial, como auxiliar em tarefas domésticas, na apropriação do dinheiro, em atividades administrativas da casa, entre outras, o que requer dos trabalhadores a criação de “novas maneiras de cuidar”.

O Ministério da Saúde (2004) não explicita regras gerais de funcionamento para o SRT, pois cada casa tem uma dinâmica singular, de acordo com a comunidade onde está inserida, com o grupo de moradores e conforme também os próprios cuidadores, que poderão influenciar de modo positivo ou negativo na autonomia dos moradores e no dia a dia na casa. Mas estarão os cuidadores preparados para estas novas maneiras de cuidar? E que maneiras são estas?

Marcos (2004) observa que a casa é um espaço de criação, de invenção e reinvenção do cotidiano, e nesse sentido, o serviço não se direciona à solução de um problema de habitação, de moradia, mas trata-se de um dispositivo de reconstrução de laços, sociabilidade e afetos, um espaço para potencializar as negociações, para aumentar as possibilidades de circulação do indivíduo, fazer fluir as capacidades contratuais dos moradores.

E como está a condição dos cuidadores em disponibilizar esse senso de criação e invenção em suas práticas? Estarão habilitados em potencializar as negociações dos moradores, em dispor o acolhimento necessário, reconstruir afetos e favorecer a apropriação dos espaços urbanos e da casa pelos usuários? Neste sentido, este trabalho teve como proposta realizar uma aproximação da realidade de trabalho dos cuidadores de um SRT visando contribuir com as discussões sobre a reforma psiquiátrica e desinstitucionalização da loucura.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

- Conhecer os trabalhadores do SRT e seu cotidiano de trabalho.

2.2 - Objetivos específicos

- Caracterizar os trabalhadores de um SRT (idade, qualificação, experiência profissional anterior à entrada no SRT e tempo de serviço na área);

- Descrever as principais atividades desenvolvidas por trabalhadores de um SRT;
- Conhecer as concepções dos cuidadores sobre sua relação com os usuários e com a comunidade;
- Investigar como os cuidadores se sentem trabalhando no SRT e se consideram-se preparados para atuar no serviço;
- Identificar seu conhecimento sobre a legislação referente ao SRT.

3- MÉTODO

Optamos pela abordagem qualitativa por entendermos que melhor se aplicaria aos objetivos propostos. Dentro desta abordagem, Chizzotti (2005) discorre sobre a interação entre o pesquisador e o objeto de seu estudo e destaca que as diversas correntes da pesquisa qualitativa se baseiam em pressupostos contrários ao modelo experimental, em que “o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado” (p. 79).

Minayo (2004) relata que a pesquisa qualitativa é importante na compreensão dos valores culturais e das relações entre os atores sociais em instituições. Dentro deste contexto, o pesquisador das questões da saúde não se exclui da realidade que investiga, e “não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor de sua pesquisa” (p. 250). Essa interação entre o pesquisador e o fenômeno estudado “faz parte da condição e da situação de pesquisa” (Minayo, 2004, p. 138). Corroborando estas afirmações, Chizzotti (2005) discorre sobre a necessidade de o pesquisador apresentar uma conduta participante no processo de investigação e “experenciar o espaço e o tempo vivido pelos investigados e partilhar de suas experiências” (p. 82).

3.1 – Local da pesquisa

No Estado do Espírito Santo existem cinco Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. Todos estão localizados no município de Cariacica, na região da Grande Vitória. As residências terapêuticas são próximas ao hospital psiquiátrico (de onde são provenientes os usuários do serviço) e ao serviço ambulatorial de referência, tendo em vista que este se localiza anexo ao hospital.

Destas cinco residências, as duas primeiras foram inauguradas em outubro de 2004 e as outras três passaram a receber seus moradores em fevereiro de 2006. Quatro residências terapêuticas ficam em um mesmo bairro, relativamente próximas uma da outra, e aproximadamente dez a vinte minutos de caminhada do CAPS. A outra está em uma adjacência vizinha, em média vinte minutos a pé do serviço psicossocial. As casas se localizam em bairros residenciais, que ficam cerca de trinta minutos de ônibus do centro de Vitória.

Em cada casa atuam seis profissionais, que são os cuidadores, e se revezam em regime de plantão: são dois cuidadores na parte diurna e um cuidador à noite. São ao todo 30 trabalhadores, seis por cada casa, e mais dois “folguistas”, que são funcionários disponíveis caso algum cuidador não possa ir trabalhar. Os serviços residenciais terapêuticos do Estado contam também com uma equipe de coordenação composta por dois técnicos de enfermagem e uma assistente social, responsável pela parte administrativa das cinco residências terapêuticas.

Para atingir os objetivos do estudo, foi priorizada a escolha dos trabalhadores que atuavam em uma das últimas três residências terapêuticas, inauguradas no início de 2006, por ser uma das casas mais recentes e pelo fato da maior familiaridade do

pesquisador com os moradores, devido à experiência anterior no âmbito desta casa especificamente.

3.2 – Participantes

O estudo teve como participantes os seis cuidadores de um SRT do Estado do Espírito Santo. Foram convidados a participar da pesquisa todos os trabalhadores do serviço, tendo garantido o anonimato e sigilo das informações obtidas, e todos os cuidadores aceitaram participar.

3.3 – Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e observação participante. De acordo com Minayo (2004), a observação participante é parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. A autora cita a opinião de Malinowski (1975, p.55; apud Minayo, 2004, p.173), que destaca a existência de importantes fenômenos que não podem ser registrados através de perguntas ou documentos, mas pela observação de sua realidade, como a rotina de um dia de trabalho ou o tom das conversas e da vida social, entre outros.

Chizzotti (2005) ressalta que “a observação participante é obtida pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado” (p. 90). Para Gil (1999), com a observação participante chega-se ao conhecimento da dinâmica de um grupo a partir do interior do mesmo, pois esta “consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada” (p. 113).

Na observação participante, portanto, o pesquisador coleta os dados a partir da interação na prática cotidiana do grupo em questão. E ainda, de acordo com Becker (1999), o pesquisador participa do cotidiano do grupo, interage, conversa com as pessoas, entrevista-as, ou seja, utiliza outros meios que não apenas a observação para a obtenção dos dados.

Segundo Minayo (2004), “ao lado a observação participante, a entrevista é a técnica mais utilizada no trabalho de campo” (p. 107). Para a autora, as entrevistas semi-estruturadas “incluem a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e são complementadas por uma prática de observação participante” (p. 121).

Para Gil (1999) a entrevista é uma forma de interação social. O autor destaca que para Selltiz e colaboradores “a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram” (apud Gil, 1999, p. 117).

Utilizamos a entrevista semi-estruturada, e conforme Nunes (2005), por entrevista semi-estruturada “define-se um conjunto de temas preparados antes da entrevista para vir a ser explorado com cada entrevistado” (p. 209). A entrevista semi-estruturada é uma forma de conversação em que existe a possibilidade de acesso a pensamentos, sentimentos, comportamentos, pelos quais seria inviável seu alcance através da observação direta.

Na entrevista semi-estruturada o roteiro previamente estabelecido serve de orientação ao pesquisador, ao mesmo tempo em que existe liberdade para abordar temas que considera importante. Esse tipo de entrevista também permite ao investigador a possibilidade de agregar ou excluir questões ao roteiro durante o processo (Minayo, 2004).

3.4 – Aspectos éticos

A realização do trabalho com esta população foi autorizada pela coordenadora dos SRT's do Estado, através do termo de consentimento para a realização da pesquisa, assinado anteriormente à fase de coleta de dados (Anexo II). Cada participante, igualmente, autorizou sua participação na pesquisa mediante assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo III), como prevê o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido garantido o anonimato e sigilo das informações, com utilização do conhecimento obtido meramente em eventos e publicações científicas.

Atendendo às normas éticas de pesquisa com seres humanos, o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

3.5 – Procedimentos de coleta dos dados

Todas as seis entrevistas foram realizadas no serviço residencial terapêutico onde trabalham os participantes da pesquisa, em dia e hora estabelecidos em comum acordo com os cuidadores, conforme sua disponibilidade. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada participante, durando em média 50 minutos, e ocorreram em espaços da casa escolhidos pelos próprios cuidadores, tendo sido gravadas e transcritas em sua íntegra.

As observações de campo ocorreram no mesmo dia das entrevistas. Por alguns momentos, chegando no horário ou anteriormente ao previamente estipulado para início

das entrevistas, aguardamos determinados participantes encerrarem certas atividades que estariam finalizando, como lavar a louça ou receber compras que haviam chegado ao mesmo instante, e aguardávamos observando e conversando informalmente com os moradores e outros cuidadores. Assim como, após as entrevistas, o assunto permanecia por mais algum tempo. Tais observações também forneceram subsídios importantes e informações complementares para as discussões.

3.6 – Procedimentos de análise e interpretação dos dados

Para a análise e interpretação dos dados utilizamos a “Análise de Conteúdo” do material coletado, sendo priorizada a utilização de uma de suas categorias, a “análise temática”. Segundo Minayo (2004), o termo “Análise de Conteúdo” surgiu nos Estados Unidos no período da Primeira Guerra Mundial. Para a autora, “o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais” (p. 199).

Chizzotti (2005) ressalta que “é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento” (p. 98). Assim, o objetivo da Análise de Conteúdo é a compreensão crítica do sentido das comunicações, suas significações explícitas ou ocultas. Para Chizzotti (2005), a Análise de Conteúdo:

Procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a algumas características particulares ou categorias conceituais que permitam passar dos elementos descritivos à interpretação ou investigar a compreensão dos atores sociais no contexto cultural em que produzem a informação (p. 99).

Portanto, conforme Minayo (2004), na análise do material parte-se da análise do primeiro plano da comunicação para chegar a um nível mais profundo, que vai além dos conteúdos manifestos. Os adeptos da abordagem qualitativa “tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda” (Minayo, 2004, p. 203). Nesse contexto, Nunes (2005) ressalta que é possível, através da Análise de Conteúdo, uma organização do material das entrevistas através da descrição exaustiva e intensa do conteúdo, transformando-o em categorias temáticas passíveis de análise e interpretação.

Assim, uma das formas mais adequadas da investigação qualitativa do material em Saúde, para Minayo (2004), é a análise temática, uma modalidade de Análise de Conteúdo. Para a autora, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (p. 209). Um tema, segundo a autora, se constitui de um conjunto de relações que pode ser expresso graficamente por uma palavra, uma frase ou um resumo.

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

A análise temática, de acordo com Minayo (2004), operacionalmente se divide em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Conforme Gil (1999), a pré-análise é a fase de organização, em que ocorre a leitura flutuante do material, formulação de hipóteses e preparação para a análise. Na pré-análise ocorre codificação do material, com o recorte das unidades, a

enumeração e a categorização. Na fase de tratamento dos dados e interpretação, são realizados procedimentos com na intenção de tornarem válidos e significativos os resultados.

Os procedimentos para análise dos dados em nosso estudo se constituíram inicialmente da transcrição integral das entrevistas, e em seguida a leitura exaustiva deste material até que fossem visualizados temas que melhor serviriam para responder aos objetivos propostos na pesquisa. Foram excluídos os elementos que não seriam utilizados, condensando, assim, o material em conteúdos temáticos. Após a constituição destes recortes, trabalhamos com as categorias temáticas que, por conseguinte foram analisadas e interpretadas, dando corpo aos resultados do estudo, descritos a seguir.

4 - RESULTADOS

Os participantes da pesquisa serão denominados cuidadores e também plantonistas, tendo em vista que, em alguns momentos da descrição dos resultados, foi necessária a distinção entre os cuidadores do plantão diurno e do noturno, devido à diferença entre a experiência profissional exercida anteriormente e também às especificidades de cada turno. Os nomes dos moradores citados pelos participantes foram substituídos por nomes fictícios para garantir o sigilo das informações.

4.1 - DESCRIÇÃO DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

O serviço residencial terapêutico se localiza em um bairro residencial às margens de uma rodovia movimentada, comunidade onde também se encontram outras três residências terapêuticas. Próximo da casa há uma escola de educação infantil,

igrejas, bares, padarias, praças públicas e supermercados. Fica a poucos quilômetros do CAPS, levando cerca de 20 minutos de caminhada. Nesse percurso até o serviço ambulatorial parte do trajeto se faz à beira da rodovia, e existe também uma ladeira que dá acesso ao CAPS, tendo em vista que se encontra no alto de um morro. O SRT em questão é uma casa ampla com três quartos, sendo duas suítes, além de banheiro social, sala, copa, cozinha e um terraço com área de serviço e outra suíte. A casa é ventilada, espaçosa, com móveis adquiridos recentemente e cômodos confortáveis. Possui uma espaçosa varanda que dá acesso à sua entrada.

4.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

4.2.1 – Os trabalhadores e o funcionamento do serviço

Os participantes possuem idade entre 28 e 49 anos, sendo cinco do sexo feminino e um masculino. Foi mantida a descrição de todos participantes no masculino por ser o termo que engloba ambos os gêneros, no intuito de preservar o anonimato dos cuidadores. Dos seis participantes do estudo, quatro atuam no plantão diurno, em regime de duplas, e dois se revezam à noite, quando um cuidador por turno permanece na casa.

Os quatro plantonistas diurnos possuem menos de um ano de serviço, variando entre oito e onze meses sua experiência na casa; dois destes trabalharam, antes do SRT em questão, um durante um mês, e outro por oito meses, em uma residência terapêutica feminina próxima a casa.

Os dois plantonistas noturnos, anteriormente à sua inserção no serviço residencial, trabalhavam no HAB. Possuem histórico de 13 e 28 anos de serviço no

hospital, no setor de alimentação e na parte técnica administrativa, e experiência na residência terapêutica de dois meses e três anos, respectivamente. Assim, apesar de terem vindo de serviço no HAB, ambos os cuidadores do plantão noturno não trabalhavam nas enfermarias do hospital.

Ao contrário dos trabalhadores do turno da noite, que eram funcionários do HAB, os cuidadores do plantão diurno foram contratados junto a duas empresas terceirizadas: uma especializada em serviços gerais e outra do ramo de alimentação, ambas localizadas no mesmo município do hospital e das residências terapêuticas. Os cuidadores do plantão diurno são provenientes da área do comércio, no que diz respeito a serviços como balconista de loja, do ramo de confecção de alimentos, como de salgadeiro, e de serviços caracteristicamente domésticos, como o cuidado de criança e limpeza (faxina).

Em resumo, no serviço residencial em questão, em cada plantão do dia atuam um funcionário da firma de limpeza e outro da empresa de alimentação, e a noite um trabalhador proveniente do hospital permanece na casa com os usuários. Apenas um participante respondeu possuir algum tipo de formação superior, que se refere a um curso técnico de dois anos em Nutrição.

4.2.2 – Conhecimento dos participantes sobre o SRT antes de sua entrada no serviço

Perguntamos aos cuidadores se conheciam sobre o SRT antes de iniciarem seu trabalho na residência terapêutica. Os plantonistas noturnos possuíam noção sobre as casas pelo fato de trabalharem no HAB e ouvirem de outros profissionais sobre o serviço residencial. Por outro lado, dos quatro plantonistas diurnos, somente um

afirmou obter certo conhecimento sobre o SRT antes de sua inserção, e três passaram a conhecer no contato com respectivas empresas.

Após o primeiro contato com as empresas, onde inicialmente levaram seus currículos, os participantes foram encaminhados à equipe de coordenação do SRT no hospital para serem entrevistados. Sobre essa questão, o participante 4 declarou que a firma de alimentação é quem paga seu salário, mas a orientação sobre como trabalhar vem da equipe de coordenação do serviço residencial. O participante 4 descreveu resumidamente as orientações que obteve da coordenação do SRT:

Ensinar eles pegar comida deles sozinho, ir lá no banheiro... ensinar eles a fazer as coisas deles! Ajudar, até ajudar a gente, eles pedem prá ajudar também, (...) por que eles precisa disso, de fazer algo dentro da casa também, prá poder eles aprenderem, por que eles viviam lá naquele lugar lá, preso, né. (p4)

4.2.3 - Como souberam do trabalho e por que aceitaram

Procuramos conhecer como os cuidadores ficaram cientes da oportunidade de trabalho na residência terapêutica, assim como sua motivação inicial para ingressar na casa. Sobre os cuidadores noturnos, observamos que um foi convidado pela coordenação do serviço, enquanto outro afirmou que trabalhava no período matutino no HAB quando precisou ir para o plantão noturno em função de ter conseguido um outro emprego na área de sua formação técnica.

Por outro lado, dos quatro plantonistas diurnos, apenas um havia ouvido falar sobre o SRT, através de um familiar. Dois aceitaram por que estavam precisando de emprego, e outro afirmou que aceitou o serviço por achar diferente e interessante. Outro participante do plantão diurno alegou ter aceitado por ser um serviço seguro

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

Dois motivos: é um serviço seguro, e outro é que eu adaptei, gostei de trabalhar aqui. É a mesma coisa da casa da gente: (...) lavo, passo, arrumo, cuido dos meus filhos. (p2)

4.2.4 - Principais diferenças entre o serviço anterior e o trabalho no SRT

Quando questionados se identificavam diferenças entre as atividades que exerciam anteriormente e as que desenvolvem no SRT, três participantes afirmaram que o atual serviço na casa é bem diferente dos trabalhos anteriores de balconista, limpeza doméstica e salgadeiro. Um cuidador que trabalha durante o dia alegou não perceber tanta diferença entre seu trabalho anterior, onde atuava em serviços de faxina e cuidado de criança, e o atual serviço. Os dois plantonistas noturnos não vêem diferença significativa entre o trabalho no HAB e nas residências terapêuticas:

Em relação à qualidade do tratamento, aqui foi só um aperfeiçoamento. Aqui dá oportunidade de observar melhor e dar uma atenção maior, por que a quantidade é menor. (...) Melhorou o nível da atenção, pois aqui dá para eles serem melhor atendidos, melhor compreendidos, por que dá esse tempo de sentar e conversar, escutar o que quer, e fazer que entendam o que é sim e não. (p6)

O participante 2 ponderou sobre a responsabilidade de atuar no SRT, onde é preciso “dar conta da casa, da alimentação, da roupa”, e também “corrigir o

comportamento, não pode isso, não pode aquilo”, ao passo que na faxina o trabalho se restringe à limpeza da casa.

O participante 3, que atuava como balconista de loja, revelou haver muita diferença entre os dois serviços, e que no SRT existe um “cansaço mental” maior do que na loja, pois cada morador é de um jeito, o que demanda intervenções diferentes com cada um. Consegue até alguns momentos de descanso, sendo que “na loja cansava muito, ficava muito em pé, o patrão cobrava muito”. Ressaltou como diferenças entre os trabalhos o fato de ter que passar a medicação dos moradores, coisa que nunca havia feito, a não ser em casa com os filhos.

Ao se reportarem sobre as diferenças entre seus ofícios, os participantes citaram pela primeira vez o que denominaram de “crise” no comportamento de dois moradores, cujos nomes fictícios serão Joel e Mateus, descritas a seguir. A de Joel se refere a uma “alteração de seu humor”, conforme definiu um participante, em que, por algum motivo que o tenha provocado, se mostra agressivo e algumas vezes golpeia objetos, utensílios e móveis, como televisão e o vidro das janelas. O participante 4 relatou que aprendeu a lidar nestes momentos no próprio cotidiano, observando um outro plantonista que já conhecia Joel da época do HAB, o qual, ao proceder durante um destes episódios, agarrou o morador pelo braço e se encaminhou com ele à rua. Nesta circunstância o usuário foi medicado e o plantonista permaneceu ao seu lado na calçada da casa, conversando, até que se acalmou e a situação foi contornada.

A “crise” de Mateus foi presenciada no momento da realização de uma das entrevistas, se caracterizou por fortes tremores por todo seu corpo, em que o morador permaneceu com semblante assustado, e cerca de 20 segundos depois a “crise” passou, sem que lhe fosse conferido nenhum tipo de medicação. O participante 1 afirmou querer saber como acabar com os tremores, mas revelou que não obteve orientação sobre como

agir frente às manifestações do morador, e o que lhe resta é dar um copo de água ao usuário e aguardar.

4.2.5 – Sentimentos sobre o trabalho no SRT

Todos os participantes relataram sentirem-se bem no serviço, expressando felicidade, tranquilidade e satisfação em atuar na residência terapêutica. No entanto, três participantes citaram as “crises” de Joel: “quando acontece, estraga o dia da gente, fica nervoso, perde até a fome... a gente fica apavorado!” (p3). Para o participante 4, “fora estes transtornos é um trabalho tranquilo”, também se referindo aos episódios da “crise”.

Apesar destas ocorrências, o participante 2 ressaltou que fica mais contente no serviço residencial do que em sua própria casa, pois os moradores têm mais “carinhos” com ele do que os próprios filhos. Neste encaço, o participante 6 relatou que os moradores passaram a ser sua segunda família, e precisam muito mais dele do que a família que deixa em casa, por esta ter mais facilidade para resolver as questões, ao passo que os usuários do serviço necessitam suporte, de orientação sobre como fazer as coisas, como se comportar nos lugares. Nas palavras do participante 6:

Eles passaram a ser minha segunda família. (...) Sempre acho que essa família aqui precisa muito mais de mim do que a família que eu deixo na minha casa. Por que a família que eu deixo na minha casa tem um entendimento maior, melhor das coisas, sabe resolver as questões. O que não puder resolver, ou não souber resolver, tem uma facilidade de aceso, de contato, de explicar, de dizer o que quer, não é da mesma forma como acontecem as coisas aqui. (p6)

O participante 5 relata que algumas vezes se sente solitário na residência. Principalmente à noite, antes de se encaminharem para dormir, os usuários têm o costume de assistir televisão na sala, mas não é de praxe o diálogo freqüente entre os moradores e o cuidador, onde permanecem sem conversarem entre si:

Às vezes, eu falo assim, você ficar com oito pacientes na casa, e ter momentos você se, se sentir solitário, mas é cada um na deles, entendeu, não aquele negócio de você ficar conversando, batendo papo, é cada um na deles, lá. (p5)

4.2.6 – Consideram-se preparados para atuar no SRT?

Buscamos verificar neste item se os participantes se sentem preparados para atuar no SRT. Três participantes, sendo dois plantonistas diurnos, ambos da empresa de serviços gerais, e um noturno, afirmaram sentirem-se preparados e os outros três alegaram que não se sentem totalmente preparados. A maior parte dos participantes relatou que teve uma experiência de um ou dois dias em uma das residências terapêuticas “como treinamento, aprendizado, para não entrar sem saber fazer nada” (p1).

Alguns participantes ressaltaram a importância da realização de “cursos preparatórios” para um melhor preparo para atuar no serviço residencial. A maioria dos participantes considerou não ter recebido nenhum tipo de preparo ou treinamento sobre o serviço, o que pode ser destacado pela fala do participante 3:

A gente não estudou prá esse tipo de coisa, não tivemos nenhum curso para preparar a gente, se tivesse um treinamento para melhorar um pouco, para lidar com eles, seria bom! (p3)

O participante 2 relatou ter participado de uma palestra específica sobre o trabalho, antes de ingressar na residência terapêutica: “teve palestra sobre como agir quando ficam agitados, mas foi um dia só”. Neste contexto, o participante 1 afirmou que no serviço residencial ninguém está totalmente preparado, pois se trata de um processo de construção de conhecimento contínuo, em que o cuidador vai se preparando no próprio trabalho, e segundo o participante 3:

Aos poucos a gente vai entendendo o caso de cada um prá gente poder saber lidar com eles. (...) não deram curso nenhum prá gente, a gente vai aprendendo aos poucos como lidar com eles, cada um é de um jeito (...) se tivesse alguma coisa prá eles informar mais a gente sobre isso, né, era bom. (p3)

Três cuidadores demonstraram preocupação em saber lidar com os usuários frente uma situação de “crise”. Para o participante 4, “não foi passado como lidar quando (as “crises”) acontecem, quando a pessoa fica agitada”. Alguns ponderaram que não receberam preparação, mas discorreram sobre as orientações recebidas pela equipe de coordenação antes de sua inserção no serviço: “limpar a casa, dar o remédio, e nas horas vagas ajudar os colegas” (p3).

Neste percurso, o participante 5 afirmou que, mesmo sem preparo, as instruções foram suficientes, tais como “ter cuidado, tá observando, ter paciência, distribuir a janta, entregar a medicação e depois dar o cigarrinho deles”, e declarou também que foi orientado a evitar qualquer atrito com ou entre os moradores. Citou que nos primeiros dias de funcionamento do serviço trocou a medicação de um morador por engano e a

deu para outro residente. Conforme o cuidador, imediatamente após o erro, entrou em contato a coordenação, foi orientado sobre quais procedimentos tomar, mas teve receio, durante o plantão, da forma como o usuário poderia reagir por ter tomado a medicação trocada.

De modo contrário da maioria dos cuidadores, o participante 6 se considera um profissional não só preparado, mas “altamente eficiente” para atuar na casa, e afirmou conseguir dar conta das questões de seu turno e também de outros plantões.

4.2.7 - Conhecimento da legislação referente ao SRT

Dos seis participantes, um afirmou conhecer a legislação referente ao SRT. O participante 2 ao responder, perguntou se “isso aí não é aquele negócio de deputado, parlamentar, vai lá brigar pelos direitos da gente, é isso?”. Já o participante 3 respondeu “como assim, me explica melhor”, antes de afirmar que não. Os outros participantes responderam que não conhecem a legislação. Sobre a questão, o participante 1 destacou que não houve nenhuma palestra sobre o assunto, e que o que ocorreu foi uma reunião em sua firma para tomar conhecimento sobre o trabalho.

4.3 - PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS CUIDADORES

Neste item, procuramos conhecer as principais atividades realizadas no cotidiano de trabalho pelos cuidadores da residência terapêutica. Pudemos verificar que os trabalhadores vinculados à empresa de alimentação são responsáveis pela cozinha, como fazer e servir café, almoço e janta, e manter a sua limpeza, assim como cuidar das roupas dos moradores. Já os cuidadores procedentes da firma de serviços gerais são

responsáveis pela organização da casa. Cabe aos plantonistas noturnos fazer o café pela manhã e servir a janta à noite, no que se refere à parte da cozinha.

Além de se responsabilizarem pelas atribuições decorrentes das funções iniciais designadas por cada empresa, foi observada uma divisão destas atividades entre os cuidadores do turno diurno, em que, quando um acaba determinado serviço, ajuda na atividade do outro cuidador. Conforme o participante 4 proveniente da firma de alimentação, isso serve para não sobrecarregar o trabalho de nenhuma das partes, para o serviço não ficar pesado, como foi ilustrado pelo participante 2, proveniente da firma responsável pela limpeza, quando questionado sobre o que faz na casa:

Tudo! Limpeza, eu ajudo na cozinha, medicamento, cuido deles, na higiene... banho, faço curativo, levo no médico. (p2)

Além das atribuições específicas de cada cuidador de acordo com a empresa da qual é proveniente, existem outras funções, designadas pela coordenação do serviço: o auxílio na higiene pessoal dos usuários (auto-cuidado), em situações do dia a dia, como utilizar garfo e faca, e no incentivo na organização e limpeza da casa. A questão do incentivo aos moradores na participação em tarefas domésticas, como varrer e manter a casa limpa pode ser ilustrada pelo discurso do participante 3, instruindo os usuários na organização doméstica:

Tem um caixotinho ali na varanda prá eles fumar, jogar a guimba, né, peço prá eles jogar o caixotinho de lixo fora, às vezes peço para jogar o lixo do banheiro fora, to lavando o banheiro, 'joga lá prá mim'. Aí quando eles tão de bom humor, eles vêm e jogam. (p3)

O participante 1 relatou, como exemplo de sua atividade na casa, que ensina os moradores a comer, beber, destacando que “é como se fosse criança, têm que ensinar tudo aos poucos”, e que cuidar dos “meninos” é tarefa de ambos os cuidadores. Outras atividades relatadas pelos participantes consistem em dar a medicação e cigarro em seus devidos horários. Sobre isso, o participante 5 disse que uma de suas atividades na casa é o “controle do cigarro”. Apenas um cuidador não se referiu à medicação, quando perguntado sobre o que faz na casa. A respeito da medicação, o participante 1 revelou que esta vem numa sacola com data, horário e nome de cada usuário.

Um participante afirmou que a coordenação pede que os cuidadores acompanhem os moradores ao médico ou outros serviços, pelo fato dos cuidadores terem um conhecimento mais abrangente sobre o usuário, sobre suas questões do dia a dia. Entretanto, de acordo com o participante 2, o encarregado pela cozinha não pode deixar seu serviço para acompanhar os usuários na rua, pois pode atrasar a refeição, então a própria firma especializada em alimentação estabeleceu que seus funcionários não deixassem a casa para estas funções. Sobre a questão, o participante 3, proveniente da firma de serviços gerais, declarou que acompanhou alguns moradores até o CAPS, onde se realizaria uma consulta médica, e destacou a dificuldade de um morador em andar no calor intenso e em atravessar a movimentada rodovia:

Fui levar no médico, na hora de vir foi um sacrifício, eles não agüentavam, que não sai, fica só parado dentro de casa, o dia que vai sair, é um sacrifício pra andar nesse sol quente, uma hora da tarde, de lá do Aauto até aqui, a pé... lá no CAPS, né. (...) Na hora de atravessar a rua foi mais difícil ainda, ele não agüenta andar depressa (...) Tinha que sair mais com eles prá poder na hora que precisar de alguma coisa assim, num ter tanta dificuldade prá andar igual tem. (p3)

Ao discorrerem sobre suas atribuições na casa, a situação da “crise” de Joel foi destacada, novamente, por três participantes, assim como suas conseqüentes ações para lidar com o problema. Sobre essa questão, o participante 1 respondeu que passa a medicação e conversa com o usuário “até que ele melhore!” (p1), e o participante 4 relatou que se aproxima do morador e, após dar a medicação, se encaminha junto com o usuário para a rua, permanecendo na calçada da residência terapêutica, pois “minha única salvação é essa, separar ele dos moradores!”. O participante 4 afirmou ainda que, além de medicar e se encaminhar a rua, permanece próximo ao usuário conversando com ele.

O participante 2 relatou uma situação em que um dos moradores quis enfrentá-lo, e ele retrucou ao usuário dizendo: “vem que eu te quebro um cabo de vassoura”. Segundo o cuidador, respondeu deste jeito, mas foi em tom de brincadeira, ao mesmo tempo em que se tratou de uma forma de obter respeito, pois “tem uns que são mais agressivos que outros, não pode abaixar a cabeça, senão montam em cima e já era”.

O participante 5 declarou que um dos moradores às vezes pede para dar uma volta pelo bairro, por volta das seis da manhã, e afirmou que permite, apesar de não ter tido orientações para isso, apenas pede ao residente que não se encaminhe para longe. Segundo o profissional, o usuário utiliza estes passeios para pedir cigarro na rua.

O participante 3 revelou uma situação conflituosa entre um morador, o Carlinhos, e um vendedor de churrasquinho da região. Relatou que certa ocasião, tal comerciante chegou à residência terapêutica e declarou que não “suportava” o morador, provavelmente pelo fato do usuário insistentemente pedir alguns petiscos ao vendedor. O participante 3 discorreu que quando o vendedor de churrasquinho chega à praça, a única coisa que pode fazer é colocar o morador para dentro, mesmo procedimento realizado pelos cuidadores frente outra situação que envolveu, novamente, certo tipo de

tensão entre Carlinhos e outro comerciante, proprietário de uma locadora de filmes, quando este também esteve na residência terapêutica reclamando de Carlinhos.

Nessa discussão, o cuidador revelou, mais uma vez, que o que pode fazer é proibir o morador de sair de casa, pois mesmo que este afirme que não vai até a locadora, acaba se encaminhando ao estabelecimento. A contenção do usuário no serviço, de acordo com o participante 3, foi também uma forma de proteção frente à possibilidade do comerciante agir de forma prejudicial à sua integridade, tendo em vista que o usuário foi ameaçado de agressão pelo vendedor.

O participante 6, por sua vez, ao discorrer sobre suas atividades, abordou eventos em que acompanhou os usuários na comunidade. Destacou que acompanhou os moradores em três ocasiões pelo bairro: em uma feira livre, a uma igreja, e em uma festa junina. Na primeira ocasião, atribuiu aos moradores a tarefa de escolher os alimentos que seriam preparados no serviço, orientando: “escolhe direito, se estiver amassada, não compra!”. Nessa ocasião, um morador, o Chico, começou a explicar ao cuidador sobre o maxixe, um fruto que o participante não conhecia, e retornaram da feira conversando sobre seu cultivo. Para o trabalhador, o exemplo se tratou de uma situação fundamental para o resgate social do usuário: “precisa disso! Ele olhou, lembrou da vida dele pregressa, acho isso importante!”.

Na segunda ocasião, em que o cuidador e os moradores foram a uma igreja local, durante o culto, um outro morador, o Mateus, teve uma “crise nervosa”. Nisso, o plantonista agiu e contornou a situação sentando ao seu lado e segurando sua mão até que a “crise” passasse, antes de retornarem ao serviço.

Ressaltou também que acompanhou os moradores em uma festa junina do bairro, e nesta situação, concedeu instruções aos usuários sobre como se comportar no ambiente da festa, tais como colocar o lixo na sacola, e voltar ao local combinado após

determinado período, concluindo que “é o mesmo procedimento da casa da gente, mesmas orientações que damos às crianças”.

O participante 6 ainda relatou que, além de acompanhar os usuários na circulação pelos espaços do bairro e em casa, no comportamento e hábitos de higiene, também desenvolve atividades lúdicas dentro do serviço, como brincadeiras e danças, e afirmou apreciar trabalhar com música. Quando percebe algum tipo de problema na relação entre determinados moradores, concluiu, aproxima-os nestas atividades, como por exemplo, colocando os moradores para dançarem juntos.

O Participante 5 afirmou que sua função é estritamente voltada para manter a ordem da casa e evitar qualquer tipo de alteração por parte dos moradores: “aqui nós somos apenas cuidadores mesmo, é só para manter a ordem e fazer as coisas de acordo para que eles não se alterem fácil”, e frente a uma situação de alteração ou “doença”, como desmaio ou infarto, por exemplo, assegurou que deve de imediato comunicar a coordenação do serviço no HAB. Ponderou também sobre a dificuldade de contornar sozinho alguma situação mais complicada no serviço.

4.4 – CONCEPÇÕES DOS CUIDADORES SOBRE OS USUÁRIOS, A COMUNIDADE E O SRT

Nesta questão procuramos conhecer as concepções dos cuidadores sobre os moradores da residência terapêutica. Buscamos uma apreciação sobre como os participantes concebem os usuários em suas relações com a comunidade do entorno do serviço; posteriormente, como percebem as relações e a participação dos moradores no serviço ambulatorial (CAPS), e também procuramos verificar suas concepções sobre as interações dos moradores dentro do SRT, ou seja, como os usuários se comportam entre

si e com os próprios cuidadores. Em seguida, analisamos as percepções dos participantes sobre como a comunidade interage com os usuários do SRT onde trabalham, isto é, desta vez com o foco na comunidade. Finalmente, procuramos conhecer a visão dos participantes sobre o que poderia ser realizado para aprimorar o SRT.

4.4.1 – Relacionamento dos moradores com a comunidade

Ao questionarmos os participantes sobre o que percebem a respeito das interações entre os moradores do SRT e a comunidade, verificamos que, aparentemente, alguns usuários se dão bem em suas relações sociais, ao passo que outros estabelecem interações mais precárias com os moradores do bairro. A maioria dos participantes destacou que cada usuário vai reagir de uma determinada forma em suas relações sociais, e alguns podem sair-se melhor do que outros no trato com a comunidade. Em geral, houve quem respondesse que as interações entre usuários e comunidade são positivas, como, igualmente, houve participantes que alegaram o contrário.

O participante 1 destacou que os moradores já são conhecidos de alguns habitantes e comerciantes da região pelo nome e, de modo contrário, o participante 6 relatou que não é uma relação positiva: “descaso, desrespeito (...) não vejo uma aceitação da comunidade não”. Já o participante 5 afirmou não ser a pessoa mais apropriada para falar sobre o assunto, pelo fato de ser plantonista noturno, e em seu plantão os usuários encontram-se basicamente por todo o tempo dentro da casa.

O participante 2 assegurou que os usuários se dão bem com todos os habitantes da vizinhança, porém declarou que alguns destes ainda demonstram resistências em se aproximar e interagir com os moradores: “algumas pessoas têm preconceito, isso não

vai acabar nunca!”. Neste encaixe, o participante 1 destacou que, mesmo que algumas pessoas se aproximem, conversem e até brinquem com os usuários, a maioria mantém um comportamento de hesitação, alguns têm medo de se aproximar dos usuários.

Alguns participantes destacaram situações que envolveram certo tipo de conflito dos usuários com a comunidade, como a queixa do dono de um estabelecimento comercial sobre um morador. Sobre o episódio, o participante 3 relatou como interveio na ocorrência: afirmou que deixou o usuário de castigo (sic), cerca de um mês sem ir à praça, pois de lá, mesmo que o morador afirmasse o contrário, sempre “fugia” e se encaminhava ao estabelecimento comercial. O cuidador relatou:

O rapaz da locadora reclamou de Carlinhos. (...) o homem veio reclamar que tava perturbando, que num sei o quê, ‘vô dá uns pau nele!’. Tem gente que num entende as pessoas, o problema que a pessoa tem, num querem nem saber se a pessoa é doente. (...) ‘tadinho’, ele não tem maldade, eu vejo que ele não tem maldade, que eu fico com ele aqui o dia inteiro, eu sei que, eu vejo quando as pessoas têm maldade, a gente sabe (...) ele é igual uma criança. (p3)

Em outra direção, o participante 6 ponderou que o problema não é de adaptação dos moradores à comunidade, o que já ocorre, mas o contrário, da aceitação da comunidade em relação aos usuários, o que para ele ainda não existe. Discorreu também sobre a forma com que os estagiários atuam, pois, segundo o cuidador, os acadêmicos “somente” acompanham, visitam, levam ao médico ou para tirar documentos, quando “tinha que estar acompanhando na comunidade”, isto é, direcionando o acompanhamento terapêutico à expansão das vivências dos usuários no bairro.

Para o participante 6, o fato de alguns estagiários irem de carro ao SRT gera comodismo nos moradores, pois estes, no intuito de sua reinserção social, teriam que conviver com o cotidiano de pegar ônibus, que inclui esperar na fila, saltar, ir ao

terminal, pegar outro ônibus, enfim. Sobre a questão, afirmou que se surpreendeu ao ver um morador, em uma ocasião dentro de um transporte coletivo, levantando e dando lugar para uma senhora de idade sentar, sem, no entanto, ser solicitado: “ele precisava ter essa oportunidade”.

4.4.2 – Relação dos moradores com o CAPS

Procuramos conhecer as concepções dos participantes sobre a participação dos usuários no serviço ambulatorial de referência para o SRT. Dois participantes, dos plantões diurno e noturno, declararam não possuir muito conhecimento sobre a relação dos moradores com o CAPS. Para a maioria, é pouca a frequência dos moradores no ambulatório. Aparentemente dois moradores se encaminham semanalmente ao serviço psicossocial, Carlinhos e Joel. Sobre esta questão, o participante 6 relatou que Joel, desde que começou a participar do serviço ambulatorial, tem tido uma melhora em seu comportamento, no que se refere à maior tranquilidade nas questões cotidianas e em sua compreensão de certas coisas, como daquilo que é certo e errado.

Apesar de alegarem que os moradores deveriam frequentar mais o CAPS, alguns participantes relataram desconhecer o motivo pela baixa frequência. Sobre a questão, o participante 3 alegou que “uns gostam, outros não gostam de ir”, e para o participante 4:

Eles deveriam sair mais, não sei se não gostam de ir, ou se alguém não gosta de levar, não sei o que acontece. Deveriam participar mais de lá, prá mente deles ficar mais aberta, por que lá tem um monte de coisa.
(...) Só vai um, poderia ir mais. (p4)

O participante 4 ainda argumentou que os estagiários poderiam realizar a função de acompanhar os usuários ao serviço ambulatorial, e ainda, ao contrário de

continuarem saindo sempre com um ou outro apenas, estabelecerem uma espécie de rodízio com os moradores e assim priorizarem para sair com todos, sendo um de cada vez.

4.4.3 – Relacionamentos dos moradores no SRT

Ao verificarmos as percepções dos participantes sobre as interações entre os moradores no SRT em questão, observamos que os usuários se relacionam bem e estabelecem interações positivas entre si, apesar de também terem ressaltado certa possibilidade de conflito entre os próprios moradores da residência.

O participante 4 relatou que as relações entre os usuários no serviço são positivas, contudo “tem um que não se adapta muito com as coisas”, se referindo ao morador designado aqui como Chico. Sobre esse morador, afirmou que constantemente necessita de uma atenção mais específica em questões do dia-a-dia, como solicitá-lo a tomar banho, trocar a roupa suja, e disse estar cansado de ensinar ao residente em vão: “eu deixo, não forço não... é igual à gente, tem hora que a gente não quer fazer alguma coisa, é melhor não insistir. Mas se conversar com ele, ele troca”. Também declarou que Chico apresenta inadequações em seu comportamento ao se alimentar, como por exemplo:

Ele pega o café até entornar na xícara, já cansei de ensinar, mas ele não aprende, não sei se é por que ele não aprende ou que ele quer fazer isso mesmo, não sei qual é o pensamento dele. E quando tem assim alguma coisa prá comer também, os outros sempre pega direitinho, só ele que quer mais. (p4)

O participante 2 argumentou que os moradores apresentam certas oscilações no comportamento, mas que, pelo fato de serem provenientes do hospital psiquiátrico e possuírem “doença mental” (sic), estão se comportando com tranquilidade. Conforme o participante 2:

Tem hora que brincam, tem hora que viram. Tem hora que ficam batendo papo com eles mesmos. Até que se dão bem, visto da onde vieram e a doença deles. Até que são calminhos em matéria disso. (p2)

Neste enalço, o participante 3 discorreu sobre um dos moradores que, por alguns momentos, é característico ele apresentar um comportamento hostil, procurando se esquivar dos colegas, como pode ser expresso pelo seu discurso:

O Silvio de vez em quando tá nervoso, qualquer coisa se chegar e pedir uma guimba prá ele, também, ele fala “te dá nada não, isso é meu” (...) às vezes ele também é meio agressivo. (p3)

Entretanto, o participante 3 relatou que os moradores mantêm relações positivas entre si, e resumiu que apesar de estranhamentos corriqueiros, os moradores se dão bem, como é destacado a seguir:

Mas quando tá todo mundo bem, que tem dia que é assim, tem dia que tá todo mundo bem, né, uns conversam com os outros, outro fica falando enrolado lá, outro também vai e fala, mas tem dia que... ou nem conversam, ficam só quietinho lá, um pertinho do outro, mas eles se dão bem. (p3)

Os participantes também discorreram sobre a participação dos moradores em tarefas domésticas, como cuidar da louça, receber o pão e varrer a casa. O participante 3

declarou que “eles [a coordenação] pedem prá gente mandar eles [os moradores] fazerem alguma coisa, mas são muito preguiçosos, não gostam de fazer nada”. No entanto, alegou que às vezes nem solicita o auxílio dos usuários para não atrasar o serviço. Sobre suas orientações recebidas da coordenação visando o incentivo aos moradores na participação em atividades do dia a dia, o participante 2 relatou:

Foi passado que eles estão sendo preparados para saber se virar sozinho, então todo plantão dou tarefa, mesmo que faça errado, eu vou lá e faço de novo. Mas tento ocupá-los em alguma coisa. (p2)

O participante 5 afirmou que existem horários específicos para fumar, exceto na eminência de algum conflito, situação em que distribui os cigarros aos moradores fora do horário habitual, no intuito de evitar problemas, assim como existe um processo educativo visando com que os moradores aprendam e respeitem estes horários. Destacou o vício do cigarro como possível fator, quando o fumo acaba, para um começo de desordem ou alteração.

Para o participante 1, os moradores se sentem bem e não encontram dificuldades em seus relacionamentos na casa, ao mesmo tempo declarou que procura ajudá-los no que for possível, como por exemplo, “ensinando alguma coisa”. Todavia, revelou que “tem muita coisa que a gente poderia fazer, mas teria que ter algum material, alguém auxiliando”, e citou o exemplo de um dos moradores com facilidade para ler e escrever, tendo escrito um poema, e afirmou que isso poderia ser trabalhado com o residente, sua habilidade poderia ser de alguma forma explorada.

O participante 2 afirmou que, de uma forma geral, os cuidadores do serviço já conhecem as preferências dos moradores, como suas refeições preferidas, e ressaltou que parte da alimentação que vêm da firma responsável pelo cardápio é jogada no lixo,

pois os usuários não gostam de determinados alimentos, e por isso não comem e a comida estraga. No entanto, argumentou que, apesar de já ter sido relatado à equipe de coordenação, o menu continua o mesmo:

A gente que lida com eles, a gente sabe o que eles gostam de comer, e o que eles não gostam. Muitas coisas que eles mandam, vai pro lixo! Mas a gente já passou isso prá eles. Mas não adianta, tem que ser o que eles querem, entendeu? Não o que os moradores querem. Aí fica difícil. (p2)

O participante 6 ponderou que no serviço residencial supostamente existe entre os cuidadores uma “tendência” a dividir utensílios e cômodos entre moradores e trabalhadores, como talheres, mesas e banheiros. Relatou achar justo separar os banheiros, sendo um exclusivo para cuidadores e os outros para os usuários, ao mesmo tempo em que alertou sobre o perigo deste processo. O risco ressaltado pelo plantonista foi do serviço se transformar em uma espécie de hospital psiquiátrico, como é destacado a seguir:

Eu acho mais do que justo, mais do que certo ter um banheiro prá gente. Agora, se começar a dividir, por que o talher é esse, isso e aquilo, nós vamos dividir tanto as coisas que isso aqui vai virar lá (HAB) de novo! (p6)

Verificamos que é de praxe entre os cuidadores o incentivo aos moradores na participação em atividades domésticas, como lavar e enxugar a louça, passar pano e receber o pão. Contudo, o participante 6 declarou, em referência ao Joel (usuário com histórico de episódios de “crise” em que demonstra certa agressividade) que estava sentado ao seu lado na mesa no momento da entrevista, que em dois meses em seu

plantão ninguém quebrou nada, pois quando percebe a possibilidade de acontecer alguma coisa, os ‘avisa’ sobre a vassoura:

Se alguém quebrar qualquer coisa aqui, já sabe que vai ficar de castigo e tem a vassoura! Eu já trago o cabo de vassoura. (p6)

O cuidador ainda ressaltou, na eminência de algum comportamento agressivo, advertir o usuário sobre a possibilidade de amarrá-lo com as tiras do lençol para obter controle da situação, como é destacado adiante:

Agora, se eu ver que vai acontecer, já aviso antes, ‘ó, vou amarrar’, e aí amarro mesmo. Só precisar. (...) Eu já avisei, eu pego o meu lençol ali e tiro uns pedaços, tiro umas tiras, hein? Aí ó, ó, tudo bonitinho. Meu plantão é o mais tranqüilo. (p6)

4.4.4 – Percepções dos participantes sobre a comunidade e suas interações com os usuários

Nesta questão, procuramos conhecer como os cuidadores percebem o comportamento da comunidade em relação aos usuários do serviço. Segundo os participantes, parte dos habitantes do bairro se relaciona bem com os moradores do SRT e outra parte da vizinhança não demonstra tanto afeto e proximidade com os usuários.

O participante 6 ressaltou que quando se encaminha para o serviço residencial, geralmente ouve pessoas que circulam pela comunidade falarem bem sobre os usuários. Porém, foram destacadas pelos participantes situações que envolvem certo tipo de

conflito, como a reclamação de um comerciante sobre atitudes ‘inconvenientes’ de um usuário.

Nesta discussão, o participante 1 assegurou que “é a comunidade que não está preparada para receber eles ainda”, e ressaltou que os habitantes da comunidade, de forma geral, concebem os usuários como doidos, quando poderiam concebê-los como pessoas normais. Discorreu também sobre o valor do papel do cuidador na intermediação das interações entre usuários e comunidade, e destacou a importância do diálogo com os habitantes da vizinhança na resolução dos problemas.

O participante 4 argumentou sobre a reclamação de uma moradora da vizinhança a respeito de Chico, que provavelmente se alimentava em uma praça do bairro quando aconteceu uma suposta desavença. Nesta ocasião, a mulher se dirigiu ao cuidador, no serviço residencial, para reclamar de tal usuário, e o trabalhador a informou de que iria conversar com Chico e ver o que havia acontecido. Entretanto, o participante 4 declarou que esta mesma senhora, em outras ocasiões, passa e cumprimenta os moradores, e um comerciante do bairro que trabalha próximo ao serviço residencial disse ao cuidador para que não ligasse para o que a referida mulher havia falado, pois “*tem hora que ela dá esses repente dela!*”.

Por sua vez, o participante 5 afirmou que é raro o contato entre usuários e comunidade no período da noite, pelo fato de permanecerem dentro de casa, mas o pouco que percebe é de harmonia na relação usuário e comunidade, não observando confusão ou atrito. Ainda segundo o participante 5, a comunidade já conhece a população do serviço e por isso os vizinhos evitam problemas, pois não saberiam a reação dos usuários:

Eles não têm contato com essas pessoas [no período da noite], por que eles ficam dentro de casa (...) os próprios moradores já sabem que se

tratam de moradores com deficiência mental, então eles no fundo sabem como é a situação e acho que tratam eles bem também, não procuram fazer (...) problemas prá eles não, que na realidade nem saberiam a reação deles. (p5)

O participante 6 discorreu sobre um morador, o Anderson, que atua como um tipo de auxiliar do cuidador, ao acompanhar, na maioria das vezes de dentro do serviço, os outros residentes da casa quando estes saem à rua, na intenção de impedir de se distanciarem ou de pedirem algo às pessoas. Declarou que se seu plantão fosse durante o dia, incentivaria e acompanharia os moradores em sua circulação pelos espaços do bairro e em outras residências terapêuticas.

4.4.5 - O que acham que poderia ser feito para aprimorar o SRT e qual o papel do cuidador nisso?

Buscamos conhecer a visão dos cuidadores sobre possibilidades de aperfeiçoar o seu trabalho e conseqüentemente contemplar os objetivos da residência terapêutica. Pudemos observar que cinco participantes destacaram a ampliação das atividades e circulação dos moradores pela cidade, e um ressaltou a realização de curso preparatório como possibilidades para o aperfeiçoamento do serviço.

Três participantes destacaram em suas respostas a importância da prática dos moradores em pegar ônibus para, entre outras coisas, “saber ir e voltar” (p4), e outros três cuidadores se reportaram nesta questão sobre o trabalho desenvolvido por estagiários.

O participante 1 afirmou que são necessárias mais atividades para os usuários, no que se refere ao artesanato, pintura e exercícios físicos, e ao mesmo tempo disse que os moradores deveriam frequentar mais o CAPS. Nesta direção, o participante 2

ressaltou que os usuários ficam restritos ao circuito CAPS – serviço residencial, e relatou que são poucos os estagiários a acompanhar os moradores em outros lugares.

O participante 6 ressaltou a importância dos usuários tomarem os espaços sociais acompanhados dos acadêmicos, ao invés de permanecerem, durante o período de estágio, na residência terapêutica. O participante 4 relatou estar ciente de que os estudantes envolvidos no processo correm atrás de benefícios como passes-livre e documentação dos moradores, no entanto desconhece outras atribuições dos acadêmicos. Acredita no trabalho dos estagiários como fator importante ao aprimoramento do serviço, mas demonstrou certa preocupação ao afirmar que se considera perdido sobre o que fazer quando os estagiários chegam à residência terapêutica para realizar seu trabalho com os usuários:

Chegam (os estagiários ao serviço), eu fico perdido, ‘ah, vou pegar e vou ali, vou dar uma passeada’, a gente num pode, mas eu não sei de fato, nunca ninguém falou o que é, o que elas fazem mesmo. (p4)

Sobre a questão da circulação dos moradores, o participante 2 relatou uma situação em que um morador pediu para que ele o levasse na praia, no entanto discorreu sobre sua impossibilidade em ir sozinho com o usuário, e ainda ressaltou que não possui autorização para sair.

O participante 6, por outro lado, destacou a importância do profissional em escutar os moradores, estabelecer regras e incentivar na realização de tarefas domésticas, como varrer, guardar roupas, lavar suas peças íntimas de roupa, administrar seu dinheiro, entre outros. Ressaltou também a função do cuidador como mediador no processo de reinserção social, e que o sucesso no objetivo do serviço é uma questão não de sorte, mas de como se conduz o serviço.

Já o participante 5 declarou que, embora não exista a necessidade de um “curso preparatório”, este seria de grande benefício para profissionais e usuários, pois assim obteriam noção sobre como agir frente a alguma alteração dos moradores, o que consequentemente contribuiria para aprimorar o serviço. O participante 5 também afirmou que a realização de cursos e palestras visando a melhor preparação do profissional das casas não é algo complicado de ser efetivado, e neste percurso, argumentou que ainda não passou por nenhuma situação problemática dentro do SRT, não teve nenhum problema com nenhum dos moradores, e pelo fato de não ter acontecido nada grave, “talvez entendam que não há necessidade”.

5- DISCUSSÃO

Uma das perguntas iniciais de nossa pesquisa foi saber quem são os cuidadores do SRT, assim como conhecer sua realidade cotidiana de trabalho. Verificamos que os cuidadores são profissionais que atuavam em serviços basicamente comuns, sem um nível maior de complexidade, e também sem relação com a área da Saúde. Trabalhavam em comércio, no ramo alimentício, em serviço doméstico e cuidado infantil (ressaltamos que os cuidadores noturnos, por sua vez, atuavam no HAB, e já obtinham certo conhecimento sobre as casas).

Os cuidadores do plantão diurno não conheciam sobre o serviço residencial terapêutico antes do primeiro contato com as firmas a que são vinculados. Alguns estavam procurando emprego, e por isso aceitaram atuar na residência que, neste sentido, possui a vantagem de ser um trabalho seguro financeiramente, com carteira assinada, ao contrário de serviços domésticos como faxina, em que a demanda de

serviço não é tão freqüente. Observamos ainda que quase todos os participantes possuem menos de um ano de experiência na casa.

Suas atribuições iniciais no SRT são: se responsabilizar pela alimentação ou pela organização doméstica, ou seja, o profissional contratado junto à firma de serviços gerais vai, inicialmente, se responsabilizar pela arrumação e limpeza da casa, ao passo que o trabalhador da empresa de alimentação cuida do preparo de alimentos e lavagem de roupas. Ambos cuidadores têm a função de cuidar dos moradores, sendo que para isso os participantes se orientam pelas instruções da coordenação do serviço.

Nesta direção, Araújo (2004) discorre sobre as atividades de trabalhadores de residências terapêuticas na cidade de Campinas e destaca a existência de uma divisão das tarefas entre auxiliares de enfermagem e auxiliares de limpeza, que são os profissionais que atuam nas casas em questão. Os primeiros cuidam da medicação, higiene, cuidados pessoais e acompanham os moradores às consultas médicas, e os auxiliares de limpeza se encarregam da faxina e organização doméstica. Em algumas casas, segundo a autora, o profissional de limpeza se encarrega do preparo da comida, mas nos fins de semana os próprios moradores cozinham.

Observamos em nosso estudo que além de se responsabilizar pela casa, seja pela alimentação dos moradores ou pela organização doméstica, ainda é função de ambos cuidar dos usuários. Sem conhecimento específico sobre a prática de enfermagem, os cuidadores administram a medicação dos moradores e são responsáveis pela contenção de “crises” menos graves, onde por ventura não haja necessidade de comunicar a coordenação. A respeito da medicação, pudemos verificar que esta vem padronizada, com informações precisas com nome do morador, data e horário de cada administração, e as “crises” são frequentemente resolvidas na casa.

Com exceção de um, os cuidadores não possuem conhecimento sobre a legislação referente ao serviço residencial terapêutico. São pessoas sem uma relação mais direta com a atenção à saúde (exceto pelos cuidadores noturnos), e não possuem conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, pelo fato de sua experiência de trabalho ser distinta da atenção à saúde. Portanto, os participantes são pessoas aparentemente alheias às questões que compõem a Reforma Psiquiátrica.

Para Figueiredo e Frare (2008), a não especialização dos cuidadores, tal como observamos em nossa pesquisa, é uma tentativa de evitar a patologização de comportamentos dos moradores, buscando, assim, um olhar não-técnico sobre a população dos serviços. Desta forma, os cuidadores “sabem que não sabem”, o que permite a construção coletiva de possibilidades de lidar com a particularidade do morador. Sobre esta questão, Moreira (2007) em estudo realizado sobre as experiências de residências terapêuticas do Estado do Espírito Santo, argumenta que os moradores com os quais compartilhou momentos de interação demonstraram que não necessitam de um saber especialista, ou alguém para lhes ensinar regras de convivência.

No entanto, mesmo em se tratando de cuidadores não especialistas em saúde, observamos em nossos dados algumas concepções dos participantes infantilizando ou relacionando os usuários com a doença ou deficiência mental, o que por um lado pode revelar a presença da ideologia manicomial, porém em uma configuração mais sutil. Mas ao mesmo tempo, tais atributos, para os participantes, não impossibilitariam os moradores de viver em comunidade e de gerirem a própria vida.

Sobre os cuidadores de residências terapêuticas do Estado, Moreira (2007) observou que a maior parte declarou gostar de atuar nestes serviços e se sentiam mais valorizados do que se estivessem trabalhando no hospital psiquiátrico, tendo em vista que, inicialmente, os cuidadores eram originários do HAB. Corroborando essa

afirmação, os dados encontrados em nossa pesquisa demonstram que a maioria dos participantes encontra-se satisfeita em atuar na residência terapêutica.

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

Notamos que os cuidadores se preocupam sobre como agir nos episódios de “crise” especificamente de um morador, entretanto pudemos observar que os cuidadores desenvolvem um vínculo afetivo com este residente, o qual, na visão dos participantes, convive bem com as pessoas, tanto quando habitava o ambiente hospitalar, sendo conhecido por muitos trabalhadores, quanto no serviço residencial, tendo em vista que muitos habitantes da comunidade já o conhecem pelo nome, passam pela rua e o cumprimentam.

Neste encaixo, vários autores discorrem sobre a necessidade de afeto para os usuários. Assim, a residência terapêutica não se destina somente a uma questão de habitação, mas trata da reconstrução de laços sociais e vínculos afetivos (Basaglia, 1982; Marcos, 2004; Ministério da Saúde, 2004). Nesta direção, Saraceno (2001) pondera que a reinserção social se refere a “um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos” (p. 112).

Os participantes de nosso estudo, de modo geral, consideraram que não tiveram preparação para atuar na casa, mas apesar disto, se sentem preparados para o serviço. Para Vidal e colaboradores (2008), um dos pontos negativos encontrados em algumas experiências de residências terapêuticas no Estado de Minas Gerais foi o despreparo de

profissionais. A falta de preparo também é discutida por Pugin e colaboradores (1997), quando destacam a insuficiência de treinamento de profissionais sem formação universitária para atuar em saúde mental, e por Oliveira e Alessi (2003), ao argumentarem que a maioria dos profissionais em enfermagem psiquiátrica não se sente preparada para o trabalho em saúde mental e pouco informada sobre as questões políticas da área.

Araújo (2004) também pondera sobre a questão do preparo e formação profissional, assim como sobre certa inadequação de trabalhadores para os serviços substitutivos, e destaca a necessidade de profissionais treinados. Os participantes de nossa pesquisa não tiveram formação profissional no campo da saúde, adquiriram suas principais informações sobre as residências terapêuticas ao primeiro contato com o HAB, onde obtiveram orientações sobre seu trabalho no serviço residencial.

Além das orientações, aprendem a lidar com as situações, principalmente as quais se mostraram preocupados, no dia a dia de trabalho. Neste caminho, Zerbetto e Pereira (2005) discorrem sobre os profissionais de enfermagem psiquiátrica e alegam que a maioria não obteve formação suficiente na área, e por isso boa parte do aprendizado se consolida no cotidiano do serviço.

Pudemos constatar que os participantes de nossa pesquisa não possuem conhecimento das questões políticas sobre as transformações em saúde mental e envolvimento mais direto com a Reforma Psiquiátrica, mas, apesar disto, têm a função de se responsabilizar pelos moradores dentro da casa e no ambiente da rua, se consolidando como peças-chave no processo de reinserção social. A questão da responsabilidade na atenção à saúde é discutida por vários autores (Buss, 2000; Pereira, 2003; Silva, 2005; Cabral, 2007; Moreira, 2007; Figueiredo & Frare, 2008; Vidal & colaboradores, 2008).

A responsabilidade inerente à prática de cuidador em saúde foi também um tema recorrente no discurso dos participantes. Silva (2005) destaca que o tema da responsabilidade é uma questão insistente e constante nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, e discorre sobre uma “desresponsabilização do técnico” em saúde, na medida em que, ao encaminhar determinado usuário para internação, exclui de si a responsabilidade em um momento delicado que demanda intervenção e cuidado.

Por outro lado, podemos deduzir que a convivência cotidiana dos cuidadores com os usuários demanda elevado nível de responsabilização deste profissional, tendo em vista que o cuidado requerido vai além de meramente lidar com intecorrências psiquiátricas.

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

A questão de o morador aprender a andar de ônibus foi um tema presente no discurso dos participantes: utilizar o transporte coletivo, e com este circular pela cidade, conviver com outras pessoas e lugares, o “saber ir e voltar” aparece como possibilidade para maior exercício de autonomia dos moradores e, conseqüentemente para o aperfeiçoamento do serviço.

Sobre a apropriação do transporte coletivo por parte do usuário, Araújo (2004) relata que, em sua pesquisa sobre serviços residenciais, dos moradores de três casas, apenas dois sabem utilizar ônibus sozinhos. Com a apropriação do transporte público, a circulação e, portanto, as possibilidades de convivência dos moradores na cidade são maiores. Entendemos que cabe ao cuidador incentivar tal comportamento, no entanto,

como faltam discussões sobre a autonomia do morador, esta questão pode ficar comprometida.

A convivência social é um instrumento valioso na terapêutica do morador, e é preciso lidar com o real da loucura na cidade, onde ela opera, e por isso é importante que os moradores circulem pela cidade (Silva, 2005; Suyama & colaboradores, 2007; Figueiredo & Frare, 2008). O processo de desinstitucionalização implica uma transformação da relação social com os fenômenos da loucura, e a cidade se configura como o espaço de produção de novos sentidos (Moreira & Andrade, 2007), pois a proximidade dos usuários com os espaços e com os atores sociais favorece seu processo de reconhecimento e identificação, valiosos em sua reinserção social (Weyler, 2006).

Diante disto, entendemos que é importante um cuidado no sentido de possibilitar ao morador que, com segurança, possa ir ampliando seu espaço de circulação pelas ruas do bairro e da cidade; e a figura do cuidador pode ser destacada com uma função intermediária neste processo de apropriação pelos usuários dos espaços urbanos. Em alguns momentos do discurso dos cuidadores, ficou aparente que, se não recebem orientação para permitir que os moradores se encaminhem aos espaços públicos, parece que não se vêem na obrigação de favorecer tais saídas.

Foi observado um consenso entre os entrevistados sobre a importância de ampliar os espaços de circulação dos usuários, mas ninguém se responsabiliza por isso. Para os participantes, é baixa a circulação dos moradores pela cidade e, quando saem para rua, permanecem quase que integralmente nas redondezas do serviço, suas saídas se restringem ao entorno da casa. Além disso, consideram baixa a participação dos moradores no serviço ambulatorial de referência, e do mesmo modo, os cuidadores desconhecem de quem seria essa atribuição de acompanhá-los ao CAPS.

Ao mesmo tempo essa discussão leva a crer que o próprio usuário também não pode se responsabilizar por si. Apresenta-se um dilema ao trabalhador: há o consenso de que os moradores devam expandir suas vivências na cidade, no entanto não se sabe de quem é a função.

Os cuidadores vinculados à empresa de alimentação são proibidos de deixar o serviço por determinação desta, conforme observamos nos resultados, e os profissionais contratados à firma de limpeza, ao contrário, acompanham os moradores às consultas médicas, e para isso são solicitados pela coordenação, pois detêm um conhecimento mais abrangente do cotidiano dos usuários, conhecem melhor do que outros profissionais os moradores; todavia, estes acompanhamentos parecem se restringir em sua maior parte às consultas médicas.

Parece-nos, então, que a função de acompanhar os moradores em suas saídas às consultas médicas ou em outras situações, fica a cargo exclusivamente dos cuidadores contratados juntos a firma de serviços gerais, e também aos estagiários que por ventura estejam vinculados ao SRT.

O trabalho dos estagiários é destacado pelos participantes, principalmente em sua função de possibilitar a ampliação da circulação dos moradores pelos espaços sociais, como fator importante para o aprimoramento do serviço. Sobre o trabalho de acadêmicos no processo de transição de internos hospitalares para as residências terapêuticas do Estado, Moreira e Veloso (2008) argumentam que após a inserção dos estudantes no processo, o trabalho evoluiu. Para os autores, “o estudante sempre traz um novo olhar, o questionamento, está atualizado com novas formas de ver o outro, tem esperança no seu trabalho e no resultado do que está fazendo” (p. 47).

Entretanto, mesmo com o trabalho dos estagiários, observamos que os participantes consideraram que os moradores, em parte de suas saídas ficam restritos,

além de determinados espaços no próprio bairro, ao trajeto CAPS - SRT, permanecendo assim no “circuito da saúde”, o que faz com que sejam vistos basicamente como usuários dos serviços de saúde e não como cidadãos (Weyler & Fernandes, 2005).

Pudemos observar também que a participação dos moradores no serviço ambulatorial é baixa e o motivo disto é desconhecido pelos cuidadores, mesmo sabendo que alguns moradores não gostam de se encaminhar ao CAPS. Araújo (2004), de modo semelhante, alega que os usuários de sua pesquisa aparentemente não se interessam pelas atividades oferecidas pelo CAPS. Moreira (2007) também pondera sobre a participação dos usuários no serviço ambulatorial, porém atenta para que este dispositivo não se transforme no único espaço possível para as trocas sociais dos moradores.

Milagres (2003) ressalta que o SRT se configura principalmente como um espaço de interação, servindo como suporte para o usuário em sua relação com o mundo. No entanto, observamos em nossa pesquisa que parece ocorrer, em alguns momentos, certa ausência de interação entre cuidadores e moradores, e entre os próprios moradores da residência terapêutica. Tal afirmação é ilustrada pelo sentimento de solidão esboçado por um dos cuidadores em relação ao seu trabalho, onde mesmo em uma casa com oito pessoas, chega a se sentir solitário por alguns momentos; os moradores, dentro do serviço, costumam permanecer cada um em seu canto, ou quando vão à praça, se encontram isolados, com pouca interação entre si e com os habitantes do bairro.

Em relação ao bairro, observamos que, na visão dos cuidadores, os moradores parecem desenvolver interações positivas com a comunidade, do mesmo modo com que existem relações conflituosas entre usuários e vizinhos ou comerciantes da região. Sobre a relação entre os usuários do serviço e a cidade, alguns autores alertam sobre o risco de

uma “inserção marginal” dos moradores, acarretando falsa aceitação positiva do usuário na cidade, ou permanecendo isolados na casa (Araújo, 2004; Weyler, 2006).

Verificamos em nossa pesquisa que alguns moradores são conhecidos pelo próprio nome e queridos pelos habitantes da comunidade, contudo, algumas situações refletiram certa intolerância de comerciantes do bairro sobre os usuários, que pode ser ilustrada pelas situações em que os vendedores se dirigiram aos cuidadores no serviço se queixando de moradores, sendo que um usuário foi ameaçado de agressão por um dos comerciantes.

Tendo isto em vista, foi função dos cuidadores se responsabilizar imediatamente pelo comportamento inapropriado dos usuários nos espaços sociais, lidando com a queixa de populares e com a suposta ameaça de agressão. O cuidador, mesmo sem maior familiaridade com a atenção à saúde mental, é demandado a lidar com os conflitos que eventualmente possam surgir entre moradores e comunidade.

Conforme Araújo (2004), a transferência dos moradores de longa data para os hospitais dificilmente ocorre sem resistência da comunidade, e para Saraceno (2001), é essencial desenvolver na comunidade um trabalho no sentido de ampliar a tolerância e solidariedade aos usuários das residências. Segundo Vidal e colaboradores (2008), a escassa receptividade da comunidade aos usuários tem relação com a falta de informação sobre o serviço residencial e com o medo e preconceito em relação à loucura.

E como pensar os cuidadores neste contexto? É certo que terão que lidar também com estas situações citadas, sendo estes trabalhadores os responsáveis diretos pelos moradores, pois antes de a questão conflituosa chegar à equipe de coordenação, cabem aos cuidadores as intervenções mais imediatas.

Citamos como exemplo a relação conflituosa entre morador e comerciantes. Na ocasião, a atitude do cuidador foi proibir o morador de sair à rua como forma de castigo, mas também se tratou de um modo de prevenção, visando à segurança do usuário, tendo em vista a ameaça de um dos comerciantes. No entanto, assim como no caso da residência terapêutica, que confere esse sentido de proteção ao seu morador, podemos notar o mesmo em relação ao hospital psiquiátrico.

O hospital psiquiátrico se consolida como um lugar de reclusão e violação da cidadania dos internos, mas ao mesmo tempo, paradoxalmente, proporciona certa segurança ao habitante, uma vez que suas relações no meio social podem lhe ser prejudiciais, devido aos comportamentos de não aceitação e intolerância da sociedade.

Essa situação do hospital psiquiátrico como amparo ao morador de um SRT foi destacada por Jardim e colaboradores (2005), ao relatarem, sobre dispositivos residenciais no Rio Grande do Sul, o exemplo de um cuidador que, na intenção de proteger um usuário frente à ameaça de agressão de moradores da comunidade, o encaminha ao hospital psiquiátrico, que teve a função de proporcionar segurança ao morador. Tendo isto em vista, tanto o hospital quanto o serviço residencial possuem, portanto, a função de preservar a integridade física e moral de seu residente, frente a possíveis comportamentos ‘desajustados’ à sociedade em questão e suas conseqüências.

A cidade aparece, por um lado, como possibilidade de trocas e construção de sentidos, mas por outro, o ambiente da rua pode revelar-se, ao cuidador, também como um ambiente perigoso ao usuário, como um estímulo nocivo a ser evitado, como no exemplo descrito. Ironicamente, assim como no hospital psiquiátrico, o usuário está seguro recluso na residência terapêutica, assim como qualquer cidadão pode ter a sensação de estar a salvo dentro de casa.

No entanto, na rua todos somos alvos de perigos, e nem por isso vivemos trancafiados. Riscos, todos corremos, mas é preciso aprender a viver com eles, do mesmo modo como saber evitá-los. Novamente, podemos inferir que cabe também aos cuidadores proporcionar aos moradores essa perspicácia necessária para lidar com situações arriscadas e a ensinar como se precaver de riscos desnecessários, especialmente por terem vivido longos períodos reclusos no hospital psiquiátrico.

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

Como verificamos em nossa pesquisa, os participantes acreditam que parte da comunidade do entorno da residência terapêutica ainda apresenta resistência, preconceito e medo em relação aos usuários; assim, foi observado um consenso dos participantes de que não é o morador que precisa aprender a viver em comunidade, mas esta é que não está preparada para conviver com os moradores do serviço residencial. O foco, portanto, direciona-se ao comportamento da sociedade em relação aos usuários, e não o contrário.

Diante destas afirmações, podemos questionar como os cuidadores intervêm nessa questão da falta de preparo da comunidade em aceitar e conviver com os usuários do SRT. Notamos que, em situações que envolveram conflitos entre comerciantes e usuários, os participantes, de maneira geral, fizeram restrições sobre as saídas de

determinados moradores à rua como forma de resolução do embate e até como forma de resguardar a integridade destes. Ou seja, a intervenção neste exemplo de ocorrência problemática entre comunidade e usuário se tratou de uma proibição ao usuário em sair de casa. Parece, então, haver um limite nessa função do cuidador em intervir com a comunidade. Do mesmo modo, fica a questão sobre quais suas possibilidades de intervenção neste processo.

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

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

Além de se responsabilizar pelos moradores nos espaços sociais, os cuidadores também devem contornar as ocorrências dentro do serviço. Utilizam artifícios como dar um copo de água, encaminhar o usuário à rua em situações de “crise” ou simplesmente

deixar o morador quieto e esperar a “crise” passar, para contornar as ocorrências em que demonstraram suas preocupações, e para as quais não obtiveram instruções específicas.

Sobre experiências de residências terapêuticas no Estado de Minas Gerais, Vidal e colaboradores (2008) argumentam que os cuidadores são demandados a resolver todas as situações do cotidiano, desde sintomas clínicos e medicação, até conflitos entre moradores. Os autores relatam que é baixa a frequência de “intecorrências psiquiátricas”, as quais, a exemplo de nossa pesquisa, são geralmente resolvidas no próprio serviço, sem maiores gravidades.

Para Figueiredo e Frare (2008), o cuidador é solicitado a dar conta de várias situações, como reclamação dos vizinhos sobre algo que o morador fez ou disse, e também dar conta das “crises” que ocorram dentro do serviço, podendo ser desencadeadas por uma recusa qualquer a um morador.

Em nosso estudo, observamos que os cuidadores têm que lidar com as reclamações de vizinhos e comerciantes locais e também com os conflitos entre os próprios moradores dentro do SRT. Alguns cuidadores sentem medo nos episódios de “crise”, mas mesmo sem preparação técnica ou emocional específica, aprenderam como lidar com estas situações no dia a dia da residência. A aparente aflição inicial e insegurança que relataram sentir sobre os primeiros momentos de sua atuação no serviço residencial, cederam lugar para a satisfação em atuar na casa.

Por outro lado, podemos inferir que a satisfação em atuar nos SRT's pode remeter a uma situação de acomodação dos cuidadores com a rotina do serviço, a uma adaptação, em que os cuidadores se acostumam a trabalhar com os moradores. Sobre o costume, Bressan e Scatena (2002) ponderam que, em relação aos profissionais de enfermagem em hospitais psiquiátricos, inicialmente prevalece o sentimento de medo no trabalhador, mas aos poucos vai se acostumando e desenvolve uma relação afetiva

com o usuário, considerando-o como amigo, membro da família, uma pessoa com “características normais”.

Sobre esta questão, Araújo (2004) discorre sobre um cuidador de uma residência terapêutica que constantemente reclamava sobre a baixa participação dos moradores nas atividades domésticas; no entanto, como suas queixas não surtiam efeito, se acostumou e conformou-se com a situação, tendo em vista que, aos 55 anos, arrumou o emprego no serviço após estar desempregado.

Entretanto, há de se ter em vista que o costume, a rigidez dos hábitos, a prática ‘mecanizada’ no serviço residencial, sem uma reflexão, pode ir de encontro ao propósito do serviço residencial terapêutico, que busca se caracterizar por seu aspecto dinâmico, inventivo, que demanda dos cuidadores “novas formas de cuidar” (Ministério da Saúde, 2004). Sobre isso, Cabral (2007) afirma que os profissionais de saúde, sejam técnicos ou cuidadores, necessitam de um espaço para refletir sobre suas práticas, na intenção de diminuir o risco do automatismo, e assim, com invenção e criatividade, possibilitar a promoção da saúde, em um processo de construção coletiva de outras formas de cuidar em saúde mental.

Em sua prática cotidiana, pudemos notar que alguns cuidadores criam estratégias para obter respeito e controle da situação, assim como prevenir possíveis conflitos com os usuários dentro do serviço residencial. Estas estratégias preventivas, no entanto, pareceram se resumir às ameaças aos moradores. Como exemplos disto, verificamos que algumas vezes determinados cuidadores se dirigem aos moradores e os ameaçam, seja com a possibilidade de utilizar “o cabo da vassoura”, como forma de impor respeito, ou avisar ao morador que, caso não se comporte da forma adequada, irão o amarrar com as tiras de lençol, lembrando velhas práticas asilares de contenção.

Isto nos remete ao pensamento de Saraceno (2001) que discute sobre as diferenças entre o estar e o habitar um lugar. O estar, segundo o autor, se refere a uma propriedade nula do lugar, onde o residente não possui poder de decisão sobre suas escolhas materiais e simbólicas. Já o habitar revela um nível maior de apropriação do lugar pelo seu morador.

Assim, segundo Saraceno (2001), o estar revela uma situação de controle do lugar sobre o residente, onde as oportunidades de trocas sociais são escassas, como em hospitais psiquiátricos, ao passo que o habitar se propõe a uma “perspectiva desinstitucionalizante” (Moreira, 2007), como seria o caso de se pensar os SRT’s, em que o morador desenvolveria suas maneiras próprias de habitar o lugar, e não simplesmente seguindo uma maneira correta de utilizar o espaço.

Como pensar, diante disto, o cuidado do usuário dos dispositivos residenciais? De certo, em princípio um cuidado que possibilite ao seu morador habitar a casa, se apropriar de seu espaço doméstico e da cidade, e ainda, desinstituir-se, livrar-se do rótulo da doença. Mas, por outro lado podemos questionar se os cuidadores estão preparados para proporcionar que os moradores ‘habitem’, e não simplesmente ‘estejam’ na casa.

Quais procedimentos são possíveis aos cuidadores nas ocasiões em que percebem que a situação pode fugir ao seu controle? Qual o norte que os cuidadores têm, em sua maioria mulheres, em uma casa com oito homens “loucos”, qual seu suporte, sua orientação, antes mesmo de contatar a coordenação, quando a ameaça de um conflito é eminente? Quais estratégias utilizam quando se sentem inseguros ou ameaçados, tendo que resolver de imediato a situação?

Observamos que, ao menos em alguns momentos, fazem uso da própria ameaça; o que possui sua eficácia, uma vez que, utilizando este artifício, os cuidadores

aparentemente não vivenciaram situações mais graves, conforme seus relatos. Assim, a ameaça tem sua função para os cuidadores na medida em que mantêm a casa em ordem. Uma outra estratégia utilizada pelos cuidadores frente a conflitos no SRT, porém em desavenças entre os próprios moradores, é criar situações dentro da casa para aproximar os usuários, no intuito de criar uma situação de interação, como por exemplo, ligar o rádio na residência terapêutica e fazer os desafetos dançarem juntos.

Podemos deduzir que os cuidadores ficam aparentemente sem saber exatamente o que fazer em situações que demandam uma intervenção mais imediata, para as quais não obtiveram instruções ou preparo específicos; se configura como um paradoxo atuar no serviço residencial terapêutico, no momento em que, supostamente, o trabalhador pode se questionar: frente à ameaça de desordem, de descontrole da situação, ameaço o morador ou agüento as conseqüências? – “Amarro mesmo!”. Fica a questão a ser pensada se existe uma outra maneira para intervir nestas ocorrências, que não a ameaça.

O Ministério da Saúde (2004) afirma que os profissionais, tanto dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental como de outros dispositivos, devam atentar para a singularidade de cada morador, valorizando as particularidades, e não estabelecer projetos terapêuticos voltados para o coletivo dos moradores, situação também destacada por Baptista e colaboradores (2002). Segundo o Ministério da Saúde (2004): “o respeito à individualidade e singularidade dos moradores deve prevalecer em relação às ações junto ao grupo”.

Neste viés, os participantes de nossa pesquisa demonstraram preocupação em conhecer cada um dos moradores, no entanto este interesse parece estar relacionado ao conhecimento sobre como lidar com os usuários frente a eventuais alterações comportamentais que denotarem agressividade.

Moreira e Andrade (2007) ponderam que o serviço residencial pode se tornar um espaço construído coletivamente, caso se respeite a potência criativa de cada morador. Através das observações de campo, foi possível notar que, quando chegam compras ao serviço, por exemplo, ainda são os cuidadores que assinam as notas da compra, que recebem e lidam com os entregadores. Verificamos também que um dos moradores aparentemente é o mais autônomo para tarefas caracteristicamente domésticas, em comparação aos demais, e pode desempenhar tranquilamente estes afazeres.

Aos poucos, os cuidadores poderiam ir percebendo que ele é capaz de lidar com as questões que surgem no serviço e ao mesmo tempo ir possibilitando a esse morador que cada vez mais lide com estas situações, como receber as compras e outras eventualidades cotidianas, se tornando responsável, progressivamente, pela sua casa. O mesmo pode ser pensado pelo interesse de um morador em frequentar a igreja ou a habilidade de outro em escrever poesia, questões que poderiam ser exploradas.

Araújo (2004) observou em sua pesquisa que uma das moradias gerenciada pelos próprios moradores aparentava ser um local sujo, desorganizado, assemelhando-se a um “mini-manicômio”. Diante disso, destacamos a responsabilidade dos cuidadores em não permitir que as casas se transformem em mini-hospitais ou ‘enfermarias de luxo’.

Sobre esta questão, observamos em nosso estudo que existe uma “tendência” entre os cuidadores a separar utensílios, objetos e cômodos, como copos, talheres, mesas e banheiros entre trabalhadores e moradores. Por exemplo, determinados copos e talheres são utilizados pelos moradores, e outros separados aos cuidadores, assim como em relação ao banheiro, sendo um para cuidadores e os outros para os usuários. Existe o risco, com a continuidade desse processo de dividir as coisas na casa, de o serviço residencial ir se tornando uma espécie de hospital psiquiátrico, como alertou um dos participantes.

O cuidado dispensado aos usuários muitas vezes se assemelha a um processo educativo, onde os cuidadores ensinam os moradores, em suma, a “voltar a viver como uma pessoa qualquer”, segundo deduziu um participante. Como se fossem crianças, os cuidadores instruem os moradores em sua alimentação, no que se refere, por exemplo, a aprender utilizar garfo e faca e servir comida em seu prato; em sua higiene, orientando-os a tomar banho e trocar roupa suja; ensinam a manter a organização da casa; a se comportar com os colegas de moradia e nos espaços da rua, e ainda, os cuidadores devem se responsabilizar pelos atos dos usuários fora do serviço, assim como um pai deve se responsabilizar pelo que seu filho faz na rua.

Moreira (2007) destacou a existência de sentimentos de infantilização dos cuidadores sobre os moradores das residências terapêuticas, que pode ser ilustrado quando os cuidadores compararam os usuários às crianças de dois anos. Observou ainda a infantilização dos moradores por vizinhos, expressa quando membros da vizinhança se direcionam aos moradores como se estivessem conversando com uma criança, e também por comerciantes que, ao contrário de se reportarem aos usuários quando almejaram perguntar algo como, por exemplo, o que queriam comprar ou de que forma pagariam, se direcionavam aos estagiários ou acompanhantes para saber da preferência dos moradores.

Verificamos em nosso estudo que os usuários, de uma forma geral, são assemelhados à criança em vários momentos do discurso dos participantes, e o processo de reinserção social é comparado ao de aprendizagem infantil. Na visão dos cuidadores, eles ‘devem’ ensinar os moradores a comer, a pegar nos talheres, na higiene pessoal, se comportar na rua, manter a casa limpa, pegar ônibus, isto é, os cuidadores têm que ensinar tudo aos poucos aos usuários como se fossem crianças, além de ter muita

responsabilidade com “as crianças grandes”, nas palavras dos próprios participantes de nossa pesquisa.

É uma relação semelhante à de pais e filhos, e ainda, um dos participantes comparou as orientações que são passadas aos moradores quando se encaminham à rua, como no exemplo de uma festa junina do bairro, às instruções que são comumente conferidas às crianças, isto é, podem ir se divertir, mas em determinado horário devem todos voltar para o lugar combinado.

Ainda nesta discussão, ressaltamos que o único participante do plantão diurno que não vê diferença entre seu ofício anterior e o atual no SRT, trabalhava como cuidador de criança. A própria necessidade que é atribuída ao morador de sempre que for sair de casa, ir acompanhado, mais uma vez leva a inferir sobre seu processo de infantilização, o que, segundo Foucault (2000), já era observado no século XVIII, com o advento da psiquiatria, período em que o louco era infantilizado pelos médicos nos hospitais psiquiátricos.

Observamos que houve uma tentativa, na seleção dos cuidadores para as casas, de inserir um olhar não técnico, não especializado, e por isso não patologizante sobre os usuários da residência terapêutica, com a inserção de pessoas que não atuavam em serviços de saúde. Mas não temos certeza se a escolha de cuidadores sem maiores afinidades com a área da saúde partiu da coordenação do SRT ou se não foi intencional.

Mas apesar disto, foram observados fragmentos da ideologia manicomial presentes no discurso dos cuidadores, como por exemplo, no caso da infantilização dos usuários, em que o morador é assemelhado à criança e seu processo de reinserção social comparado à aprendizagem infantil. Ou seja, mesmo com a tentativa de priorizar a não estereotipação dos moradores, ainda assim ela esteve presente.

Mas, partindo de um outro caminho, essa infantilização expressa no discurso dos cuidadores pode surgir com uma função importante para estes trabalhadores, na medida em que, ao lidar com algo desconhecido, novo, ao mexer com algo diferente do habitual, há o desconforto, o perigo, a preocupação.

Diante disto, a comparação dos moradores às crianças, e do cuidado em saúde mental a um processo educativo, pode servir como uma segurança para os cuidadores, pois entendendo os moradores como crianças, é possível lidar de modo mais seguro e confortável com essa população, é possível ter, ao menos, a sensação de controle da situação e o sentimento de poder.

Sobre a questão, Baptista e colaboradores (2002) argumentam sobre a necessidade do cuidador das residências terapêuticas saber lidar e se deixar sacudir pelo novo e pelo inesperado em sua prática cotidiana, assim como depararem-se com o estranho. Por outro lado, Barros e Josephson (2001) afirmam que uma das tarefas mais complexas surgidas com a substituição dos hospitais psiquiátricos, principalmente ao profissional, é lidar com as manifestações da loucura, no entanto sem concebê-la como uma doença.

No entanto, podemos afirmar também que a infantilização dos usuários pode revelar a existência de uma consideração afetiva dos cuidadores para com os moradores, consolidando um sentimento fraternal, e muitas vezes acolhedor nesta relação, semelhante a um relacionamento familiar, podendo, de certo modo, ser entendida como uma situação benéfica aos objetivos do SRT; assim como pode estar presente todo jogo de afetos comumente envolvidos na interação entre pais e filhos.

Neste caminho, Bressan e Scatena (2002) discorrem que muitas vezes o cuidado entre enfermeiro e usuário, no hospital psiquiátrico, passa a se assemelhar à relação entre mãe e filho, com a enfermagem assumindo um papel maternal, e os usuários, o de

dependência desta. Tal situação de dependência do usuário em relação ao profissional acarreta em risco aos objetivos dos SRT's, tendo em vista que se busca, ao contrário de uma dependência que restrinja o morador em suas atitudes, a expansão de sua autonomia para as questões do dia a dia.

Oliveira e Conciani (2008), sobre as experiências de serviços residenciais no Mato Grosso, argumentam que as atividades da vida diária como alimentação, circulação na cidade e uso de medicamentos, por exemplo, “foram reduzidas a um cuidado fortemente marcado pelo controle”. Discutem também o fornecimento da alimentação que, assim como verificamos em nossa pesquisa, é de responsabilidade de terceiros, e não dos próprios moradores, que são quem utilizam, e assim, deveriam poder escolher sua própria alimentação.

Observamos em nosso estudo que os moradores não têm autonomia sobre a escolha de sua comida, tendo em vista que o cardápio da residência terapêutica é estabelecido pela empresa especializada em alimentação, e igualmente sobre o uso do cigarro, que fica, geralmente, sob o controle dos cuidadores, processo em que novamente há uma educação no sentido de fazer os moradores respeitarem os horários para fumar.

Neste contexto, Moreira (2007) destaca o risco do termo “cuidado” ser caracterizado basicamente como tutela. A autora relata ainda que o cuidado nos SRT's pode se reverter em um “supercuidado”, o que acarreta restrições à vida dos moradores, uma vez que o cuidador das casas pode cercear o usuário em nome de uma “superproteção” que não se justificaria aos propósitos do serviço residencial.

Oliveira e Conciani (2008) corroboram a opinião e afirmam que o cuidado é comumente confundido com tutela na prática em saúde mental e, neste contexto, nos apoiamos no discurso de Damas e colaboradores (2004) que trazem para discussão o

termo “cuidado”. Segundo os autores, a palavra se refere à atenção, zelo, cautela, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado.

Procurando ampliar os significados, recorreremos a dois dicionários eletrônicos da língua portuguesa: Houaiss e Michaelis. De acordo com o primeiro, além dos conceitos citados, foram encontrados significados como trabalho, encargo, inquietação, precaução e também aprimoramento. A palavra “cuidado” pode se referir ainda à advertência sobre algum tipo de perigo ou ameaça.

Segundo o dicionário Michaelis, por sua vez, o termo remete a “pessoa ou coisa objeto de desvelos, precauções ou inquietações”, entre outros significados. Alguns dos termos citados acima são semelhantes aos temas recorrentes no discurso dos entrevistados, em que o cuidado se referiu à preocupação, responsabilidade e controle, por exemplo.

Ressaltamos a necessidade de maior problematização dos significados de “cuidado”, e em consequência sobre as novas formas de cuidar direcionadas aos cuidadores, tendo em vista a importância em se “debater sobre novas formas de cuidado no campo da atenção em saúde mental” (Amarante & Torre, 2001) e desta forma atentar para que a categoria profissional “cuidador em saúde” não se transforme em “zelador em saúde”, para que o cuidado não se restrinja a controle.

Diante disso, é necessária a auto-análise dos profissionais sobre suas ações de cuidado, pois podem facilmente transmutar-se em atitudes de controle, um risco para o aperfeiçoamento do serviço. Neste contexto, Machado e Lavrador (2002) destacam a importância de questionamentos e do exercício do pensamento ao se lidar com a experiência da loucura, e Suyama e colaboradores (2007) afirmam que os questionamentos sobre a prática profissional proporcionam novas possibilidades ao

processo de reinserção social, assim como destacam a criatividade e a ousadia dos profissionais como elementos fundamentais na obtenção dos objetivos.

Brêda e Augusto (2001) enaltecem a importância do envolvimento do profissional de saúde para a Reforma Psiquiátrica, e Silva (2005) enfatiza a implicação do trabalhador como uma importante linha de fuga à rigidez das instituições de saúde, e o que se almeja, dentro dessa problemática, é o engajamento profissional no processo de desinstitucionalização. Sobre essa questão, Buss (2000) também destaca a importância do comprometimento de trabalhadores e agentes de saúde com os processos de promoção de saúde, e para Moreira (2007), o trabalho em saúde mental requer, ao menos, um pouco de militância do profissional, e esta só pode se manifestar em sua ação.

Diante destas indagações, verificamos que a contratação de pessoas sem conhecimento de questões teóricas e práticas na atenção à saúde mental, ao mesmo tempo em que pode evitar os estereótipos de profissionais patologizando o usuário, pode também ir de encontro a estas afirmações sobre a importância do envolvimento, do comprometimento e da militância do profissional no contexto da atenção à saúde mental.

Existe o risco de o cuidado disponibilizado nos SRT's permanecer somente como ações de controle, se as concepções e as relações com os usuários estiverem baseadas na lógica manicomial, presente tanto em discursos científicos, quando reduzem a loucura a um transtorno mental, quanto no imaginário popular, tendo em vista que “todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum” (Santos, 1998; apud Guimarães e colaboradores, 2001).

Neste percurso, Weyler (2006) discorre sobre a necessidade de rever a representação do louco no imaginário social, e Costa Junior e Medeiros (2007) discutem

o conceito de loucura e afirmam que “o significado de doença terminaria por ser uma espécie de alvará científico para a intolerância e a estigmatização social, cujas conseqüências são os próprios fenômenos reificados como da loucura enquanto doença”.

Observamos que mesmo sem terem recebido uma preparação antes de entrar no SRT, os cuidadores consideram-se capazes de lidar com o cotidiano do serviço. Foi observado que os cuidadores são peças-chave na reinserção social e na desinstitucionalização, mesmo sem conhecimentos específicos sobre a questão, ao favorecer ou não a autonomia dos usuários. Mesmo com a não especialização dos cuidadores, evitando assim o discurso que torna patológico o desvio, a figura do “louco” ainda se manteve infantilizada e, portanto ainda entrelaçada à lógica manicomial.

Para Resgala e Freitas (2004), além de uma revisão sobre a prática de cuidadores, é necessário um trabalho visando à transformação do imaginário e comportamento social sobre a loucura. Não obstante a importância dos cuidadores neste processo, não é apenas sobre estes que devem ser direcionadas as atenções, mas também sobre a relutância e intolerância social em conviver com o louco, determinada pela ideologia presente no imaginário popular sobre a loucura, pois “mais do que uma crítica às ‘formas de tratamento’, existe a crítica ao próprio conceito de loucura” (Andrade & Lavrador, 2007, p.116).

Essa questão interfere na prática e, portanto, no próprio andamento do serviço residencial terapêutico, uma vez que, mesmo contratando pessoas fora do âmbito da atenção à saúde, ou seja, pessoas de serviços basicamente comuns, a ideologia manicomial, expressa nos momentos de infantilização dos usuários, assim como na concepção destes ligada à doença ou deficiência, se encontra presente. Isso pode

favorecer o aniquilamento das possibilidades e potência dos usuários se, ao menos, não se tiver consciência da existência de fragmentos desta lógica do manicômio.

Amorim e Dimenstein (2009) nesta direção, argumentam sobre a necessidade de todos os envolvidos no processo de desinstitucionalização estarem atentos à presença destas novas formas de captura, pois do mesmo modo com que são criadas as novas maneiras de cuidar, podem surgir também outras formas menos perceptíveis de aprisionamento da loucura.

Santos e colaboradores (2000), neste encaço, afirmam que o ensejo em se construir “outro lugar social para a loucura” possui como resistência a “impossibilidade histórica da sociedade em conviver com a diferença”. Diante disto, Barros (1998, p. 180; apud Araújo, 2004, p. 161), discorre sobre a necessidade de “desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas toda a cultura, as idéias, as noções, os preconceitos que a acompanham e a modelam e que são parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la”.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de nosso estudo foi conhecer os cuidadores de uma residência terapêutica e seu cotidiano de trabalho. Optamos por trabalhar com esta categoria profissional pelo fato de o SRT se constituir atualmente como um dos principais dispositivos na substituição do modelo de atenção da assistência psiquiátrica, que antes estava centrado exclusivamente na exclusão do “portador de transtorno mental” e, portanto, pela importância dos trabalhadores destes serviços na responsabilidade de promover a reinserção social dos moradores de residências terapêuticas.

Tendo como base a literatura pesquisada e os dados de nossa pesquisa, podemos afirmar que somente a implantação de serviços substitutivos, como no caso das residências terapêuticas, não será suficiente para consolidar a ruptura com a lógica manicomial, uma vez que na relação entre cuidadores e usuários podem estar presentes determinadas práticas que refletem a perpetuação desta lógica.

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

A presença de determinados elementos no discurso dos participantes, como negação, castigo e medo, assim como a infantilização dos moradores, podem inferir fragmentos de uma lógica manicomial que se efetiva na relação entre cuidador e morador. Porém, poderíamos considerar improvável que os participantes, sem maiores conhecimentos sobre a atenção em saúde mental, compreendessem as transformações que envolvem esta questão ao longo dos últimos 20 anos. Ao contrário, pudemos observar que suas concepções iniciais sobre o SRT refletiam a existência de certo preconceito em relação aos moradores da residência terapêutica.

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

Discutimos sobre a preparação do cuidador para atuar no serviço residencial terapêutico e vimos que, a estes profissionais, com experiência de trabalho em loja, lanchonete ou em casa de família, é demandado um preparo para lidar em uma posição complexa, dotada de uma responsabilização consideravelmente maior do que em seus serviços anteriores.

Mas podemos discutir também o tipo de preparo requerido ao cuidador. Por ser um serviço recente, é complexo responder em definitivo sobre a preparação para a função, uma vez que o próprio cuidado, ao qual é destinado este preparo, necessita ser problematizado. Isto é, a preparação é destinada ao cuidador, mas anterior a isso, a questão sobre “como cuidar?” é uma das principais indagações no contexto dos serviços residenciais. Podemos ir adiante e questionar se existe teoria que responda às demandas sobre a preparação para exercer o cuidado necessário neste tipo de serviço, onde muito está por ser feito.

Por outro lado, nos perguntamos também se é necessário algum tipo de teoria a ser ensinada, ou seria mais favorável aos propósitos do SRT que cuidador e usuário começassem do zero, desenvolvendo em sua prática as estratégias com as quais conduzirão as questões do cotidiano, de acordo como tais questões surgem no dia a dia.

No entanto, é preciso que as práticas e estratégias criadas pelos cuidadores sejam problematizadas para verificar se há a consolidação, mesmo que de modo não intencional, de formas camufladas de relações manicomiais, colocando em risco os objetivos da Reforma Psiquiátrica e em última instância do SRT. Pela delicadeza das questões com as quais os cuidadores lidam, é importante que obtenham, primeiramente, informações essenciais sobre os usuários do serviço residencial e sobre as questões que envolvem a transformação da atenção à saúde mental. Visando o aprimoramento do serviço, destacamos a necessidade de que os cuidadores conduzam o dia a dia no SRT

priorizando um cuidado que, em princípio, possibilite a expansão dos encontros sociais dos moradores, na comunidade ou dentro do próprio serviço, para que assim, tanto os moradores quanto os cuidadores, possam construir coletivamente, na pluralidade das interações cotidianas, novas formas de (se) cuidar.

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

Através de dados de nosso estudo, notamos a existência de certo distanciamento entre gestores do SRT e os cuidadores da residência terapêutica. Parece que há uma lacuna, em que os cuidadores encontram-se parcialmente isolados de certas questões e tendo que lidar de imediato com uma gama considerável de ocorrências no cotidiano de trabalho. Essa situação merece destaque, pois no momento em que se discute a criação de uma rede de serviços como estratégia de substituição ao modelo hospitalocêntrico de atenção, parecem raras as ocasiões em que há o compartilhamento de experiências entre os personagens envolvidos, e escassos os questionamentos sobre esse parcial isolamento dos cuidadores nesse processo.

Sugerimos a criação de espaços em que possam ser discutidas com os cuidadores e moradores questões como o cuidado em saúde, loucura, entre outras, e que os profissionais dos serviços residenciais tenham um suporte consideravelmente mais abrangente para a condução de seu ofício. Neste âmbito, além de indagar sobre que formas de cuidado estão sendo praticadas pelos trabalhadores de residências terapêuticas em relação aos usuários, concluímos ser imprescindível que se discuta também sobre o nível de atenção dispensada aos cuidadores.

7 - REFERÊNCIAS

Alvarenga, L. T.; Novaes, C. O. (2007). Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre o gestor público e o terceiro setor. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, abr./jun., v.14, n.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000200010&lng=pt&nrm=iso

Alverga, A.; Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, jul./set, v.10, n.20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200003&script=sci_arttext&tlng=en%5D

Amarante, P. D. C. (1995). Novos sujeitos, novos direitos. O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>

_____. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em: Amarante (Org.) e colaboradores. *Coleção Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 45-63.

Amarante, P. D. C.; Torre, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica do Brasil. Em: *Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. Rio de

Janeiro: v.25, n.58, p.26-34. Disponível em:

http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=7

Amorim, A. K. M.; Dimenstein, M. D. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto dos serviços residenciais terapêuticos. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: jan./fev., v.11, n.3, p. 195-204. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100025&script=sci_arttext&tlng=en

Andrade, A. N.; Lavrador, M. C. C. (2007). Configuração loucura: poderes, saberes e fazeres. Em: Rosa, E. M.; Novo, H. A. Barros, M. E. B; Moreira, M.I.B. (Orgs.). *Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil*. Vitória: Edufes, p. 111-130.

Araújo, A. (2004). Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: um estudo etnográfico sobre as moradias de Campinas – SP. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES, Vitória/ES.

Araújo, M. D.; Andrade, A. N. (2007). Política, comunidade e controle social. Em: Rosa, E. M.; Novo, H. A. Barros, M. E. B; Moreira, M.I.B. (Orgs.). *Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil*. Vitória: Edufes, p.45-74.

Baptista, L. A. S; Zwarg, M. D. S; Moraes, R. (2002). Reforma Psiquiátrica e Dispositivos Residenciais: Afirmações e Impasses. Em: Machado, L. D.; Lavrador, M.

C. C.; Barros, M. E. Barros de (Orgs.). *Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 59 – 67.

Basaglia, F. (1982). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Tradução: Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Editora Brasil Debates, n.1.

Barros, R. B.; Josephson, S. (2001). Lares abrigados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. Em: *Saúde em debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro: v.25, n.58, p. 57-69. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=7

Becker, H. S. (1999). *Método de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, p. 117-132.

Borges, C. F.; Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.24, n.2 p.456-468. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso

Brasil. Congresso Nacional. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre os direitos e a proteção de pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União.

_____. _____. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003 – De Volta pra Casa. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União.

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

_____. _____. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>

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

_____. Portaria/GM 246, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.

_____. Portaria/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

_____. Portaria/GM 1174, de sete de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências.

_____. Portaria/GM 1220, de sete de dezembro de 2000. Cria procedimentos SAI/SUS para o acompanhamento de moradores das residências terapêuticas.

Brêda, M. Z.; Augusto, L. G. S. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. V.6, n.2, p. 471-480. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n2/7017.pdf>

Bressan, V. R.; Scatena, M. C. M. (2002). O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um olhar fenomenológico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. Set./Out., V.10, n.5, p. 682-689. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500009&tlng=en&lng=en&nrm=iso

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 163-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Cabral, B. E. B. (2007). Reflexões sobre a prática em saúde mental: o desafio de manter a tensão. Em: Rosa, E. M.; Novo, H. A. Barros, M. E. B; Moreira, M.I.B. (Orgs.).

Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil. Vitória: Edufes, p. 131-144.

Carneiro, N. G. O.; Rocha, L. C. (2004). O processo de desospitalização pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Set., v.24, n.3. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000300009&script=sci_arttext&tlng=pt

Chizzotti, A. (2005). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 7ª ed. São Paulo: Cortez.

Costa Junior, F.; Medeiros, M. (2007). Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre opostos. *Psicologia USP*. São Paulo, mar., v.18, n.1, p. 57-82. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1678-51772007000100004&script=sci_arttext

Damas, K. C. A.; Munari, D. B.; Siqueira, K. M. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. V. 6, n.2. Disponível em: <http://200.137.221.132/index.php/fen/article/view/811/927>

Desviat, M. (1999). Os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, cap. 2, p. 23-51.

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*. V.3, n.1, p. 53-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>

_____. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*. V.6, n.2, 57-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

_____. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, dez., v.24, n.4. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000400013&script=sci_arttext&tlng=pt

Fassheber, V. B.; Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, jun., v.27, n.2. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000200003&script=sci_arttext&tlng=pt

Fidelis, P. (2003). O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do CAPS Rubens Corrêa, no Rio de Janeiro. Em: Amarante, P. (Org). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 89-119.

Figueiredo, A. C.; Frare, A. P. (2008). A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.11, n.1, p. 82-96. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Figueiredo, V. V.; Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos Caps do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*. Maringá, may/aug, v.9, n.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000200004&script=sci_arttext&tlng=pt

Foucault, M. (2000). *Doença Mental e Psicologia*. 6 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Furtado, J. P. (2006). A avaliação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, jul./set., v.11, n.3, p. 785-795. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Gastal, F. L.; Leite, S. O.; Fernandes, F. N.; e colaboradores (2007). Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, jan./abr., v.29, n.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100020&lng=pt&nrm=iso

Gattaz, F. (1999). Violência e doença mental: fato ou ficção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.21, n.4. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.

Guimarães, J.; Medeiros, S. M.; Saeki, T.; Almeida, M. C. P. (2001). Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. Em: *Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. Rio de Janeiro: v.25, n.58, p.5-11. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=7

Jardim, C.; Wachs, F.; Rocha, R; Gomes, R. de C. (2005). Residencial terapêutico e respingos insistentes do imaginário do louco perigoso. *Topia: Psicoanálisis, Sociedad y Cultura*. Disponível em: <http://www.topia.com.ar/default.htm>

Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In Pitta, A. (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

Kirschbaum, D. I. R.; Paula, F. K. C. (2001). O Trabalho do Enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto: set./out., v.9, n.5, p. 77-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7802.pdf>

Koda, M. (2003). A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. Em: Amarante, P. (org). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 67-87.

Machado, D. M. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/6/TDE-2006-11-22T131240Z-457/Publico/Dissert_final.pdf

Machado, L. D; Lavrador, M. C. C. (2002). Loucura e subjetividade. Em: Machado, L. D.; Lavrador, M. C. C.; Barros, M. E. B. (Orgs.). *Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.45-58.

Marcos, C. M. (2004). A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Psychê – Revista de Psicanálise*. São Paulo, jul/dez., v.3, n.14, p. 179-190. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/307/30701412.pdf>

Milagres, A. L. D. (2003). Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. Em: Amarante, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 121-147.

Minayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec.

Miranda, F. A. N.; Ardaia, A. R.; Araújo, K. L. (2000). Cotidiano da enfermagem psiquiátrica no hospital geral: perspectiva dos profissionais de saúde. *UNOPAR – Ciências, Biologia e Saúde*. Londrina, v.2, n.1, p. 35-51. Disponível em: http://www2.unopar.br/pesq_arq/revista/BIOLOGICA/00000283.pdf

Moreira, M. I. B. (2007). Se esta casa fosse minha: habitar e viver na cidade a partir de uma residência terapêutica. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES, Vitória/ES.

Moreira, M. I. B.; Andrade, A. N. (2003). Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. *Psicologia, Saúde e Doenças*. V.4, n.2. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa, Portugal, p. 249-266. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36240206.pdf>

Moreira, M. I. B.; Andrade, A. N. (2007). Habitar a cidade: análise de serviço residencial terapêutico. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre, set./dez., v.19, n.3, p. 46-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Moreira, M. I. B.; Veloso, J. B. (2008). Um pouco de história: a concretização de um sonho antigo. Em: Moreira, M.I.B (Org.). *Loucura & Cidade: potencializando novos territórios existenciais. Experiências em residências terapêuticas*. Vitória: GM gráfica e editora, p. 41-55.

Nardi, H. C.; Tittoni, J.; Giannechini, L.; Ramminger, T. (2005). Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta em pesquisa. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, jul./ago., v.21, n.4. Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400007

Nunes, M. L. T. (2005). Entrevista como instrumento de pesquisa. Em: Macedo, M. M. K.; Carrasco, L. K. (Orgs.). *(Com)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 205-222.

Oliveira, A. G. B.; Alessi, N. P. (2003). O trabalho de enfermagem em Saúde Mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto: mai./jun., v.11, n.3, p. 333-340. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Oliveira, A. G. B.; Conciani, M. E. (2008). Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Cuiabá: v.10, n.1, p. 167-178. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a15.htm>

Oliveira, I. F.; Dantas, C. M. B.; Costa, A. L. F.; e colaboradores. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*. São Paulo: junho, v.9, n.17. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1413-29072004000100005&script=sci_arttext&tlng=pt

Paiva, I. (2003) *Em defesa da Reforma Psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade do Rio Grande do Norte – Natal. Disponível em: http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado/tde_arquivos/1/TDE-2006-05-05T052926Z-18/Publico/IlanaLP.pdf

Pereira, M.A.O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface: comunicação, saúde, educação*. V.7, n. 12, p. 71-82.

Pitta, A. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? Em: Pitta, A.M.F. (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p. 19-26.

Pugin, V.; Barbério, Y.; Filizola, C. L. (1997). A concepção de loucura e seu tratamento entre trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço de nível secundário de atenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.5, número especial, p.59-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea08.pdf>

Rabelo, I. V. M.; Torres, A. R. R. (2005). Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, dez., v.25, n.4. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932005000400010&script=sci_arttext&tlng=pt

Rabelo, I. V. M.; Torres, A. R. R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. Set., v.23, n.3. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0103-166X2006000300001&script=sci_arttext&tlng=pt

Resgala, R. M.; Freitas, M. E. A. (2004). Residência Terapêutica: o melhor lugar de se viver. *Revista Mineira de Enfermagem*. Abr./jun, v.4, n.2, p. 283-289. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufmg.br/remv/remev8n2.pdf#page=33>

Rodrigues, C.; Figueiredo, M. A. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia*. Natal, v.8, n.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Sadigursky, D.; Tavares, J. L. (1998). Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto: abr., v.6, n.2, p.23-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Santos, N. S.; Almeida, P. F.; Venâncio, A. T.; Delgado, P. G. (2000). A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, v.20, n.4, p. 46-53. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932000000400006&script=sci_arttext

Saraceno, B. (2001). *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2 ed. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Cora Editora / Instituto Franco Basaglia.

Segre, M.; Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.31, n.5, p. 538-542. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016

Silva, M. B. B. (2005). Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. V.8, n.2, p. 303-321. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/v08_02/08.pdf

Silva, C. M.; Ewald, A. P. (2006). Políticas em saúde mental: o que vem sendo produzido? *Mnemosine*. V.2, n.1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, p. 303-321. Disponível em: <http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/view/200/322>

Silveira, M. R.; Alves, M. (2003). O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, set./out., v.11, n.5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500012&lng=pt

Suyama, R. C. B.; Rolim, M. A.; Colvero, L. A. (2007). Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, set./dez., v.16, n.3, p. 102-110. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000300010&script=sci_arttext&tlng=en

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: histórias e conceitos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. V.9, n.1. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt

Venâncio, A.T.A. (2003). História do saber psiquiátrico no Brasil: ciência e assistência em debate. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 1087-1093. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300016&script=sci_arttext&tlng=pt

Vidal, C. E. L.; Bandeira, M.; Gontijo, E. D. (2008). Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: v.57, n.1, p. 70-79. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000100013&script=sci_arttext&tlng=pt

Weyler, A. R.; Fernandes; M. I. A. (2005). Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos. *Vínculo*. São Paulo, v.2, n.2. Disponível em:

http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1806-24902005000100010&script=sci_arttext

Weyler, A. R. (2006). O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. *Imaginário*. São Paulo, dez., v.12, n.13, p. 381-395. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2006000200017

Zerbetto, S. R.; Pereira, M. A. O. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, jan./fev, v.13, n.1, p. 112-117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100018&lng=pt&nrm=iso

ANEXO I

1- Identificação do participante:

Idade:

Formação profissional:

Tempo de serviço:

2- O que você faz na casa?

3- Em que trabalhava antes de sua inserção no SRT? O que fazia lá? Quais as principais diferenças do que você fazia lá e o que faz na casa?

4- Como se sente trabalhando no SRT?

5- Você se sente preparado para atuar no SRT?

6- Como você vê a relação do morador com a comunidade, com o CAPS e com a casa?
E para você, qual é seu papel nessa intermediação?

7- Como você vê a comunidade em relação aos moradores? E para você, qual é seu papel nessa intermediação?

8- Como ficou sabendo do trabalho no SRT? E por que aceitou?

9- Quando você veio trabalhar no serviço, sabia do que se tratava?

10- Você conhece a legislação referente ao SRT?

11- Para você, o que pode ser feito para que o trabalho no SRT possua maior eficácia no processo de desinstitucionalização da loucura? E qual o papel do cuidador nisso?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Autorizamos a realização da pesquisa abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Pesquisa: “Aos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico: novas maneiras de cuidar...?”

Nível: Mestrado

Orientadora: Prof. Dra. Luziane Zacché Avellar

Responsável pela coleta de dados: Pedro Machado Ribeiro Neto

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

Justificativa e objetivo da pesquisa

A pesquisa tem o objetivo de conhecer os cuidadores do SRT. Procura-se caracterizar esses trabalhadores, descrever suas práticas e verificar suas concepções sobre seu fazer cotidiano e relacionar com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Descrição dos procedimentos a que o participante será submetido

Serão entrevistados os trabalhadores de um SRT, cuja participação será voluntária, sendo garantido o anonimato e sigilo das informações obtidas. Serão realizadas observação participante e entrevistas semi-estruturadas, as quais serão gravadas e transcritas em sua íntegra. O material coletado será analisado e interpretado de acordo com o método da Análise de Conteúdo.

Benefícios esperados

Os resultados do estudo serão divulgados através da publicação em artigos especializados e participação em congressos, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. A expectativa é de que os resultados gerem subsídios para a criação de projetos, desenvolvimento de pesquisas e elaboração de políticas públicas que visem o aprimoramento dos serviços residenciais terapêuticos.

Identificação da coordenadora do SRT

Nome: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias.

Coordenadora do SRT

Responsável pela pesquisa

Orientadora da pesquisa

Vitória, ____ de _____ de 2007.

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Concordo em participar da pesquisa abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Pesquisa: “Aos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico: novas maneiras de cuidar...?”

Nível: Mestrado

Orientadora: Prof. Dra. Luziane Zacché Avellar

Responsável pela coleta de dados: Pedro Machado Ribeiro Neto

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

Justificativa e objetivo da pesquisa

A pesquisa tem o objetivo de conhecer quem são os cuidadores do SRT. Procura-se caracterizar esses trabalhadores, descrever suas práticas e verificar suas concepções sobre seu fazer cotidiano e relacionar com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Descrição dos procedimentos a que o participante será submetido

Serão entrevistados os trabalhadores de um SRT, cuja participação será voluntária, sendo garantido o anonimato e sigilo das informações obtidas. Serão realizadas observação participante e entrevistas semi-estruturadas, as quais serão gravadas e transcritas em sua íntegra. O material coletado será analisado e interpretado de acordo com o método da Análise de Conteúdo.

Benefícios esperados

Os resultados do estudo serão divulgados pela publicação em artigos especializados e participação em congressos, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. A expectativa é de que os resultados gerem subsídios para a implantação de projetos, desenvolvimento de pesquisas e elaboração de políticas públicas que visem o aprimoramento dos serviços substitutivos à internação psiquiátrica prolongada.

Identificação do participante

Nome: _____

Idade: _____ anos

RG: _____ Órgão emissor: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias.

Participante

Responsável pela pesquisa

Vitória, ____ de _____ de 2007.