

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE JATAÍ:
com a palavra, os cuidadores em saúde**

LEANDRA ASSIS BORGES LIMA

GOIÂNIA

2014

LEANDRA ASSIS BORGES LIMA

**RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE JATAÍ:
com a palavra, os cuidadores em saúde**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda

GOIÂNIA

2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

L732r Lima, Leandra Assis Borges.
Residências terapêuticas no município de Jataí [manuscrito] :
com a palavra os cuidadores em saúde / Leandra Assis Borges
Lima. – Goiânia, 2014.
88 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia,
2014.

“Orientador: Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda.
Bibliografia.

1. Cuidadores. I. Título.

CDU 616-083(043)

Leandra Assis Borges Lima

**RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE JATAÍ:
com a palavra, os cuidadores em saúde**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia-GO, 2014.

DATA DE APROVAÇÃO: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda – PUC-GO
(orientador)

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto – PUC-GO

Prof. Dr. Moisés Fernandes Lemes – UFG-RC

Prof. Dr. Cristiano Coelho – PUC-GO
(Suplente)

Aos meus avós, Oscar José de Assis (*in memoriam*) e Sebastiana Carvalho de Assis. Pequenos agricultores que saíram do campo, tornando-se comerciante e artesã, para que os filhos pudessem estudar. E esse sonho chegou até os netos e bisnetos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Deramilto, por seu amor e companheirismo em todos os momentos.

Aos meus filhos, Lucas e Leonardo, pelo amor e compreensão nos meus períodos de ausência, mesmo estando em casa.

Aos meus pais, Paulo e Arlete, pelo apoio e pelos cuidados em todas as horas; e ao meu irmão Gustavo, pelo carinho e atenção.

À minha tia Arlene Assis Clímaco, pelo carinho e amor; sem o seu apoio seria impossível a realização deste sonho.

Às amigas Helena Betânia, Luciana Melo, Ivanilce, Elke, France, Aline, Lidiane e Stela, pela amizade fundamental durante todo processo.

Ao Dr. Fábio, orientador, pela oportunidade de um sonho realizado.

Aos doutores Sebastião Benício da Costa Neto e Moisés Fernandes Lemes, por terem aceitado o convite para estarem em minha Banca e por contribuírem com o meu trabalho.

Aos professores do Mestrado, por todo conhecimento adquirido.

Aos meus colegas Simone e Leandro, pela amizade que nasceu no percurso do Mestrado.

À Secretaria de Saúde do Município de Jataí, pela autorização de pesquisa.

Aos moradores das Residências Terapêuticas, por abrirem suas casas para mim.

Aos cuidadores, trabalhadores das Residências Terapêuticas, que se disponibilizaram para um diálogo.

A Casa é Sua
(Arnaldo Antunes)

Não me falta cadeira
Não me falta sofá
Só falta você sentada na sala
Só falta você estar

Não me falta parede
E nela uma porta pra você entrar
Não me falta tapete
Só falta o seu pé descalço pra pisar

Não me falta cama
Só falta você deitar
Não me falta o sol da manhã
Só falta você acordar

Pras janelas se abrirem pra mim
E o vento brincar no quintal
Embalando as flores do jardim
Balançando as cores no varal

A casa é sua
Por que não chega agora?
Até o teto tá de ponta-cabeça
Porque você demora

A casa é sua
Por que não chega logo?
Nem o prego aguenta mais
O peso desse relógio

Não me falta banheiro, quarto
Abajur, sala de jantar
Não me falta cozinha
Só falta a campainha tocar

Não me falta cachorro
Uivando só porque você não está
Parece até que está pedindo socorro
Como tudo aqui nesse lugar

Não me falta casa
Só falta ela ser um lar
Não me falta o tempo que passa
Só não dá mais para tanto esperar

Para os pássaros voltarem a cantar
E a nuvem desenhar um coração flechado
Para o chão voltar a se deitar
E a chuva batucar no telhado

A casa é sua
Por que não chega agora?
Até o teto tá de ponta-cabeça
Porque você demora

A casa é sua
Por que não chega logo?
Nem o prego aguenta mais
O peso desse relógio.

RESUMO

Lima, L. B. A. *Residências Terapêuticas no município de Jataí: com a palavra, os cuidadores em saúde*. (2014). Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

No Brasil, a luta pela desinstitucionalização de doentes mentais graves e sua reintegração à comunidade iniciou-se com a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, na década de 1970, e intensificou-se na década de 1980. Mas foi só em 1988, com criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, que se criou a legislação e programas para todas as esferas da saúde pública. Posteriormente, o SUS criou, organizou e regulamentou programas de desinstitucionalização, como: De Volta para Casa; Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). O presente trabalho incidiu sobre um destes serviços criados pelo SUS, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), por compreender que este é um dispositivo essencial na consolidação do processo da desinstitucionalização do tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais. A fundação deste dispositivo se deu com o objetivo de substituir os “leitos moradias” (de longa permanência) nos hospitais psiquiátricos e, posteriormente, passou a acolher usuários dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que, de alguma forma, estavam sem possibilidades de morar com suas famílias. E especificamente dentro dos SRTs, o estudo focalizou os cuidadores, por entender que estes profissionais estão presentes nas diversas situações do dia a dia na casa e lidam diretamente com pessoas que estiveram muito tempo no âmbito da exclusão e da cronificação manicomial. Portanto, seu trabalho é fundamental no processo de desinstitucionalização. O presente estudo teve como objetivo, ao abordar o dispositivo RT, conhecer o impacto da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização no município de Jataí. Para tanto, buscou-se conhecer os cuidadores das Residências Terapêuticas e o seu trabalho. Pesquisou-se os três SRTs que foram criados em 2006, no município de Jataí. Foi feito um estudo de caso, de caráter descritivo e exploratório. Participaram do estudo os cuidadores das três Residências Terapêuticas do município, além da psicóloga responsável pela equipe. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante; os dados foram submetidos à Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI). A partir da análise e interpretação das entrevistas transcritas, foi construída uma classe temática de “Vivências nas Residências”. Nela, foram agrupados três eixos de discussão que se interligam e se entrelaçam, sendo eles: as vivências com o trabalho; as vivências com os moradores e as vivências com a rede de apoio. As principais considerações finais abordaram a necessidade de instrumentalização, capacitação, escuta e criação de espaços de supervisão que permitam dar suporte ao trabalho dos cuidadores.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização, Residências Terapêuticas, Cuidadores.

ABSTRACT

Lima, L. B. A. *Therapeutic Residences in the municipality of Jataí: with the word, the caregivers.* (2014). Master's Thesis. Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, Goiás, Brazil.

In Brazil the campaign for deinstitutionalization of severe mentally ill patients and their reintegration to the community began with Psychiatric Reform and Health Reform in the 1970s and intensified in the 1980s. But it was only in 1988 with the creation of the Single Health System (SUS) which has as guiding principles to universality, comprehensiveness, and fairness, that creates laws and programs for all areas of public health. Subsequently the SUS creates, organizes and regulates programs of deinstitutionalization, as: De volta para casa (Back at home), Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos (Restructuring Program of Psychiatric Hospitals) and Serviço Residencial Terapêutico (Therapeutic Residential Service (SRT)). The present work focuses on one of these services created by the SUS, the Home-based Therapeutic Service (SRT); by comprehending that this is an essential device in consolidating the process of deinstitutionalization of the treatment of people with mental disorders. The creation of this device was done with the objective of replacing the “leitos moradias” (ward beds) (long-term care facilities) in psychiatric hospitals and subsequently begin to accommodate users of Centers for Psychosocial Care (CAPS) that in some way were unable to live with their families. Also specifically within the SRTs, the study focused on the caregivers, on the understanding that these professionals are present in the various day-to-day situations in the home, and deal directly with people who have been in the context of exclusion and chronification of asylums. Therefore, their work is essential to the process of deinstitutionalization. The present study aimed to get to know the Psychiatric Reform and the process of deinstitutionalization in the Municipality of Jataí while investigating the RT device. For both, we attempted to get to know the caregivers of the Therapeutic Residential Services and their work. It was researched the three SRTs that created in 2006, in the municipality of Jataí. It is a study of a case, of descriptive character, and exploratory. Participate in the study, the caregivers of three Therapeutic Residences of the municipality, in addition to the psychologist responsible for the team. Semi-structured interviews and participant observation have been used, the data were submitted to Phenomenological Interpretative Analysis (AFI). From the analysis and interpretation of the transcribed interviews was built a theme class of “Living in homes experience”. In it were grouped three strands of discussion that are interlinked and intertwined, being them: work experiences, experiences with the locals and the experiences with the support network. The main final considerations relate to the need of instrumentalization, empowerment, listening, and creating of spaces for supervision to support the work of caregivers.

KEYWORDS: Psychiatric Reform, Deinstitutionalization, Therapeutic Residences, Caregivers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFI – Análise Fenomenológica Interpretativa

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFP – Conselho Federal de Psicologia

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

MS – Ministério da Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MRME – Movimento de Renovação Médica

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residência Terapêutica

RTs – Residências Terapêuticas

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Programas do SUS do projeto de desinstitucionalização e a reintegração.....	28
Figura 2 – Ilustração da Rede de Atenção à Saúde Mental.....	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Levantamento inicial dos temas	42
Quadro 2 – Organização da Classe Temática.....	43
Quadro 3 – Resumo dos dados dos cuidadores que participaram da pesquisa.....	49
Quadro 4 – Classe temática, eixos de discussão e subtemas	50

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS COMO ALTERNATIVA À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	17
1.1 BREVE RELATO DO PERCURSO, NO BRASIL, DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PROJETO.....	21
1.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PARTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL.....	26
1.3 O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT).....	30
1.4 CUIDADORES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.....	33
1.5 UM POUCO DA HISTÓRIA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE JATAÍ.....	35
2 PERCURSO DA PESQUISA.....	39
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	39
2.2 OBJETIVOS	39
2.2.1 Objetivo Geral	39
2.2.2 Objetivos Específicos	39
2.3 LOCAL DA PESQUISA	40
2.4 PARTICIPANTES	40
2.5 INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E AOS CUIDADOS ÉTICOS.....	40
2.6 INSTRUMENTOS.....	40
2.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	41
2.8 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS.....	41
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: Cuidadores das Residências Terapêuticas de Jataí.....	44
3.1 OS CUIDADORES DE JATAÍ.....	44
3.2 OS CUIDADORES E O TRABALHO NAS RESIDÊNCIAS.....	45
3.3 CLASSE TEMÁTICA.....	49

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO ENTREVISTADA.....	78
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.....	80
APÊNDICE C – CARTA CONVITE	82
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	84

INTRODUÇÃO

A pessoa portadora de transtorno mental tem sido vista sob diversos olhares e, ao longo da história, a sociedade vem criando diversas estratégias para lidar com esse sujeito. É no final do século XVIII que a “loucura” passa a ser vista como enfermidade e inicia-se, então, o processo de separação entre o sujeito que a porta e a vida em sociedade. Constroem-se espaços fechados para recolher os considerados loucos pela sociedade. Esse modelo hospitalocêntrico durou, na Europa e nos Estados Unidos, até o pós-guerra, quando se iniciou um movimento por um novo tipo de atendimento, extra-hospitalar (AMARANTE, 2010; DESVIAT, 1994).

No Brasil, a luta pela desinstitucionalização de doentes mentais graves e sua reintegração à comunidade iniciou-se com a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, na década de 1970, e intensificou-se na década de 1980. Profissionais da área da saúde foram influenciados pelas ideias do grande precursor da Reforma Psiquiátrica na Itália, Franco Basaglia, e por todo o movimento de desinstitucionalização gerado por suas ideias na Itália. E, a partir daí, começou, em diversos lugares, a implantação de novos modelos de acolhimento. Mas foi só em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, que se criam a legislação e programas para todas as esferas da saúde pública. E, a partir do SUS, criaram-se programas de desinstitucionalização, tais como: De Volta Para Casa; Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Os serviços de Residências Terapêuticas (RTs), que constituem o objeto de estudo deste projeto, têm se expandido no Brasil e sua regulamentação se deu no ano de 2000, com a Portaria GM nº 106/2000 (BRASIL, 2000a).

A maioria dos moradores das RTs traz em suas histórias as marcas de anos de internação em manicômios, perda de vínculos familiares e sociais devido aos longos anos de internação. E ao se criarem esses novos dispositivos de acolhimento, tem-se também a necessidade de uma assistência nesse ambiente, que é novo, para que os pacientes consigam retomar seus vínculos sociais (DELGADO, 2006).

Ante esse quadro, surge a necessidade de pensar como os profissionais ligados diretamente ao cotidiano das RTs têm lidado com todas essas demandas. Por meio desta pesquisa, sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), propôs-se investigar como profissionais envolvidos diretamente com o dia a dia dessas residências lidam com a aparente

dualidade desse espaço – a residência/terapêutica – para a construção de um espaço de acolhimento. Pretendeu-se, também, por meio desta pesquisa, conhecer como está o processo de desinstitucionalização no município de Jataí, através do estudo da dimensão privada e da dinâmica do funcionamento das RTs, buscando-se pensar sobre as estratégias desenvolvidas pelos cuidadores das residências para lidar com a nova organização do ambiente. Os designados “cuidadores em saúde” integram a rede social de cuidado como profissionais responsáveis diretamente pelo dia a dia da RT, estando ligados de forma complexa a todo o processo de desinstitucionalização brasileiro.

Este trabalho, de caráter descritivo e exploratório, realizou-se por meio de estudo de caso das Residências Terapêuticas (RTs), cuja criação buscou-se inserir no contexto de implantação da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização no município de Jataí, visando pensar acerca do trabalho e das estratégias desenvolvidas pelos cuidadores profissionais das residências para lidar com esse novo dispositivo.

Diante de todo o processo complexo percorrido pela Reforma Psiquiátrica até a chegada ao cotidiano das RTs, ficam alguns questionamentos: Quem são estes trabalhadores que atuam como cuidadores nos SRTs? Como os cuidadores entendem seu papel nas residências? Quais as concepções formuladas por eles sobre seu trabalho? Quais as concepções formuladas por eles sobre os moradores das residências? Buscando responder a estes questionamentos, organizou-se o presente trabalho em três momentos. No primeiro capítulo, discutiu-se a criação do dispositivo das RTs, buscando-se no contexto histórico da Reforma Psiquiátrica as origens do projeto da desinstitucionalização. Depois, relata-se como se deu no Brasil, a partir da criação do SUS, a implementação da desinstitucionalização como parte das políticas públicas. Em seguida, apresentam-se os SRTs, o profissional cuidador e suas atribuições e, por fim, o percurso histórico da constituição do SRT em Jataí, Goiás.

No segundo capítulo, foram expostos o percurso da pesquisa, a escolha do método, o número de participantes e o local da pesquisa. No último, fez-se a caracterização dos profissionais envolvidos na pesquisa e apresentou-se, ou discutiu-se, a classe temática “Vivências nas Residências” com seus três eixos de discussão: “as vivências com o trabalho”; “as vivências com os moradores” e “as vivências com a rede de apoio”. As Considerações Finais trazem alguns apontamentos e reflexões sobre como está o serviço das Residências Terapêuticas no município.

O interesse por este tema surgiu no decorrer do curso de graduação em Psicologia, a partir de estudos, participação de eventos e de experiências de estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em um dos eventos da Semana de Luta Antimanicomial, organizado na

Universidade Federal de Goiás, Campus Jataí, pode-se conhecer um pouco do percurso da história da saúde mental do município de Jataí. E me chamou a atenção o fato de o município ser um dos primeiros do Estado de Goiás a organizar o Serviço de Residência Terapêutica e de ter recebido diversos pacientes quando da desativação do maior hospital goiano, o Hospital Psiquiátrico Prof. Aduino Botelho, e que não havia nenhuma pesquisa sobre a Reforma Psiquiátrica no município. A temática da saúde mental sempre foi interesse durante a graduação e foi na perspectiva de aprofundar os meus estudos sobre o tema que surgiu um projeto para o curso de Mestrado.

A relevância social desta pesquisa pode ser destacada por voltar-se para o debate da desinstitucionalização, questão pertinente à realidade brasileira, ainda pouco conhecida, pois a criação do Serviço de Residências Terapêuticas é recente, datando de 12 anos. Os relatos de Luiz *et al.* (2011), acerca das produções publicadas sobre o SRT no Brasil, indicam que a maioria dos trabalhos trata de produções de relatos de experiências, dos quais grande parte dos autores são psicólogos.

O estudo aponta ainda a necessidade de mais produções que discutam a implantação desse serviço para se pensar a melhoria das políticas públicas, ainda em fase de construção no País. Por fim, entende-se que é papel da Universidade e de profissionais da Psicologia participarem da produção de pesquisas que possam contribuir para assegurar o direito de tratamento adequado às pessoas portadoras de transtorno mental.

1 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS COMO ALTERNATIVAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO

Entende-se que a criação e a legalização dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) foi desdobramento de um processo histórico que envolveu fatores sociais, culturais e econômicos. E para melhor compreensão, no primeiro momento, buscou-se a história da Reforma Psiquiátrica, bem como a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e do campo da saúde mental nas políticas públicas. Posteriormente, serão apresentados a criação dos SRTs e autores que discutiram o papel dos profissionais que acompanham os moradores das Residências Terapêuticas (RTs), denominados de cuidadores em saúde pela Portaria 1220/2000 (BRASIL, 2000b).

Antes, porém, faz-se necessária a discussão de alguns conceitos e concepções construídos ao longo da história, pois segundo Birman (1992, p. 75): “Falar qualquer coisa de substantivo sobre Reforma Psiquiátrica implica em algo mais amplo que a assistência psiquiátrica, pois é do estatuto da loucura como sendo ordem da enfermidade, na sua relação paradoxal com a condição da cidadania, que está em questão.”

O primeiro conceito é o de loucura. A pessoa portadora de um transtorno mental tem sido vista sob diversos olhares ao longo da história da sociedade. E é só a partir da Idade Moderna que começam a ser criados diversos dispositivos para lidar com o sujeito tido como “louco”. Mas, ainda neste momento, o tratamento dispensado aos sujeitos tidos como loucos era igual ao dispensado aos pobres, aos mendigos. Em nome da liberdade, no século XVIII, a “loucura” passa a ser vista como enfermidade, objeto de pena, compaixão, passível de tratamento e ganha o status de doença mental (CARVALHO; AMARANTE, 2012; FOUCAULT, 2002). Segundo Alarcon (2013, p. 25):

Na impossibilidade de qualquer ordem se efetuar sem seu contrário, o capitalismo ‘dialético’ criou o corpo e a alma seu ponto de apoio, em que a credibilidade para os negócios era o essencial. Credibilidade produtiva quanto ao corpo, credibilidade identitária para a alma. Trabalhador livre e sujeito de boa vontade. Do trabalhador livre à ideia da liberdade em vender o próprio corpo, e o corolário negativo do ocioso ou vagabundo; do sujeito à ideia da liberdade de escolha, seja por um caráter, uma personalidade, uma normalidade; condições para a configuração dos contratos. *Mens sana in corpore sano*. Esse o choro do bebê economia. E dessas lágrimas é que nasceram a psiquiatria e a medicina pública para amamentá-la. Nascem já viciadas por seus objetivos de humanismo.

Amparado pelo saber médico-psiquiátrico, inicia-se o processo de transformação do “[...] louco, de desrazoado à Idade Clássica e despossuído da razão pelo alienismo, vai sendo

transformado, por sucessivos golpes de força, em ‘doente mental’” (CARVALHO; AMARANTE, 2012, p. 44). Phillipe Pinel foi um médico francês que, no século XVIII, tentou humanizar os hospitais gerais, ficou conhecido como o pai da psiquiatria, o que libertou os loucos das correntes, mas ao mesmo tempo instituiu o espaço asilar, com o objetivo de buscar a cura, por meio da observação dos sintomas. Ele, em conjunto com outros fundadores da psiquiatria, delinea o novo objeto: a “doença mental”. Por meio do conceito de doente mental constitui-se uma grande produção discursiva que, ao longo do tempo, normatizou diversas práticas. E que ainda hoje estão presentes como, por exemplo, na expansão das indústrias farmacêuticas e nos inúmeros medicamentos produzidos para a área da saúde mental (AMARANTE, 2010; DESVIAT, 1994; CARVALHO; AMARANTE, 2012).

Iniciado o processo de separação, desse sujeito considerado doente mental, da vida em sociedade, a partir de normatização pela “lei e pelos saberes criam-se espaços fechados para recolhê-los”, isto é, a “ordenação higiênica dos espaços públicos, dos espaços privados, pela saúde da humanidade” (ALARCON, 2013, p. 26). A cura passa a ser vista como uma possibilidade diante da doença mental, “[...] a cura passou a ser uma relação entre a possibilidade da boa vontade contra a doença representada por uma má vontade, ou pelo defeito da vontade em se colocar docemente na conformidade de sua verdade íntima” (ALARCON, 2013, p. 30). Segundo Desviat (1994, p. 20):

La psiquiatría es la garantía que salva la legalidad. Surge el internamiento; el aislamiento y el tratamiento moral constituyen los elementos terapéuticos del movimiento alienista (Pinel, Esquirol, Georget, Ferrus...). La locura se separa del campo general de la exclusión para convertirse en una entidad clínica que es preciso describir pero también atender médicamente, procurando su curación.¹

Outro tópico apontado por Desviat (1994), que existe ainda hoje, é que a Psiquiatria faz uma aliança com o Direito, fundamentada em duas ideias: a primeira, de que não há como imputar responsabilidade criminal ao louco e a segunda, influenciada pela Teoria da Degeneração, do psiquiatra Habla Morel, que introduziu ideias de que há anomalias físicas e psíquicas, geralmente hereditárias. Sua teoria influenciou a criação de modelos de

¹ Tradução livre do texto referenciado acima: Psiquiatria é a garantia que salva a legalidade. Surge o internamento; o isolamento e o tratamento moral constituem os elementos terapêuticos do movimento alienista (Pinel, Esquirol, Georget, Ferrus...). A demência é separada do domínio geral de exclusão para se tornar uma entidade clínica que é necessário descrever, mas também satisfazer medicamente, em busca de sua cura.

atendimento, de intervenção e prevenção de condutas indesejadas, para uma população considerada de risco para si mesma e para os outros.

A partir de pesquisas, a Psiquiatria começa a vincular o desvio de conduta e um estado anormal, que seria herdado (CAPONI, 2012). E, com o enlace das duas ciências, tem-se o louco como figura incapaz de responder diante da sociedade, e novos conceitos surgem no cenário científico e são absorvidos pelo senso comum, ligando o conceito de loucura à periculosidade, à incurabilidade, à hereditariedade e à cronicidade. Dá-se ao louco o título de ser incapaz, destituído da razão e de vontade; é passado, então, a um “outro” o poder de tutelar e, nesse momento, há um crescimento do número de centros especializados no cuidado dos doentes mentais (BIRMAN, 1992; DESVIAT, 1994). A partir da constituição do poder tutelar, legalizam-se a exclusão social e a destituição dos direitos sociais das pessoas denominadas loucas; elas perdem sua cidadania plena, pois são julgadas como sujeitos incapazes de cumprir o pacto social (BIRMAN, 1992).

No século XX, uma nova crise no sistema econômico intensifica as desigualdades sociais e, a partir de embates, começam a crescer movimentos sociais que buscam um novo olhar sobre as minorias e as diferenças. A partir do pós-Segunda Guerra, surgiram os movimentos anti-institucionais, bem como críticas ao modelo hospitalocêntrico e ao paradigma psiquiátrico, iniciando-se uma busca de um novo tipo de atendimento, extra-hospitalar (DESVIAT, 1994).

Movimentos desta natureza, em diversas partes do mundo, geraram projetos de desinstitucionalização, mas em cada lugar o processo apresentou suas especificidades, como por exemplo, Estados Unidos, Inglaterra, França, que buscaram repensar os manicômios e modernizá-los. E na Itália, onde houve mudanças mais profundas, buscou-se pensar a loucura fora do espaço da dualidade racionalista causa-efeito; como resultados têm-se o fechamento dos manicômios e a abertura de outras formas alternativas de serviços (AMARANTE, 2010; DESVIAT, 1994).

É importante pensar sobre o conceito de desinstitucionalização, construído com os movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo, como forma de tentar resolver o paradoxo estrutural, como aponta Birman (1992), que vê na figura do enfermo mental alguém com especificidades e, de outro lado, por essas especificidades, lhe foi retirado o direito de ser cidadão. A desinstitucionalização surgiu do resultado da busca por uma solução do paradoxo estabelecido, mas pode-se afirmar que, ao longo da história, ela tornou-se sinônimo de muitos conceitos teóricos diferentes.

No caso da Reforma Psiquiátrica nos Estados Unidos, nota-se em um primeiro momento a desinstitucionalização como sinônimo de desospitalização. Essa compreensão nasce de projetos da psiquiatria preventiva e comunitária. Seu pilar de sustentação é que o problema dos sistemas psiquiátricos decorre da ineficiência da aplicação do saber e das técnicas; enfim, da falta de administração. As consequências seriam que, com o funcionamento efetivo e ao mesmo tempo com um trabalho de cunho preventivo, sanitário e promocional, diminuir-se-ia a necessidade de leitos. Não há, nesse momento, um questionamento da doença e do papel do médico; aqui, a noção de instituição diz respeito apenas ao manicômio ou hospital psiquiátrico. Ou seja, para que ocorra a desinstitucionalização é necessária a mudança de espaço (AMARANTE, 2010; HEIDRICH, 2007).

Uma segunda concepção de desinstitucionalização como sinônimo de desassistência foi apresentada por grupos contrários ao processo de desinstitucionalização. Faziam parte desses grupos segmentos conservadores como: a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e os empresários da área de hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2010; HEIDRICH, 2007). Morgado e Lima (1994), em seus textos, trazem posicionamentos de diversos autores, como Borus, Sharfstein, Rossi e Cols, e outros autores, que apresentavam que o projeto de desinstitucionalização resultaria em desamparo e desassistência e, entre os argumentos para defesa desta posição estava o de que, no decorrer do processo, ocorreria “desamparo dos pacientes graves [...], alta rotatividade de pacientes [...], custo não monetário [...], problemas com a justiça/polícia [...], politização do movimento [...]” (MOGARDO; LIMA, 1994, pp. 21-24).

Um terceiro conceito de desinstitucionalização é sinônimo de desconstrução, em que se compreende que a luta não é contra os manicômios, contra a Psiquiatria e, sim, como afirma Rotelli (1990, p. 1),

A instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura. [...] o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. Sobre essa separação artificial se constituíram os conjuntos institucionais todos referidos à doença. Era necessário desmontar este conjunto (negar aquelas instituições) para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto “existência doente”. Portanto, as antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes (e o mesmo acontecerá às instituições previstas por diversos projetos de lei da contrarreforma). A ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização: e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura.

É a partir da Reforma Psiquiátrica proposta por Basaglia (1979) que o conceito de desinstitucionalização se liga à ideia de desconstrução. O conceito de desinstitucionalização foi amparado em duas noções: a de institucionalização e a de poder institucionalizante. Para a formulação destes conceitos, Basaglia buscou a base teórica em Burton, que trabalhou o conceito de neurose institucional, e em Goffman, com o conceito de instituição total (AMARANTE, 2010, p. 83). Segundo Basaglia (*apud* AMARANTE, 2010, p. 84), a institucionalização é “o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção”, e o poder institucionalizante “é entendido como o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais quando o doente [é] fechado no espaço angusto da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença [...]”.

A desinstitucionalização, nesta concepção, é então, uma luta para o reconhecimento de que há uma complexidade a ser refletida; teorias e práticas psiquiátricas a serem desconstruídas e, ao mesmo tempo, serviços, estratégias e intervenções a serem construídas. Foi esta concepção que influenciou o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que será apresentado a seguir.

1.1 BREVE RELATO DO PERCURSO, NO BRASIL, DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PROJETO

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira inicia-se no final da década de 1970, com a criação, a atuação e os embates de diversos movimentos, instituições, entidades e militâncias que buscavam a formulação das políticas de saúde mental no Brasil. Em muitos momentos, pode-se notar que coexistem forças que não desejam mudanças na forma de atendimento aos pacientes do sistema manicomial e forças que criticavam o *status quo* e desejavam transformações. Segundo Amarante (2013a), pode-se observar que, durante todo o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, houve três momentos: o primeiro ocorre a partir da década de 1970, até o início da década 1980; o segundo, na década de 1980 e o terceiro se inicia no final da década de 1980. Em cada um desses períodos, diversas forças atuaram com maior ou menor intensidade, como será apresentado abaixo.

Segundo Amarante (1997) e Desviat (1994), ao se utilizar o termo Reforma Psiquiátrica é importante sinalizar que há diversos momentos na história da Psiquiatria, nem sempre denominados Reforma Psiquiátrica, mas que visavam à modificação da forma de lidar

com o campo da saúde mental. Por exemplo, o modelo de colônias de alienados foi um projeto de uma Reforma Psiquiátrica no início do século XIX na França, Alemanha, Itália, Inglaterra e no Brasil, no final do século XIX até a metade do século XX. Em alguns momentos históricos, esse termo foi utilizado como forma de amenizar conflitos e resistências a mudanças, e com o objetivo de recuperação da capacidade terapêutica da psiquiatria clássica. Entende-se, neste trabalho, Reforma Psiquiátrica como:

Um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 2013a, p. 87).

O primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode-se nomear como período de uma trajetória alternativa, que compreenderia o final da ditadura, a partir dos últimos anos da década de 1970, em que a forma de atuação autoritária começa a ser questionada, começa a ocorrer manifestações e surgem diversos movimentos. De acordo com Amarante (2013a), podem-se destacar representantes das diversas forças que atuaram neste momento: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM); Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos; Movimento de Renovação Médica (REME); Rede de Alternativas à Psiquiatria; Sociedade de Psicossíntese; Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); Federação Brasileira de Hospitais (FBH); indústria farmacêutica; “empresários da loucura”, expressão criada por Carlos Gentile de Melo, para referir-se aos investidores representantes dos hospitais privados psiquiátricos (AMARANTE, 2013b); universidades e o Estado, por meio do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

A formação do MTSM foi fundamental para discussões de projetos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O MTSM tinha como característica principal a não institucionalização do movimento como estratégia de luta contra a institucionalização. Outra característica a ser destacada é o fato de esse movimento ter sido múltiplo e plural, abarcando profissionais da saúde, bem como organizações como a CEBES; sindicatos; associações de médicos e residentes; os conselhos (CRM, CFM, CRP, etc.) e ordens (OAB). O objetivo desse

movimento era elaborar alternativas inspiradas em propostas de desospitalização (AMARANTE, 2010, 2013a).

No ano de 1978, no Rio de Janeiro, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e, para esse evento, vieram ao Brasil pensadores que compunham a Rede de Alternativas à Psiquiatria, que fazia parte do movimento Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria, sendo eles: Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erwing Goffman. Pesquisadores brasileiros aproveitaram a vinda de Basaglia ao Brasil para esse evento e o convidaram para diversas palestras, conferências em diversos espaços, como universidades, sindicatos e associações. Nos anos seguintes, e principalmente durante toda década de 80, ocorreram muitos congressos, encontros, simpósios, conferências e debates, com atuação de profissionais da saúde, pensadores, universitários, usuários e diversos segmentos da sociedade (AMARANTE, 2010; 2013a).

No início do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, tinham-se como base a crítica ao predomínio do saber médico constituinte da psiquiatria e uma busca pela desinstitucionalização. Outro ponto comum entre as diversas experiências e lutas pela reforma brasileira é a inspiração na experiência do italiano Franco Basaglia, que, como mencionado anteriormente, trouxe um novo conceito de desinstitucionalização e a proposta de um caminho que transpusesse o campo meramente psiquiátrico (AMARANTE, 2010; 2013a; 2013b).

O segundo momento da Reforma Psiquiátrica ocorre na década de 1980; nesse momento, a reforma psiquiátrica passa por uma trajetória sanitarista. Esta tinha como objetivo fazer reformas no aparato burocrático do sistema de saúde nacional, mas sem tocar profundamente no paradigma psiquiátrico. Uma das estratégias adotadas foi a de fazer parte das tomadas de decisões do Estado, sendo que, então, muitos integrantes do movimento passam a fazer parte do governo, pois se acreditava que seria possível resolver os problemas encontrados na saúde a partir de uma boa administração técnica e ética. Com a “institucionalização” do pensamento crítico, o Estado consegue legitimidade para instituir políticas privatizantes e elitistas. Nesse momento, cresce a importância do saber administrar e planejar, que seria o ponto central para a resolução dos problemas do âmbito da saúde (AMARANTE, 2013a; TENÓRIO, 2002).

Ainda na década de 1980, tem-se uma mudança na luta pela Reforma Psiquiátrica, que sai do âmbito dos trabalhadores em Saúde Mental e chega ao âmbito dos movimentos sociais. Houve, nesse período, o início de reformulações legislativas e novas experiências. Em 1986, aconteceram dois eventos importantes; o primeiro, o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo e o segundo, na cidade de Buenos Aires, que foi o III Encontro Latino-

Americano da Rede de Alternativas às Psiquiatrias². Realizaram-se nesses dois eventos debates sobre o fracasso das experiências “alternativas” como psiquiatria preventiva, às técnicas sanitaristas de organização do subsistema de saúde mental, em contrapartida ao modelo clássico asilar. Do congresso em Buenos Aires, participaram muitos integrantes do MTSM e este momento foi de muita reflexão sobre o trabalho e atuação no âmbito da saúde mental no Brasil.

Posteriormente, em 1987, esses integrantes do MTSM organizaram no Brasil a I Conferência de Saúde Mental. De acordo com Amarante (2013a), essa conferência marca o fim da trajetória sanitarista no movimento da reforma psiquiátrica e inicia-se a trajetória da desinstitucionalização, com entendimento de que não há como melhorar as estruturas vigentes (hospitais de internação e ambulatório), e sim, criar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado. Cabe atentar que a Reforma Sanitária teve toda uma importância dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica, pois ela tem sua força maior no período da ditadura, um momento difícil de embates e denúncias (AMARANTE, 2013a).

O terceiro momento; inicia-se no final da década de 1980 e, segundo Tenório (2002, p. 34) foi então que:

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar-segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.

Alguns dos eventos importantes nesse terceiro momento foram as I e II Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceram, respectivamente, em 1987 e 1992, tendo sido produzidos, ao término desses eventos, relatórios finais. De acordo com Amarante (2013a, p. 75), na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em seu relatório final, encontravam-se recomendações importantes, como:

- A orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com o intuito não só de redirecionar as suas práticas (de lutar por melhores condições institucionais), mas também de combater a psiquiatrização do social, democratizando instituições e unidades de saúde;
- a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, e que o Estado reconheça os

² Para saber mais sobre as diversas formas de tratamento da loucura, ver Heidrich, 2007.

espaços não profissionais criados pelas comunidades, visando à promoção da saúde mental;

- a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi um marco porque delinea um período, envolvendo mudanças nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, como aponta Amarante (2013a, p. 76). E, em seu relatório final, apontou a importância da criação de um programa de moradia para egressos e da tomada de medidas para evitar internações prolongadas. A sociedade, então, é chamada para discutir, refletir, desconstruir e construir sua relação com o louco. Cria-se o lema “Por uma sociedade sem Manicômios” e o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, no dia 18 de maio. Novos termos surgem nessa nova etapa da Reforma Psiquiátrica, como: usuários, ao invés de pacientes, clínica ampliada, hospital dia, atenção integral, cidadania e outros (TENÓRIO, 2002).

Esse terceiro momento, denominado de desinstitucionalização, é objeto de estudo desta dissertação, que busca investigar um dos dispositivos chamado de Serviço Residencial Terapêutico, que foi regulamentado pela Portaria nº 106, no ano de 2000, criada a partir da luta pela Reforma Psiquiátrica. Antes da regulamentação, esse serviço existia no Brasil como forma de experiências em diversos lugares, como por exemplo: na década de 1970, inicialmente como experiências da rede privada; posteriormente, na década 1980, como projetos de moradia e na década de 1990, residências terapêuticas como recurso da rede de atenção psicossocial (DELGADO, 2006).

A mudança de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de residências terapêuticas tem necessariamente que vir acompanhada de mudanças profundas no atendimento das demandas. A desinstitucionalização e a implantação do Serviço de Residências Terapêuticas envolve toda uma mudança de olhar sobre o sujeito, de conceitos acerca do que é saúde, do que é normal e do que é patológico e do que é doença mental. Essas mudanças trazem consigo uma reflexão e uma desconstrução de um aparato material e teórico-conceitual e, conseqüentemente, a construção de novos dispositivos de atendimento a esse sujeito (BIRMAN, 1999).

1.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PARTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO

BRASIL

Para refletir o processo de desinstitucionalização como parte das políticas públicas é necessário discutir também o modelo do sistema de saúde brasileiro, pois este foi organizado para abranger todas as áreas da saúde. O modelo brasileiro atual é uma consequência da Reforma Sanitária Brasileira, que foi instituída pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas leis federais nº 8.080 e nº 8.142, as quais foram sancionadas em 1990, e é denominado de Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é responsável pelo suporte e a efetivação da política da saúde, por meio de estabelecimento de princípios e de diretrizes de ação. Ele tem como objetivo a formulação, implementação de políticas, a coordenação e a integração das ações de saúde dos subsistemas verticais (vigilância e assistência à saúde) e subsistemas territorial (nacional, estadual e municipal), com o fim maior de promover condições de vida saudável a todos.

Segundo Vasconcelos e Pache (2006), os princípios doutrinários que regem o funcionamento do SUS são: a Universalidade, isto é, garante o direito à saúde a todos, sem discriminação; a Integralidade, ou seja, considera as várias dimensões do processo saúde-doença, pensando nos processos de prestação de serviço de forma continuada (promoção, proteção, cura e reabilitação) e a Equidade, isto é, acesso a todas às ações e serviços de saúde.

As diretrizes organizativas que regem o modo de funcionamento e a organização das ações do SUS são: a Descentralização, em que os municípios são os gestores dos serviços e ações; a Regionalização, que objetiva distribuir de forma mais racionalizada os serviços de saúde; a Participação, que visa assegurar a participação comunitária dos cidadãos organizados em Conselhos de Saúde e a Integração, propondo a união das ações dos diversos subsistemas, a fim de garantir o cuidado de forma continuada aos usuários do sistema (VASCONCELOS; PACHE, 2006). O SUS é constituído a partir da articulação entre as esferas municipal, estadual e federal, englobando ainda o setor privado da saúde, na parte de atendimento aos usuários (por exemplo: por meio de convênios).

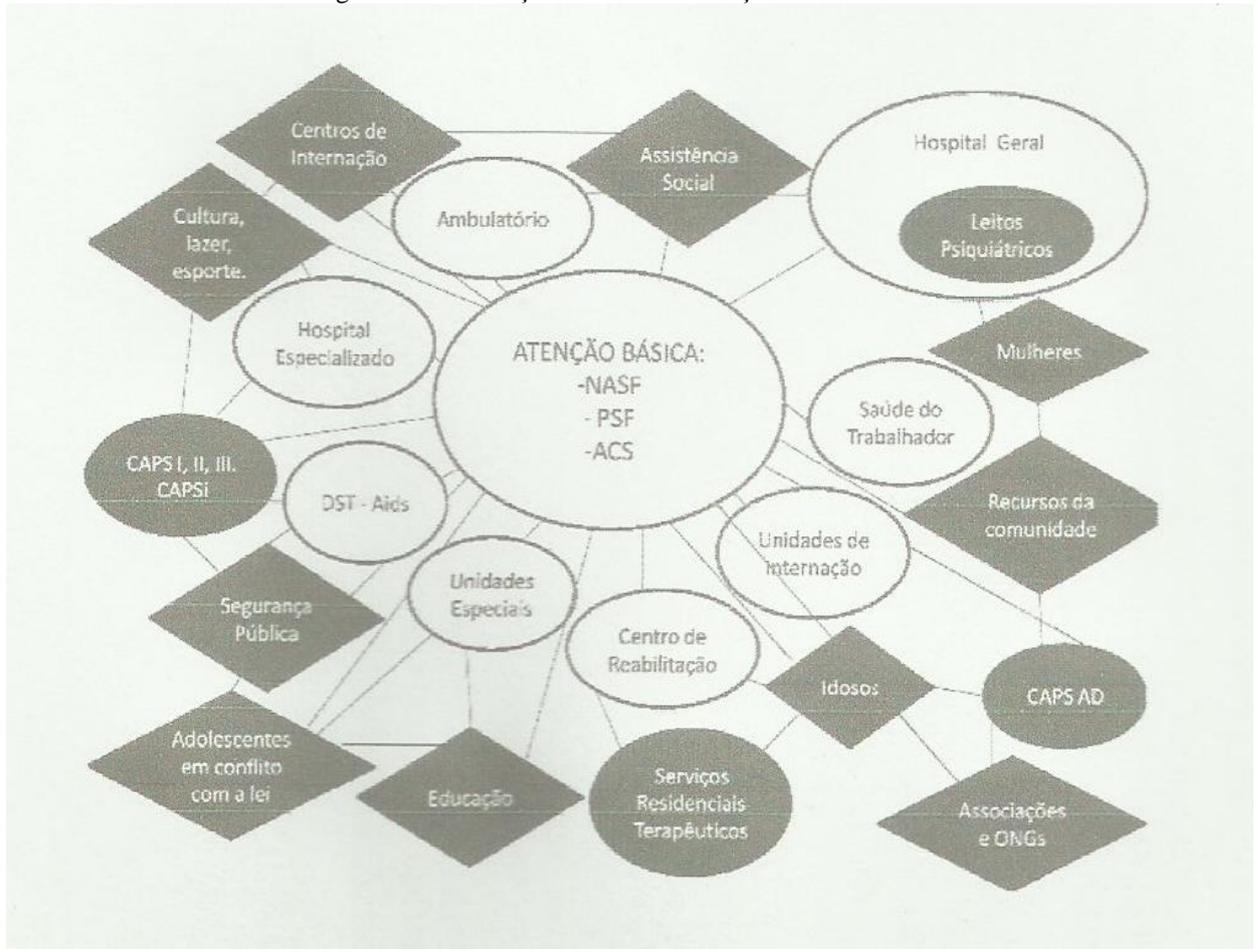
Na área da saúde mental, no início da década de 1990, o SUS cria uma série de conjuntos de normas e diretrizes, com o objetivo de implementar novas formas de atuação, não ficando mais fixada no modelo de atenção centrado no Hospital Psiquiátrico. Segundo Tenório (2002) e Albuquerque (2006b), uma das primeiras medidas ocorreu com a publicação da Portaria nº 189/1991 (BRASIL, 1991), introduzindo mudanças no âmbito de financiamentos de hospitais psiquiátricos, na busca de novas alternativas para atendimento. Só a partir dessa Portaria é que novas formas de atendimento, novas técnicas terapêuticas e

métodos de atendimento e assistência tinham a possibilidade de receber verbas públicas. E, posteriormente, com a Portaria nº 224/1992 (BRASIL, 1992), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) foram regularizados em nível nacional. Começa, a partir deste momento, a operacionalização do processo de desinstitucionalização. Essa Portaria classifica o atendimento em saúde mental em duas áreas:

- o hospitalar, que constitui a internação (da forma de integral, esta passa a ser de no máximo 45 dias corridos) e os hospitalares dias;
- o ambulatorial, nos quais os CAPS e NAPS são considerados ambulatórios no sentido amplo.

O SUS atua em diversas frentes do campo da saúde, como na promoção, proteção, cura e reabilitação. Concomitante, o SUS também, desde sua organização, visou mudar alguns paradigmas em relação ao conceito de “saúde”; anteriormente saúde era vista apenas como ausência de doença. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do SUS, que foi criada pela Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011a), visa aumentar o acesso da população, bem como alavancar a vinculação das pessoas portadoras de transtornos mentais, de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e suas famílias à rede saúde pública (AMARANTE, 2013b). A Figura 1, construída pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), mostra a RAPS com toda a articulação de seus diversos setores de atuação.

Figura 1 – Articulação da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2011, p. 17).

Como parte deste amplo campo de atuação, coube também ao SUS a efetivação do projeto de desinstitucionalização e a reintegração dos doentes mentais graves na comunidade. Para tanto, foram criados alguns programas para o cumprimento desta meta, como o “De Volta para Casa” (BRASIL, 2003) e Programas de Reestruturação de Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (BRASIL, 2004b), que nascem a partir de algumas necessidades levantadas por meio das reflexões estabelecidas pelo movimento pela desinstitucionalização, sendo algumas delas:

- a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;
- a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; e,
- a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2000).

Começa uma nova política de regulamentação para funcionamento dos hospitais psiquiátricos com o objetivo de avançar com o processo desinstitucionalização, pois agora não mais era a internação a única via para lidar com momentos de crise.

Dados apresentados no “Relatório de Saúde Mental em Dados” (BRASIL, 2012) apontam que o processo de desinstitucionalização, como parte das políticas públicas, tem sido efetivo. Analisam-se, por exemplo, os números de leitos em hospitais psiquiátricos que, em 2002, eram de 51.393 e em 2012 este número caiu para 29.958; evidenciando que o processo de desospitalização tem caminhado (BRASIL, 2012).

Há, então, a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, mas estas novas políticas não impediram o aparecimento de novos “moradores” adultos ou crianças em hospitais e, em alguns casos, a via judicial torna “legal” a longa permanência na instituição (BLIKSTEIN, 2012; DELGADO, 2006; VASCONCELOS, 2006). Um exemplo desta situação pode ser visto na dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, por Flávia Blikstein (2012), intitulada “Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico”. A autora mostra como, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ainda há a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo e como, por via de ordens judiciais, eles se tornam moradores desta instituição. Ela investiga, a partir de prontuários de 2005 a 2009.

Mas há, também, ponderações a serem feitas sobre estes números, partindo da ideia de que o que as políticas públicas chamam de processo de desinstitucionalização ou como estão nomeados no “Relatório de Saúde Mental em Dados 11” (BRASIL, 2012), de “estratégias de desinstitucionalização”; será mesmo desinstitucionalização ou será a desospitalização? A desinstitucionalização é um conceito mais amplo do que apenas a diminuição de leitos hospitalares, de hospitais psiquiátricos e aumento dos SRTs. Segundo Ardoino e Lourau (2003 *apud* ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 300),

A Instituição [...] é imaterial. Pode ser entendida como um dispositivo que atravessa a materialidade das organizações. “Ela se define, então, como o movimento pelo qual as forças sociais se materializam em formas sociais” (p. 25). Tais dispositivos articulam forças que buscam a padronização e normalização (instituído), ou seja, a reprodução de modos de vida naturalizados, mas também constituem forças instituintes que rompem com a cristalização e inauguram novos processos.

É necessário pensar se de fato houve mudanças na vida de quem precisa se utilizar das novas estratégias de acolhimento. Com o intuito de conhecer melhor o funcionamento deste

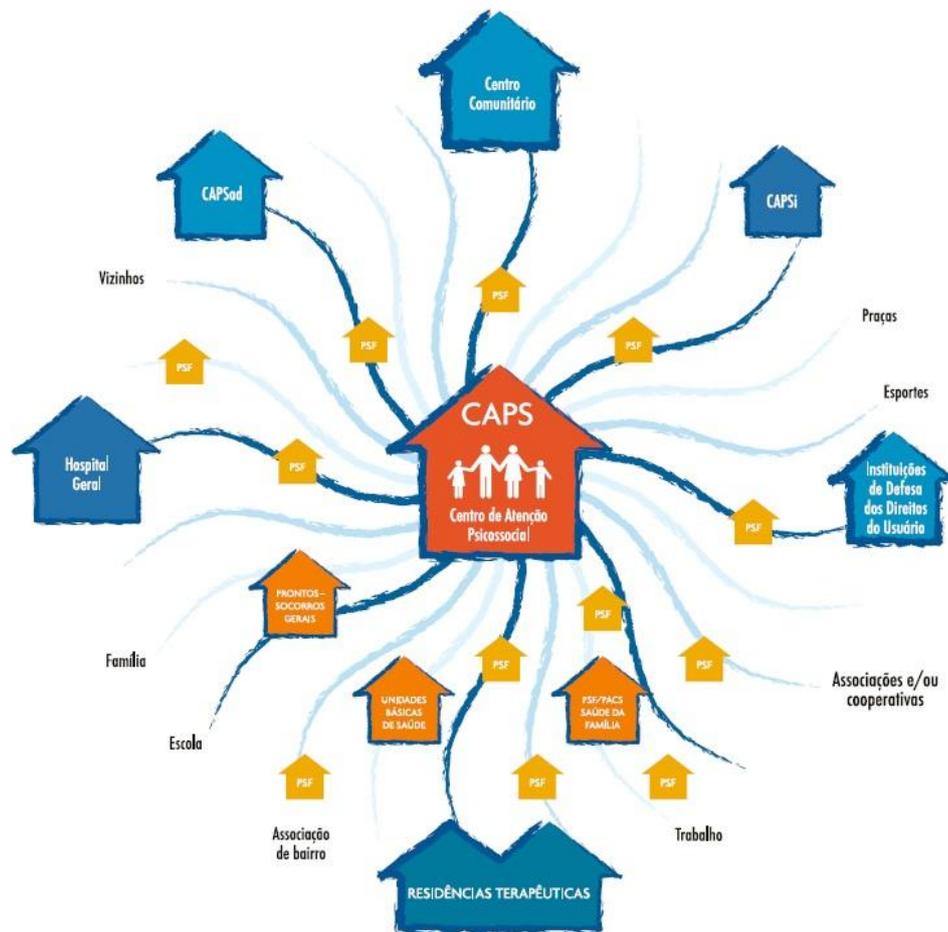
dispositivo, serão apresentados, a seguir, sua legislação e seu modo de funcionamento, por via da análise do relato dos cuidadores das RTs.

1.3 O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

O SRT nasceu a partir do caminhar do processo da Reforma Psiquiátrica e da necessidade de se pensar onde recolocar todas as pessoas que, depois de anos no sistema manicomial, não tinham mais laços familiares. Na II Conferência de Saúde Mental foi ressaltada a importância da criação e manutenção de um sistema que substituiria os hospitais psiquiátricos. Posteriormente, as experiências de algumas cidades com projetos de reinserção de pacientes, como em Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS), auxiliaram na produção de políticas de caráter nacional.

No site do Ministério da Saúde encontram-se disponíveis as Portarias n.º 106/2000 (BRASIL 2000a), n.º 1220/2000 (BRASIL 2000b), n.º 246/2005 (BRASIL, 2005) e n.º 3.090 (BRASIL, 2011b), que regulamentam a implantação, o funcionamento, a organização e o financiamento do SRT. O dispositivo de SRT é um dos serviços que fazem parte da rede do SUS e tem como objetivo incluir quem esteve muito tempo no âmbito da exclusão e da cronificação manicomial (SANTOS, 2006). Com a regulamentação do dispositivo, o Estado reconhece o direito à liberdade a quem esteve por anos trancados, sem ter cometido crime, mas justificado por modelo de tratamento (FURTADO; BRAGA-CAMPOS, 2011). A Portaria 106/2000 (BRASIL, 2000a) define que serão RTs as casas ou moradias inseridas na comunidade e que, para sua implantação, é necessário que esta se interligue à rede de serviços do SUS (BRASIL, 2004a), que é essencial para seu funcionamento. A Rede de Atenção à Saúde Mental pode ser melhor visualizada por meio da Figura 2.

Figura 2 – A Rede de Atenção à Saúde Mental
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Brasil (2004a, p. 11).

A última Portaria criada foi a de n.º 3.090 (BRASIL, 2011b), a qual estabelece a possibilidade de que os SRTs possam ser definidos como tipo I ou tipo II. No texto desta Portaria fica estabelecido o tipo de recursos financeiros destinados a cada tipo, bem como as diretrizes para o funcionamento de cada um. O SRT tipo I é destinado a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. O número de moradores seria de no mínimo 4 e no máximo 8 e tem como profissional fixo na casa o cuidador. Tem se como objetivo:

O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente – trabalho, lazer, educação, entre outros (BRASIL, 2011, p. 2).

E o SRT tipo II é para as pessoas com transtorno mental acentuado e com alto grau de dependência (principalmente física) e que necessitam de cuidados permanentes. Neste tipo, o número de moradores seria de no mínimo 4 e no máximo 10. Poderá ainda contar com profissionais como: cuidadores, técnico em enfermagem psiquiátrica e auxiliar de enfermagem. O objetivo desta é

A reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção dos mesmos na rede social existente. (BRASIL, 2011, p. 2).

A saída do espaço hospitalar e manicomial para uma Residência Terapêutica (RT) é um processo que não se acaba com a simples mudança de endereço. E atos simples do cotidiano tornam-se tarefas complexas para quem esteve tantos anos institucionalizado, como por exemplo, escolher a roupa, a hora de comer, tomar banho, sair para rua e comprar um objeto. Sentir a casa como espaço seu não é algo dado e pronto, não é por estar em um espaço intitulado residência que esta se torna uma residência de fato (FURTADO; BRAGACAMPOS, 2011).

A casa para o sujeito não é só a construção física, precisa de todo um trabalho para que a casa, como categoria singular, seja vivenciada pelo sujeito. E, ao mesmo tempo, é necessário todo um trabalho clínico dentro de espaço para que esta se torne moradia. Delgado (2006, p. 30) aponta um caminho: “quanto menos ‘clínica’ ou ‘terapêutica’, mais eficaz como clínica”.

Os dispositivos residenciais têm então, como função, mediar a construção de novo olhar social para a loucura, por meio de uma nova dialética de cuidado e resgatando o cidadão, por meio da inclusão na sociedade (ALBUQUERQUE, 2006a; AMORIM; DIMENSTEIN, 2007; FREIRE, 2012). Na Portaria 106, se estabelece que o SRT tenha os seguintes princípios e diretrizes: as necessidades dos moradores, com o objetivo de alcançar sua autonomia; a inserção social, bem como o seu objetivo central, que é atender aos princípios da reabilitação psicossocial, que são: oferecer ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários. Além de respeitar o direito dos moradores “como cidadãos e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário” (BRASIL, 2000a).

Mas, “como construir a inclusão na sociedade sem exigir que o diferente seja igual [...] dizer que uma residência é ‘terapêutica’, embora preciso, diante das designações anteriores, é também uma licença poética” (DELGADO, 2006, p. 29). A casa e a terapêutica são dois elementos que se fundem e constituem uma teia social na qual diversos indivíduos se encontram e desencontram. É “um desafio que implica uma indissociabilidade entre clínica, crítica, política, ética e estética, que nos faz afirmar uma perspectiva clínico-institucional que se tece nas tensões, intensificando e fazendo vibrar o campo problemático da loucura e da vida” (MACHADO; LAVRADOR, 2002). Há neste espaço uma contradição que pertence à sua constituição, ela é casa/serviço, dimensão do habitar/dimensão do terapêutico. Aceitar esta complexidade do espaço é perceber a sua potencialidade, mas sem cair em posições dicotômicas (BRUM, 2012; FREIRE, 2012). É importante manter a contradição sem tentar resolver, pois, o trabalho ali se dá exatamente na tensão da contradição. Observando que há possibilidade de criar um espaço único para que cada morador se sinta em casa, que essa criação passa pela percepção que cada um ali é único em sua forma de ser e que não há uma fórmula única a ser seguida no dia a dia da residência (CAVALCANTI *et al.*, 2006; FRARE, 2012; FREIRE, 2012).

Segundo Santos (2006, p. 163), o SRT é um

[...] dispositivo de cuidado que aborda a parte mais difícil da Reforma Psiquiátrica, uma vez que enfrenta problemáticas do ‘estar em’ e do ‘habitar’ não somente uma casa, mas também a cidade daqueles que tiveram intensificada sua condição de ‘sofrimento psíquico grave’ por muitos anos de internação.

1.4 CUIDADORES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

A Portaria n.º 1220/2000 estabelece que seja função do “cuidador em saúde” e em atuação conjunta com a equipe de profissional:

Acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental – até 31 acompanhamentos/paciente/mês. Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência ao atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, lazer e trabalhos assistidos, alfabetização na perspectiva de reintegração social. Este acompanhamento tem de estar vinculado a uma unidade ambulatorial com Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental (BRASIL, 2000b).

Dependerá da forma de arranjo do SRT para que seja estabelecida a carga horária e a forma de trabalho. Na RT em que os moradores precisam de um acompanhamento mais

próximo, os cuidadores podem se revezar em cargas horárias de 24 horas; em outras, há cuidadores que trabalham no período diurno e outros no noturno. Enfim, as formas de arranjos e rearranjos do horário e a forma de trabalho são diversas. A existência de cuidadores expressa uma parte da rede de cuidados e é fundamental para a organização dos espaços internos nas RTs, além de ser, também, um elo com o mundo exterior, por meio de atividades que executam, ao acompanhar os moradores em compras no supermercado, farmácias e passeios. Frare (2012) mostra a importância do trabalho dos cuidadores dentro das residências e para todo o projeto de desinstitucionalização, quando diz: “Temos assim o cuidador como uma dobradiça entre o serviço, a cidade e o morador, sem a qual nada acontece” (p. 108). É dessa função de cuidado que se trata quando se constata os benefícios que os moradores adquirem vivendo em Residência Terapêutica.

Segundo Estrella (2010), o cuidador é uma profissão ainda não regulamentada, mas é reconhecido como trabalhador do campo da saúde mental; não é visto como voluntário ou pessoa caridosa que está neste ambiente por solidariedade. Em relação à sua “não formação específica”, ou que sejam profissionais com alguma formação, é um ponto importante, já que estes precisam compreender seu papel dentro das RTs, pois “é impossível o acompanhamento cotidiano em uma casa tornar-se protocolar, recheado de saberes, de procedimentos” (ESTRELLA, 2010, p. 88).

Outra autora que escreve sobre a “não formação específica” dos cuidadores é Frare (2012). Ela diz que quanto menos saber específico os cuidadores tenham, maior será a chance de um olhar desprovido da patologização e psicologização, o que é fundamental para a desconstrução de muitos pré-conceitos e inclusão dos moradores no bairro e na cidade. E também chama a atenção para o fato de a expressão “não formação específica” indicar que há um “saber leigo”³ por parte dos cuidadores e que este saber gera práticas no cotidiano das residências. Entretanto, indica que “essa indicação não reduz o saber de um cuidador a um saber que não precisa ser trabalhado, melhorado e constantemente questionado” (FRARE, 2012, p. 112).

Um dos caminhos apontados pela autora para não deixar a “não especificidade” do cuidador estagnada sem um questionamento, seria por meio da supervisão da equipe por profissionais especializados, pois este momento abre novas perspectivas e possibilita a construção de saberes novos. Tal supervisão pode tornar-se um espaço para pensar manejos e estratégias e permitir conhecer melhor a forma de ser de cada morador (FRARE, 2012).

³ Saber leigo é diferente do senso comum; para melhor entendimento, ver Frare (2012).

Por outro lado, esta não “formação específica”, embora possa trazer práticas novas, não significa que sejam sempre acertadas, como aponta Ribeiro (2009), em seu estudo com os cuidadores de uma residência terapêutica de Vitória (ES). O autor relata que há necessidade de investigação e discussão das práticas e estratégias criadas por parte dos cuidadores para resolver as questões do dia a dia, pois a falta de conhecimento por parte deles fez com que atuassem de forma a infantilizar os moradores e, por outro lado, trouxe o sofrimento no trabalho, por não saber como lidar em momentos de crises.

Sendo assim, Furtado (2006) traz alguns problemas que têm afetado a expansão do SRTs no Brasil. E um dos pontos de discussão é a respeito dos trabalhadores das RTs, que não têm acesso ou têm pouca oferta de processos educativos e, conseqüentemente, acabam mantendo o modelo hospitalar nas RTs.

Birman (1999, p. 11), em seu texto, mostra como os seres humanos constroem sua imagem e suas percepções sobre seus corpos, a partir do olhar do outro, e por meio de um longo aprendizado social, constroem seus saberes e crenças “para se acreditarem doentes ou saudáveis, regulados ou desregulados nas suas experiências corpóreas”. Será sob o olhar dos cuidadores no dia a dia das RTs que os antigos pacientes dos hospitais psiquiátricos, ou manicômios, realizarão a construção de novos sentidos e significados para as novas vivências. “O direito ao cuidado inclui o direito de viver dignamente na sociedade, sendo cuidado também na inclusão social. Não há clínica da Reforma que não seja clínica da inclusão social” (DELGADO, 2006, p. 29).

Santos (2006, pp. 165-166) também fala da importância dos cuidadores neste processo:

A ausência de opressão, a inclusão e o resgate da cidadania perdida devem estar intrinsecamente ligados a uma dimensão clínica permanentemente presente na relação de cada morador com os cuidadores, a fim de que haja, efetivamente, uma cidadania a ser promovida. [...] A especificidade desse dispositivo residencial de modo algum implica a necessidade de uma especialidade da equipe de cuidadores; ao contrário, ele radicaliza a proposição de que, quanto menor for o grau de especialidade na lida com os moradores, maior a possibilidade de surpresa, espanto e conseqüentemente, abertura a um espaço de invenção.

1.5 UM POUCO DA HISTÓRIA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE JATAÍ⁴

⁴ Baseada na entrevista com a psicóloga responsável pelo CAPS.

O município de Jataí está localizado na região sudoeste do estado de Goiás, a 320km da capital. No ano de 1952, foi criado em Jataí o Albergue Beneficente São Vicente de Paula, por um grupo de religiosos espíritas, com o objetivo de acolhimento dos necessitados. O albergue chegou a ter quatro unidades, sendo: uma para idosos; outra para pessoas com transtorno mental; uma para pessoas fora de possibilidades terapêuticas (doentes terminais, pacientes vítimas de AVC) e um orfanato. Sendo que a unidade para pessoas fora de possibilidades terapêuticas e o orfanato funcionaram pouco tempo, por falta de verba do Governo Federal.

No final da década de 1980, o albergue começa a desmanchar as celas onde os pacientes ficavam e iniciou-se um processo de mudanças, que se acelerou após a aprovação da nova Constituição, cujo artigo 199 § 1 preconiza que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988). Então, na busca de se adequar às novas normas, no ano de 1988 foi formada uma equipe de trabalho com uma psicóloga, um psiquiatra, uma enfermeira e uma assistente social.

No início dos anos 90, o Hospital Psiquiátrico do município contava com cento e sessenta leitos. No ano de 1995, com o processo de fechamento do maior hospital psiquiátrico goiano, que ocorreu por completo no ano de 1997, o Hospital Psiquiátrico Prof. Aduino Botelho, a cidade de Jataí recebeu 30 pacientes vindos desta unidade. Uma história importante de ser contada – que depois virou uma peça teatral realizada pelos usuários do CAPS – foi que na viagem destes pacientes de Goiânia para Jataí, dois deles trocaram de blusa (em cada blusa havia uma etiqueta com o nome deles) e era a única identificação que eles possuíam. E, por não terem condição de falar seus nomes, ficaram com os nomes trocados. Posteriormente, com trabalho junto ao Ministério Público foi que eles conseguiram documentos de identificação, mas só depois da documentação pronta descobriram o erro. Então, um paciente de 34 anos ficou na documentação com 72 anos.

No início do ano de 1995, a referida equipe também começou um trabalho de abertura do hospital psiquiátrico municipal e de novas possibilidades de atuação junto aos pacientes. As mudanças começaram com a introdução de um passeio na quadra da unidade, depois passeios em uma sorveteria, e diversos passeios em locais públicos. Outro fator importante neste momento foi que a equipe técnica assumiu a possibilidade de dar altas aos internos, o que antes só era realizado pela equipe religiosa.

No ano de 2000, a cidade de Jataí conseguiu a gestão plena da verba para saúde, sendo o primeiro município goiano a conseguir tal feito. Essa transformação na gestão da verba da saúde trouxe modificações para o Hospital, sendo uma das primeiras o fechamento da unidade para pacientes sem possibilidades terapêuticas. Neste momento, a Sociedade Beneficente convida um psiquiatra espírita para explicar todas essas mudanças na saúde.

Ainda no ano de 2000, a psicóloga da equipe vai participar do I Curso de Especialização em Gestão de Serviço de Saúde Mental, ofertado pela Universidade de Brasília (UNB) e organizado por Paulo Amarante, e tinha em seu corpo docente alguns dos expoentes da luta pela Reforma Psiquiátrica. Movida pelos debates frutíferos deste curso em 2002, a psicóloga repassa as discussões para o grupo e resolvem criar o CAPS no quintal do sanatório, sendo oficializado em agosto de 2003. Ainda em 2003, a equipe transfere os pacientes do espaço asilar do albergue para a unidade desativada para pacientes fora de possibilidade terapêutica, entendendo que esta unidade seria melhor por ser um espaço amplo, aberto, sem muros altos. E neste mesmo ano foi criado o projeto para a constituição das RTs, quando veio a verba para a constituição deste serviço. Logo em seguida, ocorre a mudança de gestão municipal que não concorda com as alterações propostas.

Então, no ano de 2005, o município resolve devolver para o grupo religioso o serviço de saúde mental e toda a equipe sai do trabalho. Uma nova equipe técnica foi contratada e, uma vez constituída, montaram o SRT, mas modificaram todo o processo que havia sido construído pela equipe anterior. Daí, os pacientes, novamente, foram trancafiados em casas de muros altos e submetidos a rotinas de instituição.

O CAPS foi descredenciado e o município ficou oito meses sem verba federal para este serviço; que só voltou a receber verba em 2006, a partir do movimento criado pelos usuários e familiares, que fizeram panfletos e entrevistas na TV, pedindo o retorno da equipe anterior.

Então, ao final de 2005, parte da equipe inicial volta a fazer parte dos serviços do CAPS e dá continuidade à Reforma Psiquiátrica iniciada anteriormente. O SRT começa a ser reformulado e passa a atender às normas propostas pelo Governo Federal. Primeiro, foi organizada a mudança de endereço para residências que tivessem portões abertos e novas formas de lidar no dia a dia da casa. Alguns dos antigos funcionários do Hospital Psiquiátrico passam a trabalhar nas residências como cuidadores, a partir de um convite da equipe técnica. O convite para esse trabalho se deu a partir das relações que eles tinham com os antigos pacientes do Hospital; a equipe entendeu que seria melhor para a adaptação ao novo espaço.

No município, há três residências terapêuticas e as equipes que trabalham nas residências e no CAPS designam as RTs por numeração, casa 1, casa 2 e casa 3. Neste momento (novembro/2014), no município, está em processo a criação do CAPS AD e de uma casa de passagem.

As residências estão localizadas a poucas quadras do CAPS, sendo duas delas muito próximas uma da outra e uma destas fica em frente ao posto de saúde do bairro. Nas residências também há fogões, geladeiras, máquinas de lavar, armários nas cozinhas, sofás, mesas com cadeiras, TV's, aparelhos de som e DVD's. E nos quartos, as camas são individuais, há guarda-roupas e também pequenos armários ao lado das camas, onde cada morador guarda seus pertences. Em duas residências, há oito moradores e uma tem dez moradores; em cada quarto das residências ficam no máximo três pessoas, sendo que os quartos são divididos só para homens e só para mulheres. Os moradores, às vezes, pedem para mudar de uma residência para outra e são atendidos (na maioria), ou acontece que, em momentos de crise de um dos moradores, os cuidadores pedem para que a troca de residência seja feita, por uma delas contar com mais de um cuidador.

2 PERCURSO DA PESQUISA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

É uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, na qual participaram cuidadores das residências terapêuticas de Jataí. Para análise e interpretação dos dados das entrevistas com cuidadores nas residências, foi utilizada a Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI), que tem em seu cerne o entendimento de que as pessoas são “seres autointerpretantes” (TAYLOR, 1995 apud SMITH; EATOUGH, 2010). O método AFI busca analisar como as pessoas dão significado às suas experiências, aos eventos ou objetos e é, simultaneamente, “um método descritivo, pois está preocupado com o modo como as coisas aparecem e em levá-las a falar por si mesmas, e interpretativo, porque considera que não existe tal coisa como o fenômeno não interpretado” (SMITH; EATOUGH, 2010, p. 325).

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

Conhecer o impacto da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização no município de Jataí, estudando o dispositivo RT e conhecendo os cuidadores dos SRTs e o seu trabalho.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os trabalhadores que atuam como cuidadores das SRTs;
- Compreender como os cuidadores entendem seu papel nas residências e os serviços de atendimento;
- Identificar as práticas dos cuidadores a fim compreender a dinâmica de funcionamento dentro e fora da residência;
- Analisar as estratégias desenvolvidas pelos funcionários e moradores das residências, para lidar com a nova organização do ambiente;
- Conhecer as concepções formuladas pelos cuidadores sobre seu trabalho;
- Conhecer as concepções formuladas por eles sobre os moradores das residências.

2.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa realizou-se no espaço institucional das três RTs na cidade de Jataí, por entender que a presença do pesquisador no espaço da residência possibilita colher dados, também, a partir da observação em campo.

2.4 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram seis cuidadores que estavam há mais de seis meses no serviço. E também participou a psicóloga responsável pelo CAPS, cujas informações foram sobremaneira importantes para a recuperação da história da assistência aos portadores de transtorno mental no município. O número de participantes foi delimitado a partir de uma “convergência nos programas de pós-graduação de psicologia da saúde e de psicologia clínica, quanto ao parecer de que de 6 a 8 é um número apropriado para um estudo de AFI” (SMITH; EATOUGH, 2010, p. 327).

2.5 INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E AOS CUIDADOS ÉTICOS

Com relação aos participantes da pesquisa, foi-lhes garantido que a participação seria voluntária e que poderiam desistir em qualquer etapa da pesquisa; e que, em caso de desistência, não sofreriam nenhum tipo de prejuízo. Os participantes também foram informados quanto à garantia do sigilo, de maneira a assegurar sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Para melhor preservação, todos foram designados como cuidadores e suas falas ficaram no gênero masculino.

2.6 INSTRUMENTOS

Para coletar os dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, amparadas por um roteiro temático mínimo. As informações foram gravadas com anuência dos participantes e foram transcritas posteriormente; também houve a observação em campo.

A escolha do método da entrevista semiestruturada se apoia em Minayo (2004) que a define como uma entrevista que tem como ponto de partida certos questionamentos iniciais, embasados em teorias e hipóteses que são de interesse da pesquisa e oferece espaço para

novos questionamentos e novas hipóteses, à medida que se ouve os sujeitos entrevistados. Segundo Bleger (2003), “cada ser humano tem organizada *uma*⁵ história de sua vida e *um* esquema de seu presente, e desta história e deste esquema temos que deduzir o que não sabe”.

Dallos (2010) destaca a importância da pesquisa observacional para diversas áreas de conhecimento e mostra sua relevância para a Psicologia. A observação pode atuar como fonte de dados e ideias para o início de uma pesquisa e, no decorrer de todo o percurso, contribuir com dados em conjunto com outros métodos (DALLOS, 2010; GIL, 2002). Dallos (2010) aponta ainda quatro dimensões para participação no ambiente observacional, sendo elas: participante integral, participante como observador, observador como participante e observador integral. Para esta pesquisa, escolheu-se a dimensão observador como participante, que estaria junto ao grupo com a intenção de observar e não de participar ativamente de suas tarefas.

2.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

As entrevistas com os cuidadores ocorreram dentro do turno de trabalho de cada um deles e no espaço das residências. E, concomitantemente às entrevistas, ocorria a observação em campo nos dias das entrevistas; para tanto, a pesquisadora chegava sempre um pouco mais cedo e após as entrevistas permanecia mais tempo no local para uma conversa informal, tomar um café. E assim era possível perceber parte do dia a dia das residências. Posteriormente, faziam-se anotações dos dados observados durante o período de permanência na residência.

2.8 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Para análise e interpretação dos dados, foi utilizada a metodologia Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI). O procedimento segue a seguinte ordem: no primeiro momento ocorreu a transcrição das entrevistas e sua leitura exaustiva, orientada pelos objetivos propostos. Foram levantados temas iniciais e, posteriormente, estes foram agrupados e reorganizados em relação aos dados. No segundo momento, os temas foram refinados e condensados em uma categoria. Em seguida, foram produzidas as narrativas, a partir da relação entre a interpretação e a fala do entrevistado (SMITH; EATOUGH, 2010).

⁵ Grifo do autor.

Quadro 1 – Levantamento inicial dos temas

	Fala da cuidadora 1
<ul style="list-style-type: none"> • Gosta do trabalho 	<p>1. às vezes antes, acho assim, você fica mais a vontade pra você fazer o que você gosta, aí então eu fiquei até hoje, e vou ficar enquanto me deixarem. Risos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gosto do trabalho/ não há retorno financeiro/ salário baixo ➤ Dom/ sacrifício/ ligado ao trabalho ➤ Infantilização dos moradores 	<p>2. Gosto, aqui você tem que gostar do seu trabalho que aqui só pelo dinheiro quem fala que vem pra só pelo dinheiro não vai desempenhar nem um pouco bem sua função, porque aqui você tem que ter mais é paciência, você tem que ter, aqui cada um é cuidado de um jeito, né?! Não tem nenhum igual ao outro, se você num souber... e se você não tiver dom pra aquilo ali... hummm, num fala nada, sei sacrifica acho que você faz... e o seguinte se é eles fica judiado em você também, né?! Isso aqui é igual você cuidar de criança. Não tem nenhuma diferença, só é diferente que aqui é umas crianças adultas, você tem que ensinar às vezes a aprender a comer de novo, a tomar um banho. A sentar, a vestir uma roupa, tudo, você ensina tudo, tem uns que você consegue ter muito êxito com isso e tem outros que quase não.</p>

Fonte: Dados organizados pela autora, a partir das falas dos cuidadores dos SRTs de Jataí.

Quadro 2 – Organização da Classe Temática

CLASSE TEMÁTICA	EIXOS DE DISCUSSÃO	SUBTEMAS	IMPRESSÕES DO TEXTO LIDO
VIVÊNCIAS NAS RESIDÊNCIAS	Vivências com o trabalho	Vivências de prazer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sente-se bem no espaço de trabalho por sentir-se como uma mãe de crianças pequenas ➤ Gosta do trabalho ➤ Sente-se mais feliz no trabalho que em casa
		Vivências de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insatisfação ➤ Falta de reconhecimento do trabalho ➤ Baixa remuneração ➤ Sobrecarga de trabalho
	Vivências com os moradores	Papel dentro das residências	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dom ➤ Sacrifício ➤ Adulto
		Infantilização	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incapaz ➤ Pessoas que não conseguem fazer nada ➤ Dificuldade de aprender
		Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infantilização ➤ Medo ➤ Relação paternal ➤ Responsável
	Vivências com a rede de apoio	CAPS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impotência diante da hierarquia que há no trabalho ➤ Falta de reconhecimento por não ser atendida em seus pedidos
		Colegas de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoio ➤ Referência no modo de agir no trabalho ➤ Relação afetiva
		SAMU	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medo ➤ Falta de informação

Fonte: Dados organizados pela autora, a partir da entrevista com os cuidadores em saúde das RTs.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: cuidadores das residências terapêuticas de Jataí

3.1 OS CUIDADORES DE JATAÍ

O SRT de Jataí tem hoje uma equipe de 16 cuidadores, distribuídos em três residências, sendo que dois destes fazem o trabalho de substituição de colegas – estes são chamados cuidadores curingas, isto é, eles substituem os colegas e outros trabalhadores em diversas funções, sem uma atividade ou horário fixo; ficam de plantão e são chamados quando há necessidade. A equipe é constituída por sete homens e nove mulheres, com faixa etária entre 30 e 52 anos e o tempo de experiência na área de saúde mental vai desde alguns meses até 20 anos. Alguns funcionários estavam trabalhando no hospital psiquiátrico quando algumas unidades deste foram desativadas, então, migraram para o serviço público e foram convidados a atuar no recém-implantado SRT.

Desta equipe, participaram da pesquisa seis cuidadores, sendo quatro homens e duas mulheres. O critério de inclusão na pesquisa foi o tempo de trabalho na instituição; teria que ser de pelo menos 6 meses dentro da residência e o critério de exclusão era se o cuidador realizasse somente a função de curinga. E também foi entrevistada a psicóloga responsável pelo CAPS. A faixa etária dos participantes foi de 30 a 52 anos, o tempo de experiência dos 3 aos 15 anos. Somente um é concursado, os outros são contratados da prefeitura; alguns relataram que tentaram concurso municipal, mas não conseguiram passar e que funcionários efetivos do município não querem trabalhar nesta área, por isso, trabalham há tantos anos sob a forma de contrato de trabalho, que eles denominam como contrato especial. Quanto à escolaridade dos cuidadores entrevistados, há um com ensino superior completo, dois com ensino médio completo, três com ensino fundamental incompleto.

As experiências de trabalho anteriores ao SRT são bem diversas: professor do ensino fundamental, dona de casa, auxiliar de serviços gerais, garçons, manicure, pedreiro, servente, guarda-costas, etc. A partir dos relatos dos cuidadores sobre suas histórias de vida, percebe-se que todos os entrevistados tinham em comum que, em algum momento da vida, cuidaram ou cuidam de algum familiar próximo.

Pode-se constatar que a maioria dos profissionais são pessoas que não tinham nenhum contato com a área da saúde mental, até aceitarem o serviço. Sentiram-se impactados pela rotina do trabalho e foi a partir do suporte dos colegas de trabalho mais antigos que permaneceram:

Eu sabia que era deficiente mental, mas até então como funcionava uma residência terapêutica, como que era processo ali, não. Mas assim que eu entrei teve uma reunião: a X⁶ foi explicar, os colegas foram explicando, o assistente social na época era o Z, e ele era gente boa demais. Aí eu gostava de conversar demais com Z e ele foi me passando, as coisas assim. Isso aí vai muito do seu interesse de querer saber, né? (Cuidador 1)

Tava nervoso, mas eu falei: vou sair, A, não vou aguentar não. A disse: não, loguim cê acostuma. Aí foi, acostumei mesmo e assim tô aí, até hoje. (Cuidador 6)

3.2 OS CUIDADORES E O TRABALHO NAS RESIDÊNCIAS

Os motivos para aceitarem o trabalho no SRT foram diversos: desemprego, concurso, melhorar de uma depressão. A informação do emprego veio principalmente de amigos que já trabalhavam em alguma área do serviço de saúde mental do município e foram indicados por estes amigos para uma entrevista. No primeiro momento, passaram por uma conversa informal, na qual eram informados acerca das características dos residentes e das responsabilidades que teriam no serviço. Somente o cuidador que tinha a experiência anterior no hospital psiquiátrico relatou tranquilidade em começar a trabalhar na residência com ex-pacientes do hospital. Os outros relataram que, no início das atividades, sentiram medo e nervosismo ao começar a trabalhar:

Porque a pessoa que chega a primeira vez, né?! como muitos vem aqui, né?! e não se adapta, né?! tá entendendo?! Aí a primeira vez você tem que ter estômago, né?! tá entendendo?! Porque cê não tá mexendo com criança, né?! cê tá mexendo com gente já idoso, né?! tá entendendo?! Aí graças a Deus, fui me acostumando até hoje, né? (Cuidador 6)

No início, achei que não ia aguentar, fiquei muito nervoso, fiquei até em crise de nervosismo, deu convulsão, mas foi passando, passando, suportando, e até tem uns aí que eu considero como familiares. (Cuidador 5)

⁶ Omitimos os nomes das pessoas por motivos éticos.

Os cuidadores trabalham em turnos de 12 horas e folgam 24 horas. Alguns relataram arranjos internos entre eles, por exemplo: quando um deles precisa faltar, pede ao colega para cobrir seu turno. Em uma das residências há dois cuidadores por turno diurno e sempre há pelo menos um homem em cada turno, pois nesta residência existem moradores que necessitam de ajuda para se locomover. Os cuidadores desta casa às vezes prestam socorro aos demais colegas em outras casas, quando há necessidade do uso de força.

Nas residências, todos os cuidadores são responsáveis pela manutenção da casa, tais como: limpeza, fazer lista de compras e organizar o andamento do dia a dia na residência. As refeições são preparadas por uma empresa terceirizada e entregues em horários específicos. Caso haja entre os moradores alguém que necessite de uma alimentação diferenciada, como por exemplo, se há um diabético, cabe ao cuidador preparar a refeição especial. Podem-se perceber diferenças nas residências; em uma das casas, observou-se que os moradores tinham acesso livre à cozinha e aos alimentos; em outra, somente o cuidador pegava o que o morador pedisse.

Nos dois turnos de trabalho, os cuidadores são responsáveis pela limpeza da casa, lavar as roupas, passar, preparar alimentação e supervisionar os cuidados de higiene pessoal dos moradores (dos que necessitam de ajuda). Eles relataram que são orientados a deixar os moradores das residências participarem com eles da arrumação da casa. Em todas as entrevistas, os cuidadores falaram de divisão de tarefas com os moradores, como na limpeza da casa, pequenas compras no supermercado, levar recados ou algum documento ao CAPS.

Ela ajuda, ela lava vasilha muito bem, ela põe uma roupa no varal, ela limpa um... se ocê pedir ela lava a geladeira, ela ajuda lavar a casa, ela vai pra igreja, ela vai passear, ela vai prá... vai pro centro de convivência, ela trabalha numa lojinha, ela vai para feirinha, ela ajuda, sabe então? Ela é bem tranquila, ela pega um moto-táxi, vai sozinha, ela volta; se pede para ela, vai comprar um refrigerante, ela é bem decidida. (Cuidador 1)

Um outro profissional presente na casa é o auxiliar de enfermagem. No início da coleta de dados, havia um profissional para todas as residências. Depois, as residências passaram a contar com a possibilidade de um auxiliar para cada residência, uma vez que o SRT do município passou a ser do tipo dois e isso dá direito a ter um técnico de enfermagem

nas RTs. Foram contratados mais dois auxiliares de enfermagem, mas estes permaneceram no serviço apenas um mês e pediram para serem transferidos.

Apesar da investigação a respeito do serviço de auxiliar de enfermagem, este não fez parte de forma direta desta pesquisa, mas por meio das entrevistas, os cuidadores informaram que os auxiliares de enfermagem não se adaptaram ao serviço e, devido ao baixo salário, preferiram sair da área de saúde mental. Então, no momento de encerramento da coleta de dados, havia um auxiliar de enfermagem cuidando das três residências e duas vagas em aberto para o serviço de auxiliar de enfermagem.

Com relação à medicação, nas três residências, observou-se que há uma caixa com cadeado, que fica no armário da cozinha, com todas as medicações separadas em saquinhos e com os nomes de cada um e seus devidos horários para serem administrados. No término da coleta de dados para esta pesquisa, havia algumas mudanças previstas. Havia sido discutido que, a partir daquele momento, os cuidadores é que separariam a medicação e seriam responsáveis pela organização dos horários. Essa mudança estava gerando desconforto em alguns, por sentirem que este não era um serviço que eles deveriam fazer e que não tinham preparo para isso:

Hoje eu fiquei sabendo e eu fiquei preocupada com isso, que é sobre medicação, porque aqui a medicação sempre vem assim, no dia dá de manhã, cada um com seu nome, no saquinho; aí vem e dá de manhã, dá a tarde, dá a noite, né?! Tudo no saquinho, tudo organizadinho; agora, disse que já vai vim as caixinhas com os envelope lá dentro, nós é que vai ter que arrumar, agora tem medicação que é uma só, mas têm várias mão, e isso aí vai dar confusão esse tipo de coisa, às vezes pra uns não, mas outros vai ficá muito confuso, e a... é muito perigoso. Nesses dias ainda falei aqui pra chefe de enfermagem, porque elas têm vez que ainda faz assim, é porque se der remédio errado vai assinar advertência, aí eu peguei e falei: então vocês tem que deixarem as coisas organizada, porque nós não somos formados em enfermagem, nós dá a medicação, mas sei tá ali no jeitinho de nós dá; nós não somo formado pra isso, então não precisa de vocês pensar que vocês vim aqui com advertência que eu vou assinar, que eu não vou de jeito nenhum, falei brava. Falei: não tem quem vai fazer eu assinar advertência, por alguma coisa que eu não tenha culpa, talvez nem num..., porque eles fala assim, se um fizer todos vai assinar advertência, eu falei, eu não assino mesmo, e não tem como fazer isso também,

né?! Porque, isso aí é uma responsabilidade da enfermagem, nós temo que dar a medicação, mais eles têm que deixar tudo arrumadinho em ordem. (Cuidador 3)

Outro serviço que faz parte do cotidiano do cuidador é o acompanhamento dos moradores em consultas médicas. E uma das reclamações dos cuidadores é a falta de conhecimento de outros profissionais da área da saúde a respeito do que são as residências e de seus moradores. Dizem que ao chegar aos hospitais para serem atendidos colocam os moradores em filas de espera intermináveis, por não perceberem as especificidades e que sentem que médicos, equipe de socorristas e outros têm receios em atender aos moradores. Um exemplo dessa situação ocorreu durante um momento da coleta de dados com um dos cuidadores; foi necessário interromper a entrevista, pois havia chegado outro cuidador na residência para levar um dos moradores para o hospital. Eles explicaram que o morador não estava passando bem e que já havia sido internado e que ganhou alta antes de melhorar, pois como ele às vezes grita, estava incomodando no hospital. Mas que agora seu estado de saúde estava pior e eles o levariam para o hospital novamente e insistiriam na sua internação. Segundo o cuidador:

Aí eu ligo para alguém, para um plantão: oh, o fulano tá assim... aí liga para o SAMU que eu tô indo... aí tudo bem, porque o SAMU já vem com um aparato de gente que tempinho (sic) para outra pessoa ir para lá, mas já esses chega eles tem receio, de assim, de nós assim tá com paciente contido, SAMU chega e eles não têm coragem de desamarrá ele da cama para por ele na maca, para levá. Tem que esperar vir um colega de outra residência, quer dizer que era uma coisa que não era urgente, urgentíssimo... mas se vê que eles tem receio. (Cuidador 1)

Outra atividade desenvolvida pelos cuidadores são passeios pela cidade com alguns dos moradores das residências. Foram relatados passeios a pizzarias, sorveterias, praças e pesque-pague. E há passeios que fazem para outros clubes, de outras cidades e também para outros estados, como o passeio que fizeram para conhecer o mar em uma praia em São Paulo. Esse passeio seria realizado utilizando o avião como parte do transporte, mas as empresas aéreas se recusaram a recebê-los e, no final, viajaram de ônibus.

Quadro 3 – Resumo dos dados dos cuidadores que participaram da pesquisa

DADOS	DESCRIÇÃO
Trabalhadores que participaram da pesquisa	Duas mulheres
	Quatro homens
Faixa etária	30 a 52 anos
Tempo de trabalho	Três anos a quinze anos
Trabalhos anteriores ao de cuidador	Professor do ensino fundamental, dona de casa, auxiliar de serviços gerais, garçons, manicure, pedreiro, servente, guarda-costas
Trabalho em comum	Todos cuidaram ou cuidam de algum familiar também
Escolaridade	Um com ensino superior completo, dois com ensino médio completo e três com ensino fundamental incompleto
Permanência no trabalho	Se deu a partir do apoio de colegas
Motivos de aceitarem o trabalho	Desemprego, concurso, melhorar de uma depressão
Como ficaram sabendo do trabalho	Indicação de amigos
Organização do horário de trabalho	12 horas e folga de 24 horas
Serviços que são responsáveis	Na Casa: pela manutenção do espaço, limpeza, fazer lista de compras, organizar o andamento do dia a dia na residência, lavar as roupas, passar, preparar alimentação
	Com os moradores: supervisionar os cuidados de higiene pessoal (dos que necessitam de ajuda), dar a medicação, preparo de comidas dos que necessitam de alimentação especial
	Saídas das casas: acompanhar os moradores às consultas, passeios pela cidade e viagens programadas pelos CAPS

Fonte: Dados organizados pela autora, a partir das entrevistas com os cuidadores.

3.3 CLASSE TEMÁTICA

Ao analisar e interpretar as entrevistas transcritas, uma classe temática foi construída a partir do relato dos cuidadores, e nomeada de “Vivências nas Residências”. Nela, foram agrupados três eixos de discussão, que se interligam e se entrelaçam, sendo eles: as vivências

com o trabalho; as vivências com os moradores e as vivências com a rede de apoio, como mostra o Quadro 4.

Quadro 4 – Classe temática, eixos de discussão e subtemas

Classe Temática	Eixos de discussão	Subtemas
Vivências nas Residências	Vivências com o trabalho	Vivências de prazer
		Vivências de sofrimento
	Vivências com os moradores	Papel dentro das residências
		Infantilização
		Cuidado
	Vivências com a rede de apoio	Vizinhança
		CAPS
		Colegas de trabalho
		SAMU

Fonte: Dados organizados pela autora.

O primeiro eixo se constitui pelas vivências dos cuidadores com o trabalho, dentro das RTs. Este se mostrou rico de experiências que, ora promovem a satisfação com o trabalho e ora trazem sofrimento. E essa mistura de sentimentos em relação ao trabalho provoca diversos apontamentos de qual seria o seu papel, enquanto cuidador, dentro das residências. E para melhor entendimento deste eixo, “Vivências com o trabalho”, separaram-se em dois subtemas: as “vivências de sofrimento” e as “vivências de prazer”; que estão interligados durante os relatos, mas que serão divididos aqui por uma questão de maior clareza ao escrever.

A maioria dos trabalhadores relatou que, no início do trabalho, lidar com o dia a dia da RT foi um período de grande angústia e sofrimento. E o suporte dos colegas mais antigos foi fundamental para que continuassem; sem esse apoio, não teriam permanecido. E este suporte veio por meio de conversas informais no trabalho ou fora dele. A fala de dois cuidadores ilustra bem esta fase de adaptação:

E 12 horas de serviço cansa muito o cérebro, o corpo nem tanto, mas o cérebro; foi indo eu fiquei nervoso, tava nervoso, mas eu falei: vou sair B, não vou aguentar não, B respondeu: não, loguim cê acostuma, aí foi, acostumei mesmo e assim tô aí, até hoje. (Cuidador 5)

Em questão de que você fica sem saber das coisas, às vezes você fica perdido se chega numa residência, se não sabe o que você vai fazer, esse tanto de coisa sozinho. Então, cê chega aqui é uma surra, é um susto muito grande, então é assim, é uma questão assim, quando eu entrei realmente foi uma experiência nova. (Cuidador 2)

Somente o cuidador que havia trabalhado anteriormente no hospital psiquiátrico e havia presenciado alguns dos moradores vivendo em celas e outras situações difíceis, quando questionado sobre o começo do trabalho nas RT, relatou com tranquilidade:

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

Frare (2012) mostra que será o cuidador que lidará no dia a dia das residências com momentos de crises, episódios de delírios, brigas, situações que provocam a dúvida de como agir, o estranhamento e muitas outras situações que são novas para estes profissionais. Este trabalho não é algo que possa ser feito sem ser impactado por ele, não é algo que se possa fazer de forma apenas técnica, e muitos desistem do trabalho ao perceber todas essas nuances.

Além da etapa de adaptação, outra faceta que compõe a “vivência de sofrimento” relatado pelos cuidadores é a falta de reconhecimento do trabalho desenvolvido por eles. Essa falta de reconhecimento se mostra em várias situações, como: a demora de atendimentos das demandas, a baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho e o cansaço mental. Os cuidadores verbalizam sobre a questão do baixo salário:

A má remuneração, às vezes, deixa a gente meio, menos esforçado, às vezes, se fosse mais bem remunerado, esforçaríamos mais. (Cuidador 5)

É demorado. E aí se pedi igual a gente faz reunião, pede pra ela assim que a gente queria um incentivo, porque você, a gente não trabalha, igual eu tava te falando, só pelo salário, mais você tem que ter um incentivo. A gente tem uma vida lá fora, você necessita dessa remuneração, num é?! E a gente num tem,

um salário de um cuidador, a gente faz, é na nossa carga horária, é seria igual a de CAPS, de 6 horas, nós fazemos 12. Então a gente trabalha por dois funcionários e recebe por um! Sabe?! (Cuidador 1)

Por que, uai, tem que melhorar, por que é isso, por que é aquilo, sabe?! É só cobrança, porque não fala assim, ah nós vamo fazer isso, nós tem isso pra melhorar pro ceis ou; vai ter uma melhora de salário, ou vai ter, vai vim isso, vai vim aquilo pra ajudar; nada não, aí é melhor nem não ter realmente. (Cuidador 3)

Ah, tem vezes que falta, esses dias atrás aí, depois arrumou, depois de reuniões e conversa, mas faltava dinheiro pra comprar, assim era muito, muita, como é que a gente fala? Burocracia, pra comprar, por exemplo, as frutas. Ah porque a fruta não deu, não pode comprá mais porque não sei o quê, manda só um tantinho e aí aquele tanto tem que dá, né?! E agora tem muitos diabéticos, né?! Com problema de intestino, por exemplo, aqui tem que comer a bolacha de sal, né?! Aquela bolacha de água e sal, e o lanche não pode tá comendo qualquer coisa, é preparar comida de outros aqui mesmo; esse tal de B mesmo, tem que preparar comida dele aqui, porque, ele não pode comer comida que os outros come, então faltava muita coisa, e até hoje também tem um problema sério porque, era CAPS I, né?! E agora passou para CAPS II, então, quando eu entrei mesmo, era oito pessoas na casa, e agora tem nove e já vai passar pra dez, porque passou agora pra CAPS II. (Cuidador 4)

Para entender melhor a questão dos salários é necessário lembrar que existem as leis federais, estaduais e municipais que asseguram as verbas para área da saúde. Mas, a forma como estas são utilizadas passa pela autonomia dos gestores da saúde de cada município e das prioridades estabelecidas. Lemos (2011, p. 13) explica como se dá esse processo:

A participação da comunidade na gestão do sistema se dá de três formas básicas: a) fazendo uso dos serviços de saúde; e b) participando dos conselhos de saúde implantados em todas as esferas de poder do governo. No entanto, na composição dos conselhos como fóruns de importantes debates do setor de assistência à saúde, nem sempre há representação dos diversos segmentos sociais; e c) pela ouvidoria, canal oficial de participação popular.

As questões que compõem as diversas facetas das “vivências do sofrimento” no trabalho, encontradas nas falas dos cuidadores, estão diretamente ligadas à construção do projeto de políticas públicas para a área da saúde mental como um todo. Então, quando um cuidador reclama da carga horária pesada, dos salários baixos, da falta de atendimento de pedidos básicos, como algum tipo de alimento para as RTs, ele está falando não só de uma problemática individual ou de uma problemática desta categoria de trabalhadores, mas do planejamento para todo o âmbito da saúde pública do próprio município. Todas essas questões interferem na forma do funcionamento da RT e dificulta o processo da efetivação da desinstitucionalização. Conforme Benevides e Passos (2005a, p. 392):

Mudamos as relações no campo da saúde quando, por um lado, experimentamos a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado. Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de co-responsabilização, de co-gestão, de grupalização.

Um cuidador que foi a algumas reuniões em Goiânia, nas quais participaram CAPS do interior e capital, começou a perceber uma problemática maior do que só da equipe onde trabalha. Ele afirmou:

É das reuniões que eu fui lá, teve vários lugares (de Goiás), reclama muito é disso, né?! Da..., da direção assim, do apoio que deveria ter mais de secretário de saúde; então, a preocupação sempre é essa, porque eles quase não dá apoio, a reclamação de todo mundo praticamente lá, não vi ninguém falar, não, lá fulano faz muito bem. Sempre é, sempre tem que correr atrás muito e falta muito, muita coisa, e isso desgasta demais a pessoa que tá na frente do CAPS, porque cada vez só vem mais, eles ali no CAPS, eu não sei quantos, mas é muita gente, né?! (Cuidador 6)

Experiências conduzidas por Frare (2012) e por Oliveira e Passos (2007) mostram situações em que os cuidadores, a partir de reuniões coletivas, puderam verbalizar suas preocupações e, posteriormente, junto com os gestores, mudarem situações referentes a salários e outras prioridades de investimentos das verbas.

Outro subtema dentro das Vivências com o trabalho é “vivências de prazer” com o trabalho. Notou-se que, passada a fase de adaptação, todos relataram que começaram a gostar do trabalho e aparecem em vários momentos as “vivências de prazer”.

Ué, por cuidar deles, eles ser tão dependentes de alguma pessoa, e eu poder tá aqui e ajudar eles nessa forma, então não trabalho simplesmente pelo dinheiro, que até nem é muito, né?! Mas eu trabalho mesmo é porque eu gosto, gosto daqui, não penso em trocar. (Cuidador 4)

Os cuidadores disseram que, além de gostarem do trabalho, a convivência nas RTs é boa. Em diversos relatos, falam que preferem estar na RT do que em suas próprias residências e expuseram alguns conflitos familiares vividos. A maioria afirmou que, apesar de não ter feito cursos para atuar nas RTs, se sentia preparado para o serviço e que gostava de estar neste serviço. Os entrevistados homens apontaram que o regime de trabalho da RT facilita na execução de outras atividades para complementar suas rendas, trabalhando ainda como jardineiros, garçons e outros.

Sendo assim, Ribeiro (2009) conclui que os cuidadores também se sentiam preparados para o serviço, apesar de não terem feito nenhum tipo de preparação, por conseguirem lidar com os momentos de crise e resolver questões dentro das residências. Sprioli (2010) observou ainda que os cuidadores entrevistados não destacaram nenhuma importância para receber capacitação, ou necessidade de conhecer técnicas ou informações sobre o cuidar. E este fato ocorre por associarem seu trabalho de cuidador à posse de características pessoais, como paciência e amor. Seriam então, estes atributos individuais que dariam condições para trabalhar nas RTs.

O segundo eixo construído a partir da análise das entrevistas foi “vivências com os moradores”, sendo este formado pelas relações estabelecidas no dia a dia do SRT. Muitos momentos são vividos como situações de alegria, medo, dúvidas, tensão, prazer e situações de sofrimento. Neste sentido, Moreira (2007, p. 157) afirma que:

Não podemos negar que a existência de profissionais coordenando as casas, de profissionais para cuidar das casas e de seus moradores e de outros elaborando seus planos terapêuticos funda uma tensão que perpassa a maneira como cada um desses moradores vai experimentar e viver seu espaço casa. Entretanto, podemos pensar em outra forma de convivência nas casas que não seja só pelo viés negativo da tensão, mas por uma produção na tensão que é importante para que se avance em questões que sustentam as relações com os moradores.

Um dos pontos que constitui o eixo “vivências com os moradores” é o que os cuidadores entendem “qual é o seu papel dentro das residências”. As RTs são o espaço de trabalho dos cuidadores e, ao mesmo tempo, é um espaço de moradia, em construção pelos moradores, como um lugar seu, onde há possibilidade de construção de vínculos, de amizades, de conhecer a cidade, um lugar para sentir-se em casa, em refúgio. Um espaço que possibilita a edificação pessoal pelos próprios moradores. Para tanto, Moreira (2007) explica que habitar na casa é a possibilidade de descoberta do desejo, de quebrar regras e de achar novas maneiras, sem deixar capturar-se pela lógica do pensamento psiquiátrico de que há uma norma mais adequada de estar na residência.

Durante os momentos das entrevistas nas residências, foi observado que cada uma delas tinha suas especificidades criadas a partir dos cuidadores. Em uma, observou-se que a geladeira estava amarrada, impedindo que os moradores a utilizassem quando quisessem, em outra residência, os moradores abriam suas geladeiras diversas vezes, pegavam alimentos ou água gelada. Entender que a geladeira é um espaço dos moradores faz parte da construção da residência como uma casa habitada, não como uma instituição onde só os funcionários podem “mexer” nos objetos. Observou-se que onde a lógica institucional estava presente ela se justifica pela norma da higiene. O cuidador declarou que não tinha como deixá-los mexer na geladeira, iriam sujar, porque não sabem lavar as mãos direito.

Goffman (2010) estudou instituições totais, que são aquelas cuja tendência ao fechamento é muito grande, isto é, “seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico” (p. 16). Para este autor, estas instituições se dividem em cinco grupos de formas de cuidar, segundo uma ideologia de cuidado: o primeiro, ligado às pessoas incapazes e inofensivas (órfãos, velhos...); o segundo, local para pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são ameaça à sociedade (sanatórios para tuberculosos, manicômios...); o terceiro, um lugar para pessoas que são uma ameaça intencional (cadeias, penitenciárias...); o quarto, instituições como modo de realizar tarefas (quartéis, escolas, navios...) e a quinta é um local estabelecido como refúgio do mundo (mosteiros, conventos...). Ele percebeu que havia uma constituição de regras no mundo internado e que este, ao entrar na instituição total, passaria a receber as instruções formais e informais do que o autor denominou de sistema de privilégios. Para ele, fazem parte deste sistema três elementos básicos, que são: as regras da casa, prêmios e privilégios para quem obedece e os castigos, como consequência, a quem desobedece às regras.

Pode-se observar que o sistema de privilégios da antiga instituição permanece ainda como modo de relação dentro das residências, como forma de conseguir o funcionamento das regras. Em uma das ocasiões, durante as entrevistas, uma moradora da casa veio diversas vezes até onde estava o cuidador e dizia para ele: “Você está vendo, a X (e dizia seu próprio nome) está boazinha hoje, você dá cigarro?” E o cuidador respondia: “Espera X, mais tarde eu dou, se você ficar boazinha”. E na fala dos cuidadores apareceu também:

Você tá teimando, você tá fazendo isso, eu vou te deixar sem lanche ou vou te deixar sem o cigarrinho que gosta, para você não fazer mais isso. E assim você vai levando, sabe? E assim... (Cuidador 1)

Eu gosto, tem dia que a gente fica nervosa, sabe?! Tem dia que eles cansa a cabeça da gente, mas também é um nervoso assim que só aquela hora também passa e pronto, é igual com menino, mexer com eles é igualzinho criança, embirra por causa de alguma coisa, cê tá falando não, eles tá teimando, aí se teimar não ganha, aí eles aí ó, e fica muito tempo assim, se não teimar, sabe?! E agora se vai ganhar, e aí vai. (Cuidador 3)

Pode-se também entender que a falta de conhecimento e a falta de preparo para lidar com situações de crises fazem com que os cuidadores busquem, em si próprios, formas de atuação. Diante do dia a dia da residência, situações que o cuidador considera “desordens”, como conflitos, discussões e “teimosia”, fazem com que ele busque referências no seu cotidiano, que lhe é familiar, como alternativa para encontrar soluções para o que ele considera problema.

Um lado desta questão é a infantilização dos moradores, o que pode ser entendido com aquilo que os cuidadores expressam ser o “cuidado com os moradores”. Ao longo das entrevistas, alguns cuidadores definiram sua relação com os moradores como: pais de crianças, amigo, parte de uma família dentro da residência, tutores de incapazes, meio psicólogo e auxiliar dos moradores. Percebeu-se que a infantilização utilizada pelos cuidadores funciona também como uma estratégia de diminuição do medo diante de uma possível crise dos moradores e como justificativa para a aplicação de castigos e ameaças. A maioria dos cuidadores relatou medo do que os moradores possam fazer, no sentido de uma reação violenta e, ao mesmo tempo, afirmam que eles são como crianças.

Ah, era bem ruim, porque eu ficava assustada, e eles era bem, assim, mais agressivo também, mais, sabe?! Esse X mesmo, assim que veio pra cá ele era bem nervoso, ele pegava cadeira pra acertá nas outras (pessoas), em mim mesmo ele nunca quis avançar não, mais nas outras meninas mais nova de serviço que tinha aqui, ele pegava cadeira e já teve vez dos vizinhos teve que acudir, mas em mim mesmo não, mas hoje ele já tá bem, vixe, hoje ele tá, bem dizer normal de tudo, em vista do que já foi. (Cuidador 3)

E tem que tê, no fundo tem que tê, porque são pessoas sem noção, a cabeça deles ali naquele momento que... pode fazer o quê, se não sabe o que a mente tá maquinando ali. Mas a gente... não sei, o convivo... a coisa mais fácil de um paciente desse pegá uma coisa aqui e sentá na gente e machucá, mas graças a Deus, assim já houve uns casos de agressão... comigo não, mas não agressão a ponto de machucar a gente. (Cuidador 1)

Outro ponto que pode ser observado em relação à infantilização no discurso dos cuidadores, é de como os cuidadores veem os moradores das RTs. Observou-se que eles utilizam alguns termos para designar os moradores como: pacientes, crianças, bebê, crianças grandes. E a infantilização foi ligada ao modo de se relacionar com os moradores que estariam em um processo de aprendizado de como habitar a casa, afirmando que devem ser ensinados como se vestir, comer, fazer higiene pessoal e limpar a casa. Muitos afirmaram que se sentiam pais de crianças que precisam aprender tudo, que são crianças grandes que necessitam de orientação:

Isso aqui é igual você cuidar de criança. Não tem nenhuma diferença, só é diferente que aqui é umas crianças adultas, você tem que ensinar às vezes a aprender a comer de novo, a tomar um banho. A sentar, a vestir uma roupa, tudo, você ensina tudo, tem uns que você consegue ter muito êxito com isso e têm outros que quase não. (Cuidador 1)

Em nossa sociedade, uma casa não é habitada só por crianças, há sempre a necessidade de um adulto habitar a casa também. Pensar os moradores como crianças é dizer da necessidade de um adulto para interferir na organização deste espaço. Como foi dito no início do capítulo, os eixos de análise se entrelaçam por um lado à forma com que esse cuidado é

pensado, quer dizer também do papel que o cuidador tem na casa. Uma fala de um cuidador ilustra bem:

A residência é uma coisa que, como fala? Que, que habita, né?! A nós com os pacientes, né?! E umas coisas muito valorosa, né?! (Cuidador 6)

O cuidador se posiciona nesta fala como se a residência fosse sua casa também, não como um ambiente de trabalho; mas, ao mesmo tempo, é necessário que ele sinta que a casa é uma casa e não só um local de trabalho. Há questões a respeito do papel do cuidador na residência que, precisam ser discutidas e problematizadas. Se a casa é do cuidador também, ele tem o “direito” de trancar a geladeira, decidir quem pode mexer nos alimentos e como a casa deve ser organizada, guardar as chaves dos portões. Afinal, o cuidador seria o “adulto” da casa. Uma cuidadora relatou sobre como tem de guardar as chaves da casa:

Fogem, se você der essa chave amiga, se você não ficar assim... às vezes tem uns que descem lá para o CAPS e, num vacilozinho eles, oh (estala os dedos para sinalizar a fuga).

Moreira (2007) observou em sua pesquisa sobre as residências de Vitória (ES), no dia a dia, problemas com relação à posse das chaves da casa e conflitos gerados entre os cuidadores e os moradores que gostariam de sair, pois havia aqueles que sentiam medo de sair. Por um lado, os moradores reclamavam da falta de liberdade e, por outro, os cuidadores apontavam o medo pela segurança dos moradores. Também apontou que estas situações devem ser tratadas em grupo para que as decisões possam ser verticalizadas e mostrou a necessidade de construir espaços de discussões para o enfrentamento de situações novas no cotidiano das residências. Para a autora, este é o caminho para transformar os espaços da residência em “um espaço de construção coletiva, desde que se respeite a potência singular de cada vida ali compartilhada, constituindo-se como comodidade e, ao mesmo tempo, expansão” (Moreira, 2007, p. 159).

Essa discussão perpassa pela construção de padrões de convivência com a vizinhança, também a respeito da autonomia dos moradores e o que esperar destes novos vizinhos. Um cuidador relata bem essa participação da vizinhança:

Tem gente também que liga (e fala): tem um paciente assim, assim... Tem hora que às vezes já aconteceu, às vezes deles (pacientes) tá indo pra lá mesmo. E tem gente que vê e liga na residência e fala: “Ó aquela fulana desse jeito tá lá na rua em tal lugar... Não, ela tá dando uma volta, agorinha ela vem.”

Cavalcanti, Vilete, e Sztajnberg (2006) afirmam que o que distancia as RTs de um espaço institucional asilar são as relações que se estabelecem dentro das residências e o grau de poder que as pessoas têm de gerir e tomar decisões sobre o seu espaço. Segundo Saraceno (2001 *apud* MOREIRA, 2007, p. 128), o ponto chave da desinstitucionalização está em entender a diferença entre o estar e o habitar; o primeiro está ligado ao permanecer em um determinado espaço e o segundo indica a possibilidade de “uma organização material e simbólica dos espaços e objetos que compõem o espaço habitado, uma apropriação como um espaço para se viver”.

Ribeiro (2009), também, observou relações de infantilização e atribui a falta de conhecimento por parte do cuidador, que ao se deparar com situações de crises recorre a estratégias de castigos e ameaças de cunho violento para prevenir certos conflitos nas residências. Ele chama a atenção para o fato de que, no âmbito da infantilização, ainda pode se observar o sentimento fraternal como um ponto interessante, que traz benefícios para as relações dentro do SRT, mas, ao mesmo tempo, pode trazer o risco da dependência nesta relação.

Entretanto, o cuidado também pode ser visto na dimensão afetiva estabelecida entre cuidador e moradores, nestes momentos em que os dois lados podem se ajudar mutuamente, pelo fato de haver uma preocupação um com outro e não pela dimensão moral do cuidado, mas sim pela via da dimensão ética das relações (MOREIRA, 2007). O vínculo afetivo e de companheirismo, entre moradores e cuidadores, observado por autoras como Machado e Lavrador (2007), foi exposto também nesta pesquisa, quando um cuidador relatou iniciativas de outro colega:

Eu tenho um colega... ele às vezes pega eles, no carro dele e leva para pesque-pague, eles adoram pescar, alguns, sabe?

Fassheber e Vidal (2010) retratam o processo de construção da autonomia de moradores da RT de Barbacena, Minas Gerais. A partir de relatos de moradores, observa o processo da saída da tutela para a reconstrução de suas identidades e da subjetividade dentro

deste novo espaço. Eles concluem que o entendimento do dispositivo RT como uma moradia é fundamental para que ele não se torne em um mini-hospício.

Entender o seu papel, enquanto cuidador dentro das residências, perpassa, em nossa perspectiva, pelo entendimento da história da Reforma Psiquiátrica e da criação de dispositivos como a RT. E, ao pesquisar sobre esse conhecimento, somente um cuidador entrevistado relatou ter ouvido uma palestra sobre a Reforma Psiquiátrica; os outros relataram que tinham ouvido uma palestra sobre o tema, mas não sabiam falar sobre. Com relação às RTs todos falaram que nunca tinham ouvido falar antes de entrar no serviço, que passaram por uma palestra explicando o que eram as RTs e todos afirmaram que nunca leram a legislação sobre elas.

Um cuidador, ao ser perguntado, definiu o que são as RTs:

Olha, a função da residência em si é tentar introduzir pacientes com deficiência mental de volta na sociedade, convívio social. É o que a gente tenta fazer aqui [...] 80% dos pacientes que tão aqui são sociáveis hoje. Alguns, algum dia lá, têm teve casos de não adaptar, mas 80% do que está aqui na residências tão... tão assim bem tranquilos...(Cuidador 1)

Ao mesmo tempo que não sabem dizer o que é a Reforma Psiquiátrica, são capazes de perceberem, na prática, mudanças ocorridas a partir da criação das residências. Como relata um cuidador, ao falar de um morador e do convívio na residência:

Igual, aí na casa 2 mesmo tem um, o X ; ele vivia na cela lá (no hospital); e hoje ele vive aqui normal também, de vez em quando ele tá assim meio nervoso, mas nunca, não chegou nem um terço do que ele era lá; a Z também, ela era muito nervosa, muito brigona, dava pedrada nos outros, hoje tá aí de boa, das mais boa. (Cuidador 3)

Ué, o dia a dia lá, era comer, dormir, tomar remédio e ficar fechado, desse paciente, né?! Todo dia assim, não saía, não passeava, porque não podia também, né?! Mas agora eles já faz tudo isso, eles sai sozinho, tem uns que sai sozinho, volta direitinho, então melhorou bastante; eu acho que por isso, que aqui eles têm mais liberdade. (Cuidador 3)

Que antiga, antigamente eles era só trancado em jaula, né?! E aí hoje mudou completamente, a gente vê que mudou completamente de mexer com eles, né?! De lidar com eles. (Cuidador 4)

O último eixo desse elo é a “vivência com a rede de apoio”. O dispositivo SRT faz parte da Rede de Atenção à Saúde Mental e, para o seu funcionamento, é necessária a ligação aos diversos serviços da rede, bem como da vizinhança, comunidade, praça, associação de bairro, escola, rede de saúde, colegas de trabalho, etc.; como mostrou a Figura 2 (ver página 31).

Para Vasconcelos (2006, p. 53),

dispositivos residenciais de boa qualidade acoplados a serviços de atenção psicossocial adequados constituem elementos chave na substituição dos leitos asilares e de enfermarias psiquiátricas convencionais, evitando a transinstitucionalização, a simples desospitalização ou mesmo a negligência social.

O conceito de transinstitucionalização refere-se ao simples deslocamento das pessoas dos hospitais psiquiátricos para outras instituições com denominações diferentes, mas com o mesmo modo de funcionamento. O suporte destes outros serviços de atenção psicossocial é que dará o fortalecimento das relações das RTs com a sociedade e auxiliará na conquista da cidadania perdida.

A ligação entre o SRT e o CAPS é uma das ligações fundamentais para o sucesso da implantação deste dispositivo. No espaço do CAPS, no município pesquisado, se encontram os serviços de atendimento clínico, espaços de atividades artísticas, salas de alfabetização, sala recreativa, há uma pequena fábrica de fraldas de responsabilidade da cooperativa dos moradores das RTs e as reuniões do grupo de moradores das RTs acontecem neste espaço. É o CAPS também responsável pelo atendimento às situações de crises que acontecem nas RTs, quando os cuidadores não conseguem resolver por meio do serviço dos plantonistas responsáveis.

Nas falas dos cuidadores estavam suas impressões a respeito do suporte do CAPS, como por exemplo:

Eu acho muito falha, vou te sê sincera. Eu acho assim, porque... agora até deu uma melhoria. Foi cobrado muita coisa porque você tá aqui, você tá vivendo, vivenciando os problema de cada um, às vezes liga o fulano assim, fulano tá

precisando disso, tá deste jeito, aí vamo vê... às vezes, demora um dia, demora dois dias, tem coisa que até dá para esperar, mas tem coisa assim... Ali cada departamento tem um que tá cuidando, tá ali para aquilo, não é? (Cuidador 1)

Uma balança, às vezes nós (fala), fazemos alguma, questionamos algum assunto lá, ele sai rápido, e às vezes também entra de um lado e sai do outro, eu não sei se é falta de vontade deles ou é a dificuldade do serviço público, que favorece condições pra eles, né?! Tá facilitando pra nós, mais não, às vezes é boa e às vezes não é boa. (Cuidador 5)

Porque elas só fazem é cobrar mesmo, hum... não tem nada de, de bom pra gente, sabe?! A única coisa que elas quer é cobrar, cobrar, cobrar, cobrar da gente. (Cuidador 3)

Os cuidadores que têm mais tempo de trabalho observaram que antes, no período de implementação das residências, havia mais atividades oferecidas pelo CAPS e, agora, muitas dessas atividades estavam sendo canceladas por conta de mudanças na gestão da saúde no município.

Outra coisa, contato se fala assim lá com o CAPS, quando eu entrei tinha as festas de São João, a gente ia com eles arrumava, enfeitava, eles gosta de festa, a maioria sabe? A maioria gosta e agora, de um tempo para cá, quase não vai mais participar das festas. (Cuidador 1)

A gente tinha uma Kombi especificada só para os pacientes do CAPS... agora não, o carro agora é da prefeitura, ele tá aqui no CAPS, tem que atender à hemodiálise. (Cuidador 1)

Eles faziam hidroginástica lá no JAC (Jataí Atlético Clube), agora não vai mais, porque... por causa dos horário, tem hora que não coincide com os horários daqui, não dá... eles vão ficando mais retraídos aqui dentro das residências, sabe? Então eu acho assim; eu falo, eu que sempre eu cobro; não só eu outros colegas também; tinha que tê um carro adaptado, disponibilizado, com um motorista que queria ficar aqui só também, sabe, porque aí eles

acostuma com aquela pessoa também, que um dia um motorista, um dia outro...
(Cuidador 1)

Muitas questões foram trazidas pelos cuidadores no decorrer das diversas entrevistas e, ponto comum entre eles, foi o sentimento do não reconhecimento de suas demandas para o funcionamento das RTs por parte dos funcionários do CAPS, mas a maioria deles apontava que isso era decorrente da gestão acima da gestão da coordenadora do CAPS. Foram unânimes em dizer que a coordenação do CAPS tentava conseguir verbas e melhorias, mas não era atendida.

Outro elo fundamental para os cuidadores, para o bom funcionamento das RTs, é os colegas de trabalho. Estes funcionam como uma rede de apoio direto ao trabalho dos cuidadores. É por meio dos colegas mais antigos de trabalho que os novatos recebem instruções, orientações e suporte em momentos de sofrimento. Alguns relatam que se sentem como parte de uma família, em relação aos colegas de trabalho.

Meus colegas todas para mim igual uma família mesmo... família assim... lógico qualquer família tem suas restrição... a gente é bem tranquilo... graças a Deus... tranquilo mesmo... (Cuidador 1)

Eu já cheguei assim como se eu já tivesse trabalhado antes, até o X (outro cuidador) que tava aqui na primeira noite que eu já cheguei, e ai enquanto o X tava lavando a casa, lavando as vasilhas parece, tinha um ali que precisava tomar banho, e eu já fui dar banho nele. E o colega perguntou: uai, mais já tá com a mão na massa? Então pra mim foi normal. (Cuidador 4)

A gente faz assim, tranquilo, né?! A gente faz as coisa assim com vontade, né?! Primeiramente ter amor, né?! Amor aos colega, né?! Aos colega. (Cuidador 6)

Auxilia, se precisa um dia que a X não tá aqui, que é a técnica e eu preciso de... do... com um ali que não tá dando... igual esse ai (aponta para o morador que estava sentado próximo de mim)... tem um problema de tonteira... Aí eu tenho que chamar P (cuidador de outra residência): vem aqui procê me ajudar... prá por ele no banheiro ou para tirar ele do banheiro. (Cuidador 1)

[...] eu parti pra cima, porque ficá desempregado também eu não queria, e ai eu entrei sem experiência, fui pegando experiência a parti dos tempos, como que era os moradores, conhecer a rotina, tudo, foi aprendendo um pouquinho a mais, nem glicemia eu sabia fazer, fui aprender aqui, então aprendi a fazer glicemia, febre, pressão também eu já medi, só tem que eu acho que não sou muito experiente porque eu não sou técnico de enfermagem, mas assim é uma experiência que você tem nova, apesar de você não ter conhecimento, mas foi bom, aprendi também. (Cuidador 2).

Outro lado da rede para o bom funcionamento da RT é a vizinhança, pois será esta ligação que auxiliará no processo de construção da cidadania dos moradores, ou seja, sua inclusão social. Os cuidadores das RTs falaram que, durante todo o processo, houve poucos atritos entre as residências e a vizinhança, e que a experiência maior foi de acolhimento:

A vizinhança é tranquila, eles não têm nada de reclamar de nós, aliás, isso eu não posso falar, nós não têm nada pra reclamar deles, né?! E sobre assim, se eles têm alguma reclamação, nunca vieram fazer não, sobre nós aqui. (Cuidador 5)

Nossa, a vizinhança tudo muito bom, ninguém, aqui ninguém reclama, nunca teve nem uma reclamação, assim que de vez em quando vem uns pra que, porque aqui é a casa que já fica um casal durante o dia e um homem a noite, porque os que tiver dando mais trabalho vem pra cá, né?! Das outras residências, então muitas vezes vêm uns que tá gritando de madrugada, fazendo barulheira, mas não teve reclamação, pelo menos não do tempo que eu tô aqui. (Cuidador 4)

Ribeiro (2009) relatou experiências com uma RT de Santo André (São Paulo). Por meio de conversas com a vizinhança, sobre a Reforma Psiquiátrica, proporcionou mudanças e aceitação dos novos moradores da residência e foi fundamental para o estabelecimento de laços afetivos.

Um dos serviços da rede do qual os cuidadores reclamaram muito foi aqueles ligados à saúde do município, como o hospital e o SAMU. A reclamação maior foi a falta de entendimento destes outros setores sobre as especificidades que os moradores, às vezes,

necessitam ao serem atendidos. Como exemplo, relataram o fato de, às vezes, precisarem de uma consulta de emergência e os funcionários dos hospitais deixarem os moradores das RTs na fila normalmente, e que por mais que expliquem que os moradores podem ficar agressivos por estarem com dor, os funcionários não têm empatia com a demanda e mandam aguardar. Outra situação que foi relatada é o medo que os socorristas do SAMU sentem em relação aos moradores e, por vezes, é necessário esperar chegar o plantonista do CAPS para auxiliá-los, pois eles se recusam a fazer alguma coisa sem alguém de lá e, novamente, ocorre a demora no atendimento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco central deste trabalho foi conhecer o impacto da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização no município de Jataí, estudando o dispositivo RT e, dentro de todas as nuances que poderiam ser abarcadas aqui, foi escolhido estudar os cuidadores das RTs da cidade de Jataí e o trabalho por eles desenvolvido. A escolha se deu por entender que eles são fundamentais em todo o processo da constituição do SRT, como um dispositivo que possa de fato promover a cidadania a quem está há tantos anos à margem da sociedade.

Observou-se que os trabalhadores dos SRTs possuem pouca escolaridade e pouco conhecimento a respeito de todo o processo de desinstitucionalização, não possuem conhecimentos na área da saúde e utilizam estratégias de seus cotidianos para lidarem com as dificuldades dentro das RTs. Dois apenas, entre os 16 cuidadores do município, são antigos funcionários do Hospital Psiquiátrico do município; os outros 14 cuidadores foram contratados a partir de indicações de pessoas que já estavam no serviço e não houve nenhum processo de seleção formal para sua contratação. Parece que há uma crença de que ninguém gostaria de concorrer a este serviço, e, então, o caminho percorrido para a contratação é sempre a indicação de alguém que conhece alguém que tem o “dom” para trabalhar nesta área. Percebeu-se que a crença na existência deste “dom” parte da observação de que a maioria destes profissionais cuida ou cuidou de alguém doente na família, portanto estaria apto ao trabalho nas RTs. É necessário que a equipe envolvida comece a pensar o perfil que deseja para este profissional; a fim de articular um processo seletivo para proceder à escolha das pessoas que venham ocupar o cargo de cuidadores em saúde.

Constatou-se que o trabalho desenvolvido por eles é feito a partir de muito improviso e criatividade, diante das dificuldades do dia a dia. Muitas ações rememoram as práticas manicomiais, mas a questão que fica é: como não existir essas vivências dentro das RTs se não existe discussões a respeito das práticas que ali acontecem? Foi percebido que acontecem algumas palestras pela equipe do CAPS com os cuidadores a respeito da Reforma Psiquiátrica, mas, sem discussões sobre o tema, é possível inferir que os cuidadores não conseguem compreender bem o que seria esse processo de desinstitucionalização.

Por meio dos dados obtidos na pesquisa, notou-se que os cuidadores conseguem perceber e verbalizar suas dificuldades no trabalho, baixos salários e falta de atendimento das demandas por parte dos gestores, mas essa percepção não se transforma em lutas porque, ao mesmo tempo, demonstram medo de perderem o serviço, uma vez que seu vínculo de trabalho é “contrato” e, como tal, precário.

Em relação a como os cuidadores percebem os moradores, foram várias definições como: pacientes, crianças grandes, pessoas perigosas, pessoas sem noção e moradores. A questão do cuidado dentro das residências perpassa pelas diversas concepções que estes profissionais fazem do que seria o cuidar e, em alguns momentos, notou-se que cuidar significa: a tutela, como forma de promover a inclusão e como proteção excessiva. E diante de todas essas concepções, eles entendem o seu papel dentro das residências como pais, amigos, ajudantes, como os “adultos” moradores das residências também.

No início deste trabalho, foi chamada a atenção para o fato de que a luta maior é pela desconstrução da instituição “loucura”. Notou-se, no percurso da pesquisa, e no decorrer da análise dos dados, que há ainda um longo caminho para a desconstrução do conceito da loucura como identidade, que está impregnada em grande parte da sociedade. Há a necessidade de discussões para a construção da concepção de que o residente é uma pessoa de direitos, que é portador de um transtorno mental como uma de suas características, mas que isto não o define como pessoa. E, ao mesmo tempo, há necessidade da desconstrução da visão do transtorno mental como a definição de quem é esse sujeito como um todo.

Considera-se aqui que os SRTs são fundamentais para todo o processo de desinstitucionalização, mas para que esta nova forma de cuidar atinja os objetivos pelos quais foram criados, é necessário o compartilhamento de saberes e práticas, a construção de um novo olhar sobre o cuidar, o habitar, a loucura, a saúde, o papel da RT, o papel do cuidador, etc. Pode se afirmar que as experiências mais ricas foram as que promoveram a construção do espaço de supervisão em grupo, onde ocorreram diálogos, trocas de experiências entre os diversos profissionais envolvidos com o trabalho.

Outro ponto que foi observado durante a pesquisa é a grande carga emocional em que os cuidadores estão envolvidos no trabalho. Muitos falaram do estresse, medo, cansaço mental, etc. Portanto, é necessário um momento de escuta e atenção para os profissionais das RTs, para que possam ser cuidados e qualificados.

Em síntese, muito já se caminhou no município em relação à Reforma Psiquiátrica e na implementação do SRT, mas para sua continuidade é importante repensar a atenção que se tem dispensado aos trabalhadores que estão diretamente envolvidos com o cotidiano das RTs, oferecendo-lhes maior apoio, cuidado, instrumentalização e capacitação.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S. (2013). Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: Amarante, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 3. ed.

ALBUQUERQUE, P. (2006a). Apresentação. In: Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Cadernos IPUB*: n. 22. IPUB/UFRJ, p. 9-14.

_____. (2006b). Apresentação. In: Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Cadernos IPUB*: n. 22. IPUB/UFRJ, p. 93-110.

ALVERGA, A. R. DE; DIMENSTEIN, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10 (20), p. 299-316. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-32832006000200003> Acesso em: 09 jul. 2013.

AMARANTE, P. (1997). Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S (org.). *Saúde e Democracia. A Luta do CEBES*, p. 163-185, Rio de Janeiro: Lemos Editorial.

_____. (2010). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 4. ed.

_____. (2013a). *Loucos pela vida: trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____. (2013b). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz.

AMORIM, A. K. DE M. A.; DIMENSTEIN, M. (2007). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 195-204. Disponível em: <[scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext)>

&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232009000100025>.
Acesso: 09 jul. 2013.

BASAGLIA, F. (1979). *A Psiquiatria Alternativa*. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Ed. Brasil Debates.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. (2005a). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200014&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-32832005000200014>. Acesso em: 09 jul. 2013.

BIRMAN, J. (1992). A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. JR.; AMARANTE, P. *Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

_____. (1999). Os sentidos da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9(1), 7-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311999000100001&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-73311999000100001>. Acesso em: 09 jul. 2013.

BLEGER, J. (2003). *Temas de psicologia: entrevista e grupos I*. Tradução: Rita Maria M. de Moraes; Revisão: Luis Lorenzo Rivera. São Paulo: Martins Fontes. 2. ed.

BLIKSTEIN, F. (2012). *Destinos de crianças: Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=15239>.

BRASIL. (1988). *Constituição Federal*. Brasília: Diário Oficial.

_____. (1990). *Lei n. 8.080 – De 19 de set. de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. (1990). *Lei n. 8.142* – De 28 de dez. de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/18142.pdf>.

_____. (1991). *Portaria/MS n. 189* – De 19 de nov. de 1991. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da Tabela SIH-SUS, na área da saúde mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União.

_____. (1992). *Portaria/MS n. 224* – De 29 de jan. de 1992. Define o funcionamento do NAPS/CAPS no SUS. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Estabelece as diretrizes para hospitais-dia e ambulatórios. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5694.html>>. Acesso em: jul. 2013.

_____. (2000a). *Portaria/GM n. 106* – De 11 de fev. de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5985.html>>. Acesso em: jul. 2013

_____. (2000b.). *Portaria/GM n. 1220* – De 07 de nov. de 2000. Cria procedimentos SIA/SUS para o acompanhamento de moradores das residências terapêuticas. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4139.html>. Acesso em: jul. 2013.

_____. (2001). *Lei n. 10.216/01* – De 06 de abr. de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 09 de abr.

_____. (2003). *Lei n. 10708/2003* – De 24 de jun. de 2003. De Volta para Casa. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, 2003. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de jul.

_____. (2004a). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2004b). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2005). *Portaria/GM n. 246* – De 17 de fev. de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.

_____. (2011a). *Portaria/GM n. 3.088* – De 23 de dez. de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. (2011b). *Portaria/GM n. 3.090* – De 07 de nov. de 2011. Altera a Portaria n. 106/GM/MS, de 11 de fev. de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

_____. (2012). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* – 11, ano VII, n. 11. Informativo eletrônico. Brasília: out.. Disponível em: <www.saude.gov.br> e <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 02 fev. 2014.

BRUM, L. D. R. V. (2012). *O Serviço Residencial Terapêutico em Questão*. Dissertação de Mestrado, Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

CAPONI, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CAVALCANTI, M, T.; VILETE, L.; SZTAJNBERG, T.K (2006). O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica brasileira. In: *Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Cadernos IPUB: n. 22*. IPUB/UFRJ, p. 83-92.

CARVALHO, A. M. T.; AMARANTE, P. (2012). Forças, Diferenças e Loucura: pensando para além do princípio da clínica. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 3. ed. p. 41- 52.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2011). Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

DALLOS, R. (2010). Coletas de Dados. In: BREAKWELL, G.M.; HAMOMOND, S.; FIFE-SCHAW, C.; SMITH, J. *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed. 3. ed. p. 134-169.

DELGADO, P. G. (2006). Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. *Cadernos IPUB*: n. 22. IPUB/UFRJ.

DESVIAT, M. (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Comosprint.

ESTRELLA, R. (2010). *O lugar do Sujeito nos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise. Rio de Janeiro.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. (2010). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicol. Cienc. Prof.* [online]. 2010; 27(2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932007000200003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 set. 2014.

FOUCAULT, M. (2002). *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.

FRARE, A. P. (2012). *No litoral da Casa e do Serviço: A Psicanálise no Serviço Residencial Terapêutico*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FREIRE, F. H. M. DE A. (2012). *Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura*. Tese de

Doutorado, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3356>. Acesso em: 15 set. 2013.

FURTADO, J. F. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 785-795. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026>. Acesso em: 15 ago. 2013.

FURTADO, J. P.; BRAGA-CAMPOS, F. (2011). Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (orgs.). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

GIL, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisas*. São Paulo: Atlas.

GOFFMAN, E. (2010). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

HEIDRICH, A. V. (2007). *Reforma Psiquiátrica a Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Disponível em: <tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144>.

LAURENT, E. (1999). O analista cidadão. In: *Psicanálise e Saúde Mental. Curinga – Revista da EBP-M.G.*, Belo Horizonte, set., n. 13.

LEMOS, M. F. (2011). O Estado e as Políticas de Saúde no Brasil: Reflexões Acerca do Sistema Único de Saúde. *Revista Perspectivas em Psicologia*, v. 15, n.1, jan/jun.

LUIZ, R. T.; LOLI, M. N.; KAWANICHI, N. K.; BOARINI, M. L. (2011). Estado da arte sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. *Psicol. teor. prat.* [online]. v. 13, n. 1, p. 131-140. ISSN 1516-3687.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. (2002). Subjetividade e Loucura: saberes e fazeres em processo. In: 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.

_____. (2007). Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Vivência (Natal)*, n. 32, p. 79-95.

MARCOS, C. M. (2004). A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos “serviços residenciais terapêuticos”. *Revista Psyche*, São Paulo, jul./dez., v. 8, n. 8, p. 179-90.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. (2012). Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. set./dez., v. 23, n.3, p. 245-252.

MINAYO, M. C. S. (2004). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes.

MOREIRA, M. I. B. (2007). *Se esta casa fosse minha: habitar e viver na cidade a partir de uma residência terapêutica*. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Espírito Santo: Vitória.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. (1994). Desinstitucionalização: suas bases e experiência internacional. *J. Bras. Psiquiatria*, v. 1, n. 43, p. 19-28.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. (2007). A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. *Vivência, Natal*, v. 1, p. 259-275.

RIBEIRO, P. M. N. (2009). *Aos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico: novas maneiras de cuidar...?* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

ROTELLI, F. (1990). Publicado na Revista *Per la salute mentale/ For mental health* 1/88 – do Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia.

Tradução de Maria Fernanda de Sílvia Nicácio. Revisão da tradução: Cláudia Chaves Martins. Casa de Saúde Anchieta. Santos. Disponível em: <http://www.oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SANTOS, K. W. A. (2006). A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos. *Cadernos IPUB*: n. 22. IPUB/UFRJ, p. 163-178.

SANTOS, H.P. de O. S. J.; SILVEIRA, M. A. de F. A. (2009). Práticas de cuidados no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Revista Escola de Enfermagem*, v. 43, n. 4, Universidade de São Paulo.

SMITH, J. A.; EATOUGH, V. (2010). Análise Fenomenológica Interpretativa. In: BREAKWELL, G.M.; FIFE-SCHAW, C.; HAMMOND, S.; SMITH, J. (2010). *Métodos de pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.

SPRIOLI, N. (2010). *Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-27092010161621/publico/NeilaSprioli.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

TAVARES, G.M.; MASCARENHAS, A. O. (2011). Direito e Castigo? Uma Análise Fenomenológica da Experiência de Licença Médica no Trabalho. *ENANPAD – Encontro da ANPAD*, Rio de Janeiro, v. 35, set., GPR 2784, CD-ROM.

TENÓRIO, F. A. (2002). Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Revista História, Ciência, Saúde*. Manginhos, Rio de Janeiro. jan/abr., v. 9, n. 1, p. 25-59.

VASCONCELOS, E. M. (2006). Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. In: *Cadernos IPUB*: nº 22. IPUB/UFRJ, p. 53-81.

VASCONCELOS, C. M.; PACHE, D. F. (2006). Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz, p. 531-562.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA
COMO ENTREVISTADA**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO
DA PESSOA COMO ENTREVISTADA**

Eu, _____, RG nº. _____ CPF nº. _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: “Residências Terapêuticas no município de Jataí: com a palavra, os cuidadores em saúde”, como entrevistado. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Leandra Assis Borges Lima sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo.

Local/data: _____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares:.....

Contatos para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa com a pesquisadora – Telefone: (64) 9988-9906 ou email: leaassis1@hotmail.com

**APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS
INDIVIDUAIS**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO
DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS**

Eu, _____, RG nº. _____ CPF nº. _____, abaixo assinado, concordo em Autorizar a gravação da entrevista para o estudo: “Residências Terapêuticas no município de Jataí: com a palavra, os cuidadores em saúde”, como entrevistado. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Leandra Assis Borges Lima sobre a pesquisa, os procedimentos da gravação, transcrição e armazenagem de dados nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo.

Local/data: _____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares: Contatos para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa com a pesquisadora – Telefone: (64) 9988-9906 ou email: leaassis1@hotmail.com

APÊNDICE C – CARTA CONVITE



CARTA CONVITE

Jataí, 12 de março de 2014.

À coordenadora da Saúde Mental no Município
Dra. Soraya Maria de Rezende Vilela

Senhora coordenadora,

Com meus cumprimentos, venho apresentar o projeto de pesquisa: “Residências Terapêuticas no município de Jataí: com a palavra, os cuidadores em saúde”, de autoria de Leandra Assis Borges Lima, orientada pelo Prof. Dr. Fabio Jesus Miranda, objetivando convidar as Residências Terapêuticas de Jataí: com a palavra, os cuidadores, para participarem do referido estudo como campo de pesquisa. Informo, ainda, que o projeto acima mencionado está cadastrado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Havendo a solicitada autorização, é necessário esclarecer que essa Secretaria Municipal de Saúde deverá fornecer informações acerca da caracterização dos cuidadores das Residências Terapêuticas, a fim de permitir a composição da amostra a ser entrevistada.

É importante salientar que os resultados serão apresentados em primeira versão para a organização participante, que terá seu nome divulgado apenas se houver autorização expressa para tal, e que serão resguardados todos os princípios éticos na relação entre a pesquisadora e a organização pesquisada.

Aguardando um pronunciamento de sua parte, antecipo agradecimentos.

Atenciosamente,

Leandra Assis Borges Lima

- Mestranda -

De acordo _____ em ____/____/_____.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, LEANDRA ASSIS BORGES LIMA, mestranda do curso de Mestrado e Doutorado da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, orientada pelo Professor Dr. Fábio Jesus Miranda, convido-o(a) a participar da pesquisa “Residências Terapêuticas de Jataí: com a palavra, os cuidadores em saúde”, como entrevistado(a).

De posse dos devidos esclarecimentos a respeito do projeto, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final desse documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Destaco que lhe é garantido o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem e que isto lhe cause qualquer prejuízo. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-Goiás pelos telefones (62) 3946-1071.

Os dados coletados irão trazer benefícios, que contribuirão para a compreensão do processo de desinstitucionalização, bem como para a atual configuração de gestão e organização das Residências Terapêuticas (RTs).

O objetivo desse projeto é estudar o processo de desinstitucionalização no município de Jataí, por meio do estudo do trabalho dos cuidadores do Serviço de Residências Terapêuticas (SRTs).

Os dados serão coletados por meio de entrevistas. No momento de realização da entrevista, o procedimento poderá causar certo cansaço, mas não será prejudicial ao organismo do(a) senhor(a). Poderá ocorrer um desconforto e risco mínimo psicológico para o(a) senhor(a) visto que o procedimento poderá levantar questões que mobilizem suas emoções. Esta possibilidade de mobilização justifica-se por, talvez, contribuir para que os participantes percebam melhor sua realidade de trabalho, procurando a busca de alternativas que diminuam ou eliminem os fatores do contexto de trabalho que os fazem sofrer, caso eles existam.

Caso o(a) senhor(a) adquira algum dano irreversível, físico ou psíquico, como consequência da participação nesta pesquisa o(a) senhor(a) poderá buscar ser indenizado(a) nas formas da lei.

O(a) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Será livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Todas as informações relacionadas à sua participação serão mantidas em sigilo na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Seus dados pessoais não serão divulgados em hipótese alguma. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Esses dados serão utilizados apenas para os fins desta pesquisa. Depois de encerrada, o(a) senhor(a) poderá ter acesso ao trabalho, caso tenha interesse, os dados ficarão em posse da pesquisadora por um período de cinco (5) anos e após esse período estes serão incinerados.

A participação no estudo não acarretará custos para o(a) senhor(a).

Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-GO e outra será fornecida ao(a) senhor(a). Caso haja qualquer outra dúvida, os pesquisadores podem ser contatados a partir do telefone que consta no final deste documento ou o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Goiás no telefone: (62) 3946-1512.

Desde já, agradecemos por sua confiança e colaboração.

Cordialmente,

Leandra Assis Borges Lima: _____

Fone:(64) 99889906

Nome/Assinatura da Pesquisadora

Data: _____

Nome/Assinatura do Participante

Data: _____

Responsáveis pela pesquisa:

- Orientador: Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda – PUC-GO
- Pesquisadora: Leandra Assis Borges Lima/Mestranda em Psicologia pela PUC-GO