

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – *CAMPUS* SOROCABA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA CONDIÇÃO HUMANA

LIVIA PRADO MUNIZ

**A CASA É DELES? REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO EM SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS
CUIDADORES**

Sorocaba

2023

LIVIA PRADO MUNIZ

**A CASA É DELES? REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO EM SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS
CUIDADORES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana, da Universidade Federal de São Carlos, *campus* Sorocaba, para obtenção de título de mestrado acadêmico. Área de Concentração: Estudos da Condição Humana na Contemporaneidade. Linha de Pesquisa: Desigualdades e Diferenças no Contemporâneo.

Orientação: Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia

Sorocaba

2023

Muniz, Livia Prado

A casa é deles? Reflexões sobre o cuidado em Serviços Residenciais Terapêuticos, a partir da perspectiva dos cuidadores / Livia Prado Muniz -- 2023.

110f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, Sorocaba

Orientador (a): Marcos Roberto Vieira Garcia

Banca Examinadora: Maria Inês Badaró Moreira,

Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

Bibliografia

1. Saúde mental. 2. Cuidadores em saúde. 3. Serviços residenciais terapêuticos. I. Muniz, Livia Prado. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Maria Aparecida de Lourdes Mariano -
CRB/8 6979



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Humanas e Biológicas
Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Livia Prado Muniz, realizada em 28/08/2023.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia (UFSCar)

Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira (UNIFESP)

Profa. Dra. Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana.

*Dedico este trabalho a Henrique Dias da Silva
e aos que lutam para que ele e outros egressos
de manicômios possam viver em liberdade*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia, por acompanhar minha trajetória de pesquisa, possibilitar muitos aprendizados e respeitar meu processo de escrita, sendo gentil em seus apontamentos e contribuições.

Aos membros do grupo de pesquisa “Saúde Mental e Sociedade”, pelas discussões enriquecedoras.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana da UFSCar/Sorocaba, por serem tão inspiradores e terem me proporcionado reflexões importantes para esta pesquisa.

À Dra. Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira e à Dra. Maria Inês Badaró Moreira, professoras que generosamente compuseram as bancas de qualificação e de defesa, pelas preciosas contribuições para este trabalho.

À Prefeitura Municipal de Salto de Pirapora, que permitiu as mudanças necessárias em meu horário de trabalho, para que eu pudesse cumprir as exigências do mestrado.

Aos trabalhadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Salto de Pirapora, por terem aceitado participar da pesquisa, e aos colegas de trabalho do CAPS, que sempre estiveram próximos me apoiando e me lembrando que “parceria é parceria”.

Aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Salto de Pirapora, sobreviventes dos manicômios, com quem aprendo tanto, por sempre me receberem bem em suas casas.

À Delia de Césarís, Sonia Estrada (*in memoriam*) e Érica Martin, psicanalistas que contribuíram para que eu sustentasse a vontade de pesquisar, produzir e falar, tentando não me desviar daquilo que é importante para mim.

À Luiza Maretto, Luis Pereira, Fernanda Rodrigues, Vitor Nieri, Marlos Mateus, Daniel Barreto, Natália Santos e Mariana Calonego, amigos-pesquisadores com quem pude compartilhar as alegrias e angústias de minha trajetória acadêmica. O afeto de vocês e a confiança que sempre demonstraram em mim fez toda a diferença no meu caminhar.

Às queridas amigas “simbióticas”, e a Larissa Ladalardo e Amanda Marqui, por todo incentivo e momentos de acolhimento.

A Jeferson Correia, por caminhar ao meu lado durante parte desta pesquisa.

A Regina e Roberto Serrão, pela presença e apoio “desde sempre”.

Aos meus pais, Regina Prado e Lincoln Muniz (*in memoriam*), por todo amor e cuidado, e por terem sido fundamentais para que eu pudesse fazer as escolhas que me trouxeram até aqui.

RESUMO

A desospitalização de pessoas que tiveram longas internações em hospitais psiquiátricos e a possibilidade de que elas morem em Serviços Residenciais Terapêuticos são estratégias de desinstitucionalização previstas pela Política Nacional de Saúde Mental. As legislações sobre estas casas-serviço não fazem menção ao grau de qualificação exigido para a contratação dos cuidadores para estas moradias e também não há consenso sobre a necessidade de formação específica para estes profissionais. Esta pesquisa teve como objetivo identificar as concepções de cuidado existentes entre cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos e promover reflexões sobre elas, evidenciando os processos formativos destes profissionais e suas práticas de trabalho. Ela foi desenvolvida em Salto de Pirapora, município da região metropolitana de Sorocaba, que tem um histórico de elevado número de leitos do Sistema Único de Saúde em hospitais psiquiátricos, e que, a partir de 2012 iniciou um processo de desinstitucionalização, com o fechamento dos dois manicômios que possuía. A pesquisa tem abordagem qualitativa e foi feita a partir de revisão bibliográfica sobre a temática, seguida de entrevistas exploratórias, aplicação de questionário com 18 cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos do município em questão e entrevistas não-diretivas com 4 deles. Foram identificadas quatro concepções sobre o cuidado, que se misturam nos discursos dos cuidadores: Cuidado em sua dimensão profissional, Cuidado como exercício de caridade, Cuidado como execução de tarefas domésticas e Cuidado feminino e maternal. Evidenciou-se que a diversidade nas práticas de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos se expressa de forma contraditória, por meio de ações que ora auxiliam na promoção de autonomia, ora homogeneízam o cuidado. Assim, se faz urgente a construção de caminhos formativos para estes profissionais, de modo que os moradores possam, cada vez mais, assumirem a casa como sua e, de acordo com suas potências e necessidades, cuidar e ser cuidados. A estratégia da Educação Permanente parece ser um caminho potente para o enfrentamento dos diversos desafios relacionados às práticas de cuidado abordadas nesta pesquisa. Espera-se que as discussões propostas neste estudo contribuam para a valorização e a qualificação do trabalho dos cuidadores, de modo que processos de desinstitucionalização sejam sustentados a partir de referenciais antimanicomiais pautados no respeito e na liberdade.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Cuidadores em Saúde; Serviços Residenciais Terapêuticos.

ABSTRACT

The dehospitalization of people who have experienced extended stays in psychiatric hospitals and the possibility of them residing in Therapeutic Residential Services are strategies outlined by the Brazilian Mental Health Policy. Legislation concerning these services does not specify caregiver qualifications for employment in these residences, and there is no consensus regarding the necessity of specific training for these professionals. This research aimed to identify the existing conceptions of care among caregivers in Therapeutic Residential Services and promote reflections on them, highlighting the formative processes of these professionals and their work practices. The study was carried out in Salto de Pirapora, a municipality in the metropolitan region of Sorocaba, known for its high number of Unified Health System beds in psychiatric hospitals. Beginning in 2012, the municipality initiated a deinstitutionalization process, resulting in the closure of two asylums. A qualitative approach was used in this research, which involved conducting a literature review on the topic, followed by exploratory interviews and questionnaire administration with 18 caregivers from Therapeutic Residential Services in the aforementioned municipality. Furthermore, non-directive interviews were conducted with 4 of them. Four conceptions of care were identified, which are mixed in the caregivers' speeches: Care in its professional dimension, Care as an act of charity, Care as the execution of domestic tasks, feminine and maternal care. It became evident that diversity in care practices within Therapeutic Residential Services is expressed in a contradictory way, through actions that sometimes help to promote autonomy, and at other times homogenize care. Thus, it is urgent to develop formative paths for these professionals so that residents can increasingly assume the house as their own and according to their strengths and needs, care for and be cared for. The Permanent Education strategy is a powerful way to face the various challenges related to the care practices discussed in this research. It is expected that the discussions proposed in this study will contribute to the appreciation and qualification of caregivers' work so that deinstitutionalization processes are sustained from anti-asylum references based on respect and freedom.

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

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modalidades de Serviços Residenciais Terapêuticos	35
Tabela 2 – Local de trabalho dos cuidadores que responderam ao questionário	52
Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores por faixa etária	52
Tabela 4 – Tempo de trabalho nos SRTs de Salto de Pirapora	53
Tabela 5 – Escolaridade dos cuidadores dos SRTs de Salto de Pirapora	53
Tabela 6 – Experiência de trabalho em hospital psiquiátrico	53
Tabela 7 – Número de cuidadores com curso de cuidador	54
Tabela 8 – Caracterização dos cuidadores entrevistados	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Vírus SARS-CoV-2
ESF	Estratégia Saúde da Família
FLAMAS	Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PAT	Posto de Atendimento ao Trabalhador
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta pra Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	13
2	INTRODUÇÃO	16
3	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E PROPOSTAS DE CUIDADO EM LIBERDADE	19
	3.1 A constituição dos saberes sobre a loucura e sua institucionalização	19
	3.2 O manicômio como instituição total	20
	3.3 Segregação e violência nos manicômios brasileiros	21
	3.4 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica brasileira	24
	3.5 Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial	26
	3.6 Contrarreforma psiquiátrica	28
	3.7 Polo Manicomial de Sorocaba.....	29
4	SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO	33
	4.1 Criação dos SRTs.....	33
	4.2 Funcionamento dos SRTs.....	34
	4.3 A cuidadora e o cuidado.....	36
	4.4 O cuidado e os cuidadores no campo da saúde mental antimanicomial.....	39
5	PERCURSO METODOLÓGICO	43
	5.1 Contextualização do campo de pesquisa	44
	5.2 Participantes	46
	5.3 Trabalho de campo	47
	5.4 Análises	51
6	RESULTADOS.....	52
	6.1 Perfil dos cuidadores que responderam ao questionário	52
	6.2 Funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Salto de Pirapora.....	54
	6.3 Caracterização dos cuidadores entrevistados	56
	6.4 Concepções de cuidado em Serviços Residenciais Terapêuticos.....	59
	6.4.1 Cuidado em sua dimensão profissional	59
	6.4.2 Cuidado como exercício de caridade.....	68
	6.4.3 Cuidado como execução de tarefas domésticas.....	75
	6.4.4 Cuidado feminino e maternal	82
	6.5 A casa é deles? Reflexões sobre o cuidado em SRTs	89
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE	108
	ANEXO.....	110

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa foi mobilizada a partir de minhas vivências enquanto psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), em Salto de Pirapora-SP, onde trabalho desde 2013. Conheci a cidade quando vim prestar concurso público e, naquele momento, eu não tinha ideia de que na estrada que a liga a Sorocaba-SP havia dois hospitais psiquiátricos, com cerca de mil pessoas internadas. Em minha graduação como psicóloga, concluída naquele mesmo ano, em Assis-SP, a luta antimanicomial se fez presente tanto na vida acadêmica como no âmbito da militância e, por mais que eu compreendesse que ainda existiam muitos passos para que pudéssemos garantir práticas de cuidado em liberdade a pessoas em sofrimento psíquico, eu não tinha ideia do que se passava na região onde fui trabalhar.

Minha contratação pela prefeitura se deu em um momento em que o município buscava estruturar sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Lembro-me de notar grande expectativa por parte da gestão municipal em relação à equipe de saúde mental, contratada na mesma ocasião que eu, uma vez que teríamos grandes desafios pela frente. O município havia assinado, em dezembro de 2012, um Termo de Ajustamento de Conduta¹ (TAC), que previa o fechamento dos dois hospitais psiquiátricos da cidade e sua substituição pela RAPS, o que incluía a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e a criação do CAPS onde fui trabalhar.

Desde minha contratação e mudança para a região de Sorocaba acompanho este processo de fechamento dos manicômios e de desinstitucionalização – em Salto de Pirapora, como servidora pública, e em Sorocaba, como moradora. Em ambas as posições, sempre estive comprometida com a luta antimanicomial e com a construção de práticas psicossociais de atenção a pessoas em sofrimento. Neste período foi possível acompanhar não só a comissão do TAC, em reuniões com membros do Ministério da Saúde (MS), Ministério Público Federal e Estadual, Secretaria do Estado da Saúde e dos municípios envolvidos, como também observar o modo como a mídia sorocabana noticiava as ações do TAC, quase sempre se posicionando contra o processo de desinstitucionalização².

¹Termo de Ajustamento de Conduta “é um acordo que o Ministério Público celebra com o violador de determinado direito coletivo. Este instrumento tem a finalidade de impedir a continuidade da situação de ilegalidade, reparar o dano ao direito coletivo e evitar a ação judicial” (Ministério Público Federal, 2023).

²Aqui cabe ressaltar que uma das reportagens mais importantes feita sobre as violações de direitos humanos que aconteciam no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, de Sorocaba, não foi feita pela mídia local, mas sim, pelo SBT, na reportagem “A casa dos esquecidos”, veiculada no Programa Conexão Repórter, em 24/01/2013.

Nesta disputa de narrativas, as ações do Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS), que já havia produzido em 2011 um levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região, seguiram contribuindo para evidenciar as violações de direitos humanos que ocorriam naqueles hospitais. Por outro lado, havia um discurso conservador sustentado por médicos, donos de hospitais psiquiátricos e outros interessados na manutenção do modelo manicomial.

Mesmo com os tensionamentos que existiram e atrasaram o cumprimento do TAC, em 2016, 40 pessoas egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos passaram a viver em quatro SRTs em Salto de Pirapora. Enquanto trabalhadora de CAPS, uma de minhas ações neste processo foi a construção com os moradores desses SRTs de álbuns fotográficos que registravam suas histórias e percursos de vida. Minha intenção era de que cada morador pudesse ter acesso fácil a esses registros fotográficos, que até então ficavam guardados nos celulares e câmeras de profissionais dos serviços que os acompanhavam. Assim, em 2018, conseguimos construir 39 álbuns (um dos quarenta moradores havia falecido antes do projeto existir). Inscrevi um relato deste projeto na 16ª Mostra de Práticas Exitosas dos Municípios, realizada no 33º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, e com ele recebi o 9º Prêmio David Capistrano.

Após a conclusão deste projeto, a fim de manter estes álbuns atualizados, eu ainda recebia muitas fotografias do dia a dia dos moradores e de ocasiões importantes, feitas por profissionais do CAPS e dos SRTs. Em 2020, um cuidador de SRT me enviou uma foto que contribuiu para que eu propusesse esta pesquisa de mestrado. Nesta imagem, os moradores da casa – sete homens adultos – vestiam roupas iguais. Eram pijamas azuis, que haviam sido encomendados por um dos profissionais que acompanhava o dia a dia na casa. A imagem me remeteu aos uniformes usados (quando usados) em hospitais psiquiátricos e isso me causou um desconforto muito grande. Achava improvável que em um grupo de sete pessoas, todas gostassem da mesma cor e do mesmo modelo de roupa para dormir. Nenhum profissional que teve acesso à foto mencionou incômodo com o fato de estarem “uniformizando” os moradores. Muitos deles, inclusive, elogiaram os pijamas e parabenizaram a iniciativa.

Aquela imagem me tocou e me remeteu aos tantos manicômios simbólicos que existem e que precisam ser problematizados e combatidos. Ao mesmo tempo em que eu podia ver o cuidado e boa intenção do profissional que escolheu os pijamas e os encomendou, eu também vi que minhas discussões sobre tutela / emancipação, instituições totais / cuidado em liberdade se restringiam ao meu ambiente de trabalho no CAPS e a outros ambientes acadêmicos. Eu pouco conhecia a formação dos profissionais dos SRTs e estava distanciada de suas concepções

e práticas de cuidado. Por acreditar na potência dos SRTs e nas práticas de cuidado em liberdade, e pensando na necessidade de ampliar as discussões sobre o trabalho desses profissionais – categoria que passa mais tempo dentro dos SRTs – propus esta pesquisa.

Ao pensar sobre qual programa de mestrado poderia acolher estas inquietações, fez sentido escolher a linha de pesquisa “Desigualdades e Diferenças no Contemporâneo”, do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana do campus Sorocaba da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O fato de ser um programa interdisciplinar certamente contribuiu para se pensar a complexidade do campo da saúde mental. Além disso, tive a oportunidade de ser orientada por alguém com experiência de pesquisa sobre os manicômios e processos de desinstitucionalização em curso nesta região. Por fim, entendo que pensar no direito à vida em liberdade das pessoas que tiveram seus direitos violados e suas vidas institucionalizadas exige que pensemos sobre a condição humana, afinal, estamos reivindicando um outro lugar social para aqueles que foram desqualificados enquanto humanos.

2 INTRODUÇÃO

Desde o fim da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) produz discussões sobre a institucionalização da loucura e o tratamento em saúde mental, propondo a superação do paradigma psiquiátrico-medicalizador e contribuindo para a construção de políticas de cuidado pautadas na liberdade, no respeito e na autonomia dos sujeitos (Amarante, 1995; Amarante; Nunes, 2018; Yasui; Costa-Rosa, 2008). Um dos principais desafios nesta reorientação do modelo de atenção à saúde mental é o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição pela RAPS, composta por serviços de base comunitária. Deste desafio se desdobra a questão da desospitalização de pessoas em longa internação em hospitais psiquiátricos e da desinstitucionalização³, assunto tratado nesta pesquisa.

Na década de 1990, experiências de municípios brasileiros permitiram que egressos de manicômios tivessem novas vivências de moradia e de sociabilidade nas cidades⁴ (Brasil, 2004a; Furtado; Braga-Campos, 2011). A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) passou a ter como um de seus eixos a Estratégia de Desinstitucionalização, que entre outras intervenções, prevê a pessoas com longas internações em hospitais psiquiátricos a possibilidade de morarem em SRTs. Os SRTs são casas na comunidade, destinadas preferencialmente a moradia de pessoas que estiveram em manicômios por pelo menos dois anos ininterruptos e que não possuam suporte social e vínculos familiares que viabilizem sua inserção social (Brasil, 2000).

Os principais marcos legislativos relacionados a desospitalização e a criação de SRTs – a Portaria 106 do Ministério da Saúde e a Lei 10.216⁵, datam respectivamente dos anos 2000 e 2001. Nestes mais de vinte anos em que vigoram, a vida de muitas pessoas foi transformada a partir da reorientação das práticas de cuidado em saúde mental, que passaram a priorizar terapias menos invasivas, com recursos extra-hospitalares, realizadas preferencialmente em serviços de base territorial. Mesmo com estas transformações, os manicômios seguem existindo. Em 2020 havia 13.929⁶ leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em

³Desospitalização e desinstitucionalização não são processos equivalentes. Entende-se que a desinstitucionalização é um processo mais amplo e complexo, que envolve a desconstrução da cultura manicomial, que pode existir fora dos muros do manicômio. Este tema será aprofundado no capítulo 3.5.

⁴Estas experiências serão retomadas no capítulo 4.1.

⁵A Portaria 106/2000 e a Lei 10.216/2001 serão detalhadas no item 3.4 e no capítulo 4.

⁶Dados obtidos no documento “Painel Saúde Mental - 20 anos da Lei 10.216/01”, produzido pela organização da sociedade civil Desinstitute, a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Coordenação Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde.

hospitais psiquiátricos brasileiros (Desinstitute, 2021), enquanto em 2021 existiam 796 SRTs habilitados no país (Brasil, 2021). Estes números indicam o desafio que é construir e sustentar um modelo antimanicomial de atenção à saúde mental.

No Estado de São Paulo, de 2008 a 2014, o Censo Psicossocial apontou uma redução de cerca de 30% do número de pessoas morando em manicômios⁷. Na região de Sorocaba, considerada o maior polo manicomial do país, neste período houve redução de 2.219 para 1.600 pessoas internadas (Cayres *et al.*, 2015). Em 2012, um grande processo de desinstitucionalização se iniciou na região, a partir de compromisso firmado em um TAC envolvendo instâncias federais, estaduais e municipais. Este TAC previa o fechamento dos sete hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba (4 em Sorocaba, 2 em Salto de Pirapora e 1 em Piedade), em um período máximo de quatro anos.

Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos da região, as pessoas com histórico de internação de longa permanência foram desospitalizadas e uma parte considerável delas passou a viver em residências terapêuticas⁸ das cidades da região de Sorocaba, de seus municípios de origem ou de outros municípios com vagas disponíveis. Segundo dados do DATASUS, em abril de 2023 havia 38 SRTs em Sorocaba, 4 em Salto de Pirapora e 4 em Piedade⁹. Estas moradias podem contar com equipe formada por técnico de enfermagem e cuidadores que acompanham o dia a dia dos moradores. O quadro de profissionais em cada casa depende do grau de autonomia dos sujeitos que ali residem.

A portaria do Ministério da Saúde que criou os SRTs não faz menção ao grau de qualificação exigido para a contratação dos cuidadores para estas moradias. Na literatura não há consenso sobre a necessidade de formação específica para estes profissionais, havendo quem defenda o saber leigo (Figueiredo; Frare, 2008) e quem aponte a falta de formação dos cuidadores como um grande desafio para suas práticas (Lima; Miranda, 2018; Passos, 2018). As atribuições dos cuidadores também não são bem determinadas na legislação. O que se encontra neste campo é uma variedade de experiências e de formações, o que traz implicações para o cuidado ofertado aos moradores. Assim, uma pergunta que direcionou o início desta pesquisa foi: “Como os saberes e práticas dos trabalhadores de SRTs refletem em processos de desinstitucionalização?”.

⁷ O Censo Psicossocial realizado no Estado de São Paulo em 2008 mostrou a existência de 6.349 pacientes em regime de longa permanência em hospitais psiquiátricos, enquanto o realizado em 2014 apontou 4.439 pacientes nessa mesma condição (Cayres, 2015).

⁸ Ao longo deste trabalho, os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão ser denominados como SRTs, residências terapêuticas, RTs ou moradias.

⁹ Residências Terapêuticas também foram implantadas em municípios de referência dos moradores desospitalizados.

A literatura sobre Serviços Residenciais Terapêuticos tem apontado a necessidade de produções que analisem os processos de trabalho dos profissionais que ali atuam, especialmente cuidadores, tendo em vista que estes profissionais são parte fundamental para a concretização das propostas de reabilitação psicossocial dos egressos de hospitais psiquiátricos. Também é importante salientar que a grande maioria destes trabalhadores são mulheres, convocadas para operar o cuidado nas práticas das residências terapêuticas sem conhecer o processo de desinstitucionalização e a função e papel político desta ocupação (Passos, 2015). Assim, é importante entender quais discursos atravessam o trabalho dessas profissionais, especialmente porque a saúde mental é objeto de disputa entre diversas disciplinas.

Frente a esta lacuna, o objetivo desta pesquisa é identificar as concepções de cuidado existentes entre cuidadores de SRTs e promover reflexões sobre elas, evidenciando os processos formativos destes profissionais e suas práticas de trabalho. Aqui entende-se a formação para além da educação formal, sendo importante considerar os saberes em sua pluralidade, o conhecimento prático, o senso comum, os aprendizados com profissionais mais experientes, os resquícios das práticas em manicômios e os aspectos sociais e culturais presentes em seu contexto de vida.

Para tanto, o próximo capítulo aborda a institucionalização da loucura, com a retomada de teorias de autores clássicos, como Michel Foucault e Erving Goffman; apresenta alguns aspectos da história de segregação e violência nos manicômios brasileiros; traz para a discussão a experiência italiana da desinstitucionalização e da constituição do campo atenção psicossocial, a partir de autores brasileiros contemporâneos; e aponta os caminhos já percorridos no sentido da produção de práticas de cuidado em liberdade, incluindo problematizações sobre os discursos que disputam o campo da saúde mental. Além disso, apresenta características do polo manicomial de Sorocaba, que teve seus sete hospitais psiquiátricos fechados em um processo de desinstitucionalização iniciado a partir de um Termo de Ajustamento de Conduta. O capítulo seguinte apresenta o que são, como funcionam e para que servem os Serviços Residenciais Terapêuticos, e traz reflexões sobre o cuidado e as cuidadoras, abordando ainda aspectos relacionados à formação e às práticas de trabalho. Em seguida é apresentado o percurso metodológico da pesquisa. No capítulo 6, discutem-se os resultados encontrados, acerca das quatro concepções do cuidado identificadas no discurso dos profissionais entrevistados: cuidado em sua dimensão profissional, cuidado como exercício de caridade, cuidado como execução de tarefas domésticas e cuidado feminino e maternal. Por fim, são feitas as considerações finais.

3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E PROPOSTAS DE CUIDADO EM LIBERDADE

3.1 A constituição dos saberes sobre a loucura e sua institucionalização

A ligação entre a loucura e o enclausuramento – ainda tão presente no século XXI, é abordada por Foucault em “História da Loucura: na idade clássica”. Em sua pesquisa arqueológica, Foucault aponta que inicialmente os hospitais não eram instituições médicas, tendo sido criados na Idade Média como instituições de caridade. A oferta era de hospitalidade, e essa se dava por meio de abrigo, alimentação e assistência religiosa aos necessitados, que eram os pobres, mendigos, desabrigados e doentes (Amarante, 2007; Foucault, 2010).

No século XVII, com o advento do Hospital Geral, as funções de ordem social e política desta instituição se tornaram mais explícitas. O hospital passou a desempenhar práticas de isolamento e segregação de segmentos sociais que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social, e as internações eram feitas tanto de forma espontânea quanto por pedido de autoridade real ou judiciária. Foi neste momento que o louco passou a ser enclausurado em instituições asilares, junto de outras categorias consideradas desarrazoadas como prostitutas, ladrões e vagabundos (Amarante, 1995; Foucault, 2010).

No fim do século XVIII, com a entrada da Medicina nos hospitais, estes foram perdendo suas funções de caridade e de controle social e ganhando a finalidade de tratar os enfermos (Amarante, 2007). Foram as práticas de isolamento do louco nestas instituições que permitiram o surgimento da Medicina Mental. Assim, a partir das observações feitas sobre as pessoas isoladas nestas instituições, o saber-poder médico foi se constituindo e a Psiquiatria foi se validando como o saber hegemônico sobre a loucura. Amarante (2007), entretanto, pontua que não se tratava de um saber sobre a doença em seu estado puro, como pretendia a história natural, mas, sim, sobre a doença modificada pela institucionalização, ou seja, produzida e transformada pela intervenção médica.

Neste contexto de transformação do hospital, em que o médico pode assumir o papel de detentor do máximo poder hospitalar, o médico Philippe Pinel (1745-1826), um dos precursores da Psiquiatria Moderna, assumiu a direção do Hospital de Bicêtre, em Paris. Pinel entendia a alienação mental como “um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade” (Amarante, 2007, p. 30). Para ele, os loucos deveriam ser liberados das correntes, mas submetidos a um tratamento asilar, para que assim pudessem ter de volta a liberdade subtraída pela alienação. Entretanto, liberá-

los das correntes não permitiu que fossem de fato livres, ao contrário, possibilitou a constituição da “ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental” (Amarante, 1995, p. 25).

O isolamento do mundo exterior e o tratamento moral eram princípios da terapêutica pineliana, que também envolvia subjugar e domar os alienados. Acreditava-se que os operadores do tratamento poderiam mudar a corrente viciosa das ideias do doente, não tanto em função e a partir de um saber, mas em função de qualidades físicas e morais, em uma espécie de ortopedia moral, que possibilitaria a cura (Foucault, 2006).

Diferente do modelo da Medicina da época, o que se estabelecia dentro dos hospícios na constituição deste poder psiquiátrico era uma batalha entre as forças ali presentes:

a operação terapêutica não passou pelo reconhecimento, operado pelo médico, das causas da doença. Nenhum trabalho diagnóstico ou nosográfico, nenhum discurso de verdade, são requeridos pelo médico para que sua operação tenha êxito. [...] Não se trata de modo algum [...] de aplicar a algo que seria considerado como processo ou comportamento patológico uma receita técnica médica; trata-se do choque de duas vontades: a do médico e daquele que o representa, de um lado, e a do doente. (Foucault, 2006, p. 14).

Foucault aponta ainda que a condição da operação terapêutica do médico diante do louco era de ordem disciplinar. Trata-se de uma instância médica

inacessível, sem simetria, sem reciprocidade, que funciona assim como fonte de poder, elemento da dissimetria essencial da ordem, que faz com que essa ordem seja uma ordem sempre derivada de uma relação não recíproca de poder. [...] [A instância médica] funciona como poder muito antes de funcionar como saber (Foucault, 2006, p. 05).

Os hospitais de alienados se propagaram por diversos países, tornando-se locais de tratamento médico e não mais de filantropia. Inspirados nas ideias de Pinel, o alienado já não estava acorrentado, mas seguia enclausurado como um imperativo terapêutico e vivia sob tutela, submetido a regras, condutas, horários e regimentos (Amarante, 2007). Desta forma os manicômios se tornaram o dispositivo central de institucionalização da loucura.

3.2 O manicômio como instituição total

Assim como “História da loucura: na Idade Clássica”, de Foucault, a obra “Manicômios, prisões e conventos”, de Erving Goffman é relevante para reflexões sobre o tema da

institucionalização da loucura. Goffman considera o manicômio uma instituição total, que pode ser definida como

um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2015, p. 11).

Ele caracteriza o cotidiano das instituições totais, evidenciando que trabalho, lazer, descanso e todos os outros aspectos da vida não se separam e são realizados no mesmo local, sob uma única autoridade. As atividades diárias dos internos são realizadas em grupos em que todos são tratados da mesma forma e obrigados a fazer as mesmas coisas. Além disso, as atividades têm horários rígidos, são organizadas em um sistema de regras e supostamente planejadas para atender aos objetivos oficiais da instituição (Goffman, 2015).

Ao ser admitido em uma instituição total, uma barreira é instalada entre o indivíduo e o mundo externo. Seus pertences são recolhidos e o sujeito passa a viver sob supervisão e controle de uma equipe, que o obriga a manter uma rotina de vida estranha a ele. O internado sofre um processo de desfiguração pessoal, tendo sua aparência e modo de vida usuais transformados. É também submetido a processos de degradação e humilhação. A esta perda da singularidade, Goffman chama “mortificação do eu” (Goffman, 2015).

Goffman observa que a mortificação do eu pode se expressar inclusive através de agressões físicas ao internado, algo que sabidamente faz parte da cultura manicomial:

Além da deformação pessoal que ocorre do fato de a pessoa perder seu conjunto de identidade, existe a desfiguração pessoal que decorre de mutilações diretas e permanentes do corpo – por exemplo, marcas ou perda de membros. Embora essa mortificação do eu através do corpo seja encontrada em poucas instituições totais, a perda de um sentido de segurança pessoal é comum, e constitui um fundamento para angústias quanto ao desfiguramento. Pancadas, terapia de choque, ou, em hospitais para doentes mentais, cirurgia – qualquer que seja o objetivo da equipe diretora ao dar tais serviços para os internados – podem levar estes últimos a sentirem que estão num ambiente que não garante sua integridade física” (Goffman, 2015, p. 29).

Estas expressões de violência em instituições totais relatadas por Goffman também se fizeram presentes nos manicômios brasileiros, a exemplo do Hospital Colônia de Barbacena-MG, que foi comparado a campos de concentração nazistas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, quando ele ali realizou uma visita no fim da década de 1970. Embora o Hospital Colônia tenha fechado, grandes hospitais psiquiátricos seguiram existindo no país.

3.3 Segregação e violência nos manicômios brasileiros

O modo de lidar com a loucura na sociedade brasileira é marcado pelo preconceito, pela marginalização e pela violência (Amarante; Nunes, 2018; Passos, 2017; Pitta; Guljor, 2019). No cenário em que o louco era segregado em instituições asilares, sendo alvo de práticas centradas no saber/poder médico, houve inúmeras denúncias de violações de direitos humanos, com maus tratos e mortes ocorridas nos manicômios (Matos-de-Souza; Medrado, 2021).

Ao analisar o processo de institucionalização em manicômios brasileiros, nota-se que os internados também não eram apenas pessoas com transtornos mentais. Passos (2019, p. 84) afirma que “o manicômio não só reproduz o apartheid social que envolve a experiência da loucura, mas também tem inscrito em si o machismo, a homofobia, a transfobia, o racismo, a xenofobia e outras formas de opressões”. Isso fez com que estas instituições fossem compostas por indivíduos indesejáveis pela sociedade, como prostitutas, homossexuais, mendigos, mães solteiras, negros, pessoas sem documentos, e outras pessoas vistas como risco potencial para a segurança e moral públicas, o que é reflexo das opressões de gênero, orientação sexual e raça, e das desigualdades de classe presentes na sociedade brasileira (Arbex, 2013; Matos-de-Souza; Medrado, 2021; Passos, 2019).

Aos corpos manicomializados não eram asseguradas a liberdade e a dignidade previstas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948¹⁰. Assim, importa pensar na convivência da sociedade com tais violências e opressões. Judith Butler (2019), a respeito da violência global, questiona quem conta como humano, que vidas contam como vidas e o que concede a uma vida ser passível de luto. Matos-de-Souza e Medrado (2021) relacionam o pensamento de Butler ao contexto de um Brasil colonizado, onde os manicômios seguem fazendo parte da organização social:

A experiência colonial em países como o Brasil jamais foi superada, mas ganhou em sofisticação, pois produziu um tipo de organização social na qual as zonas ricas e urbanizadas desempenham o papel de metrópoles, e as periferias, os lugares dos corpos menores, disponíveis para o abate, que podem ser descartados sem que isto abale a consciência moral do cidadão de bem. O estado funciona como o garantidor do bem-estar da sociedade, das vidas que são consideradas vivíveis e, por sua vez, do cidadão, construindo espaços nos quais os corpos indesejados possam ser direcionados a lugares de higiene, imunizando a sociedade (Matos-de-Souza; Medrado, 2021, p. 166).

Entende-se que os manicômios fizeram – e ainda fazem – parte desta periferia, onde vivem corpos disponíveis para o abate. A história do Hospital Colônia de Barbacena retrata

¹⁰ A Declaração Universal dos Direitos Humanos considera que “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (Organização das Nações Unidas, 1984).

como estes corpos sustentaram uma indústria da loucura, que gerou lucro seja com o recebimento de diárias pelas internações, seja com a venda dos corpos dos pacientes mortos para faculdades de medicina. Foi neste hospital que cerca de 60.000 pessoas internadas morreram por descaso e maus tratos, como exposição ao frio, alimentação racionada, espancamentos e estupros, uso de eletrochoque, dentre outras violações (Arbex, 2013; Matos-de-Souza; Medrado, 2021).

Ao comentar sobre o “holocausto brasileiro” representado pela situação do Hospital Colônia, Matos-de-Souza e Medrado (2021, p. 165) tratam tal experiência como

uma nódoa indelével e vergonhosa da história do Brasil e da psiquiatria, que nos lembra de que somos capazes da barbárie, tão normalizada pelo projeto de modernidade, produzindo corpos humanos desumanizados, despersonalizados, e sobre os quais a soberania do Estado avança no direito de deixar morrer e poder matar.

Neste sentido, a questão racial é um marcador importante no Brasil. Por herança de processos escravocratas, do pensamento colonial e de teorias eugenistas, o asilamento da população negra se fez presente de forma intensa no país. Faustino e Oliveira (2020), ao retomarem o pensamento do psiquiatra Frantz Fanon, que na última década tem ganhado força nas discussões do campo da saúde mental brasileira, afirmam que quando se fala em humano nos referimos ao sujeito branco. Restaria para a população negra em situação de vulnerabilidade social e/ou sofrimento psíquico, o lugar do manicômio ou das prisões – em outras palavras, o lugar da desumanização.

Passos (2020) amplia a crítica aos manicômios, incluindo a lógica escravocrata e do racismo, fazendo ainda apontamentos sobre a questão do gênero. Ela afirma que “os hospitais psiquiátricos no Brasil são um grande reflexo dos navios negreiros, lugar esse em que muitas mulheres negras morreram no anonimato, sem dignidade e impedidas de manifestarem sua existência” (Passos, 2020, p. 125).

Estas mortes trazem a questão das vidas não passíveis de luto. Butler (2019) questiona como é que para pensar o conjunto humano nossa cultura limita os tipos de perda que podemos considerar perdas. Ela fala em uma hierarquia do luto, em que as pessoas dignas de um obituário e de um processo de luto vivido pelos que ficam, são aquelas casadas, heterossexuais, felizes, monogâmicas. Parece possível juntar à categoria dos sujeitos não passíveis de luto, aqueles corpos institucionalizados, sem nome e com histórias apagadas, próprios dos sujeitos que vivenciaram algum tipo de adoecimento psíquico ou que de alguma forma não corresponderam à noção normativa do que um ser humano deve ser.

Estes corpos manicomializados não seriam dignos do luto, pois para que ele exista, é necessário o reconhecimento de uma humanidade, de uma vida real. Butler (2019, p. 54) afirma que “se a violência é cometida contra aqueles que são irreais, então, da perspectiva da violência, não há violação ou negação dessas vidas, uma vez que elas já foram negadas”. Ela afirma ainda que

no nível do discurso, certas vidas não são consideradas vidas, não podem ser humanizadas, não se encaixam em nenhum enquadramento dominante no humano, e que sua desumanização ocorre primeiramente neste nível, e que este nível, então, dá origem a uma violência física que, em certo sentido, transmite a mensagem de desumanização que já está em ação na cultura (Butler, 2019, p. 54).

Diante da tendência à desumanização de pessoas institucionalizadas, movimentos sociais, trabalhadores e familiares de usuários de serviços de saúde mental mobilizam ações pela busca da garantia dos direitos humanos e pela construção de formas de cuidado que valorizem a subjetividade, a autonomia, a liberdade desta população, o que será apresentado no próximo tópico.

3.4 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica brasileira

Desde antes da promulgação da Constituição de 1988, movimentos sociais têm se organizado, construído práticas e produzido manifestos que apontam caminhos a serem percorridos na construção de uma sociedade sem manicômios (Amarante; Nunes, 2018; Passos, 2017; Pitta; Guljor, 2019). Contrários ao enclausuramento da loucura em instituições manicomiais, estes movimentos defendem que o cuidado em saúde mental deve ser feito em meio aberto, a partir de recursos territoriais. No Brasil, os primeiros movimentos que questionavam o modelo manicomial datam da década de 1970, momento em que trabalhadores denunciaram um cenário de descaso e violência em hospitais psiquiátricos (Amarante; Nunes, 2018).

Em 1978 foi constituído o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, “primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068). O movimento organizou encontros importantes, como 1º Congresso Nacional de Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1979; contribuiu para a construção da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em 1987, no Rio de Janeiro; e no mesmo ano organizou em Bauru-SP o 2º Congresso Nacional de Saúde Mental. Neste evento, trezentos e cinquenta trabalhadores da saúde mental saíram às ruas para pedir a extinção dos

manicômios e produziram o “Manifesto de Bauru” – também conhecido como "Carta de Bauru", documento de importante valor histórico para o campo da saúde mental brasileira.

O Manifesto de Bauru expõe de forma contundente o compromisso destes trabalhadores com a construção de uma sociedade sem manicômios, negando a ideia de “humanização” ou modernização destas instituições. A carta declara:

Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos (Manifesto de Bauru, 1987, p. 1).

O manifesto aponta que o Estado que gerencia os manicômios também impõe e sustenta os mecanismos de exploração e produção social da loucura e da violência. Ele propõe uma aliança entre os atores da luta antimanicomial, o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (Manifesto de Bauru, 1987):

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Manifesto de Bauru, 1987, p. 1).

A participação social é um dos princípios fundantes do SUS e nota-se a importância do movimento social e da Carta de Bauru para a construção das políticas públicas de saúde mental. Em 1989 um projeto de lei sobre a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais foi proposto pelo deputado federal Paulo Delgado. A versão original deste projeto de lei previa a extinção gradativa dos manicômios (Passos, 2017). Após mais de uma década em tramitação, muitas negociações foram feitas e apenas em 2001 o projeto se tornou a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001).

A promulgação da Lei 10.216/2001 foi um marco jurídico-político importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ela prevê mudanças significativas em relação ao modelo manicomial até então hegemônico no país. Nesta lei são vedadas a internação de sujeitos com transtornos mentais em instituições de características asilares como os hospitais psiquiátricos. A proposta alternativa é que as pessoas com transtorno mental sejam tratadas preferencialmente em serviços comunitários e territoriais, e que pacientes há longo tempo internados, que tenham grave dependência institucional, sejam alvo de política de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida. Esta lei colocou o poder jurídico em condições de enfrentar o poder

médico e se tornou um dispositivo legal para o enfrentamento das internações involuntárias em instituições asilares.

Em 2011, a Portaria 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade era criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011). A RAPS é constituída por serviços da Atenção Básica de Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização¹¹ e Reabilitação Psicossocial.

Além da proposição de que o cuidado precisa ser oferecido em uma rede diversificada de serviços, a Reforma Psiquiátrica também nos convoca a pensar sobre o lugar social do louco. Isso envolve a superação do paradigma até então vigente, em que estes sujeitos estariam na posição de objetos das intervenções médico-psiquiátricas e de isolamento e segregação. Deste modo, a seguir serão apresentadas reflexões sobre desinstitucionalização e atenção psicossocial.

3.5 Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve grande influência da experiência italiana de desinstitucionalização. O italiano Franco Basaglia (1985), em seu texto “As instituições da violência”, retratou o hospital psiquiátrico como uma instituição cujas estruturas são antiterapêuticas, visto que a organização hospitalar estaria voltada para a eficiência do sistema e não para as necessidades dos doentes, que são objetificados e deixados em segundo plano. Em sua leitura, para que a psiquiatria se dedicasse à definição abstrata de uma doença e à classificação de seus sintomas, “o doente foi isolado e colocado entre parênteses” (Basaglia, 1985, p. 125).

No mesmo sentido, Rotelli, Leonardis e Mauri (2019) afirmam que psiquiatras italianos inovadores, das décadas de 1960 e 1970, em Gorizia e Trieste, trabalharam com a hipótese de que o mal da Psiquiatria teria sido a separação da doença, como objeto fictício, da existência global e concreta dos pacientes e do corpo social:

Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a ‘instituição’), todos referidos à ‘doença’. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato

¹¹ Os Serviços Residenciais Terapêuticos, foco desta pesquisa, fazem parte do componente “Estratégia de Desinstitucionalização” e serão abordados no capítulo 4.

com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ do doente (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2019, p. 28-29).

Diante destas críticas à instituição “doença mental”, podemos entender com Rotelli, Leonardis e Mauri (2019) que a desinstitucionalização envolve um processo de desconstrução do paradigma fundante do manicômio e a reconstrução do objeto alvo das intervenções, que deixa de ser a doença, para ser a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. Nesta perspectiva, há uma mudança importante de objetivo do tratamento, que passa da busca de uma solução-cura para um projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. Assim, se priorizam a emancipação terapêutica, a produção de vida, de sentido, de sociabilidade e a convivência em espaços coletivos.

Neste contexto, Rotelli, Leonardis e Mauri (2019) destacam a importância do cuidado:

Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2019, p. 33).

As práticas de desinstitucionalização passam pelo interior do manicômio, mas não se limitam a ações dentro dele ou a apenas a desospitalização das pessoas ali internadas. Deste modo, a proposta que entra em disputa com o modelo manicomial não é a de humanizar os hospitais psiquiátricos ou tornar melhores as condições de vida das pessoas ali internadas, mas sim a extinção dos manicômios e de suas práticas, e a transformação das relações de poder que oprimem, segregam e tutelam pessoas. Há uma exemplificação importante feita por Rotelli, Leonardis e Mauri (2019) sobre o que seria o trabalho de desconstrução do manicômio, parte do processo de desinstitucionalização:

esta transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais” (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2019, p. 32-33).

Esta questão dos intercâmbios sociais também é tratada por Kinoshita (1996), ao falar em “contratualidade” ou “poder contratual”. Para ele,

no universo social as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para

qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que daria-lhe o seu poder contratual (Kinoshita, 1996, p. 55).

No caso dos “loucos institucionalizados”, há uma anulação de seu poder contratual. Neste sentido, é necessária a restituição do poder contratual dos sujeitos, para que eles possam se (re)inserir no circuito das trocas sociais, já que os manicômios seriam locais de troca zero (Kinoshita, 1996; Rotelli *et al.*, 2019).

No contexto brasileiro, a Estratégia da Atenção Psicossocial tem se mostrado potente para o enfrentamento dos desafios da desinstitucionalização. Passarinho (2022, p. 71) afirma que o objetivo maior da Estratégia Atenção Psicossocial é

a transformação das modalidades de relacionamento da sociedade com os sujeitos que sofrem tais crises e impasses [psíquicos]. Assim, podemos afirmar que a atenção psicossocial, enquanto estratégia, aponta para a superação radical das instituições de modelo manicomial e sua substituição por novos dispositivos institucionais e novas formas de relação com os sujeitos e seu sofrimento.

A Lei 10.216/2001 e a Portaria 3.088/2011 apontam caminhos para o cuidado em saúde mental em liberdade, prevendo a substituição dos manicômios pela RAPS. Por alguns anos, as práticas deste campo foram orientadas por estas diretrizes, mas a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil não é linear. As conquistas no sentido da vida em liberdade não estão garantidas e precisam ser sustentadas cotidianamente. No contexto dos recentes ataques à democracia brasileira e das tentativas de desvalorização e desmonte de políticas públicas, a RAPS também viveu intensos tensionamentos, que serão apresentados no próximo tópico.

3.6 Contrarreforma psiquiátrica

A crise política que antecedeu o impeachment da presidenta Dilma Rousseff já indicava que as políticas de saúde mental enfrentariam embates importantes. Em um contexto de rearranjos governamentais, houve a nomeação para a coordenação geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas de Valencius Wurch Duarte Filho, psiquiatra sem vinculação orgânica ao campo da Reforma Psiquiátrica. Valencius já havia sido diretor técnico de uma instituição psiquiátrica privada no Rio de Janeiro, que foi alvo de intervenção do Ministério da Saúde, com indicação de fechamento por irregularidades. Seu nome foi alvo de muita resistência pelo campo progressista da saúde mental, que inclusive se mobilizou para ocupar salas do Ministério da Saúde como forma de protesto a sua nomeação. Em maio de 2016 ele foi exonerado, mas as tentativas de desmonte continuaram (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Passos *et al.*, 2021).

Foi neste cenário que pesquisadores da área da saúde mental passaram a chamar de Contrarreforma Psiquiátrica os retrocessos e tentativas de desmonte das políticas antimanicomiais sustentadas a partir da lei 10.216/2001 (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Pitta; Guljor, 2019). Este movimento foi marcado por uma série de portarias, resoluções e outros documentos publicados no período entre 2016 e 2022 pelo Ministério da Saúde, que visavam uma reorientação na Política Nacional de Saúde Mental. Tais portarias caminhavam no sentido oposto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, e a feriam, por exemplo, ao preverem, o incentivo à internação em hospitais psiquiátricos, que fariam parte da RAPS e não mais seriam substituídos por ela.

Em 2023, com o início de um novo mandato presidencial, os primeiros discursos da ministra da saúde trouxeram indicativos de que haverá revogações nas portarias e resoluções que vão de encontro aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em sua cerimônia de posse, no dia 02 de Janeiro de 2023, a ministra Nísia Trindade afirmou:

Serão revogadas nos próximos dias todas as portarias e notas técnicas que ofendem a ciência, os direitos humanos, os direitos sexuais reprodutivos no marco legal brasileiro e que reduziram diversas posições do Ministério da Saúde em uma agenda conservadora e negacionista da ciência. A agenda da saúde mental por exemplo voltará a se alinhar com a reforma psiquiátrica brasileira e às produções coletivas da luta antimanicomial garantindo políticas de cuidado integral e humanizado no campo do SUS (Brasil, 2023a)¹².

Mesmo com esta sinalização a favor da luta antimanicomial, movimentos sociais, entidades e pesquisadores seguem fazendo discussões críticas sobre o modelo de atenção desejado. Estes tensionamentos entre os modelos de cuidado são constantes e nos mostram como as práticas não dependem apenas das legislações sobre o tema. Exemplo disso é o fato de que uma década após da lei da Reforma Psiquiátrica, a região de Sorocaba se configurava como um polo manicomial, sem grandes sinais de que cumprimento da legislação em vigor na época. O próximo tópico apresenta as peculiaridades desta região.

3.7 Polo Manicomial de Sorocaba

Até meados da década de 2010, Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade formavam um polo manicomial, pela grande concentração destas instituições no território e pela elevada

¹² De fato, o Ministério da Saúde iniciou o processo sinalizado pela ministra, com a publicação da Portaria GM/MS nº 757, de 21 de Junho de 2023, que revogou a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017 e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2023b).

proporção de leitos do Sistema Único de Saúde em hospitais psiquiátricos por habitante. Este cenário começou a ser desenhado ainda no século XIX, quando foi criado o Asylo Sucursal de Alienados de Sorocaba, colônia agrícola dirigida pelo Dr. Francisco Franco da Rocha e mantida com recursos financeiros do Estado de São Paulo. A instituição foi destinada a abrigar provisoriamente pessoas que estavam internadas no Hospício de Alienados de São Paulo, enquanto se aguardava a construção do Hospital Juquery, para onde iriam. Em 1898, com a inauguração do Juquery e a transferência destes pacientes, o prédio do Asylo Sucursal foi vendido e deu lugar a Santa Casa de Misericórdia (Bataiote, 2022).

Vinte anos depois do fechamento do Asylo Sucursal, em 1918 foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico da cidade, o Instituto de Higiene Mental Dr. Luiz Vergueiro – Manicômio de Sorocaba. Bataiote (2022) afirma que na virada do século XIX para o século XX, Sorocaba se alinhava à mentalidade brasileira, em que se faziam presentes os estigmas higienistas sobre loucura, vadiagem, alcoolismo, degeneração, racismo e misoginia. Assim, a existência de um manicômio fazia parte da ideia de progresso e de desenvolvimento da elite local.

Mais tarde, nas décadas de 1960 e 1970, no Regime Militar, houve uma grande expansão dos manicômios privados no país. Foi no contexto da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que verbas públicas passaram a ser destinadas a leitos privados, por meio de convênios (Garcia, 2012; Yasui, 2008; Passos *et al.*, 2021). Neste período grande parte dos leitos privados passou a ser ocupada por pacientes oriundos dos macro hospitais públicos, o que transformava o doente improdutivo em instrumento de lucro e criava um poderoso grupo econômico composto por donos de hospital psiquiátrico (Yasui, 2008). Para este grupo a mercantilização da loucura se tornou muito vantajosa. Yasui (2008, p. 163) aponta que

a intervenção do Estado, através do INPS, criou e organizou um mercado da saúde, permitindo a prática médica tornar-se uma atividade altamente lucrativa, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços, além de atender os interesses econômicos da indústria farmacêutica, dos equipamentos hospitalares que inserem tal prática na órbita da reprodução do capital.

Durante o processo de redemocratização do país, no decorrer da década de 1980, os movimentos pela Reforma Psiquiátrica ganharam força na luta pelas mudanças no modelo de assistência à saúde mental no país. Anos mais tarde, mesmo com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, tais instituições persistiam na região de Sorocaba. Na década de 2010, havia na região 7 hospitais psiquiátricos (4 em Sorocaba, 2 em Salto de Pirapora e 1 em Piedade), que possuíam juntos 2792 leitos SUS. Tratava-se de um índice de 2,3 leitos

psiquiátricos para cada 1000 habitantes, quando o número máximo de leitos psiquiátricos por 1000 habitantes determinado pelo Ministério da Saúde era 0,45 (Garcia, 2012).

Salto de Pirapora foi a quinta cidade com maior número de leitos psiquiátricos destinados ao SUS no país, sendo superada apenas por Rio de Janeiro, Sorocaba, Recife e São Paulo, municípios com populações muito maiores (Garcia, 2012). Em 2011, Salto de Pirapora tinha 958 leitos e não contava com uma rede articulada de cuidado em saúde mental, tendo como únicos equipamentos destinados ao público em sofrimento psíquico um Ambulatório de Saúde Mental e dois manicômios.

A presença dos manicômios e a ausência de uma Rede de Atenção Psicossocial bem articulada sustentavam e fortaleciam a cultura manicomial da cidade. Neste sentido, Yasui (2008, p. 166) afirma que

a prática social da psiquiatria é legitimada e sustentada pelas pessoas comuns que vão, ao longo dos anos, criando uma espécie de ‘cultura manicomial’. Ou seja, a oferta exclusiva e compulsória da internação criou uma prática; sempre que há um comportamento estranho ou extravagante [...] é ao hospício que se recorre, não como lugar para tratar, mas como o lugar para o louco. O lugar do louco não é apenas a concretude do hospital mas principalmente, um lugar social, o lugar da exclusão.

Nestes espaços de exclusão eram noticiados muitos indícios de violação de direitos humanos¹³, mas, por se tratarem de instituições totais, investigações naqueles espaços eram muito difíceis de serem feitas. Em 2012 houve a publicação de um artigo cujo objetivo era investigar a mortalidade nos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba entre 2004 e 2011. De modo a superar as dificuldades encontradas para a realização de pesquisas no interior destas instituições, os dados desta pesquisa foram obtidos a partir do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares, parte do DATASUS. Seus resultados mobilizaram fiscalizações nestes hospitais, que evidenciaram situações de negligência no cuidado às pessoas internadas (Garcia, 2012).

A partir da divulgação dos resultados desta pesquisa e da implicação de movimentos sociais na denúncia das condições destes hospitais, no fim de 2012, pactuou-se um Termo de Ajustamento de Conduta entre Ministério Público do Estado de São Paulo, Ministério Público Federal, Governo Federal, Governo do Estado de São Paulo e Prefeituras Municipais de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade. Este TAC tinha como objetivo a implementação de políticas e programas já existentes no âmbito do SUS, de modo a adequar a assistência de

¹³ Um dos exemplos mais chocantes foi a reportagem “A casa dos esquecidos”, veiculada no SBT, pelo programa Conexão Repórter, em 2012.

peessoas com transtorno mental por meio da RAPS, promovendo um processo contínuo de desinstitucionalização dos moradores dos sete hospitais psiquiátricos da região. Seu plano de ação tinha como prazo de conclusão dezembro de 2016 e desde o início de sua execução, não poderiam haver novas internações nos hospitais psiquiátricos (São Paulo, 2012). Houve um atraso no prazo inicial para o fechamento dos hospitais, mas isso se concluiu em 2018.

Na prática, a desinstitucionalização envolvia o fechamento dos manicômios, a implantação de SRTs, o fortalecimento da RAPS e também a complexa mudança da cultura manicomial destas cidades¹⁴. Em Salto de Pirapora, local onde esta pesquisa foi realizada, o processo de desinstitucionalização envolveu a criação de quatro Serviços Residenciais Terapêuticos, onde foram viver 40 egressos dos manicômios da região. Este tipo de moradia é apresentado no próximo capítulo.

¹⁴ O processo de desinstitucionalização dos manicômios da região de Sorocaba já foi retratado em diversos meios, a exemplo da reportagem intitulada “A casa dos esquecidos”, no Programa Conexão Repórter, do SBT, dos livros “Crônicas da resistência: Fechamos o Vera Cruz”, organizado por Luciana Togni de Lima e Silva Surjus e Soraya Diniz Rosa e “Residentes”, de Carol Fernandes, do documentário “A liberdade é a minha casa” e também do blog do Fórum da Luta Manicomial de Sorocaba (FLAMAS), vencedores do Prêmio Nacional de Direitos Humanos na categoria “Enfrentamento à Tortura”, em 2011.

4 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO

4.1 Criação dos SRTs

Desde a década de 1990 existem experiências brasileiras que buscam construir respostas para o problema das internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e da falta de alternativas para moradores destas instituições que tenham vínculos familiares rompidos ou inexistentes. Campinas, Ribeirão Preto, Santos, Rio de Janeiro e Porto Alegre foram cidades pioneiras na criação de iniciativas que possibilitaram que sujeitos institucionalizados deixassem suas longas internações em hospitais psiquiátricos e passassem a viver em espaços residenciais (Brasil, 2004a; Furtado; Braga-Campos, 2011).

Como eram experiências pontuais e independentes entre si, havia nomenclaturas diversas para estes espaços de moradia: “pensões protegidas, lares abrigados, vilas terapêuticas, moradias extra-hospitalares e núcleo de convívio” (Furtado e Braga-Campos, 2011). A partir de tais iniciativas e diante da necessidade de reestruturação do modelo de atenção a pessoas com transtornos mentais, para um modelo que tivesse como objetivos assistência integral, reabilitação psicossocial, reintegração social do usuário e redução das internações em hospitais psiquiátricos, esta pauta ganhou uma possível solução a partir da publicação da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Esta portaria criou como política pública no âmbito do SUS os Serviços Residenciais Terapêuticos, definidos como

moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência¹⁵, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (Brasil, 2000, p. 23).

Como princípios e diretrizes dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a portaria estabelece que este “serviço” deve:

a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo 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; c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (Brasil, 2000, p. 23).

¹⁵ Nesta portaria, são consideradas internações de longa permanência aquelas feitas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia por dois ou mais anos ininterruptos.

Esta portaria também prevê que cada transferência de paciente do hospital para o SRT realoque o recurso de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)¹⁶ para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Além disso, o leito daquele paciente no hospital deve ser descredenciado do SUS (Brasil, 2000).

Por se tratar de um equipamento de habitação, há autores que fazem reflexões sobre o fato de essas moradias fazerem parte do sistema público de saúde e não da área da assistência social. Sobre isso, Furtado e Braga-Campos (2011) apontam que no fim da década de 1990, a Assistência Social no Brasil passava pela transformação do modelo de clientelismo e filantropia para um modelo de proteção social, que culminou com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social, em 2003. Com as atenções voltadas a essa questão, teria havido dificuldades na construção de ações intersetoriais que propusessem soluções para a questão dos egressos de manicômios.

A nomenclatura adotada para essas casas parece ser contraditória a sua função de moradia, entretanto, o uso dos termos “serviços” e “terapêuticos” foi importante para a inclusão dessa política no SUS (Furtado; Braga-Campos, 2011). Ainda sobre tais contradições, os autores apontam que

convivem nesses espaços muito mais do que egressos de longas internações. Encontramos ali a coexistência entre a normatização, oriunda dos três níveis de gestão do SUS e dos conselhos profissionais, dentre outros, e um projeto de “casa”, de espaço privativo, portanto avesso a regimentos provenientes do Estado e outras instâncias. Coabitam ali diretrizes gerais, estabelecidas nacionalmente, e as nuances regionais, somadas ao fomento da emergência da subjetividade e da diversidade. Tais contradições não necessariamente inviabilizam esses serviços e nem são totalmente superáveis, constituindo mesmo a própria essência desses equipamentos (Furtado; Braga-Campos, 2011, p. 53-54).

No próximo item são apresentados os aspectos normativos destas casas/serviços, com a descrição do que a legislação prevê como seu modo de funcionamento.

4.2 Funcionamento dos SRTs

¹⁶ A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços do SUS. A AIH tem como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria (Sistema de Informações Hospitalares, 2020).

Podem viver em Serviços Residenciais Terapêuticos pessoas com transtornos mentais egressas de internações em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, pessoas acompanhadas em CAPS e que tem problemas com moradia, e moradores de rua com transtornos mentais graves acompanhados em CAPS (Brasil, 2004a).

Existem duas modalidades de SRTs, que variam de acordo com as necessidades específicas de cuidado do grupo de moradores e com o grau de dependência deles, podendo ser SRT de tipo 1 e de tipo 2, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 – Modalidades de Serviços Residenciais Terapêuticos

	SRT tipo 1	SRT tipo 2
Grau de dependência dos moradores	Moradores com menor grau de dependência	Moradores com acentuado grau de dependência
Equipe mínima	Cuidadores	Cuidadores e Técnicos de Enfermagem
Máximo de moradores	8 pessoas	10 pessoas
Localização	Ambos os tipos devem estar inseridos na comunidade e fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas	

Ainda de acordo com a Portaria 106/2000, aos SRTs cabe:

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária (Brasil, 2000, p. 23).

Em 2004 o Ministério da Saúde (MS) publicou uma cartilha intitulada “Residências Terapêuticas: o que são, para que servem”, a fim de orientar e explicar para gestores e profissionais de saúde sobre a implementação de SRTs no país. Neste documento, o MS afirma a função de moradia dos SRTs, apontando que eles “não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município” (Brasil, 2004a, p. 7).

Ao explicar sobre cada tipo de SRT, a cartilha do Ministério da Saúde afirma que no SRT tipo I “o suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.)” (Brasil, 2004a, p. 10). No caso dos SRTs tipo II, a cartilha acrescenta que o suporte oferecido também objetiva a reapropriação do espaço residencial como moradia.

Por serem pessoas que demandam cuidados intensivos, exige-se a presença constante de profissionais na casa (Brasil, 2004a).

Os SRTs precisam estar vinculados a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário aos moradores (Brasil, 2000). Embora sejam serviços de natureza pública, a implementação e acompanhamento dos SRTs podem ser feitas a partir de convênios com entidades filantrópicas, associações e Organizações não-governamentais (Brasil, 2004a).

Como visto, os SRTs são dispositivos importantes no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, mas é necessário muito cuidado para que dentro destas moradias não sejam reproduzidas práticas de tutela, de vigilância e de exclusão, típicas das instituições totais. Diante deste risco, importa pensar como se dão as relações de poder nestas moradias, especialmente na relação entre moradores e cuidadores, que são os profissionais que mais tempo permanecem nas casas.

4.3 A cuidadora e o cuidado

O título deste tópico, flexionado no feminino, não é uma escolha aleatória. A centralidade da mulher nas práticas de cuidado em nossa sociedade é notável tanto no âmbito doméstico/privado, como também em sua versão profissional denominada *care* (Guimarães; Hirata, 2020; Passos, 2018). Apoiada em pesquisas de Ricardo Antunes, Helena Hirata e Cláudia Nogueira sobre as novas configurações da divisão sócio-sexual do trabalho ocorrida a partir da década de 1970, Passos (2015) problematiza a “feminização do mundo do trabalho”, ocorrida com a convocação das mulheres para assumirem o campo da produção.

Neste contexto, houve a reprodução das desigualdades sexuais, que se desdobraram na precarização do trabalho feminino. Assim, embora mais mulheres tenham passado a ter trabalho remunerado, a qualificação e o salário delas são mais baixos que os dos homens, além de possuírem vínculos empregatícios precários e vulneráveis. Enquanto os homens possuem maior “qualificação” para o trabalho que exercem, as mulheres possuem “qualidades” consideradas naturais e inatas, que as permitiriam assumir determinadas ocupações, como as do cuidado (Passos, 2015).

Segundo Guimarães e Hirata (2020), no contexto brasileiro existem três principais circuitos do cuidado: 1) o trabalho doméstico não remunerado – tomado como o “cuidado por obrigação”; 2) o cuidado mercantilizado – entendido como profissão, a exemplo das domésticas e das cuidadoras; e 3) as ajudas – que seriam formas de organização mais informais, baseadas

em redes de apoio nas camadas mais empobrecidas da sociedade, típicas de países pobres e desiguais como o Brasil.

No caso do “cuidado como obrigação”, as autoras apontam que “amor” e “responsabilidade familiar” são elementos que “dão sentido à conduta subjetiva e estruturam o reconhecimento social e a identidade subjetiva de quem as performa” (Guimarães; Hirata, 2020, p. 106-107). Esta modalidade do cuidado se assenta no âmbito domiciliar e implica obrigações sociais e expectativas de comportamentos associados à hierarquia e relações de gênero e de gerações. Aqui pode-se pensar nas figuras das donas de casa e das mães de família que exercem atividades de cuidado não remunerado em suas casas (tanto ao cuidar dos afazeres domésticos, como das crianças, do marido, dos pais, de pessoas doentes) e têm suas ações costumeiramente invisibilizadas economicamente, socialmente e simbolicamente (Guimarães; Hirata, 2020).

Já o cuidado como profissão dos chamados cuidadores (*care*) é ainda muito recente na história do Brasil. O reconhecimento desta ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)¹⁷ se deu apenas em 2002, e até hoje não há uma regulamentação desta ocupação pelo Estado. Um dos desafios para a regulamentação tem a ver com as disputas existentes com a área da enfermagem, visto que as práticas dos profissionais destas duas ocupações têm fronteiras que ainda não estão bem delimitadas. Associações e conselhos que representam a enfermagem consideram o trabalho do cuidado como restrito à sua prática profissional. Tem ligação com isso o fato de a enfermagem ter ganhado legitimidade frente aos médicos estabelecendo-se no nicho de quem cuida, enquanto eles seriam os profissionais que curam (Guimarães; Hirata, 2020).

Por fim, as “ajudas” não são entendidas como trabalho, tampouco como obrigação de cuidar. Elas são sustentadas por relações sociais que se ampliam do contexto doméstico para o circuito da família extensa, das amizades locais e da comunidade, se assentando na reciprocidade grupal ou comunitária. Em geral são redes femininas informais que se articulam para a garantia do cuidado necessário em cada situação e se estruturam a partir de afeto, confiança, zelo e negociações. Estas “ajudas” não necessariamente envolvem trocas monetárias e é notável que este circuito de cuidado se encontra principalmente em comunidades pobres, que não têm efetiva proteção de políticas sociais (Guimarães; Hirata, 2020).

¹⁷ A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é um documento que retrata a realidade das profissões do mercado de trabalho brasileiro. Foi instituída com base legal na Portaria nº 397, de 10/10/2002. Cabe destacar que a CBO não tem poder de regulamentar profissões, o que só pode ser feito por meio de lei apreciada pelo Congresso Nacional e submetida à sanção do Presidente da República (Brasil, *s.d.*).

Nesta pesquisa nos interessa o cuidado operado pelos profissionais cuidadores em saúde. Assim, importa retomar que a profissionalização do trabalho do cuidado no Brasil se expandiu no contexto do envelhecimento da população – que implica maior necessidade de cuidados a idosos dependentes, e da diminuição do número de mulheres disponíveis para realizar ações de cuidado gratuitamente em suas casas, devido a sua crescente presença no mercado de trabalho (Guimarães; Hirata, 2020). No Brasil, o cuidado é uma atividade reconhecida há décadas e já esteve tradicionalmente relacionado ao trabalho de acompanhantes de idosos (Guimarães; Hirata, 2020; Passos, 2018). Enquanto isso, a ocupação “cuidador” ficou consagrada apenas recentemente. Como já citado, apenas em 2002 a CBO incluiu a ocupação “Cuidador em Saúde”, e a definiu como aqueles que

cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (Brasil, *s.d*).

Sobre a formação e experiência desses profissionais, a CBO destaca que

essas ocupações são acessíveis a pessoas com dois anos de experiência em domicílios ou instituições cuidadoras públicas, privadas ou ONGS, em funções supervisionadas de pajem, mãe-substituta ou auxiliar de cuidador, cuidando de pessoas das mais variadas idades. O acesso ao emprego também ocorre por meio de cursos e treinamentos de formação profissional básicos, concomitante ou após a formação mínima que varia da quarta série do Ensino Fundamental até o Ensino Médio. Podem ter acesso os trabalhadores que estão sendo reconvertidos da ocupação de atendente de enfermagem. No caso de atendimento a indivíduos com elevado grau de dependência, exige-se formação na área de saúde, devendo o profissional ser classificado na função de técnico/auxiliar de enfermagem. A(s) ocupação(ões) elencada(s) nesta família ocupacional demanda formação profissional para efeitos do cálculo do número de aprendizes a serem contratados pelos estabelecimentos, nos termos do artigo 429 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, exceto os casos previstos no art. 10 do decreto 5.598/2005 (Brasil, *s.d*).

No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda que existam homens que exerçam a função de cuidadores, são as mulheres negras, com pouca escolaridade e de classe social desfavorecida, que compõem a maioria das cuidadoras (Passos, 2015). Por não requerer formação profissional específica para o exercício desta função, a cuidadora tem que “utilizar supostos atributos do gênero feminino e seus sentimentos advindos do mito do ‘amor materno’ para responder à convocação da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (Passos, 2015, p. 32), o que tem gerado discordâncias sobre a necessidade de formação específica para o exercício desta ocupação.

Não há consenso sobre a necessidade de formação para os cuidadores. Há uma corrente de pesquisadores que coloca a falta de formação como um desafio que os cuidadores enfrentam no cotidiano e, por isso, falam da necessidade de instrumentalização, de capacitação, de escuta e de criação de espaços de supervisão que permitam dar suporte ao trabalho dos cuidadores (Lima; Miranda, 2018). Por outro lado, há pesquisadores que valorizam o saber leigo, um saber “não técnico”. A justificativa para a não especialização dos cuidadores é sustentada na tentativa de garantir a quebra da medicalização, patologização e psicologização dos comportamentos dos moradores. Então não se trataria de um técnico lançando seu olhar para um doente, mas de um sujeito que cuida de outro (Figueiredo; Frare, 2008). Passos (2018), no contexto de uma pesquisa realizada com cuidadoras de SRTs na cidade do Rio de Janeiro, discorda das formulações sobre o “saber leigo” e aponta que esta falta de capacitação reforça a invisibilidade, a subalternidade, a precarização e as desigualdades, especialmente das mulheres negras que são costumeiramente contratadas para o exercício de tais funções.

Um outro problema deste campo é que o desconhecimento dos processos de transformação societária propostos pela Reforma Psiquiátrica também contribui para que as cuidadoras estejam em uma posição subalternizada, o que pode se desdobrar em práticas de cuidado que não promovam emancipação e as transformações socioculturais desejadas na construção de uma sociedade sem manicômios.

Para Passos (2018, p. 151),

se não houver uma formação mínima para essas trabalhadoras, elas não conseguem compreender a grandeza do seu trabalho, expressa pela dimensão técnico assistencial, e nem as dimensões ético-política e sociocultural do campo da Atenção Psicossocial. A superação do pensamento manicomial cultural e ético precisa ser disseminada constantemente, não só para aqueles que manejam o cuidado em saúde mental, mas também para a sociedade.

Mas afinal, o que é o trabalho do *care* no contexto da saúde mental e da reabilitação psicossocial? A seguir serão apresentados outros aspectos relacionados ao *care* no âmbito das residências terapêuticas.

4.4 O cuidado e os cuidadores no campo da saúde mental antimanicomial

As práticas de trabalho de cuidadores de SRT vêm sendo alvo de interesse de pesquisadores da área da saúde mental e há pesquisas que apontam a falta de formação e a ausência de espaços de capacitação e supervisão destes profissionais como um grande desafio para a concretização das propostas de desinstitucionalização (Lima; Miranda, 2018; Passos,

2015, Ribeiro Neto; Avelar, 2010; Sprioli; Costa, 2011). Embora não exista legislação que aponte uma qualificação mínima para o exercício desta ocupação em residências terapêuticas, há um documento de 2004, em que o Ministério da Saúde aponta que os cuidadores

deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar (Brasil, 2004a, p. 12).

Este documento estabelece ainda que os SRTs deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo 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; c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (Brasil, 2004a).

Estas orientações podem ser consideradas o trabalho prescrito. Dejours (2004), retomando os ergonomistas, aponta que o trabalho prescrito não corresponde ao trabalho real: “há sempre um hiato entre a tarefa – aquilo que deve ou deveria ser realizado segundo as prescrições – e a atividade – o que se faz realmente para se chegar ao mais próximo dos objetivos” (Dejours, 2004, p. 296). O autor afirma ainda que não existe tarefa de execução *strictu sensu*. Para ele, toda tarefa pressupõe interpretação, discussão, escolhas e decisão. Assim, a construção das práticas dos profissionais – seu “saber-fazer”, ocorre de modos singulares. Este fazer, fruto da inteligência prática dos trabalhadores, é o que interessa conhecer, pois pode mostrar como este grupo de trabalhadores, baseados nas orientações dos gestores, cria suas soluções para as tarefas nas quais se implicam (Dejours, 2004).

Esta postura de “saber dosar” o cuidado, e a necessidade de “negociação constante”, citadas como atribuições dos cuidadores, trazem um grande desafio para estes profissionais. Ao mesmo tempo que precisam seguir orientações feitas pela equipe de saúde mental que acompanham os moradores, eles também precisam estar atentos às demandas de cada sujeito, oferecendo a cada um, estímulos e apoios diferentes. Produções no campo da reabilitação psicossocial trabalham sob a perspectiva da ampliação do poder contratual dos moradores, o que implicaria em uma transformação nas relações de poder, de modo a possibilitar novas trocas

sociais. Entretanto, considerar a subjetividade dos moradores pode não ser uma prioridade diante das tantas atribuições que os cuidadores têm.

Essa amplitude na gama de tarefas que os cuidadores devem fazer também dá margem para que diversas práticas sejam autorizadas. Sem a exigência de uma formação específica, a construção das práticas se dá de maneiras diversas, como a partir das experiências anteriores de cada profissional, de crenças e valores pessoais ou de formações que porventura tenham. Aqui não se deve perder de vista que estas experiências anteriores também podem conter marcas manicomiais. É preciso considerar que a cultura manicomial deixa marcas profundas não só na subjetividade das pessoas com transtornos mentais, mas também em trabalhadores que tiveram experiências em instituições asilares.

Furtado e Braga-Campos (2016) apontam uma diferenciação entre os profissionais que militaram pelas mudanças e vivenciaram as transformações institucionais e políticas do setor da saúde mental e aqueles profissionais que não tiveram a oportunidade de absorver os princípios éticos com a militância e os movimentos pró-reforma psiquiátrica. Eles apontam que enquanto os primeiros provavelmente conseguem traduzir os princípios e as normas administrativas da Reforma Psiquiátrica para as práticas cotidianas, os últimos acabam se fixando em saberes produzidos anteriormente às mudanças e normatizações contidas nas portarias.

O risco de esses trabalhadores pautarem suas práticas em experiências manicomiais de tutela é observado por Lima e Miranda (2018) em pesquisa realizada com cuidadores, em que encontraram a existência de “sistemas de privilégio” para aqueles moradores que evitam comportamentos considerados inadequados para o cuidador; ou ainda o uso do recurso da infantilização dos moradores, o que coloca o cuidador como um adulto responsável por organizar o espaço de moradia e fazer escolhas por todos (Lima; Miranda, 2018).

No mesmo sentido, Vieira e Lussi (2022) apontam que entre cuidadores-moradores de SRTs de tipo II convivem no cotidiano relações de afeto/cuidado e elementos atrelados à tutela e à assistência. Elas constataram que

quanto maior a cronificação, mais homogeneizadoras se tornam as práticas cotidianas; a rotina da casa perde seu caráter individualizado e se transforma em uma sequência determinada de tarefas a serem cumpridas pelos funcionários, feitas da mesma forma para todos (Vieira; Lussi, 2022, p. 5).

As autoras corroboram com a hipótese de que tais práticas são reflexos da falta de formação em saúde mental dos profissionais, associada a experiências anteriores em

manicômios e à expectativa de que as pessoas que vivem em SRT de tipo II seriam todas mais limitadas e cronificadas, exigindo este cuidado mais homogeneizado.

Mesmo com resquícios de práticas manicomiais, entende-se que o trabalho dos cuidadores tem potencial para transformar as relações de poder e ressignificar os papéis sociais no processo de desinstitucionalização. Assim, nesta pesquisa busca-se entender quais concepções de cuidado estão presentes nos discursos de cuidadores de SRTs e se estas concepções se colocam como promotoras de práticas de desinstitucionalização ou como desafios para as mudanças que se fazem necessárias no sentido da construção de práticas de cuidado em liberdade. A seguir detalhamos o percurso metodológico desta pesquisa.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho faz parte do projeto “Problematizando a desinstitucionalização: uma análise das trajetórias de egressos de manicômios da região de Sorocaba”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP), sob o CAAE: 66084917.0.0000.5504. O projeto de pesquisa foi apresentado em reunião agendada na Secretaria Municipal de Saúde de Salto de Pirapora, tendo sido autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Chefe de Divisão de Saúde Mental do Município, em exercício em outubro de 2021¹⁸.

Considerando que esta pesquisa pretende identificar as concepções de cuidado existentes entre cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos e evidenciar os processos formativos destes profissionais e suas práticas de trabalho, a metodologia escolhida é a da pesquisa qualitativa. Minayo (2014, p. 57) afirma que

o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Portanto, entende-se que a abordagem qualitativa se faz adequada nesta investigação, pois pode apontar a maneira como os atores sociais envolvidos no processo de desinstitucionalização em curso entendem suas práticas de cuidado junto aos moradores dos SRTs. Minayo também afirma que nas pesquisas qualitativas,

o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser considerado falha ou risco comprometedor da objetividade, é necessário como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. A inter-relação no ato da entrevista, que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa (Minayo, 2014, p. 266-267).

Neste sentido, é importante salientar que existia uma relação prévia entre mim e os entrevistados, pois todos trabalhamos na RAPS do município – eu como psicóloga do CAPS II e os outros como funcionários de uma organização privada, sem fins lucrativos, que gere os SRTs do município. Esta relação se construiu a partir de visitas e assembleias realizadas nos SRTs, atividades no território e eventuais reuniões no CAPS. O vínculo existente permitiu que eu tivesse facilidade no acesso aos profissionais-informantes, e por outro lado, exigiu

¹⁸ A autorização encontra-se no Anexo.

preocupações extras na garantia do sigilo, para que as relações de trabalho pudessem ser preservadas. Além disso, eu também já possuía vínculo com todos os moradores dos SRTs, o que contribuiu no acesso às casas.

5.1 Contextualização do campo de pesquisa

Salto de Pirapora é um município de cerca de 43 mil habitantes (IBGE, 2023), localizado a 120 quilômetros da capital paulista. Suas principais atividades econômicas são a indústria, o comércio e a agricultura. A extração e industrialização do calcário são muito importantes para a economia da cidade, que conta com empresas como o Grupo Votorantim. Há também indústrias de outros segmentos, como o químico e o de ração animal.

Sua população é predominantemente católica e evangélica. Seus habitantes moram nas áreas urbanas e rurais, havendo bairros bem afastados do centro da cidade. O transporte público não cobre todas as regiões da cidade, havendo muitos bairros que não são atendidos pelas linhas de ônibus existentes. Outra característica importante do município é a existência do Quilombo Cafundó, comunidade que preserva uma língua própria chamada cupópia.

Se por um lado, Salto de Pirapora é reconhecida pela resistência do Quilombo Cafundó, por outro, a insistência dos manicômios no município também a fez ser notada. Em 2011, o município tinha 503 leitos no Hospital Santa Cruz e 455 na Clínica de Salto de Pirapora¹⁹ (Garcia, 2012). A cidade faz divisa com Sorocaba – que tem população 15 vezes maior, e com Piedade – município com população pouco maior. As três formavam um polo manicomial, composto por sete hospitais psiquiátricos que juntos somavam 2792 leitos destinados ao SUS, em um momento em que a Política Nacional de Saúde Mental previa o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição pela RAPS.

O primeiro SRT do município foi implantado em 2016 e recebeu 10 moradoras²⁰. Na sequência foram abertos outros 3 SRTs, sendo dois masculinos e mais um feminino. As equipes que acompanhavam o processo de desinstitucionalização optaram pela implantação de SRTs de tipo II – moradias destinadas a pessoas com acentuado grau de dependência, que preveem o acompanhamento dos moradores por técnico de enfermagem e cuidador. Entretanto, destacamos que os moradores destes SRTs são jovens e idosos, e o grau de autonomia entre

¹⁹ Ambas instituições eram privadas e tinham gestão estadual.

²⁰ As informações sobre implantação dos SRTs de Salto de Pirapora e sobre seu perfil de moradores são fundamentadas em minha experiência no processo de desospitalização e nos dados a que tenho acesso em prontuários no CAPS.

eles também é bastante variado. Há casas em que a diferença de idade do morador mais velho para o morador mais novo é de 65 anos. A composição das casas considerou os vínculos de cada um com a cidade e com outros moradores, e não só o grau de dependência de cada um. Assim, no caso das residências terapêuticas (RTs) em questão, nem todos os moradores atenderiam ao critério da necessidade de maior apoio.

Os moradores dos SRTs são provenientes de 5 hospitais psiquiátricos: Clínica Psiquiátrica de Salto de Pirapora, Hospital Psiquiátrico Santa Cruz, Hospital Vera Cruz, Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências e Hospital Psiquiátrico Itupeva. Os quatro primeiros situavam-se na região de Sorocaba e hoje já foram fechados.

No decorrer dos anos, sete moradores faleceram e duas novas passaram a viver nas residências terapêuticas. Atualmente são 35 moradores divididos nas quatro casas. Eles têm entre 21 e 86 anos. Dos 35 atuais moradores, 34 recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC)²¹ e quase todos recebem o benefício do Programa de Volta para Casa (PVC)²². Apesar de terem havido esforços para que todos tivessem acesso aos benefícios a que têm direito, há ainda um morador que já teve o pedido de BPC negado três vezes, por problemas em sua documentação²³.

Todos os moradores dos SRTs são acompanhados pelo CAPS do município. A equipe técnica do CAPS é responsável pela elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de seus pacientes e pelo acompanhamento de sua evolução. Na prática, nos primeiros anos após a implantação dos SRTs, os profissionais estiveram bem próximos dos moradores, possibilitando sua inserção em atividades pela cidade, cuidando de demandas relacionadas a busca de vínculos familiares que haviam se perdido nos anos de hospitalização, providenciando documentos de pacientes que não os tinham, garantindo o recebimento de benefícios aos quais eles têm direito, como aposentadoria por invalidez, BPC e PVC. Além disso, os profissionais acompanhavam os moradores no comércio, para que pudessem comprar itens pessoais como roupas, produtos de higiene e beleza.

²¹ Previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social, o Benefício de Prestação Continuada garante um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou a pessoa com deficiência cuja condição física, mental, intelectual ou sensorial a impeça de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, desde que a renda por pessoa do grupo familiar não ultrapasse ¼ do salário mínimo (Brasil, 2019).

²² Instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de Julho de 2003, o Programa de Volta para Casa conta com um auxílio-reabilitação social destinado a pessoas com transtornos mentais egressas de internações em hospitais ou unidades psiquiátricas, por pelo menos dois anos ininterruptos (Brasil, 2003). Em 2022 o valor do auxílio é de R\$ 500,00 mensais.

²³ Estas informações também têm como fundamento minha experiência como psicóloga do CAPS que acompanha tais RTs.

Com o passar dos anos a demanda de atendimento do CAPS aumentou muito e as ações de reabilitação psicossocial que eram realizadas no território com os moradores dos SRTs diminuíram em frequência. A circulação dos moradores pela cidade hoje é acompanhada, quando necessário, por profissionais dos SRTs. Nota-se ainda um movimento da gestão atual dos SRTs em tornar os serviços mais independentes dos profissionais de referência do CAPS.

Os cuidados clínicos destinados aos moradores de SRT são ofertados nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do território das moradias, sendo dois SRTs masculinos atendidos por uma unidade e os dois femininos por outra unidade. Observa-se que o serviço de saúde com maior vínculo com os SRTs é o CAPS. Todos os moradores são atendidos neste serviço, algo que se distingue de outros municípios, onde moradores estabilizados por vezes não são frequentadores do CAPS e tem seu acompanhamento feito apenas na Atenção Básica em Saúde.

Há ainda retaguarda de leitos de psiquiatria na Santa Casa do município, para intercorrências que demandem internação psiquiátrica de curta permanência. Aqui cabe destacar que desde que os SRTs foram implantados no município, não houve internações deste tipo. Entretanto, um dos moradores foi internado em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em virtude de uma acusação ainda não julgada. Ao sair de casa desacompanhado, o morador – que tem um transtorno global do desenvolvimento – entrou em um estabelecimento comercial e foi acusado de cometer interações inadequadas neste ambiente, o que ocasionou a abertura de um Boletim de Ocorrência contra ele, sua prisão em um Centro de Detenção Provisória, com posterior transferência para um manicômio judiciário a 135 quilômetros de sua casa. Apesar dos esforços da advogada de defesa do morador e das equipes de saúde mental do município, não houve possibilidade de o morador responder ao processo residindo no SRT e sob os cuidados de saúde previstos em seu PTS construído pelas equipes da RAPS, conforme recomenda a recente Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça²⁴.

5.2 Participantes

²⁴ Esta resolução institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança (CNJ, 2023).

Participaram desta pesquisa um gestor, dezoito cuidadores, sendo um homem e dezessete mulheres, com idades entre 32 e 57 anos²⁵. Destes, três mulheres e um homem participaram da etapa de entrevistas, além da coordenação dos SRTs. Os profissionais que trabalham nos SRTs são contratados através de uma organização privada, sem fins lucrativos. Este modelo de gestão tem especificidades que devem ser problematizadas e, embora este não seja o objetivo aqui, cabe dizer ao menos que, desde a implantação destes SRTs, a organização já foi substituída duas vezes. Estas mudanças têm consequências para os trabalhadores, que já passaram por períodos de atrasos salariais e instabilidade em suas contratações. A partir de intervenções da gestão municipal, foram feitos acordos para que os mesmos profissionais fossem recontratados pela empresa que assumisse a gestão, no intuito de minimizar os possíveis danos causados pelas mudanças dos profissionais com quem os moradores dos SRTs já possuíam vínculo estabelecido.

Estes trabalhadores dos SRTs vivem no próprio município, que tem notável tradição manicomial. Parte deles já tiveram alguma relação com os manicômios da região, seja enquanto profissional, familiar de pacientes e/ou de trabalhadores da instituição ou mesmo como alguém que durante visitas aos hospitais conheceram as condições deles.

5.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo da pesquisa foi realizado a partir de questionários e entrevistas com trabalhadores dos SRTs. Como dito anteriormente, o acesso aos informantes foi facilitado pelo vínculo já existente entre mim e os profissionais que acompanham os SRTs. Assim, a primeira etapa da pesquisa se iniciou com a realização de duas entrevistas exploratórias com a coordenação dos SRTs, nos meses de Fevereiro e Março de 2022. O convite para tais entrevistas foi feito pessoalmente, no CAPS. O objetivo dessas entrevistas era entender o funcionamento das casas, as atribuições dos cuidadores e os desafios encontrados nos processos de trabalho. Isso possibilitou uma análise dos documentos orientadores dos cuidadores, feitos pela coordenação dos SRTs. Estas entrevistas foram realizadas via Google Meet e somadas tiveram duração cerca de uma hora e meia.

Em seguida, era necessário decidir quais cuidadores convidar para as entrevistas. Havia a possibilidade de pedir indicações para a coordenação dos SRTs, entretanto, esta opção foi descartada, porque desta forma não seria possível garantir o anonimato dos informantes.

²⁵ Idades informadas na ocasião da aplicação dos questionários, que ocorreram no mês de Junho de 2022.

Entendeu-se que os cuidadores poderiam ter uma postura mais retraída ou menos crítica nas entrevistas, por saberem que seriam reconhecidos pela coordenação dos SRTs. Assim, optou-se pela realização de um questionário²⁶ com os cuidadores, composto por onze perguntas que abordavam a formação, o tempo de trabalho nas residências terapêuticas e a experiência profissional anterior a este trabalho. A intenção era ter dados para embasar as escolhas dos cuidadores que seriam convidados para a etapa de entrevistas.

Com a decisão por este caminho, combinei com a coordenação dos SRTs de que faria contato com os cuidadores a partir de mensagem via *Whatsapp*, em grupo já existente – o mesmo em que os cuidadores mandavam as fotos descritas na apresentação deste trabalho. Os cuidadores, em sua maioria, já sabiam que eu estava em um programa de mestrado realizando pesquisa sobre as práticas de cuidado em SRTs, pois já haviam conversado sobre isso em visitas às casas. Então, nas mensagens pelo *Whatsapp* foi possível combinar, sem grandes dificuldades, os horários de aplicação dos questionários. Para decidir o horário, foram considerados os momentos de menor demanda de trabalho dos cuidadores.

As visitas nas RTs foram feitas no mês de Junho de 2022, em dias pares e ímpares, e no período diurno e noturno, para abarcar todos os plantões. Os questionários foram respondidos nas próprias residências terapêuticas, no turno de trabalho destes profissionais, com a autorização da coordenação dos SRTs e com concordância dos moradores. Para minimizar o risco de os moradores se sentirem invadidos em seu espaço residencial, foi solicitada a autorização verbal deles. O fato de eu ser profissional da RAPS e acompanhar tais residências desde a implantação delas contribuiu para que fosse bem recebida por todos. Sendo assim, durante as visitas foi possível interagir com os moradores, explicar o que seria tratado com os cuidadores e encontrar um espaço mais tranquilo e sem muitas interrupções para realizar o questionário.

Ao chegar em cada uma das residências terapêuticas, sempre fui bem recebida pelos moradores e cuidadores. As conversas iniciais se deram com os moradores, momento em que pude explicar, por exemplo, as razões da visita em horário não habitual. Especialmente em visitas realizadas a noite, os moradores demonstraram surpresa ao me verem, visto que as visitas realizadas por profissionais do CAPS normalmente eram feitas em período diurno.

Antes da aplicação dos questionários, foram apresentados aos cuidadores os objetivos da pesquisa e foi feita a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os participantes assinaram o documento. Dos 23 cuidadores que faziam parte

²⁶ O questionário utilizado é apresentado no Anexo 2.

do quadro de funcionários na ocasião da aplicação dos questionários, foi possível conversar com 18 deles – os outros cinco estavam de folga, de férias ou de licença no período. No fim da aplicação dos questionários, expliquei que alguns dos cuidadores seriam convidados para uma entrevista sobre seu trabalho e perguntei se eu poderia voltar a falar com eles, caso considerasse pertinente entrevistá-los. Nenhum deles se opôs e muitos se mostraram interessados e disponíveis para as entrevistas. Tal abertura pode ter acontecido pelo vínculo que já existia entre nós.

A partir dos dados dos questionários, foram escolhidos os cuidadores convidados para as entrevistas não-diretivas. A opção pelo uso destas duas técnicas considera algo apontado por Michelat (1987):

a informação mais facilmente acessível, aquela que é conseguida por questionário, é a mais superficial, a mais estereotipada e a mais racionalizada. Ao contrário, a informação conseguida pela entrevista não-diretiva é considerada como correspondendo a níveis mais profundos, isto porque parece existir uma relação entre o grau de liberdade deixado ao entrevistado e o nível de profundidade das informações que ele pode fornecer. A liberdade deixada ao entrevistado (sendo a não-diretividade todavia relativa) facilita a produção de informações sintomáticas que correriam o risco de serem censuradas num outro tipo de entrevista (Michelat, 1987, p. 193).

Segundo Minayo (2014), a entrevista aberta ou não-diretiva pode ser definida como “conversa com finalidade”, em que o pesquisador pode se orientar por um roteiro invisível, mas busque encontrar fios relevantes para o aprofundamento da conversa, sem cercear a fala dos entrevistados. Este tipo de entrevista contribui para “apreender e prestar contas dos sistemas de valores, de normas, de representações, de símbolos próprios a uma cultura ou a uma subcultura” (Michelat, 1987, p. 192).

No mesmo sentido, Michelat (1987), afirma que nas entrevistas não-diretivas,

procura-se fazer com que a pessoa entrevistada assuma o papel de exploração habitualmente detido pelo entrevistador; este último então não desempenha mais do que um papel de facilitação e de apoio. Parte-se assim da ideia de que a pessoa interrogada é a mais apta a explorar o campo do problema que lhe é colocado, em função do que ela pensa e sente. Isto deve corresponder a uma aceitação real, pelo entrevistador, da pessoa interrogada tal como ela é (Michelat, 1987, p. 191).

O critério para a escolha das duas primeiras entrevistadas foi o da experiência de trabalho em hospital psiquiátrico. A primeira cuidadora convidada tinha esta experiência de trabalho, mas não aceitou o convite para a entrevista, alegando impedimentos relacionados à vida pessoal, que, para a garantia do anonimato, não são aqui reproduzidos. Em seguida, duas profissionais – uma com experiência de trabalho em hospital psiquiátrico e uma profissional

sem esta experiência – foram convidadas a participar da entrevista individual aberta. As duas cuidadoras trabalhavam em plantões noturnos, e em residências terapêuticas femininas. O contato com elas foi feito via mensagem de texto pelo *Whatsapp*. Neste contato inicial, foi possível combinar uma ligação telefônica, em que retomei os objetivos da entrevista e fiz o convite para que participassem desta etapa da pesquisa. Ambas aceitaram o convite e as entrevistas foram realizadas em Julho de 2022.

Para as últimas entrevistas decidiu-se convidar profissionais atuantes em SRTs masculinos. Assim, realizei contato por mensagem de texto via *Whatsapp*, seguida de ligação telefônica com uma cuidadora que trabalhava em plantão diurno, e ela aceitou participar da entrevista, que aconteceu em Setembro de 2022. Por fim, o convite para o último entrevistado – um cuidador do sexo masculino, que trabalhava em plantão noturno em SRT masculina – foi feito por mensagens de áudio, pelo *Whatsapp*. Ele também aceitou a proposta e foi entrevistado em Janeiro de 2023. Os agendamentos de todas as entrevistas foram feitos de modo a considerar a disponibilidade do cuidador fora de seu horário de expediente, minha disponibilidade e a disponibilidade da sala onde cada entrevista foi feita.

As entrevistas com os cuidadores foram realizadas fora de seus horários de trabalho, em locais da cidade previamente acordados. As duas primeiras foram realizadas no mesmo dia, em uma sala de um espaço público municipal, da Secretaria Municipal de Esporte, Cultura e Turismo. Após esta experiência, considerou-se o barulho excessivo da rua e a dificuldade em agendar nova data para utilização da mesma, e optou-se por fazer as próximas entrevistas em outro local. Como realizar a entrevista em espaços da Secretaria de Saúde poderia expor os informantes, desfavorecendo o anonimato, a terceira e a quarta entrevistas foram realizadas em uma sala de atendimento de saúde não pertencente à prefeitura e alugada especificamente para este fim.

Com o consentimento dos participantes, todas as entrevistas realizadas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para garantir maior segurança nos registros, foram utilizados dois dispositivos: um aplicativo de gravação de áudio no celular e outro no *notebook*. A fim de garantir o sigilo dos entrevistados, seus nomes foram substituídos por nomes fictícios. Em certo momento, um dos cuidadores questionou se poderia citar nome de pessoas em suas respostas, e foi assegurado a ele que estes nomes também seriam substituídos ou omitidos. As entrevistas se deram de modo tranquilo e os informantes não se recusaram a responder nenhuma questão. As três primeiras entrevistas duraram cerca de uma hora cada, e a última teve menos de meia hora.

Esta pesquisa aconteceu no decorrer da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19), momento em que como profissional do SUS me mantive trabalhando de forma presencial. Minha carga horária aumentou, porque alguns profissionais se aposentaram neste período e com concursos públicos suspensos no auge da pandemia, eles não puderam ser substituídos. Por este aumento de trabalho e pelas implicações de uma crise sanitária como esta, esta pesquisa precisou de uma prorrogação de seis meses para ser concluída. Nestes trinta meses, algumas coisas mudaram no funcionamento das RTs: no âmbito da gestão dos serviços de saúde, tivemos duas alterações na coordenação dos SRTs, uma na coordenação de saúde mental, uma no cargo de secretário de saúde, enquanto que no âmbito da casa, tivemos o falecimento de três moradoras por conta da COVID-19, uma nova institucionalização de um morador, desta vez em um manicômio judiciário, a contratação de profissionais para serviços gerais em cada uma das moradias e o aumento do número de cuidadores no turno diurno.

5.4 Análises

Para a análise dos dados coletados, considerou-se a proposta de Michelat (1987), que ao observar o uso de entrevistas não-diretivas como método de análise de fenômenos sociais, parte da hipótese de que cada indivíduo é portador da cultura e das subculturas às quais pertence e que é representativo delas, compreendendo por cultura o conjunto das representações, das valorizações efetivas, dos hábitos, das regras sociais, dos códigos simbólicos. Para ele, com este tipo de entrevista seria possível observar modelos culturais vividos pelos indivíduos, sob as formas concretas e particulares mais típicas e significativas (Michelat, 1987).

A partir da gravação das entrevistas, elas foram transcritas integralmente e lidas diversas vezes, objetivando passar pelo que há de mais psicológico, individual e afetivo em cada entrevistado, para atingir o que é sociológico e cultural, conforme o proposto por Michelat (1987). Assim, acredita-se ser possível encontrar modelos culturais relacionados às concepções de cuidado dos cuidadores de SRTs neste contexto de desinstitucionalização.

6 RESULTADOS

A partir da pesquisa de campo realizada por meio de questionários e entrevistas com trabalhadores dos SRTs, apresento neste capítulo 1) o perfil dos cuidadores que participaram da pesquisa, 2) características das residências terapêuticas de Salto de Pirapora e aspectos de seu funcionamento e 3) a caracterização dos cuidadores entrevistados. Em seguida são trazidas para discussão as concepções de cuidado presentes no discurso dos cuidadores de SRTs.

6.1 Perfil dos cuidadores que responderam ao questionário

Participaram desta pesquisa dezoito cuidadores, sendo que catorze apenas responderam ao questionário aplicado, enquanto os quatro outros também participaram da etapa de entrevista. A distribuição dos cuidadores participantes por SRT é apresentada na tabela abaixo:

Tabela 2 – Local de trabalho dos cuidadores que responderam ao questionário

Descrição	Frequência
SRT 1 (feminina)	5
SRT 2 (feminina)	4
SRT 3 (masculina)	5
SRT 4 (masculina)	4

Deste grupo de 18 cuidadores, apenas um é homem, dado que está em consonância com pesquisas sobre cuidadores de SRT, que afirmam que o número de mulheres cuidadoras é maior (Passos, 2015b).

A distribuição por faixa etária é:

Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores por faixa etária

Descrição	Frequência
De 30 a 39 anos	7
De 40 a 49 anos	6
De 50 a 60 anos	5

A menor parte dos cuidadores que responderam os questionários (7) trabalha nos SRTs há mais de três anos. Além disso, um terço deles (6) foram contratados recentemente, há menos de um ano:

Tabela 4 – Tempo de trabalho nos SRTs de Salto de Pirapora

Descrição	Frequência
Menos de 1 ano	6
De 1 a 3 anos	5
De 3 a 5 anos	4
Há mais de 5 anos	3

A escolaridade destes profissionais se situa entre Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Técnico Completo. A maior parte dos cuidadores concluiu o Ensino Médio (10), sendo que dois deles ingressaram no Curso Técnico e um o concluiu. Cinco cuidadores não concluíram o Ensino Fundamental:

Tabela 5 – Escolaridade dos cuidadores dos SRTs de Salto de Pirapora

Descrição	Frequência
Ensino Fundamental incompleto	5
Ensino Fundamental completo	1
Ensino Médio incompleto	2
Ensino Médio completo	8
Ensino Técnico incompleto	1
Ensino Técnico completo	1

Sobre experiências de trabalho anteriores, apenas dois cuidadores mencionaram já terem trabalhado em Serviços Residenciais Terapêuticos. Em relação a experiência de trabalho em hospital psiquiátrico, a distribuição foi a seguinte:

Tabela 6 – Experiência de trabalho em hospital psiquiátrico

Descrição	Frequência
Possui	8
Não possui	10

Dentre as funções exercidas nos hospitais psiquiátricos, foram citadas: limpeza, auxiliar de enfermagem, recreacionista, monitor de terapia ocupacional²⁷, cozinheiro e cuidador. Parte

²⁷Profissionais que acompanhavam as terapeutas ocupacionais nas atividades realizadas nos hospitais psiquiátricos.

dos profissionais já fizeram algum curso relacionado ao cuidado para o exercício da função, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 7 – Número de cuidadores com curso de cuidador

Descrição	Frequência
Possui	8
Não possui	10

6.2 Funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Salto de Pirapora

Os SRTs de Salto de Pirapora são localizados em bairros residenciais, na região central da cidade²⁸. As duas RTs masculinas ficam no mesmo bairro, a cerca de 350 metros de distância entre uma e outra. Os imóveis são amplos e possuem quintal. Nos quartos, onde dormem de um a quatro moradores, há camas de solteiro, guarda roupas e em alguns casos, televisão. Para a manutenção da casa (pagamento de aluguel, alimentação básica, profissionais e contas de água e luz) há repasse de recurso financeiro federal mensal, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Na ocasião da implantação dos SRTs, os móveis, eletrodomésticos e itens de uso pessoal foram comprados pela prefeitura, que recebeu verba federal para implantação destes serviços. Atualmente, grande parte destes itens já foram substituídos (após quebrarem ou surgirem novas necessidades) e as compras foram feitas com o dinheiro dos próprios moradores.

Nas casas há câmeras instaladas na sala, cozinha, corredores e na área externa. A proposta de instalação destes recursos foi feita pela coordenação dos SRTs e pela coordenação de Saúde Mental da época e, embora tenha recebido críticas da equipe técnica do CAPS, foram instaladas sob a justificativa de garantir a segurança e integridade dos moradores. A existência das câmeras pode, por um lado, inibir ações das pessoas que circulam por aqueles espaços, por acreditarem estar sendo vigiadas ininterruptamente, e por outro lado, pode de fato monitorar o que acontece nos SRTs, inclusive tornando públicas questões que deveriam ser de ordem privada e doméstica. Neste sentido, é relevante apontar a função de controle que estes aparatos tecnológicos têm e relacioná-los ao poder disciplinar, característico de hospitais. Foucault (2010) destacou o *exame* como um tipo de vigilância que permite qualificar, classificar e punir.

²⁸ Os quatro hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba, onde os moradores dos SRTs estiveram internados ficavam na margem de rodovias, distantes do centro da cidade.

Ele afirma ainda que o exame inverte a economia da visibilidade no exercício do poder, pois enquanto tradicionalmente o poder é

o que se vê, se mostra, se manifesta [...] o poder disciplinar, ao contrário, se exerce tornando-se invisível: em compensação impõe aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória. [...] É o fato de ser visto sem cessar, de sempre poder ser visto, que mantém sujeito o indivíduo disciplinar (Foucault, 2011, p. 179).

Os SRTs têm em seus arredores comércio, serviços de saúde, praças, espaços de caminhada, entre outros. A RT mais distante do CAPS fica a cerca de 1,3 km e a mais próxima, a 400 m. Os deslocamentos feitos pelos moradores acontecem, a maioria das vezes, a pé ou com taxi. Apenas um morador usa bicicleta para se locomover pela cidade.

No momento em que a pesquisa foi realizada, os moradores eram acompanhados por técnicos de enfermagem, que trabalhavam em plantão diurno, 8 horas por dia, de segunda a sexta, e também por cuidadoras²⁹ que atuavam em regime de plantão de 12 horas, tendo 36 horas de folga. Desta forma, cada residência terapêutica era acompanhada por cuidadora 24 horas/dia. Duas cuidadoras se revezavam no período diurno, duas se revezavam no período noturno, e uma cuidadora trabalhava nas folgas destas outras profissionais.

Nestes SRTs, as atribuições das cuidadoras envolvem o cuidado da casa e dos moradores, o que indica uma sobreposição de tarefas típicas de trabalhadores domésticos e de cuidadores em saúde³⁰. É importante que esta especificidade do município seja considerada, visto que existem SRTs em que a função de organização e limpeza da casa são realizadas por profissionais específicos, a exemplo dos SRTs de um município da Grande Vitória/ES, onde aos cuidadores cabe estarem atentos ao cotidiano dos moradores na casa e suas relações com serviços de saúde e equipamentos sociais, sem haver a necessidade de se ocuparem da higiene e limpeza das casas (Moreira; Castro-Silva, 2011).

As atribuições das cuidadoras foram definidas pela coordenação dos SRTs e estão organizadas em um cronograma de tarefas com os horários em que devem ser realizadas. No documento as seguintes tarefas são colocadas como atribuições das cuidadoras do período diurno:

1. Administração das medicações às 8h e 13h: aos finais de semana e feriados ou na ausência do técnico de enfermagem;
2. Auxiliar os moradores no banho: aos finais de semana e feriados ou na ausência a técnico de enfermagem;
3. Servir o café da manhã

²⁹ Considerando que são mulheres a grande maioria das profissionais do município onde a pesquisa foi realizada, a partir daqui uso o termo cuidadora/cuidadoras, no feminino. Quando o termo estiver no masculino, trata-se de referência ao único profissional homem entrevistado.

³⁰ Esta questão será aprofundada no tópico 6.4.3.

das 7h as 9h; 4. Preparar e servir o almoço 12h às 13h; 5. Limpar e organizar a casa: seguir o cronograma de limpeza; 6. Preparar e servir o lanche da tarde 15h; 7. Preparar a janta; 8. Lavar e dobrar as roupas; 9. Realizar o check List dos gêneros: aos finais de semana e auxiliar o técnico de enfermagem durante a semana; 10. Auxiliar o técnico de enfermagem a receber e acondicionar os legumes, verduras e frutas para higienização; 11. Auxiliar o técnico de enfermagem a receber as carnes, separar e identificar os pacotes; 12. Auxiliar o moradores nas atividades proposta pela equipe do CAPS: aos finais de semana e feriados ou na ausência do técnico de enfermagem; 13. Desligar o freezer para limpeza toda PRIMEIRA QUARTA-FEIRA do mês; 14. Anotar no livro ATA as ocorrências do plantão (Fonte: Cronograma de tarefas da residência terapêutica³¹).

Já às cuidadoras do plantão noturno cabem as seguintes atribuições:

1. Administração das medicações às 20h ou 21h e os medicamentos em jejum; 2. Auxiliar os moradores no banho noturno; 3. Servir o jantar das 19h as 20h e a Ceia às 21h; 4. Higienizar e acondicionar as frutas, legumes e verduras (segunda-feira); 5. Limpar e organizar a casa: seguir o cronograma de limpeza; 6. Preparar o café da manhã: antes de finalizar o plantão; 7. Anotar no livro ata as ocorrências do plantão (Fonte: Cronograma de tarefas da residência terapêutica³²).

Neste documento observa-se que as atribuições dessas profissionais não são apenas relacionadas ao cuidado dos moradores, mas também são tarefas de organização e cuidado da casa. Uma outra peculiaridade destas residências terapêuticas é que os responsáveis por sair da casa acompanhando os moradores em sua circulação pela cidade são os técnicos de enfermagem.

Já a função da coordenação não teria atribuições pré-determinadas pela empresa que a contrata. O profissional que ocupa o cargo define suas tarefas, de acordo com as necessidades dos profissionais e dos serviços. A coordenação incluiu como suas atribuições a elaboração da escala de trabalho mensal, com o estabelecimento dos dias de folga, dos períodos em que cada profissional vai trabalhar (tanto os folguistas como os que fazem a escala de 12h/36h). Também destacou que sua prática de trabalho envolve a seleção para contratação dos profissionais e a dispensa deles, a mediação de conflitos na equipe, o remanejamento de trabalhadores entre as casas e a administração de outras questões burocráticas (como férias, atestados, contratos).

6.3 Caracterização dos cuidadores entrevistados

³¹ Este documento foi disponibilizado pela coordenação dos SRTs dias após a primeira entrevista *online* realizada com ela.

³² Idem.

Foram entrevistados três cuidadoras e um cuidador dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Salto de Pirapora. A tabela a seguir apresenta características da formação e das experiências de trabalho dos cuidadores entrevistados:

Tabela 8 – Caracterização dos cuidadores entrevistados

Identificação³³	Ana	Marlene	Joana	Fábio
Escolaridade	Fundamental Incompleto	Médio Completo	Fundamental Incompleto	Médio Completo
Curso de cuidador	Não	Não	Sim	Não
Tempo de trabalho em SRT de Salto de Pirapora	Entre 2 e 3 anos	Entre 4 e 5 anos	Entre 5 e 6 anos	Entre 3 e 4 anos
Experiência em hospital psiquiátrico	Não	Sim, como cuidadora e monitora de TO	Não	Não
Experiência de trabalho em SRT de outros municípios	Não	Sim, como cuidadora	Não	Não
RT onde trabalhava no momento da entrevista	SRT 1 (Feminina)	SRT 2 (Feminina)	SRT 3 (Masculina)	SRT 4 (Masculina)

Ana é a cuidadora em residência terapêutica feminina. Ela não completou o Ensino Fundamental, não fez curso de cuidador, não trabalhou em hospital psiquiátrico, nem em residências terapêuticas de outras cidades. Contou que já tinha experiência no cuidado de pessoas idosas ou doentes, mas nunca havia cuidado de um grupo de pessoas, como é o caso de seu trabalho atual. Ana estava sem emprego formal quando mandou seu currículo para a empresa que geria as RTs e foi chamada para o trabalho. Relatou que quando chegou na residência terapêutica pela primeira vez falou

‘Não, este mundo não é para mim’. [...] É um mundo diferente daquele que eu vivia lá fora. Todo mundo olhando, todo mundo querendo conversar comigo. [...] Eles são muito carentes. Eles querem chegar perto de você, querem conversar, querem falar (Ana)³⁴.

Ela contou que depois de cerca de um mês de trabalho, deu um sentido religioso para a experiência, entendendo que haveria um “*propósito de Deus*” para que ela permanecesse naquela função.

³³ Para garantir o sigilo dos informantes, seus nomes foram substituídos.

³⁴ Ao longo do texto, os trechos das entrevistas realizadas são destacados em itálico.

Marlene, segunda entrevistada, já trabalhou em SRT nos períodos diurno e noturno, e hoje está em RT feminina. Teve experiência de trabalho em hospital psiquiátrico, não fez curso de cuidadora e fez curso de auxiliar de enfermagem. Marlene havia deixado o trabalho em residência terapêutica de outro município por conta de demandas familiares e quando se sentiu apta para voltar a trabalhar, teria visto por acaso, egressas dos hospitais em frente uma residência terapêutica. Foi neste momento que soube que Salto de Pirapora tinha implantado estas casas, então enviou currículo para a empresa, passou por uma seleção e foi chamada.

A terceira entrevistada foi Joana, que não completou o Ensino Fundamental e fez curso de cuidador quando já estava trabalhando nos SRTs. Ela foi a entrevistada que há mais tempo trabalha nas residências terapêuticas. Joana havia deixado emprego em outra área e estava sem trabalho formal há algum tempo. Foi ao Posto de Atendimento ao Trabalhador (PAT) para se candidatar a vaga em supermercado. Como não conseguiu, teriam oferecido a ela a seleção para trabalhar em SRT. Por não saber o que eram, alegou nunca ter trabalhado “*em clínica*”, mas ao ser questionada pela profissional que a atendia se já havia cuidado de alguém, respondeu afirmativamente, pensando em seu histórico de cuidado a familiares adoecidos. Assim, se inscreveu na seleção que foi realizada por meio de prova escrita. Joana contou que teve de responder “*como é que você cuidava, o que que é trabalhar numa clínica terapêutica, o que que a gente faz com os pacientes para dar atenção*”. Sobre a experiência da prova, ela disse: “*o meu coração foi mandando e eu fui escrevendo*”. Depois desta etapa, ela passou por entrevista e foi chamada para o trabalho.

O quarto entrevistado foi Fábio, que já trabalhou nas duas residências masculinas do município, em período noturno. Ele não tinha experiências anteriores na área do cuidado e negou ter feito algum tipo de curso de capacitação para este trabalho. Fábio tem familiar que já trabalhou na área da saúde mental e por isso já conhecia alguns moradores dos SRTs. Em seu discurso, valorizou as conversas que teve com esta pessoa, que teriam o ajudado. Ele relatou que seu ingresso neste trabalho se deu a partir de entrevista, após ter sido informado de que havia uma vaga aberta. Contou que pensou que seu trabalho na RT seria temporário, apenas para resolver necessidades financeiras do momento, mas permaneceu na função por ter gostado.

O discurso dos cuidadores trouxe muitos elementos interessantes para se pensar em o cuidado no contexto de SRTs. Entre apontamentos sobre a sobrecarga de trabalho causada pela acumulação de tarefas de cuidado com a casa e com moradores, queixas sobre a falta de autonomia dos trabalhadores e moradores para decisões cotidianas, e declarações sobre os sentidos que cada um dá a sua atuação junto a egressos de manicômios, identificamos muita potência na figura dos cuidadores, além de grandes desafios que nos convocam a refletir sobre

a construção de saídas alinhadas à proposta de desinstitucionalização. As concepções de cuidado que atravessam os discursos destes profissionais serão apresentadas a seguir.

6.4 Concepções de cuidado em Serviços Residenciais Terapêuticos

A análise dos discursos dos cuidadores dos SRTs pesquisados revelou quatro concepções de cuidado principais: Cuidado em sua dimensão profissional, Cuidado como exercício de caridade, Cuidado como execução de tarefas domésticas; Cuidado feminino e maternal. Estas quatro concepções do cuidado se misturam nas práticas e nos relatos de cada cuidador. A seguir, a partir de recortes das entrevistas, essas concepções serão apresentadas e discutidas.

6.4.1 Cuidado em sua dimensão profissional

Em Salto de Pirapora observou-se a presença de mulheres com baixa escolaridade na função de cuidadoras de Serviços Residenciais Terapêuticos. Do total de cuidadores que responderam ao questionário, cinco não completaram o Ensino Fundamental e apenas dez concluíram o Ensino Médio (outros três completaram o Ensino Fundamental, mas não o Ensino Médio). Oito cuidadores possuem algum curso relacionado ao cuidado e dez não o possuem. Este cenário é reflexo da não-exigência de escolaridade mínima ou de formação específica na área do cuidado para se assumir esta ocupação, somada ao entendimento da mulher como “cuidadora natural³⁵” – alguém que teria supostos atributos fundamentais ao exercício do cuidado, como o “amor materno” e a bondade.

Como os SRTs do município são geridos por uma empresa, a seleção dos profissionais não é feita por concurso público. A responsabilidade da escolha é da própria coordenação dos SRTs, que fez uma queixa sobre a dificuldade que sente em realizar esta tarefa. Houve um comentário de que em algumas empresas os processos seletivos são realizados por profissionais do setor de recursos humanos, mas isso não acontece no município em questão. Como as decisões ficam a seu critério, a coordenação relatou que procura evitar a contratação de profissionais que já tiveram experiência de trabalho em hospitais psiquiátricos:

a minha maior escolha [...] é não pegar pessoas que já tenham esse conhecimento da psiquiatria hospitalar, apesar de que eu tenha profissionais hoje que atuaram no ambiente hospitalar. Porém são pessoas que eu percebo que tem um perfil

³⁵ A essencialização do cuidado feminino será aprofundada no tópico 6.4.4.

diferenciado. Que mesmo ela que esteve trabalhando no ambiente hospitalar, ela não traz aquele cuidado para dentro da residência porque a maior preocupação [...] é que a gente torne a residência um mini manicômio, que aquele atendimento que era prestado lá continue sendo prestado aqui nas residências (Coordenação³⁶).

O modo como as seleções são feitas foi descrito pela coordenação. Em um primeiro momento, a gestão municipal de saúde mental também participava das seleções, mas na ocasião da entrevista, a coordenação das residências terapêuticas atuava de forma individual:

A gente chama para uma entrevista. [...] A gente juntava um grupo de pessoas e fazia essa entrevista. A gente apresentava o serviço, como que era a residência terapêutica... A gente contava toda aquela história de como eles saíram do hospital, de como eles vivem hoje em relação à saúde mental deles. A gente explica um pouco essa questão do preconceito, que às vezes as pessoas acham que são pessoas surtadas, ou aquele tipo de paciente psiquiátrico que foi passado por muitos e muitos anos para nós. Seria aquela pessoa agressiva, que manipula fezes. Então a gente explica como que é a nossa realidade (Coordenação).

As explicações sobre o funcionamento das casas e sobre o que se espera de um cuidador parecem ser úteis aos candidatos, visto que muitos desconhecem o que são residências terapêuticas e quais demandas costumam ser direcionadas aos cuidadores. Ana, que não conhecia os SRTs, afirmou: “*Eu acho que a pessoa que tá chegando, para não acontecer que nem eu que caí de paraquedas, eu acho que a pessoa já tinha que vir, sabe assim, aprendendo alguma coisa, sabendo*” (Ana). Quando questionei quais coisas deveriam saber, ela disse:

Sabendo a situação onde vai entrar, o jeito que eles são, porque quando eu cheguei eu não sabia de nada, por isso eu me espantei. Todo mundo ali querendo falar comigo, em cima de mim. Então eu acho que as atitudes deles no momento que a pessoa nova chega, a gente acaba se assustando, entendeu? Porque se a pessoas vem, eu acho que a pessoa tinha que vir já com experiência. Porque eu vim com experiência lá fora, porque eu já cuidava de pessoas lá fora, mas não pessoas mental. E pessoa mental, eles repetem muita coisa ao mesmo tempo. Eu sempre falo pras minhas amigas. Eu falo: “gente, nós trabalhamos aqui, mas quando saímos daqui, nosso mundo é outro. Nós ao entrar aqui, nós estamos aqui entrando no mundo deles” (Ana).

Não ter experiência no cuidado de egressos de manicômios causou “espanto” e “susto” em Ana. Ela afirmou que o cuidado necessário em um SRT – o cuidado a “*pessoas mentais*”, é diferente do cuidado que ela operava em outros contextos, e por isso, entende a importância de haver preparo para assumir a função de cuidadora de RTs. Sem ter experiência prévia, com os recursos que possui, Ana fez uma diferenciação entre o “mundo deles” e o “nosso mundo”, o mundo dentro da RT e o mundo fora da RT, o que pode sustentar o isolamento dos moradores

³⁶ Para garantir o sigilo da pessoa informante na função de coordenação, optamos por não identificar sua identidade de gênero.

e as práticas de segregação, próprias da lógica manicomial. Em pesquisa com cuidadores de SRTs, Lima e Miranda (2018, p. 7) observaram que

os cuidadores desenvolvem seu trabalho a partir de suas vivências cotidianas, intuições improváveis e criatividade. Ao lidarem com situações que geram angústia, acabam por reproduzir, em vários momentos, a lógica manicomial, com uma série de posturas e olhares em que o morador é objetificado e sua identidade passa a ser atribuída somente a partir de sua categorização como doente mental.

Pesquisas que abordam as práticas de cuidadores de SRT apontam para a necessidade de formação para esta categoria profissional, em virtude da importância que estes trabalhadores têm na construção de novas possibilidades de trocas sociais, circulação pela cidade, estímulo à autonomia, entre outras funções (Ribeiro Neto; Avellar, 2010; Silveira; Santos Junior, 2011; Spriolli; Costa, 2011). Ao problematizar o tema da não profissionalização dessa ocupação, Passos (2015b, p. 191) pontua que isso

permite que diversas pessoas possam exercê-la sem qualquer formação e informação acerca da ocupação, desqualificando um exercício específico e colocando em risco, inclusive, a vida dos usuários que recebem a prestação dos cuidados. Nesse sentido, a RPB coloca em risco o próprio direcionamento do seu modo de operar o cuidado, já que é atravessado pelas mudanças no mundo do trabalho e pela precarização que atinge os trabalhadores, e assim perpetua-se a convocação das mulheres na promoção do cuidado a pessoas que dele necessitem.

A coordenação dos SRTs também tratou da formação dos cuidadores, em uma fala que evidencia que sentimentos como o amor e a empatia são entendidos como fundamentais para o trabalho do *care*, podendo ser mais importantes que formações específicas:

Eu penso que cada pessoa, ela consegue construir em si a habilidade de cuidar. É muito diferente de você treinar um profissional para ser um cuidador. Tem pessoas que não tiveram, nunca tiveram experiência no cuidado, nunca foram cuidadores, não tem nenhum curso ligado a área da enfermagem e hoje são pessoas que cuidam muito bem e conseguem ter uma escuta boa e conseguem também observar quando aquele morador tá tendo algum tipo de alteração comportamental, ou quando ele não tá bem, ou quando ele tá ansioso... Ele consegue identificar isso. Ele não precisa de nenhuma formação. Então as vezes cai nessa contradição. Eu preciso ter um profissional extremamente qualificado? Eu preciso ter um profissional extremamente treinado? Porque o cuidado em si, Livia, o que eu penso [...], ele é pautado muito na empatia e no amor (Coordenação).

Mas o que seria o trabalho qualificado na área do cuidado? Hirata (2010) fala da existência de três níveis de profissionalização do *care* no Brasil, a saber, 1) empregadas domésticas – que cuidariam tanto do trabalho doméstico, como dos cuidados de pessoas idosas, tendo, em geral, baixos salários; 2) cuidadoras, que teriam salários intermediários, e 3)

auxiliares ou técnicas de enfermagem – categorias que podem exercer atividades específicas da enfermagem, regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O mais alto nível de profissionalização do *care* seria o ocupado por enfermeiras e enfermeiros, devido à formação no nível superior.

No Brasil a ocupação de cuidador ainda é muito atrelada a idosos, e existe uma variedade de formações de cuidadores destinados a este público. Hirata (2010) reconheceu que no Brasil há um movimento de preferência por profissionais do campo da enfermagem no cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em virtude de sua formação, e afirmou:

O que é paradoxal é que, em 2002, a função de cuidadora ou cuidador foi reconhecida oficialmente, para ser, ao mesmo tempo, desacreditada, na medida em que esse trabalho não está sendo valorizado como profissão no Brasil. Todas as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) estão substituindo cuidadores por auxiliares e técnicos de enfermagem, porque esses profissionais podem exercer determinadas funções, de acordo com o Conselho Regional de Enfermagem (Coren), tais como ministrar remédios, aplicar sondas etc. As instituições consideram que cuidadoras e cuidadores não têm formação e, assim, preferem contratar auxiliar ou técnico de enfermagem, pessoas que têm formação e diploma reconhecidos pelo Estado (Hirata, 2010, p. 50).

Embora Hirata (2010) aponte este movimento em que cuidadores são substituídos por profissionais de enfermagem em ILPIs, é preciso considerar que existem muitos idosos fora de instituições, sendo cuidados em suas casas por cuidadores com ou sem formação. Em um contexto de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, em 2008 o Ministério da Saúde publicou o “Guia prático do cuidador”, feito pela Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica da Saúde do Idoso) e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O documento pretende ser um orientador para cuidadores de pessoas que possuem alguma incapacidade, destinando-se a orientá-los na atenção à saúde das pessoas de qualquer faixa etária, acamadas ou com limitações físicas e/ou mentais que necessitam de cuidados especiais. A publicação traz uma definição do que é cuidado, apontando que se trata de uma tarefa “nobre, porém complexa” (Brasil, 2008, p. 8):

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões

emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada (Brasil, 2008, p. 7).

Esta descrição do cuidado traz a dimensão da singularidade de quem cuida e de quem é cuidado. Neste sentido, o cuidador agiria diante das particularidades de quem é cuidado, e teria como ferramentas suas ideias, conhecimentos e criatividade. No contexto de um SRT, em que moram cerca de dez pessoas, tem-se o desafio de não operar práticas homogeneizadoras de cuidado, que apaguem as características de cada morador.

Ainda segundo o guia do Ministério da Saúde, outras tarefas que podem fazer parte da rotina do cuidador são:

Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde. Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada. Ajudar nos cuidados de higiene. Estimular e ajudar na alimentação. Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos. Estimular atividades de lazer e ocupacionais. Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto. Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde. Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada. Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa (Brasil, 2008, p. 8).

Como características desejáveis a um bom cuidador, o guia em questão apresenta os seguintes aspectos:

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo (Brasil, 2008, p. 7).

Ao descrever sua rotina de trabalho nas residências terapêuticas, Joana demonstra compreender as particularidades e as necessidades específicas de cada morador, e modular sua conduta de acordo com os diferentes graus de autonomia das pessoas. No que diz respeito à higiene pessoal, ela afirma:

Uns que tomam banho sozinho, você tem que orientar. Os que não tomam banho sozinho, que não sabe se esfregar, daí você vai lá e dá banho. Daí tem o cadeirante que a gente também dá banho, troca (Joana).

Para pensar nas especificidades do trabalho do cuidador em um Serviços Residencial Terapêutico, é pertinente considerar o histórico de lutas que permitiram a criação deste serviço enquanto um substitutivo para os manicômios e também as batalhas que são travadas para sua

sustentação. Assim, a formação necessária também é uma formação política. Na leitura de Passos (2015b, p. 190), em residências terapêuticas

são dadas responsabilidades a um profissional que desconhece os processos políticos que permeiam suas ações, os limites do seu processo de trabalho e da lógica cultural que perpassa tudo isso, inclusive seu modo de estar e enxergar o mundo.

Isso pode trazer implicações negativas para o cuidado alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Por outro lado, o conhecimento desses processos históricos e das propostas da desinstitucionalização são potencialmente úteis na construção de práticas de cuidado que considerem as necessidades singulares dos moradores, estimulando sua autonomia e sua reinserção na vida comunitária. No discurso de Marlene, há reflexões que podem estar relacionadas à preparação que teve ao deixar de ser cuidadora em hospital psiquiátrico para trabalhar na mesma função em uma residência terapêutica de outro município. Em uma de suas falas, ela afirma que as residências terapêuticas poderiam prescindir de cuidadores e técnicos, caso tivessem atingido o objetivo de ampliar a autonomia de seus moradores: *“quando abriu a residência terapêutica era pra ensinar, para lá na frente não precisar ter mais cuidador, pra eles morarem sozinhos. Até então, quando eu saí do Vera, era essa [a intenção]”* (Marlene).

Marlene foi a única cuidadora que usou o termo “desinstitucionalização”. Isso aconteceu quando ela fazia críticas ao funcionamento da casa, no que diz respeito as relações hierarquizadas entre os profissionais (*“tipo, eu sou cuidadora, daí tem a técnica, depois tem a enfermeira, a [coordenação³⁷], e a prefeitura”*) e aos reflexos deste processo de trabalho na vida dos moradores:

Aí por exemplo, se eu falar assim “eu gostaria hoje que fosse uma noite da pizza”. Tipo, se eu decidir com as moradoras na hora... [...] Aí tem que chegar até a técnica, pra enfermeira. Eu gostaria assim [...] de poder ter um pouco mais de autonomia entre gente. [...] Não era para ser uma casa “normal”? “Normal” que eu digo... Como posso dizer?! Não era pra ser restrito. [...] Eu quando tô com vontade de comer uma pizza eu vou e compro. Eu quando tô com vontade de ir pro shopping, eu vou. [...] A desinstitucionalização é outra [coisa]... Eu imaginava outra coisa, mas não é (Marlene).

Neste trecho, Marlene demonstrou compreensão de que o processo de desinstitucionalização envolve a validação dos desejos dos sujeitos e a ampliação da autonomia deles, algo incompatível com as relações hierarquizadas citadas por ela. Aqui novamente

³⁷ Nome suprimido, para garantia do sigilo.

destacamos que Marlene teve espaço de reflexão sobre o cuidado desejado no contexto de um SRT.

Em relação à questão da profissionalização do cuidado, duas cuidadoras entrevistadas mencionaram ter formação na área: uma delas fez curso de auxiliar de enfermagem e de cuidadora antes de trabalhar no SRT e a outra fez curso de cuidadora quando já trabalhava na residência terapêutica. Ambas trouxeram elementos importantes para pensar o cuidado ofertado aos moradores, especialmente a ideia de que o cuidador cuida da pessoa, não sendo o responsável pelo trabalho doméstico³⁸. Marlene afirmou:

Quando você faz o curso de cuidador é isso, né: cuidar dos pacientes mesmo. Por exemplo, eu imagino assim para mim que eu seria uma cuidadora – igual tô falando – que pudesse ensinar. Que pudesse ensinar a ir, tipo, no mercado, ou essas coisas assim. Pra mim eu acredito que isso seria mais o serviço do cuidador. Tô cuidando... Ou ajudar no banho, ou no cabelo, arrumar o cabelo, essas coisas assim (Marlene).

O curso feito por Joana não teve custo financeiro para ela e foi ministrado por professor com formação em Enfermagem. Ela afirmou:

O curso que ele deu pra nós foi tipo um curso de enfermagem. De saber fazer curativo. [...] Como você pega o paciente, [...] a hora do banho, para não deixar pegar friagem. Como fazer, por exemplo, massagem cardíaca. Nossa, foi ótimo! Eu adorei o curso que eu fiz. Que nem eu falei, ajuda muito. [...] Pelo curso que eu tive, o nosso professor explicou bem: o cuidador cuida do paciente, ele cuida da medicação do paciente, dá banho, troca, entende? Por exemplo, faz a comidinha dele e dá, mas fora isso, não faz. O serviço do cuidador mesmo é isso (Joana).

O outro cuidador entrevistado não tinha formação, nem experiência de trabalho na área do cuidado, mas conhecia o público com o qual viria a trabalhar no SRT, porque um familiar já havia trabalhado com essa população e teria lhe explicado muitas coisas. Ele relatou que sentiu receio antes de iniciar na função de cuidador, porque nunca havia trabalhado na área. Quando perguntado se já sentiu falta de ter feito algum curso que o preparasse para a função que exerce, ele respondeu: “Não, não tive isso, não. Para a experiência do dia a dia eu não senti necessidade” (Fábio).

Apesar de afirmarem se sentirem confortáveis para realizar suas atribuições, os cuidadores também citaram desafios que já encontraram no trabalho. Marlene mencionou que episódios de engasgamento são frequentes e que, embora ela tenha formação na área do cuidado, foi na experiência prática que ela aprendeu a lidar com isso:

³⁸ O tema do cuidado como trabalho doméstico será abordado no tópico 6.4.3.

Tenho [formação como] auxiliar [de enfermagem]. E quando foi para sair do Vera Cruz eles deram um pequeno curso para primeiros socorros. Mas o que aprendi mais foi no [curso de] auxiliar mesmo. E na prática... Sinceramente, na prática. Porque, lógico, na primeira vez que aconteceu eu fiquei super nervosa. Aí depois eu vi, ela depende de mim. E eu consegui, mas ela já tava nos últimos assim (Marlene).

Joana relatou que quando encontra alguma dificuldade para manejar situações difíceis dentro da casa informa a técnica de enfermagem e pede ajuda. Em situações de conflito entre os moradores, por exemplo, também se sentiria apoiada por outros moradores. Ela contou uma situação em que um morador interveio para impedir que houvesse agressão física em uma discussão entre dois de seus colegas-moradores. Ao falar dos espaços para se trocar experiências de trabalho com outros profissionais e das dificuldades que encontra, ela relatou:

Nós tem que trancar a sala, trancar a porta da sala pra conversar. [...] Porque eles [os moradores] ficam em cima da gente, para escutar o que a gente está falando. Então, que nem eu falo, é melhor a gente ir para a sala, fechar a porta, pra gente poder conversar. Daí eu faço assim, mas não é sempre que a gente senta para conversar (Joana).

Ana contou que em situações em que precisam de apoio, os cuidadores devem ligar para a Santa Casa ou entrar em contato com a coordenação dos SRTs. Ela contou que não se lembra de ter precisado recorrer a esta estratégia, mas afirmou:

Então, tipo, nós ligou, eles tá ali. Eles socorrem. [Com] as meninas [outras cuidadoras] já aconteceu de precisar gritar socorro. Eles estão atentos. Ela sempre fala 'qualquer coisa você me chama, não importa o horário' (Ana).

Ana também relatou que diante de uma situação desafiadora, quis recorrer a apoio externo para discutir a questão. Mencionou um episódio em que teria pensando em recorrer a mim, como psicóloga do CAPS, para saber se a conduta de dentro da casa estava certa. Ela havia identificado uma situação que parecia ser um “castigo” aos moradores e na entrevista me questionou: “Se eles fazem coisas fora do comum deles, você acha que um paciente mental merece ficar de castigo? [...] Então tem coisas assim que dia não batiam para mim, com meu jeito de ser, com meu jeito de trabalhar” (Ana). A mesma cuidadora falou ainda que era comum tirar dúvidas com o coordenador de SRTs, mas recentemente esta prática deixou de ser aceita e as relações de trabalho teria ficado mais hierarquizadas. Segundo ela, agora é necessário que os cuidadores direcionem suas questões aos técnicos de enfermagem e estes repassem o que for necessário para a coordenação.

De maneira geral, notou-se que as cuidadoras demandaram ou consideraram solicitar o apoio de outros profissionais quando necessário. Ao serem questionadas sobre a existência de

espaços de trocas de experiência e formação, Fábio citou a troca de plantões como um momento em que os profissionais conversam sobre manejos e melhores formas de lidar com alguma situação desafiadora. Ele negou sentir necessidade de mais espaços para falar de seu dia a dia de trabalho. Joana afirmou que relata o que aconteceu em seu plantão para a colega que entrará em seu lugar, contando como os moradores estão e o que acha que pode ser feito na continuidade do cuidado.

A coordenação dos SRTs afirmou considerar reuniões de equipe importantes e mencionou que estes encontros são sempre pedidos pelos profissionais. Contou que nos primeiros meses de sua gestão procurou realizar reuniões, que foram suspensas durante a pandemia de COVID-19. Entretanto, haveria vontade de retomá-las:

A reunião de equipe é importante, porque a gente discute tanto a rotina de cuidados com os moradores e também com a rotina da casa. Não fica aquele ambiente desconfortável entre os próprios funcionários. Porque são seis pessoas que trabalham em uma casa por um longo período, eles ficam ali doze horas juntos, e muitas das vezes uma coisa compromete outra e daí acaba virando uma bola de neve, elas se complicam e às vezes são coisas simples de se resolver. E assim, todo o conflito que existe entre os funcionários acabam transpassando para quem mora na casa (Coordenação).

Como apontado pela coordenação, espaços como reunião de equipe podem ser úteis para discussão sobre as práticas de cuidado e para a resolução de conflitos entre funcionários. Soma-se a isso a possibilidade de melhora na saúde mental dos profissionais, quando estes podem compartilhar suas angústias, trocar experiências e construir soluções coletivas para os desafios encontrados. Lima e Miranda (2018, p. 1), em pesquisa com cuidadores de SRTs, ressaltaram “a necessidade de instrumentalização, de capacitação, de escuta e de criação de espaços de supervisão que permitam dar suporte ao trabalho dos cuidadores”.

No mesmo sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008), ao falarem sobre as mudanças no campo da atenção à saúde mental propostas a partir da Reforma Psiquiátrica, destacam que, diante dos desafios que os trabalhadores da saúde encontram para romper com o modelo tradicional e construir novas práticas, seus principais instrumentos são a formação permanente, que permite a redefinição e a reorganização dos processos de trabalho. No contexto do SUS, a Educação Permanente em Saúde é uma política que pode contribuir nos processos formativos das cuidadoras, visto que

parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o

mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (Brasil, 2004b, p. 10).

6.4.2 Cuidado como exercício de caridade

O cuidado enquanto caridade foi um elemento presente nas entrevistas das cuidadoras, embora não tenha aparecido no discurso do cuidador homem. Uma cena ilustrativa desta expressão do cuidado – também atravessada pela religiosidade – foi apresentada por Ana. Ela contou sobre o passeio mais longo que fez junto de quatro moradores dos SRTs, quando visitaram uma estância turística religiosa localizada a cerca de 300 km do município onde vivem. A cuidadora explicou que conciliou uma viagem que faria com sua família ao desejo de uma das moradoras, que diversas vezes teria expressado sua vontade de visitar este templo religioso para pagar uma promessa feita.

Ana relatou que se organizou para que a viagem fosse feita em seus dias de folga, assim, o passeio não seria contado como horas trabalhadas e ela não seria remunerada por ele. Afirmou ter feito isso como exercício de caridade e opinou que outros profissionais também deveriam possibilitar passeios como este – que podem exigir mais tempo que o expediente de cada um:

Muitas pessoas falam ‘não vou levar, porque não tenho tempo’. Eu já ouvi enfermeiro dizer isso. ‘Eu não levo em tal lugar, porque não tenho tempo’. Eu tenho comigo assim, que o tempo é a gente que faz. Dá pra gente deixar um tempinho e dar atenção para alguém que está precisando (Ana).

A viagem transcorreu bem e Ana compartilhou suas reflexões acerca de uma sugestão feita pela coordenação dos SRTs antes da viagem. Ela conta que recebeu dinheiro para a compra de pulseiras de identificação para os moradores-viajantes e que, a princípio, aceitou a ideia, mas depois a descartou:

Cheguei em casa e comecei a pensar. Eu pensava, pensava e pensava, com o dinheiro ali. Aí eu peguei e mandei mensagem [para a coordenação]: ‘Tô mandando o seu dinheiro de volta. Eles estão indo passear’. E [eles] foram bonitinhos e voltaram bonitinhos. Não precisou de andar amarrado. A minha irmã falou ‘Ana, ou você acredita em você e na sua capacidade ou você não leva’. Porque imagina, todo mundo olhando eles ali (Ana).

Esta fala da cuidadora demonstra sua preocupação com os olhares que os moradores poderiam receber ao exercerem seu direito e seu desejo de passear, como também sua tentativa de minimizar possíveis olhares preconceituosos. Além disso, destaca-se a confiança em seu potencial para lidar com situações que poderiam ser desafiadoras, como o caso de alguém se

perder do grupo. A reflexão que ela pode fazer antes da viagem contribuiu com a construção de novos modos de circulação pelos espaços públicos.

A mesma cuidadora referiu a realização de outras atividades fora de seu expediente, como acompanhar moradores em internações clínicas e em cerimônias religiosas. Segundo ela, diferentes coordenações de SRTs já propuseram que tais ações fossem remuneradas, mas ela teria se negado a receber, reafirmando tratar-se de caridade: “*A igreja minha trabalha nessa parte, entendeu? Então eu acho justo fazer*” (Ana).

Atividades como as citadas podem ser consideradas como práticas de cuidado alinhadas a proposta de desinstitucionalização, porque consideram as necessidades dos usuários, validam seus desejos e ampliam suas possibilidades de circulação social, extrapolando o habitual eixo casa-serviços de saúde. Para além do ato caridoso, Ana pautou sua ação de cuidado no reconhecimento da demanda da moradora e também nas limitações do grupo, que não teria condições de fazer o passeio sozinho, em virtude da distância, do desconhecimento do território do passeio e da dificuldade em manejar dinheiro.

Esta escuta dos sujeitos é fundamental para a construção de práticas de cuidado que visem a produção de saúde. Vieira e Lussi (2022, p. 9) afirmam que

as histórias de vida das pessoas são importantes condutores do caminho a ser seguido em qualquer prática de cuidado, para entender qual o significado e sentido de determinada atividade para aquela pessoa, além de quais são suas habilidades, interesses e limitações.

Assim, importa dizer que a andança por novos territórios, possibilitada pela viagem citada, se diferenciou de “passeios” realizados por muitas instituições – inclusive por manicômios, em que grupos grandes são levados a parques de diversão, zoológicos, cinemas ou outros espaços, como um entretenimento proposto por quem cuida, sem necessariamente fazer sentido para quem é cuidado.

O acompanhamento da cuidadora em uma viagem como esta caberia em suas atribuições profissionais, entretanto, sua postura demonstrou que a relação existente entre ela e os moradores ultrapassa os limites profissionais, chegando ao âmbito pessoal e da caridade. Justificar este tipo de circulação pelo território como uma ação de caridade relacionada à religião permitiu uma breve fuga da rígida rotina de atribuições definidas pela coordenação dos SRTs. Embora nesta situação a relação entre cuidadora e moradora tenha assumido uma nova roupagem, com outras regras sociais e de convivência, é importante considerar que ao entrar no âmbito da caridade, pode-se perder a dimensão da promoção de autonomia, da reabilitação psicossocial, da desinstitucionalização e da garantia de direitos.

Ao problematizar a caridade cristã e a piedade religiosa, Caponi (1999) aborda a relação dissimétrica entre quem assiste e quem é assistido e afirma que se trata de uma modalidade peculiar de exercício do poder, estruturada a partir do binômio “servir-obedecer”. No contexto de um processo de desinstitucionalização, em que se busca, entre outras coisas, a promoção da contratualidade, o exercício da caridade pode contribuir para que as relações de poder se tornem engessadas, o que dificultaria que os moradores assumam novos papéis diante da vida. Em outras palavras, pode criar ou manter dependência e submissão.

Caponi (1999) segue com as críticas ao discurso da caridade afirmando que o impulso de socorrer que a pessoa compassiva tem pode a impedir de medir se as consequências do socorro são de fato desejadas por quem o recebe. Quando o querer do outro não é escutado, ignora-se o fato de que quem sofre algum tipo de infortúnio também pode, de forma ativa, fazer seus próprios agenciamentos para lidar com ele.

Para seguir a problematização sobre a dissimetria entre cuidador e morador, destaco das entrevistas realizadas dois outros exemplos. No primeiro, Ana afirmou que para ela é importante *dar atenção para alguém que está precisando*, enquanto, no segundo exemplo, Joana demonstrou um olhar piedoso sobre os moradores, ao contar como eles eram quando chegaram nas residências terapêutica: “*Então, eles eram... judiação... [...] Pareciam aqueles bichinhos do mato. [...] Eles eram tudo magrinho...*” (Joana). Caponi afirma que

a partir do momento em que alguém pode manifestar piedade por outra pessoa, a caracteriza como sujeita a uma debilidade, como alguém que só pode superar suas limitações pelo socorro que a pessoa compassiva pode oferecer. Então, com um mesmo gesto se estabelece uma divisão binária entre aquele que se engrandece ao realizar a ação e aquele que se diminui ao recebê-la (Caponi, 1999, p. 95).

Para sustentar seu argumento, Caponi (1999) retorna ao pensamento de Nietzsche, quando ele aponta, em “A genealogia da Moral”, que ao se prometer auxílio e assistência a alguém, são multiplicados os mecanismos de coerção, docilização e submissão. Por isso são tão importantes as problematizações sobre a naturalização do discurso caridoso dentro das práticas de atenção à saúde, especialmente à saúde mental antimanicomial, que se propõe a possibilitar processos de emancipação, ampliação de autonomia e de garantia de direitos.

Valentini Jr. e Vicente (1996) apontam que a caridade, historicamente relacionada aos pobres e desafortunados, convive pacificamente com a negação de direitos e

frequentemente emerge, no contexto brasileiro, para suprimir a não-oferta ou a oferta irregular de serviços no campo da Seguridade Social. A caridade pressupõe uma relação entre desiguais: doadores e destinatários. Duas ideias costumam permear as

práticas caritativas. A primeira é de que a atenção é ‘de graça’, e a segunda ideia é formulada nos seguintes termos: ‘é melhor isto do que nada’, produzindo uma invalidação de qualquer crítica (Valentini Jr.; Vicente, 1996, p. 48-49).

Aqui retomamos que a existência dos Serviços Residenciais Terapêuticos faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, que prevê verbas de financiamento para as casas. A maior parte dos moradores dos SRTs em questão tem renda proveniente do Benefício de Prestação Continuada e/ou do auxílio reabilitação psicossocial previsto pelo Programa De Volta Para Casa. Ou seja, a desospitalização desses moradores foi um importante avanço na garantia de seus direitos. Entretanto, embora hoje existam mais direitos assegurados à população em questão, o olhar sobre esses egressos de manicômios ainda traz aspectos de seu passado recente, que podem sustentar o olhar caridoso.

Outro momento em que fica evidente a questão da caridade/religiosidade, é quando uma entrevistada conta sobre suas experiências de trabalho: *“toda vida eu trabalhei com pessoas idosas, pessoas enfermas. Portanto eu trabalho dentro da RT e fora da RT, sempre correndo, ajudando as pessoas”* (Ana). Ela também afirmou:

Toda vida eu me interessei em cuidar de pessoa enferma, desde criança. A primeira criança que eu cuidei, eu era criança também. Eu tinha 12 anos e ele tinha 8. Ele não andava. Foi a primeira pessoa. [...] Eu fiquei doze anos com ele (Ana).

Pelo seu relato, entende-se que essa “ajuda às pessoas” acontece desde muito cedo, quando ainda na infância, ações de cuidado foram atribuídas à Ana. Não sabemos as circunstâncias que a levaram a este lugar de operadora de cuidado aos doze anos, mas é cabível inferir que nesta idade a “escolha” dela estava permeada por discursos do ambiente em que vivia e não apenas por seu interesse pessoal, como citado por ela.

O comprometimento com o cuidado de pessoas também foi citado por mais de uma entrevistada, ao se referirem a um episódio ocorrido há alguns anos, quando os profissionais dos SRTs, contratados pela empresa, ficaram sem receber seus salários e continuaram trabalhando. Joana contou ter vivenciado este momento com muita dificuldade e, para não deixar as moradoras sozinhas na casa, fez esforços como ir trabalhar a pé, ainda de madrugada, por uma estrada sem iluminação:

Eu vinha iluminando, com a lanterna do celular, a pista. Vinha... Nunca deixei elas. Teve vez que as outras, que não tinha pagamento, não tinha nada. Não tinha dinheiro para pagar passagem, pra comprar um nada, as outras começou a desanimar e a menina que eu passava plantão pra ela começou a faltar... E teve dia de eu ligar dez horas da noite na empresa que geria as RTs, falar que não tinha ninguém para ficar no meu lugar. E eles mandaram uma cuidadora pra vir de Sorocaba, para a enfermeira me pegar e levar embora, às onze horas da noite (Joana).

Ana também falou sobre seu comprometimento com o trabalho, citando o mesmo episódio em que as trabalhadoras estavam sem receber seus salários. Ela contou que nunca perdeu um dia de trabalho e que era folguista nesta época. Quando a coordenação das RTs daquela época ligava pedindo seu apoio, ela sempre se disponibilizava: *“Teve um mês que eu fiz 28 plantões a fio. Mas eu falei ‘não, gente, nós tá sem pagamento, mas eles precisam de cuidados’. Concorda comigo?! Eles precisam daquele carinho”* (Ana).

Apesar da ausência de pagamento, o trabalho do *care* continuou sendo operado por elas, o que mostra que o salário não é a única motivação para o trabalho. A crítica ao trabalho “apenas” pela remuneração apareceu no discurso de vários entrevistados. Ana afirmou que *“Às vezes parece que as pessoas estão ali por dinheiro. Sabe?! Porque tudo é não. ‘Pra mim não dá, eu não posso’”* (Ana). Marlene disse que *“Tem gente que trabalha por amor e tem gente que é diferente e trabalha pelo salário”* (Marlene).

Já Fábio, ao ser questionado sobre características que considera fundamentais para o trabalho como cuidador referiu: *“Acho que empatia, gostar das pessoas, carinho por eles. Não estar ali só pelo trabalho, sabe? [...] Se for ali só pelo trabalho e achar que ‘ah, vou receber x no fim do mês’, não vai conseguir ficar. Ou não vai conseguir ter o manejo, entendeu?”* (Fábio). Diante de questionamento semelhante, Joana disse:

Olha, ela tem que ter o dom, amor, porque a pessoa assim, você tem que cuidar com amor, você tem que ter amor. E que nem eu falo para você, atenção principalmente. Primeira coisa é eles, porque você tem que ter um cuidado. É a mesma coisa que a gente com o filho da gente. Então eu acho que a pessoa para trabalhar nesse ramo tem que ter o dom e a paciência e o amor. Para cuidar deles... Que nem eu falo, isso foi o que Deus me deu (Joana).

Estas colocações sobre o amor, o carinho, a empatia, apontam para a compreensão de que sem estes sentimentos, o trabalho do cuidado não poderia ser efetivo. Para tratar da caridade, Martins (2013) retoma a primeira epístola de Paulo aos Coríntios e afirma que nela *“Paulo esclarece que sem o amor (*charitas*) nenhuma ação tem valor”* (Martins, 2013, p. 155). Assim, pode-se pensar que sob a lógica da caridade e da religiosidade, se o trabalho do cuidado não for permeado pelo amor, ele não teria valor.

O amor também apareceu nas entrevistas, relacionado aos vínculos familiares. Uma das cuidadoras relatou que ao lidar com o adoecimento de um familiar, passou a perceber mais amor em sua relação com os moradores. Ela afirmou ter mais empatia com eles, justificando:

eu não gostaria de que precisasse da minha mãe tá num asilo, por exemplo, e ser tratada mal. Eu cuido delas [das moradoras] pensando na minha mãe e na minha mãe pensando nelas, sabe? É assim (Marlene).

A questão da empatia também foi observada por Barbieri e Sarti (2016) em pesquisa realizada com profissionais que trabalham no cuidado de idosos em instituições de longa permanência, e que traz algumas semelhanças com o trabalho do cuidador em saúde nos SRTs. Segundo as autoras, lidar com o processo de envelhecimento e com a finitude da vida, produz muitas reflexões nos profissionais das instituições. Nas entrevistas feitas pelas pesquisadoras, tais profissionais fizeram referência ao modo como querem que seus familiares sejam tratados (em geral, sem estarem em instituições) e ao modo como eles próprios querem ser cuidados na velhice (em instituições, para não darem trabalho a seus familiares). Estes profissionais também trouxeram o ponto levantado por Marlene, de que ao pensar que estão cuidando de algum familiar, ofertariam um melhor cuidado.

A importância de vínculos familiares também foi notada na fala de Ana:

A maioria que tá ali não tem família. Eu lembro da primeira vez em que eu pedi para a [coordenação] deixar eu tirar eles da casa foi no dia de natal. Eu fiz plantão, mas tava naquela luta, sem pagamento. Eu fiz plantão à noite com eles e de manhã cedo mandaram uma menina nova, que nunca tinha ficado com elas. Daí a menina começou a chorar.

Ana teria questionado a razão do choro da cuidadora nova, e esta relatou que nunca havia trabalhado. Ela conta que ligou para a coordenação da época e pediu autorização para levar alguns moradores para sua casa. Diante da autorização e com o apoio de seus familiares no transporte de todos, ela levou as moradoras para passarem o natal em sua casa.

Ainda pensando nos aspectos da religiosidade cristã, que atravessam a lógica da compaixão e da caridade, há outra característica marcante, principalmente nas entrevistas de Ana e Joana, que é a religiosidade como resposta a inquietações e desafios que elas têm em seus cotidianos enquanto cuidadoras. Exemplo disso aparece quando Joana fala sobre forma de acolher um morador que ouve vozes:

quando ele tava escutando as vozes, ele falava para mim 'tia, ela manda eu fazer as coisas e você tá no meio'. E eu 'nossa!'. Eu clamava a Deus, né. 'Meu Deus, tenha misericórdia, porque eu estou sozinha'. [...] Então eu saía para conversar com ele. 'Fio, quando você escutar, você fala assim: eu não quero saber de você, eu não quero escutar você'. Pegue sua bíblia e leia o 91 de salmo. Fale assim: 'eu tenho fé em Deus, eu não quero escutar você'. Daí ele começou a fazer isso e agora ele não tá mais escutando. Ele fala 'ó, tia, agora eu não escuto, eu não dou lado para ela' (Joana).

Quando questionada sobre o modo como aprendeu a manejar situações desafiadoras nos SRTs, Joana afirmou: “*Acho que é um dom que Deus me deu*”. Diante de um comportamento agressivo de outro morador, o manejo relatado por ela foi de ter conversado com ele:

Você é igual a tia, você conhece a palavra de Deus e Deus não gosta dessas coisas. Deus não gosta de gente que briga. Deus gosta que tenha amor no coração. Deus gosta de gente humilde. Eu fico falando para ele e daí ele fala ‘é mesmo, né, tia, então não vou brigar mais’ (Joana).

Neste trecho, nota-se que a cuidadora conhece a religiosidade do paciente e se utilizou desta fé compartilhada pelos dois para manejar uma situação de conflito entre moradores, em um fim de semana, quando ela era a única profissional dentro da casa. A religiosidade também apareceu quando duas entrevistadas contaram sobre a decisão de trabalharem nos SRTs. Para Joana, o trabalho de cuidadora em SRT surgiu quando ela estava desempregada e trabalhava como faxineira de maneira informal. Ela relatou que procurou o PAT, para concorrer a vaga em outra área, mas por não ter conseguido, foi encaminhada a um processo seletivo para os SRTs após ter respondido que já havia cuidado de alguém:

Foi muita fé em Deus, porque olha... Até me perguntaram, ‘você acha que passou na prova?’. E eu falava assim, ‘ó, tá na mão de Deus. Deus sabe. Se for pra ser para mim, ele vai abrir essa porta’ (Joana).

Já Ana contou que em sua fase de adaptação ao trabalho na casa, não estava muito confiante, mas com o passar dos dias, foi ficando mais tranquila. Afirmou que pensou: “*Se Deus me colocou aqui, tem um propósito. Eu não sei qual é, mas vou ficar*” (Ana). Este aspecto do dom divino ou da escolha de Deus também foi encontrado por Barbieri e Sarti (2016) em pesquisa com trabalhadores de instituições de longa permanência para idosos. Elas afirmam que após o ingresso na instituição, os trabalhadores percebem a importância de seu papel:

O trabalho na instituição passa, assim, a ser considerado mais do que uma oportunidade de trabalho: ao sair da indesejada situação de desemprego passam a se sentir valorizados e atribuem sua “escolha” de trabalhar com os idosos como um destino divino (e não ao acaso), considerando-se “predestinados” para trabalhar especificamente com esse público (Barbieri; Sarti, 2016, p. 77, tradução nossa)³⁹.

³⁹ “Work at the institution thus comes to be considered more than just a job opportunity: by leaving the undesired situation of unemployment they begin to feel appreciated and attribute their “choice” to work with the elderly a result of divine destiny (and not to chance), considering themselves “predestined” to work specifically with this public” (Barbieri; Sarti, 2016, p. 77).

Por fim, importa dizer que o cuidado ofertado pelas cuidadoras, ainda que imbuídos de justificativas caridosas e permeado pelo que chamam de amor, empatia e carinho, é valorizado e fundamental para a sustentação do cuidado em liberdade. A problematização aqui apresentada está relacionada ao risco de a relação cuidador-morador não ser reinventada e as relações de poder não serem tensionadas. Entende-se que as problematizações sobre o cuidado como caridade/expressão de religiosidade podem contribuir com a criação de estratégias para que “a palavra dos doentes possa formar parte de uma rede dialógica, que permita instituir um genuíno consenso” (Caponi, 1999, p. 91). Esta seria a forma de romper com a passividade daqueles que são “servidos/assistidos”, e no caso da população em questão nesta pesquisa, seria o modo de ampliar o poder contratual do louco e também de desinstitucionalizar a loucura.

6.4.3 Cuidado como execução de tarefas domésticas

Esta concepção de cuidado está presente tanto no cronograma de tarefas das cuidadoras de residência terapêutica⁴⁰, como no discurso dos profissionais (cuidadoras e coordenação). Observou-se haver preocupação com as refeições dos moradores e com a manutenção da casa limpa e organizada, o que se configuraria como um importante diferencial das vivências em manicômios⁴¹.

A cuidadora Marlene valoriza aspectos de organização que a residência terapêutica possibilita: “*Na residência terapêutica tem horário certo para almoço, comidinha feitinha na hora*”. Ela afirmou sua satisfação em ver as mudanças ocorridas com a desospitalização, dizendo que para ela foi realização de um sonho ver os egressos dos manicômios indo viver em casas: “*é a mesma coisa que ter tirado eles de um buraco assim e colocado numa casa, sabe? O jeitinho de eles olharem diferentes. [...] Ali [nos SRTs] tinham as próprias camas, tudo limpinho, tudo na hora, a comida...*” (Marlene). Nota-se nesta fala a valorização do ambiente agradável, limpo, organizado e com comida adequada, enquanto há uma crítica às condições dos manicômios, chamados por ela de “buraco”.

Reconhecida a necessidade de cuidado com o ambiente onde se vive, também importa pensar como e por quem este cuidado pode ser realizado. Nas falas das cuidadoras apareceu o entendimento de que cuidar da casa não seria atribuição deles, mas sim, de empregados domésticos:

⁴⁰ Apresentado no item 6.2.

⁴¹ Há diversos registros que apresentam imagens da realidade precária dos manicômios, como o livro “Holocausto Brasileiro”, de Daniela Arbex e o documentário “A casa dos mortos”, de Débora Diniz.

Cuidador de dia, Livia, sinceramente eu falo pra você, é uma empregada doméstica. Porque é mais os serviços da casa. Da casa totalmente... Comida, de dar café, a maioria das vezes ajuda no banho. E em fim de semana, como eu falei, trabalha sozinho. E aí é cuidar da limpeza da casa. E durante o dia, dependendo, não tem nem muito tempo de interagir com o paciente, porque tem mais a casa para cuidar e as refeições, que é o café da manhã, o almoço, o café da tarde e o jantar, que no caso fica pronto para a noite. Roupa, casa arrumada... (Marlene)

Esta descrição de seus afazeres na residência terapêutica de fato tem aproximações com a ocupação “Empregado doméstico nos serviços gerais” (caracterizada na CBO sob código 5121-05), que entende estes trabalhadores como aqueles que

preparam refeições e prestam assistência às pessoas, cuidam de peças do vestuário como roupas e sapatos e colaboram na administração da casa, conforme orientações recebidas. Fazem arrumação ou faxina e podem cuidar de plantas do ambiente interno e de animais domésticos (Brasil, *s.d*).

Sobre as tarefas assumidas pelas cuidadoras, a coordenação dos SRTs afirma que

além da função do cuidado em si, que os cuidadores ajudam muito, o cuidado em questão de saúde dos moradores, que é: ajudar no banho, na alimentação, eles têm que dar conta da casa e manter a casa sempre limpa, porque são bastante pessoas que moram ali. Então, a questão de reclamação [...] é com o cuidado da casa [...]. Que é uma pessoa, muitas das vezes, pra dar conta de todos eles, principalmente nos fins de semana que fica um cuidador só para dar conta de todo mundo, de fazer comida, de prestar o auxílio no banho, na medicação. Por mais que nossa residência esteja bem organizada e as medicações já fiquem prontas, tem esta dificuldade (Coordenação).

Outro aspecto apresentado pelas cuidadoras é a diferença de atribuições entre os turnos de trabalho, ou seja, entre os plantões diurno e noturno:

De dia é a refeição e limpeza básica. De noite é faxina da cozinha, faxina lá de fora, faxina da sala, arrumar os guarda-roupas. É assim. Acho que deveria ser outro nome. Não cuido como cuidadora (Marlene).

De dia, a gente entra, dá banho nelas. Dá café. Depois fica um pouquinho com elas e a gente entra para fazer almoço. Pelo menos eu fazia assim quando eu tava de dia. Depois do almoço, lavava a louça e eu ficava com elas até o horário do café da tarde, ali dando atenção. Sempre dava uma saidinha, pnhava uma roupa na máquina. E antes de passar o plantão a gente tem que dar a rotina da casa. Passar a limpo, deixar tudo em ordem (Ana).

A noite a gente tem as rotinas da gente, que é faxina de cozinha, faxina de banheiro, de sala... Onde não atrapalha eles de dormir. Daí de dia as meninas fazem a faxina nos quartos (Ana).

Vê-se nestes trechos que as tarefas domésticas tomam grande parte do tempo das cuidadoras, em qualquer período em que trabalhem. Este fato desagrade os profissionais,

conforme afirmou Joana: “*Dia de faxina acaba com a gente. Porque você tem que fazer a faxina, você tem que cuidar deles, você tem que cuidar da comida...*”. Nota-se que as cuidadoras acabam assumindo tarefas de duas ocupações diferentes, o que ocasiona uma sobrecarga de trabalho. Associado a isso, observou-se também a frustração de deixarem em segundo plano o cuidado dos sujeitos que ali residem.

Esta problematização sobre o “cuidar da pessoa” e o “cuidar da casa” já foi feita por outros pesquisadores, como Silva *et al.* (2019, p. 6), que evidenciaram “a fragilidade encontrada pelos cuidadores em exercer suas atividades assistenciais no que diz respeito à prática de reabilitação terapêutica em saúde mental”, visto que as atividades domésticas se sobressaiam à dinâmica assistencial de reabilitação psicossocial, o que era um fator de frustração para os profissionais. Assim, estes autores apontaram a necessidade de ampliação do quadro de funcionários nos SRTs.

Silveira e Santos Junior (2011) também observaram questões similares nas RTs que pesquisaram, em que as cuidadoras apontaram que as tarefas domésticas fazem parte de seu escopo de trabalho e disputam o tempo com o cuidado dos moradores. A solução encontrada naqueles SRTs foi o revezamento diário de dois cuidadores em cada casa, para que

um deles possa responsabilizar-se pelo cuidado à casa e, particularmente, aos moradores que auxiliam nas tarefas domésticas, e o outro possa priorizar o cuidado aos outros moradores, através de passeios, conversas, jogos e outras atividades de recreação e lazer (Silveira; Santos Junior, 2011, p. 2094).

No caso acima relatado, observa-se a mistura da ocupação empregado doméstico e de cuidador em saúde. Passos (2017, p. 88), ao refletir sobre o trabalho do *care* e o trabalho doméstico, no contexto brasileiro da Reforma Psiquiátrica, afirma que

as cuidadoras executam tanto o trabalho doméstico quanto o de cuidados, sendo eles completamente diferentes um do outro. O trabalho doméstico diz respeito à organização da vida, como: lavar e passar roupa, executar serviços gerais de limpeza, etc., e o trabalho do cuidado/*care* diz respeito a suprir as necessidades ontológicas do ser social. As múltiplas atribuições não estão claras nem para os gestores e nem para as cuidadoras.

Nas RTs pesquisadas em Salto de Pirapora, as profissionais com algum tipo de formação para o exercício da função de cuidador apontaram o fato de terem que cuidar da casa como um dificultador para as interações necessárias com os moradores. Por outro lado, Ana, que não tem formação na área do cuidado, parece entender que ambas as funções (cuidar da casa e das pessoas) são sua atribuição. Ela disse: “*O cuidado é, tipo, tem que tá limpo, comidinha, as coisinhas deles na hora certa e dar atenção, dar carinho*” (Ana).

Esta sobrecarga de atribuições também pode trazer prejuízos físicos, algo expressado por uma cuidadora que já trabalha na casa há mais de cinco anos. Ela falou sobre o cansaço que sente ao responder as demandas de limpeza e organização da casa, e mencionou o fato de ter desenvolvido dores no corpo que requerem uso de medicações constantemente.

Em relação ao cronograma de tarefas dos cuidadores – o “trabalho prescrito” – é possível inferir que suas tarefas tenham sido pensadas a partir do que se imagina ser o trabalho da mulher dona de casa (que acumula tarefas), e não a partir da descrição prevista na Classificação Brasileira de Ocupações para o trabalho do cuidador em saúde. Da entrevista com a coordenação dos SRTs, uma fala reforça a importância das habilidades para o cuidado com a casa, no recrutamento dos profissionais cuidadores:

Geralmente a gente pega indicação de outros cuidadores, outros profissionais, pessoas que conhecem a gente sempre com o currículo ou outro. Então, o que que eu faço? Eu faço uma seletiva dessas pessoas que indicam, as pessoas que deixam currículo no CAPS ou na residência. Eu dou uma olhada no currículo e vejo se encaixa mais ou menos com o perfil de cuidar, vejo se a pessoa tem alguma experiência doméstica, de serviços gerais... Eu vejo mais ou menos isso para contratação do cuidador (Coordenação).

Ao ser questionada sobre o perfil das pessoas que procuram a vaga de cuidador, a coordenação afirmou que há um número grande de pessoas com experiência nos cuidados domésticos, o que seria valorizado por ela:

Na maioria são pessoas que já trabalham como doméstica, alguns já tem curso de cuidador, ou que é auxiliar de enfermagem. [...] A maioria [...] que entrega um currículo tanto na residência, como no CAPS já é um pessoal que tem essa grade de cuidador, tanto cuidador autônomo ou doméstica, ou serviços gerais (Coordenação).

A coordenação também coloca a questão do gênero em pauta. Ela afirmou que não há procura significativa de homens para a função de cuidadores. “*Os homens geralmente não procuram tanto porque tem o conhecimento de que ‘ai, eu vou ter que lavar a louça, vou ter que limpar a casa, vou ter que trocar fraldas muitas das vezes’*” (Coordenação).

De maneira geral, notou-se que a questão da sobrecarga das cuidadoras já era uma preocupação da coordenação, que estava se articulando junto a empresa que os contrata em busca de soluções. Um dos argumentos usados na apresentação do problema posto é o do perfil dos moradores, que são, em sua maioria, pessoas envelhecidas e com necessidades mais específicas:

Hoje, uma das questões que eu tenho levantado com a OS que organiza as residências terapêuticas como com o próprio coordenador de saúde mental, é essa questão do

aumento do quadro de funcionários além do que a legislação manda. Porque tá deficiente o quadro e como os moradores tem envelhecido e tem se tornado mais dependentes, um cuidador só, principalmente aos fins de semana quando o técnico não tá, e aos feriados, quando o técnico não dá o apoio (Coordenação).

A coordenação demonstrou entender que as atuais condições de trabalho das cuidadoras podem permitir que eles adoçam com o passar do tempo, tanto pelas exigências do cuidado de *pacientes psiquiátricos* (termo utilizado pela coordenação) como com a necessidade de darem conta de todo o serviço dentro das doze horas de plantão. Os esforços feitos para garantir que as cuidadoras não sejam sobrecarregadas com as demandas da casa e dos próprios moradores são fundamentais, mas existe uma outra questão que precisa ser problematizada e que já foi colocada no início deste tópico: quem pode cuidar da casa? E o que o fato de estas tarefas domésticas serem tomadas como obrigação das cuidadoras podem dizer sobre o processo de desinstitucionalização?

Nas entrevistas realizadas pouco se falou sobre a possibilidade de as refeições serem preparadas pelos próprios moradores e a limpeza também ser feita ou coordenada por eles, que poderiam, por exemplo, decidir contratar um profissional empregado doméstico para isso. Ainda que eles possam ter dificuldades de realizar tais tarefas sozinhos, a função de uma cuidadora poderia ser a de estimulá-los a aprender e/ou supervisionar suas tentativas. Entretanto, nestas casas foi possível notar que as cuidadoras são tomadas como executoras de tais tarefas, enquanto os moradores acabam não podendo assumir grandes responsabilidades domésticas.

Ter quem faça tais atividades de forma recorrente e cotidiana pode impedir que os moradores se apropriem da casa como sua, o que pode se tornar um problema para as práticas de desinstitucionalização. Como dito anteriormente, vivem nestas RTs pessoas com perfis diferentes, sendo variadas as idades, as necessidades e limitações de cada um. Deste modo, sabemos que algumas pessoas não teriam impedimentos físicos, nem cognitivos para o exercício de funções domésticas, entretanto, notou-se que quando alguns moradores fazem tarefas domésticas, eles as fazem em um caráter de “ajuda”, e não de tomada de responsabilidade pelo cuidado de sua própria moradia.

Isso aparece no discurso do cuidador homem. Observa-se que ele assume a função dos cuidados com a casa, com apoio dos moradores: “*Eles ajudam a gente a [...] limpar a casa, tipo assim, a parte da janta. Tipo lavar louça, guardar louça, essas coisinhas básicas*”. Quando perguntado sobre a avaliação que faz sobre o que cada morador pode fazer nos cuidados com a casa, o cuidador afirmou que “*um ou outro [dos moradores] ajuda*” e que “*Eles não têm a obrigação de ajudar, mas quando eles querem ajudar, a gente deixa eles livres, entendeu?*”.

Este é mais um elemento que traz a compreensão de que os cuidados da casa, atribuídos comumente aos trabalhadores domésticos, são assumidos pelo cuidador, que pode contar ou não com a “ajuda” dos moradores. Ele completa dizendo que “às vezes, sempre os mesmos a gente estimula. ‘Vai ajudar ou não?’. Mas eu não fico falando muito para eles ajudar, entendeu? Daí vai da vontade deles mesmo”.

Ainda que não seja de forma independente, mas sim, com apoios, muitos dos moradores poderiam realizar atividades domésticas que, de partida, são atribuições das cuidadoras. Vieira e Lussi (2022) trazem à tona a questão da homogeneização das práticas cotidianas em SRTs de tipo II, atribuindo à expectativa de que neste tipo de RTs os moradores apresentam maior grau de dependência, o que impediria que houvessem estímulos para ampliação de autonomia. Elas afirmam que nos SRTs onde realizaram sua pesquisa,

ainda prevalecem práticas homogeneizadoras de cuidado, pouco estímulo para a participação dos moradores nas atividades do cotidiano e, quando ocorre, assume um caráter de ajuda ao profissional do SRT; a autonomia é um aspecto que nem ao menos alcança a reflexão e discussão dos profissionais e dos próprios moradores (Vieira; Lussi (2022, p. 7).

As autoras trabalham com a hipótese de que a falta de formação em saúde mental dos profissionais, que em sua maioria tiveram experiências de trabalho em manicômios, se reflete nas práticas de cuidado na casa. Para elas, um dos principais desafios encontrados são as expectativas sobre o perfil de moradores de SRT tipo II (que teriam capacidade limitada e precisariam de maior auxílio), o que conduziria a ações assistencialistas e/ou direcionadas, que favoreceriam condutas que mantêm a estagnação do morador do SRT. Sobre a falta de estimulação dos moradores para que se apropriem das atividades de cuidado com a casa, as autoras afirmam que

a falta de formação e de conhecimento do papel do SRT acabam por centralizar a realização de todas as atividades da casa e de cuidado com os moradores para os profissionais que trabalham nestes locais, além de não saberem como promover o aumento da participação dos moradores (Vieira; Lussi, 2022, p. 14).

Um outro ponto a ser discutido são os estímulos feitos pelos cuidadores para que os moradores se apropriem das tarefas domésticas. Joana, em seu discurso, fala de suas estratégias para convocá-los ao trabalho doméstico, dizendo que no começo mandava os moradores fazerem algumas atividades e que agora vai incentivando os moradores, solicitando a ajuda deles. Ela afirmou “A gente tem que lidar com carinho, porque se você só falar para fazer, não

faz nada. Então, eles são assim... Mas o único que não faz assim é o [Roberto], porque o resto, cada um faz uma coisinha, a gente incentiva eles” (Joana).

Marlene entende que sua função de cuidar também engloba ensinar as moradoras a fazer atividades domésticas e a realizarem seu autocuidado:

Eu, no começo, sempre ensinava as coisas. No começo eu dizia, ‘ah, vamos fazer arroz’. ‘Eu, fazer arroz?!’. ‘Você vai fazer arroz, você está na sua casa’. Ia fazer um café, eu chamava. Todo amor para tentar suprimir neles todo o sofrimento que tiveram nos hospitais. Tentar trazer ‘agora sua vida é assim’ (Marlene).

Marlene se orgulha por ter ensinado uma das moradoras a organizar seu próprio guarda-roupa, contando que ela se saiu muito bem e consegue manter organizadas suas roupas. Também referiu satisfação ao contar que ensinou um novo modo de comer à mesa: “*você não vai até a comida, a comida vai até você*”.

Silva (2018) aponta que as mulheres com menos comprometimentos cognitivos e mentais eram treinadas nos hospitais psiquiátricos para trabalharem em casa de família. Entretanto, quando se trata de realizar trabalho doméstico em sua própria casa, os estímulos não parecem ser os mesmos, o que aponta para o questionamento dos papéis que estas mulheres – loucas, institucionalizadas, negras – podem ocupar. Caberia a elas o papel de donas de casa ou apenas o de empregadas domésticas?

Parte das mulheres que moram nas residências terapêuticas trazem em sua experiência de vida o fato de terem sido donas de casa ou empregadas domésticas. No entanto, após seus períodos de moradia em manicômios, deixaram de praticar tais atividades. Algumas contam que “ajudavam” na cozinha, na limpeza ou na lavanderia dos hospitais, mas hoje nas casas, não se apropriaram o suficiente do trabalho que precisa ser feito para a manutenção doméstica. É notável que algumas cuidadoras estimulam que as moradoras e os moradores participem de atividades domésticas, como lavar louça, recolher roupa do varal e varrer a casa. Eles contam que tais convites são feitos a partir do reconhecimento de limitações e possíveis habilidades de cada morador. No entanto, é necessário pensar se esses convites são feitos para que os moradores se ocupem de algo e lidem melhor com o tédio que se supõe que sintam, ou se buscam de fato encarregá-los da responsabilidade pelo cuidado da casa deles.

Por fim, ao pensar sobre como seria o trabalho se não precisassem acumular as tarefas do cuidado com a casa, Joana relatou:

Eu poderia ir ali na pracinha fazer caminhada com eles, né. Assim, levava até no campinho durante a semana, se fosse só pra cuidar. Mas o duro é que tem a outra obrigação, você tem que estar pensando na comida. Porque que nem, quando termina

o almoço eles já estão perguntando o que vai ser no café, no lanche da tarde, entende? É muito corrido (Joana).

A [Maria] às vezes ela sentava na mesa enquanto a gente estava fazendo serviço e ela conversava, contava histórias e às vezes não dava nem tempo de você prestar atenção no que ela tava falando, porque você tinha que manter limpo as coisas, a casa. Interagir mesmo com elas é difícil (Marlene).

Na entrevista, Marlene pensou sobre suas práticas, e afirmou que gostaria de poder acompanhar moradoras em caminhadas pelo bairro ou para comer em restaurantes, mas diante das tantas atribuições que tem, não consegue realizar todas as tarefas que entende ser parte do trabalho de cuidadora. Ela nota a ociosidade das pacientes e pensa na questão da idade das pacientes, que tem um perfil mais idoso.

Estas falas destacam que as cuidadoras têm noção de que sua função precisa ter limites melhor delineados, para que possam, de fato, trabalhar a partir da perspectiva da desinstitucionalização, operando como apoiadores dos moradores dentro de suas necessidades individuais e coletivas e estimulando a ampliação da autonomia deles.

6.4.4 Cuidado feminino e maternal

Como apresentado anteriormente, nas residências terapêuticas de Salto de Pirapora o número de cuidadoras é muito superior ao número de cuidadores. Dentre os participantes desta pesquisa, 17 são mulheres e apenas 1 é homem, disparidade numérica também observada em pesquisas realizadas em outros municípios brasileiros (Hirata, 2010; Passos, 2017, 2018). Isso se relaciona ao fato de grande parte das tarefas atribuídas à ocupação “cuidador em saúde” – “zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (Brasil, *s.d*) – serem tradicionalmente executadas de forma gratuita e servil por mulheres no âmbito doméstico (Passos, 2018). Nogueira (2018) destaca que em virtude da naturalização histórica de que o lugar das mulheres é na esfera da reprodução como cuidadoras, elas vêm sendo incorporadas de forma precarizada no mundo do trabalho.

Esta naturalização da mulher como o gênero que cuida foi notada nas entrevistas realizadas. Ao contar sobre seu papel na seleção e contratação dos profissionais que atuam nas casas, a coordenação dos SRTs apresentou um discurso permeado pela essencialização do cuidado como atividade feminina:

Eu procuro pegar pessoas que já tenham essa idade, de uns 40, 45 anos... 50 anos até... A gente avalia a pessoa em si. Porque é uma pessoa que já tem uma experiência. Ela já é mãe, ela já é vó, ela já é dona de casa, tem aquela experiência no cuidado,

no olhar. Tipo 'fulano tá com febre', 'fulano tá com tosse'. Tem este olhar mais materno, poderia assim dizer. [Tem] aquela preocupação com a casa (Coordenação).

A coordenação trouxe ainda a questão do gênero ao falar sobre a procura de homens pela vaga de cuidador e sobre a contratação deles, feita nos anos iniciais de implantação das residências terapêuticas:

Não se tem um perfil masculino muito à procura nessas vagas. Estes homens que já estão entraram em gestões anteriores, acho que foi bem no começo, um pouco por conta do medo dos próprios gestores de que esses indivíduos que moram nas residências terapêuticas viessem a ter algum tipo de surto agressivo, alguma violência [...]. Então acredita-se que o homem tenha mais manejo em relação à força de contenção mesmo. Acho que por isso que foram contratados (Coordenação).

Sobre as diferenças que a coordenação observa entre o modo de trabalhar dos homens e das mulheres, ela relata:

Por ser homem, eu acho que eles [os moradores] respeitam mais. [...] Eles entendem ainda mais que é um homem e que eles devem mais respeito, então eles não abusam muito, tanto como eles abusam das mulheres. Principalmente o [Ricardo], que abusa muito das meninas, ficam em cima e não sai. Agora dos meninos eles já não ficam. [...] Em relação à casa eles tem as atribuições igual as meninas também têm. Então eles limpam a casa, fazem as refeições. No período noturno, na verdade, eles só servem. Servem lanche, servem a janta que já ficou pronta, preparam café da manhã, fazem a ceia. Então são as mesmas atividades (Coordenação).

A coordenação fez elogios às práticas de cuidado de um grupo de cuidadoras, que trabalha na mesma casa há vários anos, o que teria possibilitado uma afinidade entre elas. O *perfil* desse grupo foi descrito da seguinte forma:

São mulheres, donas de casa, mas elas têm acho que uma educação diferente. Acho que a educação da pessoa influencia muito. Elas são, como se diz, são prendadas. Então elas se preocupam [...]. [Elas são prendadas] em tudo, né, no autocuidado como mulher, como no cuidado com a casa, no cuidado quando a gente for sair, como a gente vai estar, como a gente vai vestir, vamos fazer sobancelha, vamos fazer depilação. Então ela tem toda esta preocupação. Elas, né, as cuidadoras, a gente já faz isso, esse cuidado de higiene corporal, mas elas se preocupam” (Coordenação).

A significativa presença nas entrevistas do cuidado como atribuição de mulheres nos convoca a reflexões sobre a essencialização e a naturalização do cuidado feminino. Uma referência importante nesse tema é a psicóloga do desenvolvimento Carol Gilligan, que na década de 1980 abordou a ética do cuidado, discutida a partir do ponto de vista do gênero e da diferença entre homens e mulheres. Gilligan apontou a existência de duas formas distintas de decisões morais – a masculina e a feminina (sendo esta, “a voz diferente”, título de seu livro). Para ela, a perspectiva masculina é hegemônica, se baseia em noções de justiça e busca o

respeito aos direitos individuais e normas universais (Passos, 2018; Spinelli, 2019). Já a feminina é uma moral alternativa, fundamentada na experiência singular das mulheres, que se basearia nos sentimentos e buscaria a manutenção dos relacionamentos, da empatia e do altruísmo. Esta afirmação de uma personalidade feminina e maternal foi alvo de polêmicas sobre o “essencialismo” de seu enfoque teórico (Hirata, 2010, Spinelli, 2019).

Importantes problematizações sobre o pensamento de Gilligan foram feitas por Joan Tronto que, como alternativa crítica ao modelo da primeira, abordou aspectos do *care* sob uma perspectiva política. Hirata (2010) afirma que Tronto

apreende o trabalho do *care* enquanto atividade e sublinha a repartição desigual do *care* e a desvalorização de que é objeto. Aqui, moral e política são tratadas conjuntamente e as questões das desigualdades de gênero, classe e raça se tornam dimensões centrais (Hirata, 2010, p. 45).

Ainda sobre esta análise política do cuidado, Spinelli (2019, p. 246) afirma que Tronto

centra-se no fato de que a ética do cuidado (na forma do que Gilligan denominou de voz diferente) é pressuposta não apenas vinculada as mulheres, mas a grupos não-hegemônicos em geral. Ou seja, Tronto não restringe o cuidado ao gênero, mas também a outras condições de subordinação, alargando, assim, a conceitabilidade do cuidado para questões de cunho social que, embora englobem, transcendem o gênero.

As origens históricas desta associação entre mulheres e cuidado também remetem a mudanças sociais, culturais e econômicas ocorridas entre os séculos XVIII e XIX. Em um resgate histórico sobre a generificação do cuidado nas sociedades ocidentais, Martins (2013) afirma que, naquele momento, quem era considerado sujeito tinha marcas bem definidas de masculinidade e de privilégios de classe e raça, ou seja, os homens europeus, brancos e ricos eram os únicos sujeitos de direitos naturais e políticos. Assim, houve uma reconfiguração de espaços, práticas e sentimentos definidores das subjetividades consideradas femininas, o que afastou e excluiu as mulheres do espaço público e as associou ao amplo terreno moral do cuidado (Martins, 2013).

Neste processo de feminilização das ações de cuidado, ações de socorro, proteção e assistência a pessoas em situação de fragilidade, desamparo e abandono, que costumeiramente era dispensadas pelos poderosos e pelos religiosos, passaram a ser associadas às mulheres (Martins, 2013). Nas palavras da autora:

As mulheres das elites e das classes médias passaram a ser associadas às virtudes regeneradoras da ordem moral e social e a uma concepção natural de bondade, altruísmo e dedicação aos necessitados, valores presentes tanto nas ações de motivação caritativa quanto na organização racionalizada da filantropia, na definição

e implementação das políticas assistenciais e na organização das profissões femininas criadas a partir da experiência heterogênea dos cuidados (Martins, 2013, p. 144).

A construção das subjetividades femininas modernas, segundo Martins (2013) passa tanto pelo lugar da reclusão ao mundo privado e ao mundo dos sentimentos, como pelo lugar da participação no mundo a partir das práticas da benevolência. A autora aponta ainda, que sob a perspectiva naturalista, por serem consideradas seres mais sensíveis devido à maternidade, as mulheres seriam mais dotadas de sentimentos morais, especialmente os relacionados à piedade e aos cuidados com os mais fracos e miseráveis.

As elaborações filosóficas e literárias do século XVIII também tiveram influência para a naturalização da bondade como algo próprio das mulheres:

Inspiradas pela religião, a maioria das mulheres escritoras do século XVIII ressaltava que, devido a natureza feminina ser mais propícia aos cuidados e à sensibilidade suscitada por sentidos mais aguçados, as mulheres estavam mais fadadas à bondade e às suas manifestações por meio de ações benemerentes (Martins, 2013, p. 166).

O trabalho filantrópico também foi lembrado pela autora como aspecto importante na associação entre mulheres e bondade. No século XIX a filantropia se destacou por abrir possibilidade de mulheres participarem do mundo público, permitindo que se envolvessem com outras dimensões da benemerência e se inserissem na esfera das reformas sociais e de debates políticos sobre as questões sociais do século XIX. No fim do século em questão, a filantropia era um trabalho impulsionado pelas virtudes e pela sensibilidade (Martins, 2013):

A bondade era uma palavra não só feminina do ponto de vista gramatical. Bondade era a expressão das mulheres, o que melhor as definia no plano do imaginário social e das sensibilidades. A feminilização da bondade esteve na origem não só da limitação das mulheres a certos rituais sociais da benevolência e da reprodução da dominação de classe e gênero (Martins, 2013, p. 170).

Este percurso histórico ainda reverbera na atual associação entre mulheres, bondade e cuidado. Trazendo a discussão para o contexto brasileiro, marcado por um passado colonial, e somando marcadores de classe e raça à questão do gênero, Passos (2018) afirma que

essa essencialização do feminino, para a mulher negra, tende a ser explorada de forma avassaladora e perversa, antes pelo senhor de escravos (pela exploração sexual, para servir na Casa Grande, como ama de leite), agora pela mercantilização do trabalho doméstico e de cuidados, via mercado privado ou pelas políticas públicas. Podemos perceber que as atribuições permanecem as mesmas, só que em um cenário completamente diferente. Agora o capital não só deixa esse trabalho invisível e subalterno como o “convoca” e o aprofunda para permitir a reprodução do modo de produção capitalista (Passos, 2017, p. 88).

Passos (2017) problematiza que o fato de não haver exigência de formação específica para cuidadores de residências terapêuticas possibilitou uma inserção massiva de mulheres que estão subalternizadas na pirâmide social: mulheres negras, pobres e sem formação. Assim, observa-se que supostos atributos do gênero feminino, sentimentos do “amor materno”, carinho e paciência são recursos utilizados pelas cuidadoras em seu dia a dia nas residências terapêuticas (Passos, 2015a; Sprioli; Costa, 2011). Passos afirma que

é viável localizar, nesse cotidiano, práticas de cuidado com caráter maternalista, pois em algumas situações as próprias trabalhadoras desconhecem o propósito do seu trabalho, recorrendo aos recursos “naturais” do cuidado feminino. Um dos elementos que fortalece essa naturalização encontra-se na não exigência de uma formação e no não reconhecimento dessa ocupação como profissão. Isso não quer dizer que não seja possível a reprodução dessas práticas com uma formação, entretanto, o que vem ocorrendo é um certo fortalecimento do cuidado vinculado à determinada “essência feminina” (Passos, 2017, p. 88).

Embora a coordenação tenha afirmado buscar nas candidatas à função de cuidadoras características relacionadas a “essência feminina” e a um suposto cuidado maternal, ao comentar sobre as orientações que faz para os trabalhadores das residências terapêuticas, ela apresenta um discurso crítico à infantilização dos moradores:

Eu sempre falo para o pessoal: ‘eles não são crianças’. Eles são homens, eles são mulheres. Então nós devemos tratar eles como homens e mulheres. Não infantilizar como eles foram infantilizados por muito tempo. Então a gente precisa trazer essa responsabilidade pro cuidador que vai estar lá e pro técnico também (Coordenação).

Apesar dessa orientação, as cuidadoras apontaram que em seus cotidianos de trabalho, é comum que moradores se referiram a elas por “mãe” ou “tia”, tomando-as como familiares. As entrevistadas têm opiniões diferentes sobre esta questão. Ana afirmou não se importar quando a chamam de “mãe”:

Pra mim é tranquilo. No primeiro dia eu estranhei, sabe. [...] Daí eu falava assim no começo “eu não sou mãe”. “É tia, é mãe, é tia”. Daí eu falei “ah, quer saber, chama de mãe, vamos embora”.

Ela inclusive se coloca nesta posição. Exemplo disso é quando conta:

Teve um dia que eu falei “Amanda, você quer ajudar a mãe?”. Daí ela pegou e falou “sim”. Daí eu falei “mas como você vai ajudar?”. Porque ela não consegue secar a louça, nem nada. Daí eu peguei e falei assim: “então vamos fazer assim, a mãe seca e você ponha ali na mesa” (Ana).

Marlene trouxe este tema ao falar sobre coisas que a incomodam:

Muitas vezes também, eu sei que é carinho delas, que começou no hospital, mas é chamar de mãe. “Mãe, mãe”. Eu não acho legal isso. [...] Então eu falo “não, eu não sou a mãe”. “Ai, mamãe!”. “Não, eu não sou mamãe, eu sou Marlene. Sou cuidadora. Sou sua amiga aqui” (Marlene).

Marlene afirmou entender que ser chamada de mãe ou de tia é uma demonstração de amor por parte das moradoras. Isso seria percebido por ela a partir da alegria das moradoras que a chamam assim e também pelas demonstrações físicas de afeto.

Já Joana diversas vezes adota essas formas de tratamento que remetem a relações familiares, como: *A tia vai terminar o almoço e depois do almoço a tia vai jogar com você* (Joana). Ela afirmou também que vê os moradores como filhos:

Você não pode descuidar deles, né, porque eles são, que nem eu falo, eles são que nem criança. [...] Eles ali, pra mim são igual a um filho, porque na hora de você precisar corrigir, você corrige. Na hora de precisar dar carinho, você dá carinho, sabe? Então quando eles estão com problema, daí eu sento e pergunto o que é que está acontecendo. Eles vêm e conta, daí a gente dá um conselho, conversar com eles (Joana).

Passos (2018, p. 159) afirma que “podemos dizer que o recurso das ‘emoções maternas’ possibilita saídas de situações e emoções a que as trabalhadoras estão vulneráveis, uma vez que não possuem instrumentais técnicos e éticos para lidarem com algumas circunstâncias”. Já Tronto (2007) problematiza a ideia do amor e do cuidado maternos/maternagem como característica inerente às mulheres, afirmando:

Embora frequentemente haja um forte vínculo entre mães e filhos, a construção ideológica disto como a primeira relação da vida é relativamente nova. Há séculos, em países ocidentais, as crianças eram colocadas aos cuidados de suas amas-de-leite, que se conservavam distantes das mães. [...] Babás, pais, irmãos, avós e outros adultos da família frequentemente exercem influências significativas na vida das crianças (Tronto, 2007, p. 295).

O entendimento de que à mulher cabe o papel de cuidar, em virtude de sua “essência” ou “habilidades naturais” é um impasse para a produção de novos modos de cuidado, mais adequados as demandas destas pessoas adultas, que estão (re) aprendendo a viver na cidade e habitar sua própria casa. Sem problematizações sobre os desafios encontrados no dia a dia e sobre o papel do cuidador no contexto de um processo de desinstitucionalização, o trabalhador vai contar com sua experiência de vida no exercício de funções como o cuidado da casa ou como cuidadores de familiares:

esse profissional utilizará os conhecimentos adquiridos em sua experiência de vida, ou seja, buscará na ‘tradição dos cuidados’ perpassados entre as famílias para lidar com esse modo de cuidar. Nesse sentido, são reproduzidos valores conservadores reproduzidos entre gerações nesse modo de operar o cuidado, o que pode produzir novas ações manicomiais. É importante destacar que a lógica manicomial não é estritamente institucional, é também sociocultural, perpassando de geração em geração um ‘lugar social’ para o louco: o de exclusão, do estigma, do manicômio, do isolamento (Passos, 2015, p. 190).

Neste sentido, destacamos o fato de Salto de Pirapora ser uma cidade pequena, mas com forte tradição manicomial, visto que por décadas contou com dois grandes hospitais psiquiátricos. É comum que os trabalhadores dos SRTs já tenham trabalhado nos manicômios ou conheçam profissionais que já atuaram lá. Fábio afirmou que antes de aceitar o trabalho como cuidador, conversou e aprendeu muitas coisas com um familiar mulher que tinha experiência de trabalho na área. Marlene também tem familiar mulher que trabalhou em manicômio e já havia recebido em sua casa moradores dos hospitais. Por isso se faz necessário pensar estratégias para o desmonte da lógica manicomial também no campo sociocultural (Passos, 2015, p. 190).

Outro aspecto observado sobre as relações estabelecidas entre cuidadores e moradores foi o modo como cada trabalhador as encara. O modo como o cuidador homem caracteriza sua relação com os moradores dos SRTs se diferencia do discurso de Ana e de Joana, e se aproxima da fala de Marlene. Ele trata a relação como amizade, e não como vínculos familiares. Nesta relação de amizade, Fábio receberia algo dos moradores também, parecendo ser uma relação de troca. Nas palavras dele, “*Eles são amigos meus e eu amigo deles. Então eu chego lá e me sinto bem com eles, sabe?! A gente se diverte junto, brinca, dá risada*” (Fábio). Ele conta um episódio que viveu com um dos moradores mais jovens da casa, poucos anos mais novo que ele:

um dia ele apresentou um episódio, assim tipo de ciúmes de mim. Porque ele vê eu com o meu filho assim... Porque tem um campinho perto. E ele veio e disse ‘Você dá mais atenção para o seu filho do que pra mim’. Daí pra mim isso foi um susto (Fábio).

Após conversar com a coordenação dos SRTs da época, Fábio teria formulado explicação para o morador:

Eu falei que tô aqui para orientar vocês e meu filho é minha família, né. Mas a gente tá aqui como se fosse amigos e como se fosse uma família de vocês também, mas de um jeito diferente (Fábio).

Por fim, notamos uma outra camada do cuidado como atribuição de mulheres, que tem a ver com o olhar que existe sobre as moradoras:

As mulheres são muito mais organizadas. Elas ajudam um pouco mais do que os homens. E elas são mais voltadas para as casas, se preocupam com a casa, com a questão da higiene. Ela tem mais essa habilidade em si. Os homens já têm um pouco mais de deficiência. Então exige um pouco mais da equipe para trabalhar isso com eles. [...] As meninas [...] já sabem: ‘Preciso comprar calcinha, sutiã’, ‘eu preciso de creme, eu preciso de Cepacol’. Os meninos, não. Se a gente não ofertar, não falar para eles ‘olha, você precisa escovar os dentes’, ‘a gente precisa comprar umas bermudas novas’, ‘você precisa trocar de roupa’, eles não têm essa noção. Às vezes tem alguns que tomam banho e que usam a mesma roupa. Às vezes não se preocupam: ‘Essa roupa está rasgada, preciso trocar de roupa’. Então a demanda da equipe estar voltado esse olhar para eles, principalmente para os homens se preocupar mais com isso. As meninas, não. Elas falam ‘ai, tia’ – algumas ainda chamam a gente de tia ou de mãe – ‘vamos comprar uma flor, eu quero cortina, eu quero um fogão novo para minha casa’. Os meninos, não. É muito difícil eles trazerem essa demanda (Coordenação).

Considerando que o cuidado é uma necessidade de todas e todos, destacamos que o olhar destinado aos moradores dos SRTs precisa ser pautado nas necessidades singulares de cada um, deixando de lado as expectativas e/ou as supostas habilidades atribuídas a homens e mulheres.

Como visto, os parâmetros para a contratação das cuidadoras se baseiam na essencialização e naturalização do cuidado como algo próprio da mulher. Diante das problematizações feitas aqui, consideramos que a bagagem que cada cuidadora traz de suas vivências femininas não pode ser o único referencial para as práticas de cuidado em SRTs. É fundamental que existam reflexões e espaços para se falar sobre o papel das cuidadoras neste contexto de desinstitucionalização para que suas práticas possam ser delimitadas a partir de outros referenciais. Desconstruir esta naturalização do cuidado como atribuição feminina relacionada a sua bondade e essência maternal, pode contribuir para a construção de práticas de cuidado mais alinhadas às propostas de desinstitucionalização.

6.5 A casa é deles? Reflexões sobre o cuidado em SRTs

O título desta dissertação interroga se as residências terapêuticas são, de fato, de seus moradores. Este questionamento emergiu de minhas inquietações a partir das entrevistas realizadas, especialmente quando duas cuidadoras e a coordenação dos SRTs trouxeram a sentença “a casa é deles”, de forma afirmativa:

Ali é a casa delas. [...] Até hoje eu penso assim, ‘é a casa deles’. A casa deles. Igual eles falando ‘tia, posso fazer isso?’. ‘Você que sabe, é a sua casa!’ (Marlene).

É a casa deles. Eles falam ‘aqui é a nossa casa’. E eu falo para eles “Gloria a Deus, porque vocês estão numa casa que Deus preparou (Joana).

*Residência terapêutica é a casa daquelas pessoas que ficaram morando no hospital psiquiátrico. [...] Então não é de quem está administrando. Não é minha, não é [da organização que a gerencia]⁴², não é da prefeitura. A casa é do [Joaquim]⁴³, é da [Margarida], a casa é da [Maria]. Elas têm o direito da **casa delas**. Elas têm o direito de aceitar ou não as pessoas na casa delas. Então é uma coisa importante para a gente trabalhar com o cuidador, para que ele passe também para o próprio morador. Para que a pessoa fale ‘aqui é a minha casa e não é qualquer pessoa que eu aceito dentro da minha casa’ (Coordenação).*

Penso que se reformulasse a sentença como pergunta – “A casa é deles?” – e a direcionasse para as cuidadoras, todas as respostas seriam afirmativas. Entretanto, depois de identificadas as concepções de cuidado presentes no discurso das cuidadoras e de descritas suas formações e práticas de trabalho, evidenciou-se que a diversidade nas práticas de cuidado nas residências terapêuticas não se expressa apenas nas ações de promoção de autonomia, mas também em ações de tutela, infantilização e homogeneização do cuidado. Assim, considero importante problematizar como os desafios enunciados pelas cuidadoras podem ser entraves para que o cuidado promovido nas RTs produza a apropriação da casa pelos sujeitos que ali vivem e possibilite a desinstitucionalização.

O discurso de Marlene é marcante pela sua compreensão de que a casa pertence aos moradores e de que eles devem ser consultados sobre o que lhes diz respeito. Ela afirmou: “*Eu peço as coisas pra eles, entendeu? Por exemplo, se eu vou pegar uma maçã, [Regina], eu posso pegar uma maçã?’. Porque eu acredito que tenha que ter este respeito, entendeu?’*”. Este trecho demonstra que quando o sujeito pode se descolar do lugar exclusivo de quem “é cuidado” e assumir o lugar de quem pode ou não autorizar que se faça algo em sua casa, temos um exemplo de como as relações de poder se transformam. O posicionamento de Marlene está alinhado à promoção de contratualidade e a construção de novos lugares sociais para o sujeito que foi manicomializado. Esta postura da cuidadora permite aos moradores maior possibilidade de falarem, de serem escutados e de fazerem novos acordos sociais. Entretanto, ações deste tipo convivem com eventuais práticas de tutela e infantilização dos moradores.

Neste sentido, Marlene problematizou o incômodo que sente em relação a permanência do portão da casa trancado, pois acredita que ele deveria permanecer aberto, e que as moradoras deveriam ser ensinadas a sair e voltar de casa. Ela afirmou: “*Eu acho que eu daria mais liberdade. Porque às vezes – ali nem tanto – mas às vezes tem residência terapêutica que parece*

⁴² Nome suprimido para garantia do sigilo.

⁴³ Os nomes dos moradores foram substituídos para garantia do sigilo.

um mini hospital”. Este comentário de Marlene expressa um dos grandes desafios da desinstitucionalização, que é a desconstrução dos muros que separam “os loucos” das vivências de cidadão no território – muros dos manicômios, dos SRTs ou ainda muros simbólicos, que exigem atenção para serem desconstruídos.

Todos os cuidadores mencionaram incômodo com o tempo que moradores passam de forma ociosa dentro das casas, afirmando querer que eles circulem mais pela cidade, prática que sentem dificuldades de promover sozinhos. Moreira e Andrade (2010, p. 362) apontam que a cidade pode ser entendida “como espaço de trocas capaz de produzir outras formas de estar na vida, capaz de possibilitar relações de homens como iguais, não hierarquizados”. Assim, cabe pensar em como o saber que vem se construindo nas vivências cotidianas desses cuidadores pode ser validado, consolidado e transformado em ações que caminhem no sentido da desinstitucionalização.

Além da liberdade de circular pelo território, Marlene afirmou que gostaria que as moradoras tivessem mais autonomia para gerir seus próprios desejos de consumo, escolhendo, por exemplo, quais comidas ou roupas querem comprar. Ela não concorda que roupas sejam compradas sem a presença das moradoras e também se queixou de não poderem pedir uma comida diferente ou ir em um restaurante, de forma mais “espontânea”, sem que haja um planejamento prévio feito com a coordenação. Ela fez um contraponto com a experiência de pessoas com maior poder escolha, afirmando: “*Quando você tá com vontade de uma coisa, de uma pizza, você tem e você compra. Acho que com eles deveria ser assim também. [...] Nessa parte assim eu gostaria que eles tivessem autonomia*”. Ao expressar tais queixas, Marlene mostra que não falta autonomia apenas aos moradores, mas também aos cuidadores.

Apesar de os cuidadores serem a classe profissional que mais tempo fica com os moradores dos SRTs, existem decisões que não podem tomar sozinhos, sendo necessário que o problema seja levado aos técnicos e à coordenação. Ana também problematizou esta hierarquização nas relações de trabalho, em que as cuidadoras ocupam a posição de menor prestígio. Esta dinâmica produz mal estar para as profissionais do cuidado, que podem não sentir suas questões e saberes legitimados. Existe então um impasse a ser resolvido, afinal, profissionais que não sentem ter autonomia poderiam promover a autonomia de outras pessoas?

Essas situações vivenciadas no trabalho das cuidadoras podem ser geradoras de sofrimento psíquico. Isso se revelou quando algumas delas falaram da necessidade de cuidado de seus aspectos emocionais. Ana afirmou: “*Se a gente não tiver preparada, o emocional da gente, você não cuida*”. Joana fez menção à necessidade de atendimento psicológico para os cuidadores:

A gente precisava ter uma psicóloga [...] para você conversar, desabafar, igual nós tá conversando assim, sabe? Já alivia. Porque tem muita coisa que a gente não fala, porque na correria do dia a dia [...] não dá tempo de a gente ficar conversando. Então eu acho falta assim, de a gente conversar, porque a cabeça da gente cansa. A gente fica cansado mentalmente. Parece que a mente da gente cansa e o corpo da gente cansa junto. Porque tem dia que não é fácil, né, tem que... E você tem que ser a psicóloga deles (Joana).

Marlene, ao falar sobre o que acha necessário para o trabalho como cuidador, também mencionou o trabalho do psicólogo, afirmando ser necessário “*alguma coisa como um acompanhamento psicológico, sei lá, para a gente saber levar também elas. [...] A tratar bem, a saber tratar eles bem, mostrar que eles são capazes de tudo, de ter autonomia nas coisas (Marlene)*”. Em pesquisa com cuidadoras, Passos (2018) observou que as profissionais referiram sofrimento associado à sua posição de subalternidade na hierarquia dos saberes envolvidos em um SRT:

Há um sofrimento por parte dessas trabalhadoras em relação a essa subalternidade de saberes que não é questionada no processo de trabalho e nem percebida, na maioria das vezes, posto que o gerenciamento desses serviços é realizado pelos profissionais de nível superior, ainda que de forma distante. Ressaltamos que a ‘clínica do morar’ possui um sentido político e a política um sentido clínico na saúde mental, logo, é imprescindível desocultar e dar voz a essas trabalhadoras do *care*, possibilitando que seus sofrimentos, aflições, propostas, análises e emoções sejam reconhecidas diante das dificuldades de se promover este tipo de cuidado” (Passos, 2018, p. 156-157).

Em Salto de Pirapora, dentro da lógica de hierarquização dos saberes, os responsáveis por decisões que impactam a vida e o dia a dia de egressos de manicômios, também são profissionais de nível superior, como a pessoa da coordenação dos SRTs, a coordenação municipal de saúde mental, ou profissionais do CAPS. Como é possível, então, subverter esta lógica das especialidades, sem cair no discurso de que para o exercício do cuidado bastam amor, bondade, caridade (ou em outras palavras, basta ser mulher)?

Este tipo de problematização é fundamental para se pensar na desinstitucionalização. Barbosa *et al.* (2016, p. 179) apontam que os profissionais que trabalham em serviços de saúde mental precisam ter “uma aguçada vigilância epistêmica, num constante processo de ação-reflexão-ação, no sentido de evitar a persistência do antigo modelo de poder psiquiátrico”. No mesmo sentido, Romagnoli *et al.* (2009, p. 201) afirmam que

A desinstitucionalização no campo da saúde mental exige experimentações de um novo modo de cuidar. Experimentações que requerem uma disponibilidade de afetar e ser afetado, que pode estar em qualquer um, pode se expressar em qualquer espaço, pode demandar estranho saberes, desde que a ousadia para o encontro com o diferente, o difícil e raro movimento em direção ao “não-eu” se faça presente. É nesta

perspectiva que a invenção de um novo modo de cuidar demanda conhecimentos plurais que superem as fronteiras disciplinares. Desse modo, não cabe mais separar a clínica da política, a saúde dos contextos que a produzem, pois se trata, muito mais, de afirmarmos uma clínica que se tece nessas tensões, intensificando e fazendo a vida vibrar em toda sua potência preñhe do diverso.

Em direcionamento semelhante, Barbosa *et al.* (2016) afirmam que é necessário investir e ampliar espaços de reflexão e de invenção de práticas de cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, no cotidiano dos serviços, o que potencializaria a RAPS. No âmbito do SUS, a estratégia da Educação Permanente se destaca como um caminho potente para o enfrentamento dos diversos desafios relacionados às práticas de cuidado abordadas nesta pesquisa, uma vez que ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (Brasil, 2007). Este tipo de formação em trabalho não se limita a capacitações tradicionais em que um professor ou técnico da área da saúde transmite um saber pronto, mas a partir de um reposicionamento dos atores sociais envolvidos no processo, que, subvertendo a lógica das hierarquizações e das especialidades da saúde, se implicam na construção de saídas para desafios do cotidiano de trabalho, de forma coletiva e a partir dos saberes que cada um tem. Essa colaboração pode ocorrer em variados cenários, desde reuniões formais até encontros informais, como pausas para café ou conversas durante trocas de plantão.

Em artigo sobre os desafios da construção de formação permanente no contexto da Reforma Psiquiátrica, Kinker, Moreira e Bertuol (2018, p. 1247) apontaram “a importância de se promover espaços de formação que permitam ao trabalhador avançar na construção de conhecimento por meio da experimentação e da transformação da prática cotidiana”. Tal desafio

indica a necessidade de produzir rupturas epistemológicas nas formas de conceber o sofrimento psíquico e de produzir sentido no trabalho. A produção de novos conceitos e práticas que direcionem a atenção psicossocial é um desafio cotidiano, necessário para o enfrentamento e desconstrução das formas que simplificam a experiência do sofrimento psíquico em códigos de doenças e, da mesma forma, a legitimação da desconstrução de dispositivos de contenção, controle e empobrecimento da vida (Kinker, Moreira, Bertuol, 2018, p. 1248).

Neste sentido, temos alguns elementos para considerar que diante dos desafios já postos no cuidado em SRTs, a estratégia da Educação Permanente pode ser mais efetiva do que a exigência de formação específica para cuidadores. No caso de Salto de Pirapora, observamos reflexões e práticas alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica tanto em profissionais com curso de cuidador, como nos que não possuíam esta formação. Além disso, a cuidadora com experiência de trabalho em hospital psiquiátrico demonstrou opiniões críticas aos

manicômios e práticas que rompem com a lógica de segregação e tutela, e isso foi promovido não por um curso de cuidador, mas sim, por uma preparação para o trabalho em SRT.

Por fim, diante da pergunta “a casa é deles?”, entendo que não podemos desconsiderar todos os avanços ocorridos com a desospitalização destes moradores e com as vivências que eles têm experimentado ao morar em residências terapêuticas, tampouco devemos deixar de problematizar os impasses que ainda hoje existem para que as relações estabelecidas entre moradores e operadores do cuidado sejam transformadas. Assim, se faz urgente a construção de caminhos formativos para estes profissionais, de modo que os moradores possam, cada vez mais, assumirem a casa como sua e, de acordo com suas potências e necessidades, cuidar e ser cuidados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das estratégias de desinstitucionalização que vem sendo desenvolvidas no Brasil, em junho de 2022 ainda existiam 12.662 leitos em hospitais psiquiátricos habilitados pelo Sistema Único de Saúde, distribuídos em 81 municípios do país (Brasil, 2022). Diante da necessidade de resposta para a questão da moradia de pessoas egressas de manicômios, os Serviços Residenciais Terapêuticos têm se apresentado como solução viável e potente para que esta população tenha novas possibilidades de habitar a cidade.

O valor destinado aos SRTs quase triplicou no período de 2013 a 2021⁴⁴, o que indica que apesar das mudanças governamentais vividas no país, das tentativas de desmonte da RAPS e das investidas para a retomada do modelo manicomial, os SRTs resistiram como política do SUS. Com o início de uma gestão federal mais alinhada à Reforma Psiquiátrica, em julho de 2023 houve a publicação da Portaria GM/MS nº 681, que instituiu a recomposição financeira para os SRTs habilitados pelo Ministério da Saúde, ampliando os valores destinados ao custeio das ações deste serviço (Brasil, 2023c). Isso é uma indicação de que os SRTs seguem sendo dispositivos estratégicos para o processo de desinstitucionalização.

Considerando este cenário, entendemos que pesquisas sobre os SRTs são relevantes e podem contribuir para seu fortalecimento, ao produzir reflexões sobre os caminhos trilhados e sobre os desafios que ainda se impõem na construção de uma sociedade sem manicômios. Quando questionamos “a casa é deles?”, buscamos identificar quais discursos atravessam as práticas cotidianas nessas moradias, para assim problematizar seus reflexos no processo de desinstitucionalização. Neste sentido, não se pode perder de vista que os SRTs são casas com peculiaridades importantes: nela estão presentes aspectos de ordem privada (como as regras próprias de uma moradia, fruto das negociações possíveis entre seus moradores), aspectos de ordem pública (como as normatizações do Estado, por meio de legislações e da presença dos trabalhadores do SUS), e também aspectos da subjetividade de cada profissional que trabalha nestas casas, estabelecendo trocas contínuas com os moradores.

Este último aspecto foi o foco desta pesquisa, que buscou analisar as concepções de cuidado presentes no discurso de cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Salto de Pirapora e produziu reflexões sobre 1) o cuidado em sua dimensão profissional, 2) o cuidado como exercício de caridade, 3) o cuidado como execução de tarefas domésticas e 4) o cuidado feminino e maternal. Os resultados encontrados indicaram que as práticas de trabalho destas

⁴⁴Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013 foram destinados R\$ 43.653.000,00 para incentivo e custeio anual desses serviços, e em 2021, este valor foi de R\$ 127.365.000,00.

profissionais, que em sua maioria são mulheres, com baixa escolaridade e sem formação de cuidadoras, são permeadas pelo discurso da caridade e da essencialização do cuidado como parte da “natureza feminina”.

A análise também mostrou a sobrecarga de trabalho como um dos principais desafios apontados pelas cuidadoras, visto que junto das atividades compatíveis à ocupação “cuidador em saúde”, elas também eram responsáveis pelo trabalho doméstico, ou seja, além de cuidar de dez moradores, precisavam cuidar da casa onde eles vivem. Em vista disso, podemos entender a foto dos moradores “uniformizados” com pijamas azuis, descrita na apresentação desta dissertação, como um retrato deste cenário de sobrecarga de trabalho, de ausência de espaços de formação e troca de experiências, da pouca autonomia que as cuidadoras têm para tomar decisões junto dos moradores dos SRTs, o que muitas vezes produz um cuidado homogeneizado e tutelar.

Cabe dizer que, na ocasião das entrevistas, a equipe de profissionais que compunham o quadro de trabalhadores dos SRTs não contava com empregado doméstico. Posteriormente, a partir de solicitações da coordenação dos SRTs e da coordenação municipal de saúde mental, foram contratados um profissional desta categoria para cada casa. Assim, o cotidiano dos cuidadores foi alterado e é possível que sem a acumulação de funções, eles possam transformar suas práticas de trabalho, incluindo em seus cotidianos o que mencionaram querer fazer, como estimular os moradores à circulação pela cidade, possibilitar passeios, ter mais tempo para conversas e trocas com eles. Outra mudança significativa foi a contratação de mais um cuidador para cada SRT, algo que havia sido apontado pela coordenação como desejável. Segundo a coordenação, o quadro ampliado de cuidadores poderia evitar as contratações esporádicas que eram feitas nos períodos de férias dos profissionais fixos, o que era um problema por gerar diversas questões no vínculo moradores-cuidadores. Além disso, podemos supor que ter mais um profissional no período diurno pode ser fundamental para se responder a necessidades decorrentes do processo de envelhecimento dos moradores.

Com esta nova configuração do quadro de trabalhadores, que possibilita melhor divisão de tarefas, reflexões sobre a ocupação das cuidadoras são urgentes. A ausência de formação prévia para a contratação dessas profissionais vem sendo colocada como um desafio na construção de práticas que consolidem diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa mostrou que em Salto de Pirapora as contratações de cuidadores também não são feitas a partir de grau de qualificação específico, o que ocasiona um cenário de grande variedade na escolaridade das trabalhadoras e nas experiências de trabalho anteriores. Assim, observamos nos discursos das

cuidadoras fortes marcas de suas experiências de vida – tanto experiências profissionais, como pessoais.

No desenrolar da pesquisa, as cuidadoras trouxeram relatos que valorizam tanto a experiência advinda de cursos profissionalizantes, como também aprendizados da vida prática e de trocas com outros profissionais e familiares. Um aspecto marcante que emergiu das entrevistas foi o fato de que a pessoa que teve experiência em hospital psiquiátrico apresentou falas implicadas com a desconstrução da lógica manicomial. Isso pode ter acontecido porque ela se envolveu no processo de fechamento dos manicômios, tendo recebido orientações sobre como deveria ser seu trabalho em SRTs. Como apontado pela coordenação, embora se evite a contratação de pessoas com experiência em manicômios, esta experiência não se reflete, necessariamente, na reprodução das práticas violentas desta instituição total.

Também destacamos que quando não há espaço para reflexões, as práticas dos cuidadores podem se basear nos discursos de caridade e na essencialização do cuidado como atribuição da mulher. Ambos os discursos podem manter os sujeitos presos a um lugar pré-determinado de infantilização, passividade, submissão e falta de autonomia. Em outras palavras, quando as práticas de cuidado são pautadas nestas concepções, não há promoção de contratualidade.

Por outro lado, o discurso das cuidadoras, com ou sem formação profissional, trouxe diversos elementos e experiências que se alinham à expectativa de processos de desinstitucionalização. Apresentamos exemplos em que elas conseguem perceber nuances da singularidade de cada morador com quem convivem e, desta forma, podem apoiá-los na construção de seus projetos de vida e na produção de saúde. As cuidadoras também apontaram, a importância da saída dos moradores de casa e de possibilitar que eles façam atividades fora e possam habitar a cidade. Elas apresentaram exemplos concretos de ações que realizaram, como também ideias de ações que gostariam de realizar junto dos moradores. Com espaços formativos é possível que estas cuidadoras se empoderem e entendam que esta reivindicação que fazem é legítima. Assim, pode-se pensar que espaços de supervisão e de educação permanente são uma via importante para a formação das cuidadoras, tenham elas formação prévia ou não. Seguramente, a formação em serviço, proposta pela Educação Permanente, se coloca como uma possibilidade potente para a concretização das transformações desejadas.

Destacamos ainda que a necessidade de formação de operadores do cuidado no campo da saúde mental também foi apontada nas recomendações feitas pela Corte Interamericana de

Direitos Humanos na ocasião da sentença do caso “Ximenes Lopes *versus* Brasil”⁴⁵. Por unanimidade, a Corte admitiu o reconhecimento parcial de responsabilidade internacional efetuado pelo Estado pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal de Damião Ximenes Lopes. Diante disso e das alegações feitas pelo Estado brasileiro sobre as transformações em curso em sua política de saúde mental, a Corte dispôs que

o Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria (CIDH, 2016, p. 80).

A Corte também apontou que o Estado tem a obrigação positiva de proporcionar às pessoas portadoras de deficiência mental que se encontram sob sua guarda ou cuidado, condições necessárias para desenvolverem uma vida digna (CIDH, 2016).

Neste sentido, entendemos que os SRTs são um avanço importante na política nacional de saúde mental, e devem ser valorizados na construção de uma sociedade sem manicômios. Por isso é fundamental que sejam pensadas as estratégias formativas para estes operadores do cuidado – sejam cuidadoras, técnicos de enfermagem, gestores de rede, profissionais dos serviços que acompanham as residências terapêuticas e outros atores sociais.

Pensando no processo de desinstitucionalização, também importa afirmar que a desconstrução do paradigma manicomial exige a recriação da relação dos loucos com o corpo social, sendo fundamental pensar no território como o campo onde as novas trocas sociais acontecem. Decidimos identificar e descrever a cidade onde a pesquisa foi realizada, pois entendemos que a omitir exigiria encobrir especificidades importantes deste território, que muitas vezes tem sua experiência diluída a das outras cidades que compuseram o polo manicomial de Sorocaba. Além disso, nomear o município é uma forma de testemunhar sua trajetória manicomial e registrar os movimentos que vêm sendo feitos no sentido de reparar as violações de direitos humanos sofridas pelos sobreviventes dos manicômios da região.

Pelo apresentado, esperamos ter sido possível demonstrar que a implantação de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios é essencial para a construção de uma sociedade que garanta o direito à vida em liberdade das pessoas que tiveram seus direitos violados e suas

⁴⁵ Damião Ximenes Lopes foi morto em 1999, na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral-CE, durante uma internação psiquiátrica. Apesar de sua mãe ter relatado que o viu com marcas de tortura pelo corpo, o resultado de sua autópsia apontou morte com causas indeterminadas. O caso foi levado à Corte Interamericana de Direitos Humanos, que condenou o Brasil por ter violado o direito à vida, à integridade pessoal, às garantias judiciais e à proteção judicial (Merli; Rianelli, 2021).

vidas institucionalizadas. Entendemos que os SRTs são dispositivos importantes nesta construção, e que por serem vivos e dinâmicos, é necessário construir processos formativos que possam validar os discursos de seus trabalhadores e qualificar suas práticas de trabalho. Por fim, destacamos a potência dos SRTs como espaços de moradia onde pode haver um cuidado que promova autonomia, participação nas decisões da casa, e estímulos à emancipação e à apropriação não só da casa, mas do território, por parte dos moradores. Assim o campo da atenção psicossocial poderá se sustentar como alternativa ao paradigma psiquiátrico-medicalizador, que por tanto tempo sustentou o enclausuramento de pessoas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em 29 jul. 2023.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBIERI, Natália Alves; SARTI, Cynthia. Too much love: institutional care for old age. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 71-88, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-43412016v13n1p071>. Acesso em: 29 jul. 2023.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; MARTINHAGO, Fernanda; HOEPFNER, Angela Maria da Silva; DARÉ, Patrícia Kozuchovski; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178–189, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>. Acesso em: 29 jul. 2023.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 99-133.

BATAIOTE, Júlio Cesar. **Racismo, higienismo e controle social: a construção dos espaços asilares manicomial e de mendicância em Sorocaba (1890-1920)**. 2022. 183 f. Dissertação (Mestrado em Estudos da Condição Humana) – Universidade Federal de São Carlos, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/17198>. Acesso em: 04 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 fev. 2000, n. 39-E, Seção 1, p. 23. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 ago. 2003, p. 3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf Acesso em: 18 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 2007. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/974> Acesso em: 29 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro 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.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. Ministério da Cidadania. **Benefício de Prestação Continuada.** 25 nov. 2019. Disponível em: <http://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>. Acesso em: 16 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias de Desinstitucionalização.** Ministério da Saúde, 05 nov. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/estrategias-de-desinstitucionalizacao>. Acesso em: 16 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Confira o discurso da Ministra da Saúde, Nísia Trindade, durante a cerimônia de posse.** Ministério da Saúde, 04 jan. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/confira-o-discurso-da-ministra-da-saude-nisia-trindade-durante-a-cerimonia-de-posse>. Acesso em: 24 abr. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jun. 2023b. Edição 117, Seção: 1, p. 296. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria nº 681, de 03 de julho de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jul. 2023c. Edição 125, Seção: 1, p. 107. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-681-de-3-de-julho-de-2023-494067137>. Acesso em: 30 jul. 2023.

_____. Ministério do Trabalho. Portal Emprega Brasil. **Classificação Brasileira de Ocupações**. [s.d]. Disponível em: <https://empregabrasil.mte.gov.br/76/cbo/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BUTLER, Judith. Violência, luto, política. In: BUTLER, Judith. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. p. 39-72.

CAPONI, Sandra. A lógica da compaixão. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 21-22, p. 91-117, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-31731999000100009>. Acesso em: 29 jul. 2023.

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas; RIBEIRO, Maria Cecília; ELIAS, Rosângela, COUTINHO, Roxane Alencar (orgs.) **Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP; Secretaria de Saúde, 2015.

CIDH. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 27 jul. 2023.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2023.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 29 jul. 2023.

DEJOURS, Christophe. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 277-299.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 29 jul. 2023.

FAUSTINO, Deivison Mendes; OLIVEIRA, Maria Clara dos Santos. Frantz Fanon e as máscaras brancas da saúde mental: subsídios para uma abordagem psicossocial. **Revista da ABPN**, [s. l.], v. 12, p. 6-26, out., 2020. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cac5/de664f7c3ecab46f27fa667b573a020ef057.pdf>. Acesso em 29 jul. 2023.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; FRARE, Ana Paola. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos serviços residenciais terapêuticos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 82-96, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100008>. Acesso em: 29 jul. 2023.

FOUCAULT, Michel. Aula de 7 de novembro de 1973. In: _____. **O Poder Psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 3-24.

_____. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. Os recursos para o bom adestramento. In: FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 39. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 164-184.

FURTADO, Juarez Pereira, BRAGA-CAMPOS, Florianita C. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (org.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 51-65. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2023.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 12, n. 23, jan. 2012. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 jul. 2023.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GUIMARÃES, Nadya Araujo.; HIRATA, Helena Sumiko. **O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades**. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2020.

HIRATA, Helena. Teorias e práticas do *care*: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos de embate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata (orgs). **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: SOF Sempre Viva Organização Feminista, 2010. p. 42-56. Disponível em: https://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2010/11/cuidado_trabalho_e_autonomia_das_mulheres.pdf. Acesso em: 29 jul. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama: Salto de Pirapora. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/salto-de-pirapora/panorama>. Acesso em: 29 jul. 2023.

KINKER, Fernando Sfair; MOREIRA, Maria Inês Badaró; BERTUOL, Carla. O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, n. 67, p. 1247–1256, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0493>. Acesso em: 29 jul. 2023.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p. 55-62.

LIMA, Leandra Assis Borges; MIRANDA, Fábio Jesus. Análise do trabalho dos cuidadores em saúde nas residências terapêuticas. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 30, e174842, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174842>. Acesso em: 29 jul. 2023.

MANIFESTO DE BAURU. **Conselho Federal de Psicologia**, 2017. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Bondade, substantivo feminino: esboço para uma história da benevolência e da feminilização da bondade. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 59, p. 143-170, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/his.v59i2.37037>. Acesso em: 29 jul. 2023.

MATOS-DE-SOUZA, Rodrigo; MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 164-177, jan-mar 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>. Acesso em: 29 jul. 2023.

MERLI, Isadora Marques; RIANELLI, Luiza Lima. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (2006): O assassinato de um deficiente e o modelo hospitalocêntrico. **Casoteca do NIDH – UFRJ**. Disponível em: <https://nidh.com.br/damiao/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MICHELAT, Guy. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia. In: THIOLENT, Michel J. M. **Crítica metodológica, investigação social & enquete operária**. São Paulo: Editora Polis, 1987, p. 191-211.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Termos de Ajustamento de Conduta Firmados**, 2023. Disponível em: <http://www.transparencia.mpf.mp.br/conteudo/atividade-fim/termos-de-ajustamento-de-conduta>. Acesso em: 02 mai. 2023.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 545-553, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/P54MbMgWg8j5KZWSHX7cPfN/>. Acesso em: 13 jul. 2023.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. Prefácio. In: PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, gênero e saúde mental** – Contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018, p. 11-14.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por> Acesso em: 17 out. 2023.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 49, v. 20, p. 65-80, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63451>. Acesso em: 29 jul. 2023.

PASSOS, Rachel Gouveia. Configurações do “care” no campo da saúde mental: as mulheres em evidência. **Revista Feminismos**, [s. l.], v. 3, n. 1, 2015a. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30010>. Acesso em: 26 jun. 2023.

_____. Problematizando o cuidado em saúde mental: a profissionalização do care a partir dos serviços residenciais terapêuticos. **Vértices**. Campos dos Goytacazes, v. 17, n. 3, p. 175-194, set./dez, 2015b. Disponível em: <https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.v17n315-10>. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, [s. l.], ano 20, n. 38, p. 77-94. mai-ago. 2017. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_art_4_Passos.pdf. Acesso em: 29 jul. 2023.

_____. **Trabalho, gênero e saúde mental** – Contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018.

_____. Frantz Fanon, reforma psiquiátrica e luta antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? **Sociedade em debate**. Pelotas. V. 25, n. 3, p. 74-88, set./dez., 2019. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2352/1607> Acesso em: 20 mai. 2023.

_____. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 116-129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47219>. Acesso em: 29 jul. 2023.

PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva Gomes; FARIAS, Jéssica Souza de; ARAÚJO, Giulia de Castro Lopes de. A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 13, n. 37, p. 42-64, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618/47990>. Acesso em: 04 jun. 2023.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador/Recife, n.

246, p. 6-14, jan./abr., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>. Acesso em: 29 jul. 2023.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; PAULON, Simone Mainieri; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Ana Karenina. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 13, n. 30, p. 199–207, jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300016>. Acesso em: 29 jul. 2023.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec Editora, 2019, p. 17-59.

RIBEIRO NETO, Pedro Machado; AVELLAR, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Ministério Público. Procuradoria Geral da Justiça. **Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)**. São Paulo, 18 dez. 2012. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://flamasorocaba.files.wordpress.com/2013/01/20130125103402969-2-29-01-2013.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2023.

SILVA, Amanda Stefani Torquato da; RIBEIRO, Gênesis Brito; SANTOS, Laércio Lucas Xavier dos; BURIOLA, Aline. Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: fragilidades e potencialidades na prática assistencial. **Journal of nursing and health**, Pelotas, v. 9, n. 1, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/14692>. Acesso em: 13 jul. 2023.

SILVA, Thaiga Danielle Momberg; GARCIA, Marcos Roberto Vieira. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. **Psicol. pesq.** Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 42-52, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000100005. Acesso em: 29 jul. 2023.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 2089–2098, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400008>. Acesso em: 29 jul. 2023.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES. **História**. 2020. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/sih/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 29 jul. 2023.

SPINELLI, Letícia Machado. Contra uma moralidade das mulheres: a crítica de Joan Tronto a Carol Gilligan. **etic@ - Revista Internacional de Filosofia da Moral**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 245-262, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1677-2954.2019v18n2p245>. Acesso em: 29 jul. 2023.

SPRIOLI, Neila; COSTA, Maria Cristina Silva. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 1155-1162, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4426>. Acesso em: 13 jul. 2023.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, mai/ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922007000200004>. Acesso em: 29 jul. 2023.

VALENTINI JR, Williams. A. H. e VICENTE, Cenise Monte. A Reabilitação Psicossocial em Campinas. In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 48-54.

VIEIRA, Fernanda Rodrigues; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira. Participação e autonomia de pessoas que moram nos serviços residenciais terapêuticos: contribuições da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, [s. l.], v. 30, e3006, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22773006>. Acesso em: 29 jul. 2023.

YASUI, Silvio. O estranho vizinho – Reflexões sobre cidadania e loucura. **Revista de Psicologia da UNESP**, [s. l.], v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/52/55>. Acesso em: 29 jul. 2023.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, v. 32, n.78-79-80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>. Acesso em 03 jun. 2023.

APÊNDICE

Questionário aplicado

QUESTIONÁRIO PARA CUIDADORES DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DE SALTO DE PIRAPORA

Eu, Livia Prado Muniz, estudante do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar a/o convido a participar da pesquisa “Problematizando a desinstitucionalização: uma análise das trajetórias de egressos de manicômios da região de Sorocaba”, orientada pelo Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia.

Você foi selecionada/o para responder este questionário por trabalhar em um Serviço Residencial Terapêutico na cidade de Salto de Pirapora/SP. O objetivo das perguntas é conhecer sua trajetória de trabalho e sua formação.

Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada/o em nenhuma publicação. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados. As respostas dadas neste questionário serão usadas apenas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. NOME: _____

2. IDADE: _____

3. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA EM RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM SALTO DE PIRAPORA?

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 4 e 5 anos
- Entre 5 e 6 anos
- Mais de 6 anos

4. ANTES DE TRABALHAR NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS (RT) DE SALTO DE PIRAPORA VOCÊ JÁ HAVIA TRABALHADO EM RTS DE OUTRAS CIDADES?

- Sim
- Não

5. CASO TENHA TRABALHADO EM RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE OUTRAS CIDADES, QUAL ERA A SUA FUNÇÃO?

- Cuidadora/Cuidador
- Outras funções
- Não trabalhei em Residência Terapêutica em outra cidade

6. ANTES DE TRABALHAR NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE SALTO DE PIRAPORA VOCÊ JÁ HAVIA TRABALHADO EM ALGUM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO?

- Sim
- Não

7. CASO TENHA TRABALHADO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, QUAL ERA A SUA FUNÇÃO LÁ?

8. ANTES DE TRABALHAR NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE SALTO DE PIRAPORA VOCÊ JÁ HAVIA TRABALHADO EM ALGUM OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL?

- Sim
- Não

9. CASO TENHA TRABALHADO EM OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL, EM QUAL FOI?

10. QUAL SUA ESCOLARIDADE?

- Fundamental Incompleto
- Fundamental Completo
- Médio Incompleto
- Médio Completo
- Técnico Incompleto
- Técnico Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Pós-graduação Incompleta
- Pós-graduação Completa

11. VOCÊ FEZ ALGUM CURSO DE CUIDADOR?

- Não.
- Sim, e o conclui.
- Sim, mas não o conclui.

Data da aplicação: _____ Local da aplicação: _____

ANEXO

Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salto de Pirapora

**MUNICÍPIO DE SALTO DE PIRAPORA**

Avenida Lygia David Haddad, 150 | Campo Largo | CEP 18.160-000
Salto de Pirapora-SP CNPJ nº 46.634.093/0001-07
FONE: (15) 3491-9595

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS NAS UNIDADES
SOB RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SALTO DE PIRAPORA**

A Secretaria de Saúde de Salto de Pirapora declara estar informada e de acordo a respeito do desenvolvimento da pesquisa intitulada "Problematizando a desinstitucionalização: uma análise das trajetórias dos egressos de manicômios da região de Sorocaba", sob responsabilidade da pesquisadora Livia Prado Muniz e do orientador Professor Doutor Marcos Roberto Garcia Vieira.

Ciente de que a pesquisa será conduzida conforme os princípios éticos em pesquisas vigentes no país, essa Instituição autoriza o desenvolvimento da mesma, mediante a devolutiva do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição Proponente.

Atenciosamente,

Salto de Pirapora, segunda-feira, 4 de outubro de 2021


Daren Athie Boy Rodrigues
Secretaria de Saúde
CPF: 074.084.907 RODRIGUES
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE


Ana Paula Lopes Duarte
COREN-SP 255.941
Cl. de Especialidade em Saúde Mental