Uma delicada ponte entre o passado e o presente:
percepções do cuidar/cuidado elaboradas pelos moradores das residências terapêuticas

Mércia Maria de Paiva Gaudêncio
Thatianna Lira Silva
Claudia Santos Martiniano

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVEIRA, MFA., and SANTOS JUNIOR, HPOS., orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Uma delicada ponte entre o passado e o presente: percepções do cuidar/cuidado elaboradas pelos moradores das residências terapêuticas

*Mércia Maria de Paiva Gaudêncio
Thatianna Lira Silva
Claudia Santos Martiniano*

Pensar sobre o cuidar se constitui como uma reflexão que incide em nossas vidas - seja no plano pessoal ou profissional - modulando, reformando e instituindo visões do mundo. Do ponto de vista pessoal não é difícil constatar que estamos sempre a “contar” a história dos cuidados que recebemos ou deixamos de receber. De comum nesses relatos, a fundante presença/ausência de um cuidador e/ou de uma cuidadora. Os protagonistas das histórias particulares de cuidados são, normalmente, entes queridos a quem, pelo resto de nossas existências, chamaremos de significativos.

Se nos permitimos pensar sinteticamente o cuidar em nossa história pessoal, podemos, de forma semelhante, tentar traduzir os sentidos que influenciaram nossa escolha profissional. Ao escolhermos a Enfermagem por profissão, assumimos todos os bônus e ônus que a prestação de cuidados determina na existência daqueles que a esse fim se dedicam.

No entanto, a questão central que guiou a elaboração deste texto, não diz respeito a nossa história pessoal de cuidados, nem aos determinantes de nossa escolha profissional. Preocupamo-nos, enquanto cuidadores profissionais, em compreender os sentidos que os portadores de transtornos mentais atribuem ao cuidar e aos cuidados. Necessário situar que nos dedicamos a investigar os sentidos elaborados por portadores de transtornos mentais que permaneceram, por longo tempo, internos em hospitais psiquiátricos e que hoje, em decorrência da Reforma Psiquiátrica, moram em residências terapêuticas.

Posto o problema que nos motivou a realizar este estudo, objetivamos, primordialmente, apreender as percepções elaboradas pelos moradores das residências terapêuticas acerca do cuidar/cuidado. Para tanto, abordamos a questão qualitativamente, indo a campo explorar e descrever o fenômeno estudado.

A população investigada se constituiu por um total de 45 portadores de transtorno mental severo, que moravam nas seis residências terapêuticas existentes na cidade de Campina Grande, PB. Convém esclarecer que todas as residências integram a rede municipal de assistência à saúde mental, sendo duas destinadas à população feminina, três a população masculina e uma é mista.

A amostra foi constituída por 21 pessoas que atenderam aos critérios estabelecidos para inclusão no estudo, quais sejam: ser morador de uma das residências terapêuticas por um período de tempo superior a seis meses; apresentar capacidade de comunicação preservada, condição mental de compreender perguntas e emitir respostas e dispor-se a participar da pesquisa.

Em acordo com as determinações da resolução CNS 196/96, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB sendo, após a anuência desse órgão, iniciadas as articulações para a coleta dos dados.

Os dados foram coletados nas residências mediante a realização de entrevistas previamente agendadas. As entrevistas foram conduzidas através de questões norteadoras, que visaram a contemplar o enunciado do problema e o objetivo proposto. As entrevistas foram gravadas em *mp3* e posteriormente transcritas pelas pesquisadoras.

Os discursos foram analisados através dos procedimentos propostos pela análise de conteúdo temática (BARDIN, 2006). Para tanto, os discursos foram recortados em unidades de análise e reorganizados, o que nos possibilitou identificar categorias discursivas que viabilizaram a apreensão dos sentidos coletivamente atribuídos ao cuidar/cuidado.

Para produzir inferências e ancorar a análise do material coletado entendemos ser necessário abordar três perspectivas teóricas que circunscrevem a temática investigada: o cuidar e os cuidados, o sofrimento psíquico e as residências terapêuticas.

Digressões sobre o cuidar/cuidados

Embora possamos sobre tudo aquilo que nos rodeia, exercitar o cuidar, o objeto em estudo demanda que observemos com atenção o cuidar e os cuidados que se projetam sobre os homens, em particular, quando mentalmente perturbados.

Para tanto, inicialmente, aproximamo-nos das ideias de Bison (2003), quando afirma que o homem é um projeto infinito. Lembra-nos o autor que o infinito não se enquadra em qualquer lógica, obrigando-nos a refletir sobre nossa condição de sistema aberto, apto a novas incorporações e vivências.

Pensando sobre a condição humana, compreendemos que o homem é o único animal que vive existindo e que age para viver (CAPONI, 1997). No entanto, para existir é necessário cuidar do corpo, alimentar-se, higienizar-se, atender às demandas de nossa

animalidade. Por estas razões, há que prevalecer no curso da existência uma dimensão voltada para a preservação da vida, ou seja, uma dimensão da qual não podemos nos apartar, pois subtece o “cuidado” essencial para a sobrevivência humana. Cuidar é atuar sobre o poder de existir, é possibilitar a libertação das capacidades de cada ser humano para viver. Nesta perspectiva, o cuidar é entendido como uma forma de promover a vida.

A doença e as experiências de adoecimento são frequentemente vivenciadas como fenômenos que rompem com a continuidade da vida cotidiana, instalando-se como estranhamentos que, para serem superados, exigem cuidados especiais.

No entanto, o cuidado prestado ao ser humano, mesmo em situação de doença, não pode ser reduzido a uma meta a ser atingida, uma vez que integra a essência da vida. E como tal, tende a descartar falsos valores, determinando que somente seja agente de mudança àquele que ao cuidar transformar a si mesmo. Por este ângulo, o conhecimento sobre o cuidar não é sinônimo de informação, de adesão a uma teoria ou de engajamento a uma corrente filosófica, é antes uma experiência que dá sentido ao mundo.

Para Heidegger (1997), do ponto de vista existencial, o cuidado antecede toda atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que o cuidado se manifesta em toda atitude e situação sendo, portanto, um fenômeno ontológico.

Em um outro momento de sua obra (HEIDEGGER, 1989), este autor nos diz que o cuidado é o solo em que se move toda existência humana, é a dimensão que nos permite experimentar o valor daquilo que nos cerca, do que tem importância e que definitivamente conta, ou seja, o valor intrínseco de cada coisa.

Adotando uma perspectiva que não se distancia dessa já apresentada, encontramos afirmações que indicam que o cuidado é parte da natureza e da constituição do ser humano, que é uma dimensão que revela, de maneira concreta, como é o ser humano (6). Neste

sentido, o cuidar ressoa sobre a existência humana, tomando a forma de amor, da justa medida, da ternura vital, da cordialidade, da convivialidade e da compaixão radical. O cuidado significa uma relação de amorosidade com o mundo, com tudo aquilo que tem valor e interessa para nós, exigindo comprometimento e envolvimento, despertando preocupação e inquietação.

Assim, o cuidar é entendido como mais que um ato, é uma atitude que abrange atenção, zelo e desvelo. Ao conceber que o cuidar só se manifesta em plenitude nas relações que estabelecemos, é consequente a instalação de atitudes de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Outras concepções semelhantes sobre o cuidar defendem que este é um processo básico que se estabelece entre as pessoas e que, enquanto tal, pode integrar conhecimentos humanísticos e científicos objetivando a satisfação de necessidades (CARVALHO; MELO; MULLER, 2002).

Nessa perspectiva, o cuidar e os cuidados vão assumindo os contornos de práticas profissionais. E as práticas de cuidar/cuidados, no tocante a Enfermagem, são magnificamente apresentados através da Teoria Transcultural do Cuidado (GEORGE; LEININGER, 1993). Considerando outras Teorias de Enfermagem, julgamos que esta se destaca por focalizar o cuidar e os cuidados como ocupação/preocupação centrais da enfermagem e por postular que sempre existiram diferenças nas manifestações do cuidar e que estas estão associadas à cultura.

O cuidar está implícito em todas as atividades, processos e decisões que permeiam o cotidiano do enfermeiro, e que se manifesta nas habilidades tidas como ideais para assistir pessoas em circunstâncias de necessidade/sofrimento (9). Tais habilidades dizem respeito à capacidade de estabelecer empatia, de fornecer apoio, de demonstrar compaixão, de assumir comportamentos protetores, de prestar socorro, de educar e tantos outros comportamentos que estão em

associação direta como as necessidades, problemas, valores e metas do indivíduo ou grupo que está necessitando de assistência (WOLFF et al, 1998).

Como fundamento da Enfermagem, o cuidar/cuidado se constitui como uma experiência que se estende para além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. Constitui-se como um compromisso com o cuidado existencial, ou seja, aquele que transpõe as demandas físicas para atingir o autocuidado, a autoestima, a autovalorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida (CALDAS, 2000).

Embora não tenhamos abordado todas as dimensões do cuidar, subjazem alguns pontos comuns que identificamos entre os autores trabalhados:

- a) O cuidar/cuidados são essenciais e estendem-se a todas as dimensões da existência humana;
- b) O cuidar é uma experiência que dá sentido a vida;
- c) O cuidar é uma atitude ética, um compromisso, uma responsabilidade para consigo mesmo, para com os outros e para com o mundo;
- d) O cuidar se manifesta nas relações que os homens estabelecem entre si e para consigo;
- e) O cuidar/cuidados profissionais não podem ser restritos à execução de procedimentos técnicos.

Estes pontos são tomados como pressupostos que fundamentam a análise que empreendemos sobre os discursos dos moradores das residências terapêuticas.

Digressões acerca do Sofrimento Psíquico

De início, uma pergunta fácil: o que significa o sofrimento? Respondê-la é empreendimento difícil, uma vez que o vocábulo é polissêmico. Em outras palavras, o sofrimento por ser vivenciado em diferentes circunstâncias da vida podendo assumir sentidos diversos.

Como afirmado anteriormente, as palavras adquirem diversas significações, de acordo com o contexto em que são utilizadas e/ou interpretadas. Caso tomemos isoladamente as palavras “sofrimento” e “psíquico”, verificamos que a palavra sofrer é empregada no sentido de padecer, experimentar prejuízos, angustiar-se, amargar-se e, ainda, resignar-se. Já o vocábulo psíquico designa o conjunto dos fenômenos ou de processos mentais conscientes ou inconscientes de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos. Em intensidades diferentes tais processos estão presentes em todos nós e nos possibilitam reconhecer o nosso sofrimento e, o dos outros.

No entanto, há um núcleo comum a todos os sentidos e modos de sofrer (DANTAS; TOBLER, 2003). Se associarmos os sentidos acima explicitados e os aplicar ao sofrimento decorrente dos transtornos mentais, verificaremos que estamos a nos aproximar da dolorosa experiência de ser “diferente”.

Verificamos que cada época - com seu específico contexto histórico-político - propõe uma “decomposição” do sofrimento psíquico objetivando compreendê-lo, classificá-lo e tratá-lo. O resultado destas operações vem escrevendo a história das relações que se estabelecem entre a sociedade, o doente e da doença mental. Na atualidade, essa não é mais uma história oculta, não sendo a este estudo recontá-la. Parece-nos suficiente reconhecer e não esquecer que as atitudes da sociedade para com o portador de sofrimento psíquico são predominantemente marcadas por estigmas e exclusões (CECCARELI, 2005).

Na origem do estigma e dos comportamentos excludentes associados ao transtorno mental, parece repousar a concepção de “desvio” em relação a padrões de comportamento socialmente estabelecidos acerca do que seja o “normal”. Também não podemos esquecer que as concepções e os sentidos apostos ao sofrimento e ao sofredor psíquico transitam incessantemente entre leigos e cientistas (REINALDO; ROCHA, 2002).

Feita essa observação, julgamos haver esclarecido que a perspectiva a partir da qual abordaremos o sofrimento psíquico não pode ser encontrada em dicionários técnicos. Trata-se de uma forma de refletir sobre as consequências, predominantemente sociais, decorrentes do transtorno mental, que não se restringem apenas à concepção da patologia psíquica, mas que se estendem a uma concepção de “existência-sofrimento”. Para considerar o indivíduo como “existência-sofrimento” é necessário rever a clássica relação “problema-solução” proposta pelas ciências médicas para abordagem do transtorno mental. É necessário renunciar as soluções que perseguem a normalidade plenamente estabelecida.

Embora reconhecendo a existência das patologias psíquicas, compreendemos que os limites entre o que seja “normal” e “patológico” são imprecisos na exata medida que não existem demarcadores capazes de definir com exatidão as mudanças de um estado para o outro (GOBBO, 2004).

Mencionar os tratamentos propostos para os transtornos mentais é retornar a um passado, não tão longínquo, no qual a ausência de qualquer projeto constituiu-se como a base terapêutica das intervenções sobre o sofrimento psíquico.

Recuperando, de forma breve, a história da medicina, verificamos que, até o século XIX, os doentes permaneceram sendo exibidos na rua, nas feiras ou simplesmente recolhidos em asilos. Nada era feito no sentido de seu bem-estar ou de sua reabilitação, o que provavelmente decorria do fato de que até o final do século XIX não existia,

em rigor, um saber sobre o sofrimento psíquico. A preocupação dos grandes psicopatólogos da época centrava-se sobre a sintomatologia. Os interesses centravam-se na classificação das manifestações psíquicas que escapavam às regras definidoras da normalidade.

O transcurso da história nos revela que foi necessário que as ideias humanistas instalassem um “clima” social propício a mudanças, e que Philippe Pinel (1745-1826) fosse influenciado por elas para que ocorresse o histórico episódio da libertação dos loucos (CORDEIRO, 2002).

Considerado um dos precursores da psiquiatria moderna, as reformas introduzidas por Pinel fizeram eco ao ideário da Revolução Francesa e Industrial. As ideias de Pinel podem ser traduzidas em termos de “liberdade” no hospício, “igualdade” entre sãos e doentes e “fraternidade”, postas em ação através da filantropia e do esclarecimento. As propostas pinelianas inauguraram uma nova tradição para investigação e prática psiquiátricas: a articulação entre o saber e a técnica (FACCHINETTI, 2008).

Estabelecendo associações entre o passado e o presente, verificamos que, embora de modo diverso, ainda permanecemos lutando por algumas das causas que impulsionaram Pinel: “libertação” dos portadores de transtornos mentais, “tratamentos” menos agressivos, contatos amistosos com os doentes e a realização de “estudos” que nos possibilitem compreender as relações dos doentes com seus familiares.

No entanto, a grande ruptura epistemológica, no tocante ao sofrimento psíquico, concretizou-se através das ideias de Sigmund Freud (1856 – 1939). O pai da Psicanálise postula que o sujeito - louco ou não - sempre que fala, fala do, e a partir de seu *pathos*⁷, que aqui se confunde com a trama discursiva que o constitui.

7 Segundo CANGUILHEM (1982, p. 106), o patológico implica em *phatos*, entendido como “sentimento direto e concreto de sofrimento e de importância, sentimento de vida contrariada”.

Depois de Freud, o indivíduo em sofrimento psíquico só pode ser pensado pela perspectiva da singularidade e da complexidade, devendo ser, enquanto tal, entendido na sua integralidade. Por conta dessa concepção, o conceito de sofrimento psíquico ultrapassa as barreiras da patologia, passando a ser apreendido como parte de uma existência em sofrimento.

Na contemporaneidade, para compreender o sofrimento psíquico é necessário que consideremos o indivíduo e seus entornos, ou seja, os aspectos biológicos, sociais e econômicos. É importante saber sobre os padrões de relacionamento com familiares e outras pessoas, a história do desenvolvimento emocional, físico, intelectual, sexual, dentre outros fatores.

Embora consideremos a singularidade dos indivíduos e, consequentemente, sua historicidade, verificamos que, em geral, a vida dos portadores de transtornos mentais é permeada por muitos sofrimentos e que estes são, frequentemente, consequências da própria doença e/ou das terapêuticas empreendidas. Os cuidados têm sido marcados por relações de subordinação tão severas em que o sujeito é “transformado em doente-objeto, não gente, não homem” (SOUZA; SCATENA, 2001), ou “improdutivos que raciocinam com outra lógica” (OLIVEIRA; COLVERO, 2001).

Uma mudança de paradigma emerge na saúde mental e caminha no sentido de delinear uma visão do portador de transtorno mental como sujeito, como cidadão respeitado em sua alteridade. Paulatinamente é abandonada a visão do ser doente como perigoso, anormal, que necessita ser excluído (GUIMARÃES et al, 2001).

Em conformidade com o novo paradigma, o prioritário é promover, em sentido amplo, a saúde do portador de transtorno mental e não apenas se preocupar com a patologia. O cuidar, assim entendido, inclui a redução dos fatores de risco previsíveis. Nesse sentido, o objetivo mais importante de qualquer intervenção é buscar o “melhor funcionamento” possível da pessoa, estando esclarecido que o ponto “ótimo” é absolutamente individual.

Quando se fala acerca da prestação de cuidados ao portador de transtornos mentais é importante definir o que está sendo conceituado como saúde e doença, uma vez que a relação de cuidar emerge tanto na saúde quanto na doença. No tocante as manifestações severas de sofrimento psíquico, pode ser dito que estão em curso novas concepções sobre a “patologia psíquica”, e que em paralelo estão sendo gestadas esperanças no que concerne às formas de tratamento.

Digressões sobre as residências terapêuticas

Para falar com propriedade acerca das residências terapêuticas é necessário lembrar, mesmo que sumariamente, alguns aspectos da trajetória da reforma que inspirou a atual política de assistência aos portadores de transtornos mentais em nosso país.

Lembramos que o processo denominado Reforma Psiquiátrica brasileira tem início em meados da década de 1970, através de denúncias que apontavam graves limitações terapêuticas e violências praticadas nas instituições psiquiátricas no atendimento de seus usuários.

Necessário recordar que, simultaneamente ocorreram outros movimentos reformistas, tais como os organizados em prol da reforma sanitária e em defesa dos direitos civis e humanos. Em decorrência da associação que se estabeleceu entre esses anseios, a sociedade passa a exigir novas formas de atendimento aos portadores de transtornos mentais (AMARANTE, 1995).

Ao longo do tempo, os anseios ganham a forma de propostas e estas vão se efetivando, nas décadas de 1990 e 2000, através de resoluções, portarias e leis emanadas do Ministério da Saúde. Destaque especial é dado à Lei 10.216 de 2001, que redirecionou o modelo assistencial brasileiro em saúde mental, prevendo cuidados

integrals aos indivíduos internados por longos anos nos hospitais psiquiátricos e punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

O contexto social e político viabilizam - mesmo com existência de focos de resistência - a implantação de novos serviços de atenção em saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais-Dia e os Lares Abrigados (AMARANTE, 2001), posteriormente designados, mais apropriadamente, de serviços residenciais com função terapêutica (BRASIL, 2004).

O financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos é tido como uma estratégia decisiva para consolidação da política de saúde mental, bem como para superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Sumarizado o contexto que viabilizou a instalação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, também denominados de residências terapêuticas ou simplesmente moradias, podemos deles dizer que são casas localizadas no espaço urbano, que têm por objetivo primordial acolher e reintegrar portadores de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares ou que apresentem dificuldades de reintegração familiar (PREFEITURA..., 2007).

Dentre outros objetivos, as residências se propõem a resgatar a autonomia perdida após anos de internação e restituir a cidadania aos portadores de transtorno mental (BRASIL, 2005). Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação, nos municípios, de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Considerando os demais dispositivos substitutivos (NAPS, CAPS, Hospitais-Dia), as residências terapêuticas se destacam como locais nos quais os usuários podem se inserir de forma diferente daquela que é proposta nos serviços diários. Por não serem dotadas das características que tipificam os espaços terapêuticos,

as residências apresentam-se como espaços nos quais se espera que o usuário possa experimentar e vivenciar redes de relações sociais mais amplas (BRASIL, 2000).

As residências terapêuticas não devem ingenuamente ser entendidas como ilhas paradisíacas para os portadores de transtornos mentais egressos de longos períodos de hospitalização. É necessário ter em mente que é no cotidiano, na trama das relações entrelaçadas ao sabor dos acontecimentos, que as dificuldades se apresentam. Se assim é para nós, homens e mulheres, mentalmente saudáveis e socialmente integrados, o que dizer do cotidiano que precisa ser (re)construído em termos espaciais, afetivos e sociais? Coragem – pessoal e institucional – tem sido a arma para enfrentamento dos obstáculos concretos e das dificuldades subjetivas vivenciadas tanto pelos moradores quanto pelos profissionais de saúde mental que abraçaram a causa da reabilitação psicossocial.

Entendemos que as residências terapêuticas representam um dos maiores investimento no potencial dos portadores de transtornos mentais severos, na medida em que apostam na possibilidade de convivência urbana, na recuperação da autonomia e na devolução da cidadania.

No entanto, as residências terapêuticas já nos colocam diante de novos desafios: Como não serem socialmente identificadas como o “novo lugar do doente mental”? Como intervir no imaginário social? Como preparar a comunidade para estar em contato com aqueles que, desde há muito, são vistos como ameaças à integridade física ou moral? Como lidar com a violência suposta como inata?

No cerne das possíveis respostas para essas questões estão envolvidos os protagonistas da exclusão, ou seja, os portadores de transtornos mentais, os profissionais da saúde mental e a sociedade.

De modo breve, descreveremos as residências terapêuticas tendo por guia documentos oficiais. Devemos lembrar que, a inserção de um portador de transtorno mental em uma residência terapêutica é

o início de longo processo de reabilitação que objetiva a progressiva inclusão social do morador.

O primeiro desafio a ser enfrentado na implantação de uma residência terapêutica é compor uma moradia igual as demais, ou seja, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores (PREFEITURA..., 2007).

A casa não deve ser sinalizada por placas, timbres ou logomarcas, já que não pode se assemelhar a um serviço de saúde em sentido clássico, embora seja referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e opere junto à rede de atenção à saúde dentro da lógica do território (BRASIL, 2000).

O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de, no máximo, oito pessoas. Estes, por sua vez, devem ser acomodados na proporção de até três por dormitório. A residência deve ser dotada da funcionalidade esperada em uma moradia comum, devendo, para tanto, ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos considerados básicos para proporcionar o conforto diário (BRASIL, 2000).

O suporte técnico prestado aos moradores das residências terapêuticas deve acontecer através dos serviços ofertados por uma equipe multidisciplinar - seja do CAPS de referência ou da atenção básica - regida por uma filosofia e intervenções de caráter interdisciplinar.

As intervenções devem considerar a singularidade de cada um dos moradores e não apenas os projetos e as ações baseadas no coletivo. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente necessite de hospitalização.

Intervenções de caráter social, educacional, ocupacional, comportamental e cognitivo devem ser postas em prática nas residências terapêuticas, visando a melhorar o desempenho funcional dos moradores e consequentemente facilitar a reabilitação psicossocial.

Nos espaços da residência terapêutica, as atividades comuns relacionadas à vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer devem ser exercitados, como parte do processo de reabilitação, na própria moradia ou em locais nos quais o comportamento é frequentemente realizado. A fala e a escuta dos moradores devem ser incentivadas, objetivando a melhor expressão de desejos, dúvidas, angústias e curiosidades. Do ponto de vista individual, respeitando limitações, os moradores devem ser orientados a lidar com dinheiro. Coletivamente devem participar da elaboração de listas de compras e da definição das prioridades da casa. Através dessas intervenções, busca-se responsabilizar o portador de transtornos mentais por suas atitudes, propiciando-lhe o entendimento das regras de convívio social (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Não devemos esquecer que as pessoas que habitam uma residência terapêutica o fazem por apresentar necessidades especiais, caso contrário, estariam ocupando outros espaços/casas na cidade. No entanto, também devemos lembrar que a residência terapêutica pode servir como passagem para outro estágio da reaquisição da cidadania. Podemos pensá-la como um espaço no qual o morador faz o exercício de responsabilidade sobre suas atitudes, onde, aos poucos, reaprende a exercitar autonomia.

Associando essas ideias àquelas apresentadas pelos filósofos do cuidar, verificamos que as residências terapêuticas se constituem como espaços nos quais os indivíduos podem expressar sua complexidade. Complexidade que, mesmo marcada pelo sofrimento psíquico, se constitui como amálgama dos sentidos apostos à existência e ao estar no mundo.

Sobre os moradores das residências terapêuticas

Para melhor compreender os sentidos atribuídos ao cuidar, investigamos algumas variáveis socioculturais, acompanhadas de dados da história clínica dos moradores das residências terapêuticas.

As variáveis investigadas dizem respeito ao sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, paternidade/maternidade, religião e renda. Considerando o repertório das relações interpessoais, buscamos informações sobre a existência de vínculos familiares e se os moradores recebem visitas. Do ponto de vista clínico, identificamos o diagnóstico médico, o tempo de internação em hospital psiquiátrico e de moradia na residência terapêutica. As informações clínicas foram confrontadas com aquelas que constam nos prontuários dos CAPS que referenciam os moradores das residências. A junção dessas informações nos permitiu caracterizar os moradores das residências terapêuticas, como também vislumbrar adversidades já enfrentadas pelos mesmos.

Dos 21 moradores que constituíram a amostra, constatamos que a maioria (57,8%) é do gênero masculino e que estão na faixa etária compreendida entre 42 a 51 anos. Destacamos que o mais jovem dos moradores tem 22 anos e o mais idoso 81 anos. No tocante à escolaridade, verificamos que 51,2% não foram alfabetizados. Daqueles que afirmaram ter frequentado a escola comprovamos que a maioria (28,9%) não concluiu o ensino fundamental. O estado conjugal prevalente é o de solteiro (75,5%). Junto às informações obtidas sobre o estado conjugal coletamos dados acerca da paternidade/maternidade, quando constatamos que a maioria (88,9%) não possui filhos e que, entre os que afirmaram ser pais ou mães (11,1%), o número oscila entre um e três filhos.

A maioria (66,7%) referiu ter por religião o catolicismo, destacando-se que 20% não forneceram informações sobre seu credo religioso.

No tocante à renda, contatamos que nenhum dos entrevistados trabalha, evidenciando a implícita relação que se estabelece entre doença mental e improdutividade. Estimulados a falar, verificamos que a maioria (44,4%) dos moradores não soube fornecer informações acerca de sua renda. Dentre aqueles que afirmaram possuir renda, constatamos que a mesma decorre de pensões e de benefícios federais destinados às pessoas portadoras de deficiência que comprovem não ter meios de prover a própria subsistência e não possuam meios de ter a subsistência provida por sua família.

Essas pessoas recebem uma renda equivalente ao valor de 1 (um) salário mínimo, conforme regulamentam a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993) e o Decreto nº. 1.744/95 (CREVANTI, 2006). Outra fonte de renda é o “Programa de Volta para Casa” (8,89%) que objetiva contribuir para com o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação. Os beneficiários são autônomos para sacar e movimentar mensalmente esses recursos (WITIUK; SILVA, 2003).

Investigando os vínculos familiares dos moradores, identificamos que 42,2% não mais possuem vínculos familiares, enquanto que um percentual equivalente a 28,9% foi encontrado entre os moradores que afirmaram possuir vínculos familiares e aqueles que não informaram. Entre os que afirmaram possuir vínculos este é predominantemente mantido com irmãos, seguido por pai, mãe, cunhado, esposa, tia, sobrinha e empregada da família.

Ao relacionarmos a existência de vínculos familiares ao processo de receber visitas, notamos que os dados são percentualmente idênticos, ou seja, 42,2% afirmaram não receber visitas enquanto 28,9% afirmaram receber visitas. Verificamos que os visitantes citados são pessoas que não pertencem ao círculo familiar do morador das residências, sendo nomeados vizinhos da residência familiar e funcionários da rede assistencial. No curso da coleta destes dados,

um acontecimento destaca-se: a expressa necessidade da visita dos familiares. Tal necessidade se manifestou por diversas vezes e tomou a forma da seguinte indagação:

*“Ei, minha mãe vem hoje?” (E₁₈)*⁸

Ao refletirmos sobre o conjunto das informações apresentadas, vislumbramos algumas das razões que justificam a presença dos entrevistados nas residências terapêuticas. Parece-nos oportuno destacar que, entre os fatores que determinam a recusa familiar em receber em casa o parente portador de transtorno mental, está o abandono assistencial do Estado. Tal situação traduz a ausência de programas assistenciais que assegurem às famílias a preservação do respeito aos seus direitos. Obedecendo a essa estranha lógica, a família apenas reproduz o processo de abandono e exclusão gerado pela ausência de políticas públicas e programas necessários ao atendimento das necessidades sociais desses cidadãos (VASCONCELOS, 1997).

Possivelmente, associa-se às razões anteriormente elencadas, o fato de a doença mental carrear para a família o estigma que tem acompanhado a pessoa portadora de transtornos mentais.

Destaca-se que – contraditoriamente aos objetivos do movimento de luta antimanicomial - a ameaça do abandono familiar tende a aumentar ao serem ressaltados apenas os aspectos negativos das estruturas asilares, pois desse modo é omitida a dimensão histórica das instituições ao assegurarem o “direito do usuário a local apropriado de refúgio nos períodos de sofrimento psíquico, e do direito da família à co-responsabilidade pública com o cuidado e tratamento de seus membros com problemas mentais” (VASCONCELOS, 1997).

Se os fatores implicados na origem do comportamento de abandono familiar parecem justificá-lo, o que dizer dos sentimentos da

8 Entenda-se: E₁₈ corresponde ao número do entrevistado.

pessoa que apresenta o transtorno mental? A condição de “doente”, mesmo que mentalmente perturbado, parece produzir no indivíduo a sensação de ser um “fardo” para a família. Nossa suposição ganha o *status* de certeza comprovada através do discurso de um dos entrevistados:

“Não gosto de ser pesada prá ninguém... é por isso que estou aqui [residência terapêutica]...”
(E₁₂).

Do ponto de vista clínico, verificamos que o diagnóstico mais frequente foi a esquizofrenia (66,7%), com destaque para a esquizofrenia residual (53,3%), predominante também em outros estudos (SILVA; BARROS, 2006). Segundo o CID-10, esta é um estado crônico da doença esquizofrênica, resultante da progressão de um quadro inicial para um quadro tardio, que se caracteriza pela presença persistente de sintomas negativos tais como: lentidão psicomotora, hipoatividade, embotamento afetivo, passividade e falta de iniciativa, pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso, pouca comunicação não-verbal, falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre. Atentamos que esses sintomas não são forçosamente irreversíveis.

A informação sobre o diagnóstico dos moradores das residências se cruzada com a variável “renda”, amplia a possibilidade de compreensão acerca da situação de dependência econômica dos portadores de transtorno mental, uma vez que a esquizofrenia é considerada uma doença incapacitante. Por essa razão, não surpreende o alto número de moradores que não trabalham e que dependem de benefícios governamentais.

Prosseguindo na investigação da história clínica, buscamos conhecer a idade em que ocorreram as primeiras internações em hospitais psiquiátricos. Verificamos, então, que a maioria dos moradores (35,5%) não recordava com exatidão desse acontecimento, razão pela qual não conseguiam nos informar adequadamente.

Dentre os que recordavam do momento de ruptura das relações familiares e sociais, a maioria (17,7%) referiu ter entre 18 e 20 anos de idade. Este dado nos informa não apenas sobre a cronologia do momento no qual o transtorno mental se tornou agudo, como também nos permite vislumbrar o “estrago” social e, na maioria das vezes, existencial, decorrente das perdas advindas de uma hospitalização psiquiátrica: perda do emprego, da convivência familiar, das experiências amorosas, do círculo de amigos, de lazer e, lamentavelmente, da liberdade.

Privar alguém do seu *habitat* pode produzir uma “amnésia” acerca de suas origens, costumes e crenças; como também pode ter o sentido de “seqüestro” das experiências cotidianas.

Nos fragmentos de história de vida a que tivemos acesso, o intervalo de tempo vivido sob regime de hospitalização, quando contabilizado em termos de anos, ainda causa espanto: de 2 meses a 31 anos.

Entendemos que a problematização desta informação não reside na apresentação dos percentuais encontrados, mas nas considerações que podem ser feitas em torno do tempo em que esses sujeitos realmente “moraram” em hospitais psiquiátricos.

Atentamos que em nenhuma outra clínica se evidencia um tempo de hospitalização tão longo quanto o vivenciado por esses doentes. Um dos entrevistados, com a experiência resultante dos seus 31 anos de internação, comoveu-nos mediante a seguinte afirmativa:

“É o mesmo que ter nascido lá [hospital psiquiátrico]...” (E₉).

Entendemos que qualquer comentário acerca desta declaração não conseguirá exprimir os sentidos que podem ser apostos a experiência de nascer em um determinado local. Apenas podemos, a partir de nossa experiência pessoal, imaginar os efeitos do “nascer em um hospital psiquiátrico”.

Permanecendo no âmbito da coleta de informações relativas ao tempo, procuramos nos informar sobre o período de moradia dos entrevistados nas residências terapêuticas. Vale destacar que, quando comparado ao tempo das internações psiquiátricas, o intervalo de tempo de moradia nas residências terapêuticas é muito pequeno, ou seja, corresponde a, no máximo, 22 meses. Verificamos que a maioria (48,9%) dos entrevistados está nas residências, há 11 meses, seguidos por 33,3% que ali moram, há 22 meses e 17,8%, há 20 meses. Para a devida apreciação desses dados devemos considerar que os serviços de residências terapêuticas são recentes em nossa cidade.

Esses dados, associados à observação assistemática que empreendemos sobre os moradores, seu comportamento e o ambiente, permitiram-nos inferir que, aparentemente, estão bem adaptados e que conseguem estabelecer interações satisfatórias entre eles e os cuidadores.

Entre as tentativas de restabelecimento de hábitos e a execução de tarefas cotidianas, um comportamento nos chamou atenção: alguns moradores circulam, por longos períodos, em volta da casa. Inferimos que este comportamento se assemelha à “ronda” que era estabelecida durante o tempo em que permaneciam no pátio do hospital psiquiátrico. Depreendemos que os comportamentos ali adquiridos persistem para muito além dos muros concretos do hospital, parecendo subsistir na forma de um “manicômio mental” que persiste e resiste às tentativas de reabilitação psicossocial.

Outra particularidade foi observada, tanto no discurso como no comportamento dos moradores, e diz respeito a não assimilação das residências como suas casas, espaço privilegiado da intimidade. Foram verbalizadas ideias que apontam para a persistência de representações das residências como “serviços que oferecem abrigo”.

Assim finalizamos a caracterização dos moradores das residências terapêuticas, lembrando que o conhecimento de algumas

variáveis, sociais ou clínicas, não nos diz quem é uma pessoa, no entanto, nos permite ter uma noção coletiva do contexto no qual foram gestados os discursos que nos permitiram ter acesso a concepções acerca do cuidar.

Sobre o discurso e as percepções do cuidar elaboradas pelos moradores das residências terapêuticas

A análise de conteúdo aplicada aos discursos nos possibilitou uma aproximação dos sentidos atribuídos ao cuidar/cuidado. Por esta razão, as categorias identificadas apenas plasmam as percepções e as concepções do cuidar em um determinado momento da existência dos moradores das residências terapêuticas. Necessário lembrar que os sentidos atribuídos ao cuidar não são estanques, modificam-se em conformidade com o ritmo e as experiências vivenciadas, no entanto, ao circularem livremente, possibilitam-nos apreendê-los e com eles aprender.

Cuidar é ...

Estimulados a falar, os entrevistados nos ofereceram um amplo repertório de associações que colocam o cuidar, ora em termos subjetivos, ora de forma objetiva, pragmática.

Tendo por base o discurso coletivo, aprendemos que o cuidar, em termos subjetivos, é dotado dos seguintes sentidos:

- a) Experiência desconhecida e, enquanto tal, impossível de ser definida: *eu num sei não, sei não* (E_{13})
- b) Expressão de afeto e satisfação: *cuidar de pessoas, dar carinho, dar afeto, dar atenção* (E_{18}).

- c) Reflexões existenciais: *[cuidar] é viver a vida com uma risada... é ver, ouvir e se calar* (E_{14}).
- d) Relações familiares: *cuidar é tomar conta de sua mãe, seu pai, seu filho* (E_{19}).

Já em termos objetivos, o cuidar é relatado através de tarefas executadas no cotidiano, tais como:

- a) Trabalho inespecífico: *cuidar é ... fazer as coisas...* (E_{12}).
- b) Manutenção de hábitos higiênicos (ambientais e corporais): *cuidar é lavar banheiro...* (E_1); *cuidar é a pessoa dar banho...* (E_{16}).
- c) Alimentação adequada: *cuidar numa comida...* (E_9).
- d) Adequação do comportamento: *obedecer às instruções da casa...* (E_4).
- e) Manutenção de hábitos saudáveis: *cuidado no cigarro...* (E_8).

Refletindo sobre as categorias, identificamos, nos discursos, que o cuidar se manifesta nas relações que são estabelecidas com outras pessoas e com o mundo (WALDOW, 1998).

Pensado na dimensão que nomeamos de subjetiva, verificamos que ao trabalharmos com essa designação, estamos a adotar o sentido daquilo que se contrapõe ao que é objetivo. Ou seja, o subjetivo e, por deslizamento semântico, a subjetividade são referências ao que se passa no interior do indivíduo, o que podemos chamar de pessoal ou, de forma simplificada, de mundo interno. Já o objetivo e a objetividade são referências ao mundo real, objetivo, material. É o mundo da existência dos objetos, no qual, pragmaticamente, realizamos atos e ações. Essa dicotomia da experiência humana – aqui especificada em relação ao cuidar - não deve ser entendida como uma simplificação, mas como “momentos de estar no mundo” (BOCK, 1988).

No plano subjetivo, destacamos os relatos nos quais o cuidar e os cuidados são verbalizados enquanto experiência desconhecida e, enquanto tal, impossível de ser definida. Se retomarmos aos pressupostos filosóficos, verificamos que experimentar o cuidar e os cuidados são experiências consideradas vitais e estruturantes. Como, então, interpretar relatos e experiências que são notoriamente marcados pela ausência de cuidados? De quando data a ausência de cuidados? Antecede o adoecimento ou é consequência deste? É marca indelével dos longos períodos de hospitalização? Para ter acesso a subjetividade é necessário cultivar a habilidade da observação. Este é um pressuposto decisivo para o sucesso ou o fracasso de uma relação de cuidar/cuidados, pois é a observação que nos dará subsídios para a construção deste processo. Responder a estas indagações exigiria um mergulho na subjetividade, consistiria na tentativa de descrever o que só pode ser revelado por quem viveu a experiência.

Mesmo considerando que, em parte, o “não saber” acerca do cuidar e dos cuidados pode resultar de limitações decorrentes do transtorno psíquico, é do conhecimento de todos que a ausência de projetos terapêuticos caracterizou os hospitais psiquiátricos que antecederam a reforma psiquiátrica. Com base em uma informação objetiva, inferimos que os entrevistados verbalizam o que viveram: a ausência de cuidados.

A dimensão objetiva do cuidar consiste na execução de atividades que se destinam ao atendimento de necessidades básicas e de adaptação às normas de convívio social. A não execução ou a violação dessas normas e/ou regras podem implicar em sanções que transitam entre a reprovação e segregação social. Em decorrência, o cuidado poder assumir sentidos que norteiam a execução de regras de boas maneiras até a realização de tarefas básicas da vida cotidiana. Manter os cuidados nomeados de objetivos é uma questão de sobrevivência.

Quem necessita de cuidados é...

Em meio à conversa sobre o cuidar, estimulamos os moradores a verbalizarem quem, em suas opiniões, necessita de cuidados. Nessas ocasiões, foram verbalizados conteúdos que nos permitiram identificar as seguintes categorias:

- a) Outras pessoas: *gente de fora* [da residência] (E9).
- b) Os próprios usuários moradores: *nós aqui* [da residência], *são os daqui* (E12).
- c) Não sabe informar: *eu não sei ...* (E2).

Mais uma vez é a filosofia que nos permite compreender os discursos coletados, uma vez que é ela que nos diz que todos, sem exceção, necessitam de cuidados (CAPONI, 1997; SALES, 1997; HEIDEGGER, 1989).

Os entrevistados, ao identificarem as pessoas que acreditam necessitar de cuidados, permitem-nos inferir que não conseguem se imaginar como agentes de cuidados, embora reconheçam que outras pessoas, além deles mesmos, necessitam de cuidados.

Cuidados anteriores e atualmente recebidos na residência terapêutica

Para conhecer a perspectiva dos entrevistados acerca de suas experiências com o cuidar, solicitamos que falassem dos cuidados que receberam em tempo anterior à sua morada na residência, como também dos cuidados atualmente recebidos. Organizados os discursos, emergiram duas categorias:

Cuidados anteriores à residência terapêutica:

Três subcategorias compõem esta categoria:

- a) Nunca recebeu cuidados: *de ninguém, não, não* (E_{13}).
- b) Não sabe/ Não lembra se recebeu cuidados: *eu não sei não* (E_3); *num me lembro não* (E_3).
- c) Cuidados recebidos de parentes: *quem melhor cuidou de mim foi minha mãe...* (E_{21}).

A análise das duas primeiras subcategorias nos permite inferir que o cuidar e os cuidados são percebidos através de sua ausência, daquilo que faltou ou não pode ser recordado. Se lembrarmos que o cuidar e os cuidados nos constituem como pessoas, podemos vislumbrar o dano que a ausência de cuidados produziu nessas pessoas. Mais uma vez, somos convocados a pensar se a ausência de cuidados, ou da memória dos cuidados, está associada ao transtorno mental, ou se as experiências decorrentes do longo tempo de hospitalização apagaram antigas memórias do cuidar, restando-nos ainda a possibilidade de levantar a hipótese que o transtorno mental, associado às precárias condições de tratamento, tenha apagado memórias muito antigas do cuidar/cuidado.

Na terceira subcategoria, está expressa a força dos laços familiares nas memórias relativas ao cuidar. Nesse caso, nem o transtorno mental, nem a longa hospitalização apagaram as marcas dos cuidados recebidos.

Cuidados atualmente recebidos na residência terapêutica:

Foram identificadas as seguintes subcategorias:

- 1) Cuidados materiais: *dinheiro, comida...* (E_{11}).
- 2) Cuidados genéricos: *eu recebo cuidado aqui (RT)* (E_4).

- 3) Recuperação da capacidade de autocuidado: *quando é de manhã tomo banho, passo perfume* (E_3).
- 4) Atualmente não recebe cuidados: *eu não recebo nada não* (E_6).

Os textos oficiais sobre as residências terapêuticas norteiam as inferências que empreendemos sobre as subcategorias identificadas. Evidencia-se que as subcategorias, “Cuidados materiais” e “Cuidados genéricos”, são respostas diretas às necessidades básicas dos portadores de transtornos mentais egressos de longas internações psiquiátricas (PREFEITURA..., 2007).

Através da subcategoria “Recuperação da capacidade de auto-cuidado”, inferimos que os entrevistados, ao executarem cotidianamente hábitos de higiene, tais como tomar banho, escovar os dentes, perfumar-se, dizem-nos do resgate da capacidade de autocuidarem-se, ou seja, de exercerem autonomia sobre seu próprio corpo. O desaparecimento de comportamentos simplórios - como os executados na higiene corporal -, no caso do transtorno mental, indica que o corpo pode deixar de ser um instrumento apto para o autocuidado em momentos de crise, o que nos leva a recordar que o cuidado é primeiro e fundamentalmente autocuidado (CAPONI, 1997).

Com relação à última subcategoria, denominada “Atualmente não recebe cuidados”, tomamos conhecimento que alguns entrevistados afirmam não estarem recebendo cuidados nas residências terapêuticas.

Quando recebemos cuidados sentimos...

Para realizar inferências sobre os discursos, recorreremos ao pressuposto que afirma que o cuidar/cuidado só acontece com a transmissão de sentimentos (SILVA, et al, 2000). Verificamos que, embora cada indivíduo vivencie sensações e sentimentos de modo singular após receberem cuidados, foi possível identificar quatro categorias:

- a) Sentimentos positivos: *feliz, com amor, carinho* (E_{18}).
- b) Sentimentos negativos: *quando eu recebo cuidados eu fico, eu fico... fico estressado* (E_5).
- c) Sentimentos indefinidos: *às vezes eu me sinto bem e ao mesmo tempo não, porque não gosto de ser pesada prá ninguém ... eu nunca fui* ($E_{17'}$).
- d) Não sabe/ Não sente nada ao receber cuidados: *eu num sinto nada* (E_3).

Os “sentimentos positivos” prevalecem entre aqueles que foram relatados pelos entrevistados após receberem cuidados. Considerando que o cuidado tende a se manifestar quando são estabelecidas relações, os sentimentos de amor e cuidado - quando presentes - abrem caminho para um novo e profundo tipo de cuidado: o cuidado transpessoal. Uma relação de cuidado quando beneficia quem cuida e quem recebe cuidados estende-se para a natureza e o universo (SILVA, et. al., 2000).

Com relação aos “sentimentos negativos”, as verbalizações nos permitem inferir que os cuidados estão repercutindo no indivíduo de forma inadequada, não suprimindo necessidades, nem suscitando a real essência do que seja o cuidar.

Ao analisarmos esses discursos, evidencia-se que não basta apenas conhecer as necessidades da pessoa de que cuidamos, é fundamental reconhecer seus sentimentos, uma vez que essa é uma das formas que conduz à prestação do cuidado real, daquele cuidado que diminui o sofrimento tanto em sua manifestação física quanto psíquica (GEORGE; LEININGER, 1993).

Qualidades de um cuidador

Os entrevistados nos apontaram qualidades que caracterizariam um bom cuidador. Nessa vertente dos discursos, identificamos três categorias:

- a) Possuir condições (Intelectuais e materiais, Habilidades, Saúde): *a pessoa deve ter inteligência... (E₇); é ter saúde... (E₁₉); de remédio, comprimido prá tomar... me dá lanche, almoço e janta... (E₈).*
- b) Exercitar virtudes: *deve ter humildade, né, humilde, manso de coração... (E₄).*
- c) Não sabe explicar: *eu num sei não, num sei explicar não (E₃).*

A primeira categoria, nomeada por “**possuir condições**”, expressa as percepções dos moradores acerca de qualidades apontadas como essenciais para o cuidador, quais sejam: condições intelectuais e materiais, apresentar habilidades e ter saúde.

Ao evocarem o exercício de virtudes como qualidade do cuidador, os entrevistados voltam a fazer referências aos sentimentos positivos anteriormente discutidos. O cuidador deve experimentar os mesmos sentimentos vivenciados por eles ao receberem cuidados, ou seja, o cuidador deve ser espelho de ações que transmitam

sentimentos positivos, tais como amor, carinho, atenção. É válido ressaltar que, para cuidar, é necessário aceitar a pessoa não somente como ela é, mas também como ela poderá vir a ser (CARVALHO; MELO; MULLER, 2002).

Por último, alguns dos entrevistados dizem não saber explicar que qualidades são importantes para o desempenho das tarefas do cuidar.

Gostaríamos de receber os seguintes cuidados...

Encerrando a entrevista, buscamos identificar quais os cuidados que os moradores das residências terapêuticas gostariam de receber. Como respostas a essa indagação obtivemos os resultados apresentados em três categorias:

- a) Cuidados materiais: *o dinheiro, tirar o dinheiro* (E_1).
- b) Cuidados psíquicos: *o amor da minha família* (E_4).
- c) Não sabe/Não lembra: *sei não, não tenho idéia não...* (E_7).

Consideramos esta como uma das questões mais marcantes em nosso estudo, cuja análise nos remete a uma específica demanda: de que cuidados necessitam os moradores das residências terapêuticas?

Quando declararam que gostariam de receber “cuidados materiais” e “cuidados psíquicos”, os entrevistados verbalizaram anseios associados a necessidades e desejos pessoais que são concretamente identificados através da expressão da necessidade de “*dinheiro*” ou do desejo de “*carinho de mãe*”.

A expressão de necessidades que podem ser supridas através do dinheiro nos revela que os entrevistados desejam bens materiais que

não fazem parte de seu cotidiano, fato que, contextualizado em suas histórias de vida, é perfeitamente compreensível. Recordamo-nos das dificuldades materiais relatadas como inerentes à história familiar e aquelas vivenciadas em um contexto hospitalar caracterizado pela falta.

A segunda categoria intitulada “Cuidados psíquicos” é uma menção ao que os moradores desejam receber em termos afetivos. À semelhança de todos nós, os moradores das residências terapêuticas desejam receber carinho, amor e atenção daqueles que lhes são significativos.

Por último, deparamo-nos com aqueles discursos que indicam que o entrevistado “não sabe/não lembra” dos cuidados que gostaria de receber. Observamos que essas respostas foram frequentes em vários momentos das entrevistas, o que nos possibilita inferir que podem indicar limitações decorrentes do transtorno mental crônico.

A título de considerações finais

À guisa de encerramento, apresentamos pontuações que resultam da associação entre os resultados obtidos e as experiências vivenciadas na execução desta investigação. Tais pontuações objetivam conduzir o leitor primeiro a recuperar, de forma sumária, as ideias até aqui expostas e, segundo, possibilitar reflexões capazes de ampliar o entendimento acerca das percepções e dos sentidos atribuídos ao cuidar e aos cuidados pelos portadores de transtorno mental que, atualmente, têm por moradia as residências terapêuticas.

- a) Investigar o cuidar e os cuidados recebidos por pessoas portadoras de transtornos mentais nos induz à reflexão sobre a nossa história particular e profissional de cuidados.

- b) Eleger o cuidar e os cuidados como objetos de investigação científica exige um mergulho na Filosofia e nas Teorias que exploram esse fenômeno em suas diversas formas de manifestações.
- c) As Teorias consultadas apontam o cuidar e os cuidados como essenciais e extensivos a todas as dimensões da existência humana.
- d) O cuidar só se manifesta quando são estabelecidos vínculos, conexões afetivas.
- e) O cuidar não pode ser restrito à execução de procedimentos técnicos, pois é uma atitude ética, um compromisso assumido para conosco, para com os outros e para com o mundo.
- f) O esclarecimento intelectual, advindo das teorizações sobre o cuidar, tende a ampliar horizontes e possibilitar a apreensão de muitos dos sentidos apostos ao cuidar.
- g) A produção de sentidos e a percepção dos mesmos não é privilégio das pessoas ditas “normais”, podendo e devendo ser investigadas entre todos aqueles que, estando doentes, encontram-se em situação de fragilidade.
- h) O sofrimento psíquico decorrente dos transtornos mentais e dos tratamentos propostos para os mesmos é historicamente marcado pela ausência de cuidados, tanto sociais quanto profissionais.
- i) Faz-se necessário divulgar que as residências terapêuticas são novos *lôcus* para atendimento das necessidades dos portadores de transtornos mentais, em especial dos egressos dos hospitais psiquiátricos e, simultaneamente, poderosos recursos de reabilitação psicossocial.

- j) Uma residência, mesmo que revestida de características terapêuticas, é o local, por excelência, para viver a vida privada, para ordenar o cotidiano, para experimentar o aconchego da intimidade. É um lugar para experimentar a segurança.
- k) As percepções verbalizadas e os sentidos atribuídos ao cuidar foram e são, constantemente, elaborados e reelaborados tendo por base a história de vida dos portadores de transtornos mentais.
- l) Os moradores das residências, ao dividirem conosco suas percepções, permitiram-nos apreender que o cuidar se manifesta objetiva e subjetivamente. No plano subjetivo, destaca-se a falta produzida pela ausência de cuidados que, de tão profunda, chega a impedir a verbalização. Também foi privilegiado o sentido do cuidar que ganha a forma da expressão de afeto usualmente presente nas relações familiares. Ainda foram apreendidos sentidos indicativos que o cuidar conduz a reflexões sobre a existência. Em termos objetivos, foi-nos apontado que o cuidar se manifesta através da execução de tarefas que tipificam a vida cotidiana.
- m) Os discursos indicam que a necessidade de cuidados é prioritariamente percebida como necessidade de outros.
- n) Ao comparar os cuidados anteriormente recebidos àqueles atualmente prestados nas residências, os moradores indicam ter vivenciado experiências distintas. As experiências do cuidar anteriores à residência terapêutica são, mais uma vez, marcadas pela ausência concreta ou pela ausência de memórias relativas aos cuidados um dia recebidos. Já os cuidados atualmente recebidos são verbalizados em termos concretos ou como possibilidades de recuperação da capacidade de autocuidado.

- o) Os sentimentos experimentados pelos entrevistados, ao se sentirem cuidados, variam entre positivos, negativos e indefinidos. Também constatamos que é possível receber cuidados e não saber expressar o sentimento vivenciado. Maior estranhamento se instaura quando verificamos que é possível não sentir nada ao receber cuidados.
- p) O cuidador descrito como dotado de qualidades ideais é aquele que demonstra possuir condições intelectuais, matérias, ter habilidades e humildade ao executar os cuidados demandados.
- q) Os cuidados nunca recebidos são expressos através do desejo de posse de dinheiro e de amor, amor que é diretamente associado à família.

Em se considerando tudo que aqui se disse e lembrando que *pensar* é sinônimo de *cuidar*, é possível, sim, parafrasear-se Descartes, afirmando: “Cuido, logo existo”.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições, 2006.

BISON, R. A. P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de Enfermagem**. 2003. 131f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: USP, 2003.

BOCK, A. M. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 1988.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Portaria 106/2000 GM, de 11 fev. 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília (DF), 21 fev. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência de Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

CALDAS, C. P. **O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial**. 2000. Tese (Doutorado em enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

CAPONI, G. Concepção do cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Rev. Texto Contexto-Enferm**, v. 6, n. 2, p. 51-56, 1997.

CARVALHO, E. C.; MELO, A. S; MULLER, M. O significado do cuidar para enfermeiros oncológicos. In: Brazilian Nursing Communication Symposium, 8, 2002, São Paulo. **Proceedings online...** São Paulo: EERP-SP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200016&lng=en&nrm=abn>. Acessado em: 11 mai. 2007.

CECCARELLI, P. O Sofrimento Psíquico na Perspectiva da Psicopatologia Fundamental. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005.

CORDEIRO, J.C.D. **Manual de Psiquiatria Clínica**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CREVATIN, A. LOAS - Benefício Assistencial, 2006. Disponível em: <www.institutoabrace.com.br/. Acessado em: 27 mai. 2009.

DANTAS, M. A.; TOBLER, V. L. *O sofrimento psicológico é a pedra angular sobre a qual repousa a cultura de consumo*, 2003. Disponível em: www.psicologia.com.pt/artigos/imprimir.php. Acessado em: 28 set. 2009.

FACCHINETTI, C. Philippe Pinel e os primórdios da medicina mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 11, n. 3, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000300014-&script=sci_arttext. Acessado em: 04 jul. 2009.

GEORGE, J.B.; LEININGER, M. **Teorias de Enfermagem**: Porto Alegre, 1993.

GOBBO, A.F.F. Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico acerca da terapêutica medicamentosa a que a mesma está submetida. In: **VIII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental**. Ribeirão Preto: Maxi Color, 2004. p. 87.

GUIMARÃES, J., et al. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 5-11, 2001.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Nova Cultural, 1989.

OLIVEIRA, M.A.F.; COLVERO, L.A. A saúde mental no programa saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: USP/IDS/MS, 2001.

PREFEITURA Municipal de Campina Grande. Disponível em: <<http://www.portal.pmcg.pb.gov.br?page=2067a=345>>. Acessado em: 04 fev. 2007.

REINALDO, M. A. S.; ROCHA, R. M. Visita Domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Rev Eletrôn Enferm**, v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002.

SALES, C. A. **O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico**. 1997. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). São Paulo: UNIFESP, 1997.

SILVA, J. P. L. et al. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 505-511, 2000.

SILVA, J. P.; BARROS, S. O farmacodependente e suas percepções sobre a internação psiquiátrica. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 32-40, 2006.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de ilhéus - BA. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 90-99, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social** – O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. São Paulo: Cortez, 1997.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WITIUK, I. L.; SILVA, R. C. R. **Família do portador de transtorno mental: vítima o vilã?** 2003. Disponível em: http://www.cpihts.com/2003_07_06/Ilda_lop.htm. Acessado em: 20 mai. 2009.

WOLFF, L. D. G. et al. Cuidar/cuidado: elementos e dimensões na perspectiva de pessoas internadas em hospital de ensino. **Cogitare Enferm**, v. 3, n. 1, p. 32-39, 1998.