UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Neila Sprioli

Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores profissionais com pacientes psiquiátricos em moradias

Ribeirão Preto

2010

Neila Sprioli

Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde

Orientadora: Profª. Drª. Maria Cristina Silva Costa

Ribeirão Preto

2010

Folha de Aprovação

Nome: Neila Sprioli

Título: Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof. Dr._____

Instituição:_____assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____assinatura:_____

Prof.Dr._____

Instituição:_____assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Todas as equipes de saúde têm pontos fortes e fracos e quase todas se esforçam para avaliar a eficácia de seu trabalho.

As equipes de cuidadores de moradias assistidas e residências terapêuticas, mesmo sem consciência da importância da avaliação da eficácia de seu trabalho, têm oferecido relevantes experiências para tantos moradores, institucionais ou não, além de para nós, profissionais que acompanhamos e participamos das mudanças produzidas por meio de sua dedicação e empenho cotidianos. Às equipes de cuidadores da área de saúde mental dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma muito especial à minha orientadora, Maria Cristina Silva Costa, pelo constante companheirismo, incentivo e colaboração, que tornaram possível o encaminhamento e a conclusão deste trabalho, nos vários momentos em que ele esteve ameaçado pela falta de tempo e pelo cansaço, condições contrárias à execução de uma boa pesquisa. Sinceramente, muito obrigada.

Outro agradecimento, também especial, aos queridos Luís Godoy, Maurício Gwyer e Mônica Cadei, que desafiaram a distância e a separação com atenção e carinho preciosos.

RESUMO

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

Este trabalho foi projetado a partir de experiência vivida no Instituto Nise da Silveira, Rio de Janeiro/RJ. Nesta instituição, como em outras, as mudanças estruturais efetuadas no contexto da Reforma Psiquiátrica se configuram como um dos maiores desafios colocados tanto para a assistência na área de saúde mental, quanto para a legislação que a regulamenta, considerando-se a imensa clientela de pacientes moradores das instituições psiquiátricas e os problemas que se apresentam às transformações empreendidas. No bojo das mudanças que afetam essa clientela despontam os serviços residenciais terapêuticos e o trabalho do cuidador profissional, figura de grande importância nas ações para o desmantelamento do aparato manicomial. Esta pesquisa objetiva analisar o processo do cuidado de pacientes psiquiátricos em moradias assistidas e residências terapêuticas, com atenção à formação e ao treinamento do profissional cuidador. Define-se como pesquisa qualitativa, que utiliza o método etnográfico e se apoia, teoricamente, na Antropologia Interpretativa para a análise dos significados das práticas e concepções relacionadas com o trabalho do cuidador nesses dispositivos residenciais. As técnicas utilizadas na pesquisa constituíram-se de observação direta e entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa desenvolveu-se durante o segundo semestre de 2008 e primeiro semestre de 2009, nas moradias internas do Instituto Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, e nas residências terapêuticas de seu entorno. Os sujeitos principais da pesquisa foram cuidadores (11) e os sujeitos secundários supervisores (4) que trabalham nos referidos espaços. Os dados coletados permitem refletir a respeito da importância do trabalho do cuidador profissional e sobre como ele se insere nas equipes de assistência em saúde mental, tendo como pano de fundo as novas regras que propõem a assistência para a clientela institucionalizada a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Durante a realização da pesquisa, observou-se certa diversidade na compreensão do trabalho, tanto por parte de cuidadores como de supervisores. Esta diversidade, contudo, é mais reveladora dos desafios e da riqueza de ações de um trabalho ainda em construção do que de suas deficiências. As principais conclusões dizem respeito ao vínculo que se estabelece entre cuidadores e moradores, à possibilidade de discussão regular do trabalho em supervisão, ao impacto dos diferentes equipamentos de moradia no cotidiano de profissionais e pacientes, e às mudanças comportamentais observadas nos moradores, que permitem constatar o processo de reabilitação em curso.

Palavras-Chave: Cuidadores; Assistência em Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Serviços Residenciais Terapêuticos; Reabilitação; Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

SPRIOLI, N. **Care in the New Time: The work of professional caregivers with psychiatric patients in houses.** 2010. Dissertation (MA) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

This work was designed from experience at the Institute Nise da Silveira, in Rio de Janeiro / RJ. In this institution, as in others, structural changes that have been made, stand as one of the greatest challenges both for the assistance in the area of mental health, as for the legislation that regulates it; considering the huge clientele of patients who lives in psychiatric institutions and the problems that arise for transformations undertaken. In the midst of changes that affect these clients emerge the residential health care and the work of the professional caregiver, a figure of great importance in the actions for the dismantling of the asylum apparatus, foreseen in the new guidelines for psychiatric care in Brazil. This research aims to analyze the process of care of psychiatric patients in care homes and residential treatment, the formation and training of professional caregivers. It is defined as qualitative research that uses the ethnographic method and is based theoretically, in the Interpretative Anthropology for the analysis of the meanings of practices related to the work of the caregiver in these residential devices. The techniques used in the research were consisted of direct observation and semi-structured interviews. The search was conducted during the second half of 2008 and the first half of 2009, in the spaces of housing within Nise da Silveira Institute, in Rio de Janeiro, and in the therapeutic residences of its surroundings. The main subjects of the search were the caregivers (11) and the secondary subjects were the supervisors (4) who have worked in these spaces. The data collected allow us to reflect the importance of the work of the professional caregiver, and how he inserts into teams of mental health care, having as background the new rules which propose assistance for customers institutionalized as from Brazilian Psychiatric Reform. During the research, it was observed certain diversity on understanding the work, by both the caregivers and the supervisors. This diversity, in preliminary analysis, indicates mainly the challenges, and the richness of the actions of a work under development than the deficiencies. The main conclusions concern to the bond established between caregivers and residents, the possibility for a regular discussion under supervision, the impact of different equipments of the dwelling house in the everyday professionals and patients, and behavioral changes observed in residents that give us the possibility to check the rehabilitation process.

Keywords: Caregivers, Mental Health Assistance, Mental Health Services, Assisted Living Facilities; Rehabilitation; Health Manpower.

RESUMEN

SPRIOLI, N. **Cuidar en Nuevo Tiempo: el trabajo de cuidadores profesionales con pacientes psiquiátricos en moradas**. 2010. ,,,,f. Disertación (Maestría) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Este trabajo fue proyectado a partir de experiencia vivida en el Instituto "Nise da Silveira", Rio de Janeiro/RJ. En esta institución, como en otras, los cambios estructurales que han sido efectuados se configuran como uno de los mayores desafíos propuestos tanto para la asistencia en el área de salud mental, como para la legislación que la regula, considerando la inmensa clientela de pacientes moradores de la instituciones siquiátricas y los problemas que se presentan en relación a las transformaciones iniciadas**.** En el centro de los cambios que afectan a esa clientela aparecen los servicios residenciales terapéuticos y el trabajo del cuidador profesional, figura de gran importancia en relación a las acciones que pretenden el desmantelamiento del aparato manicomial previstos en la nuevas directrices para la asistencia siquiátrica brasilera. Esta investigación objetiva analizar el proceso de cuidado de pacientes siquiátricas en moradas asistidas y residencias terapéuticas, la formación y el entrenamiento del profesional cuidador. Se define como investigación cualitativa, que utiliza el método etnográfico y se apoya, teóricamente, en la Antropología Interpretativa para el análisis de los significados de las prácticas y concepciones relacionadas con el trabajo del cuidador en estos dispositivos residenciales. Las técnicas usadas en la investigación utilizan como base la observación directa y entrevistas semi- estructuradas. La investigación se desarrolló durante el segundo semestre de 2008 y el primero semestre de 2009 en los espacios de moradas internas del Instituto Nise da Silveira, en Rio de Janeiro y las residencias terapéuticas próximas al Instituto. Los sujetos principales de la investigación son cuidadores (11) y sujetos secundarios supervisores (4) que trabajan en los referidos espacios. Los datos recolectados permiten reflexionar sobre la importancia del trabajo del cuidador profesional y como él se relaciona con los equipos de asistencia en salud mental, utilizando como base las nuevas orientaciones que se proponen para la asistencia de la clientela institucionalizada a partir de la Reforma Siquiátrica brasilera. Durante la realización de la investigación se observo cierta diversidad en relación a la comprensión del trabajo por parte de los cuidadores y de los supervisores. Esta diversidad, en un análisis preliminar, apunta mucho mas para los desafíos y la riqueza de las acciones de un trabajo que se esta construyendo, en vez de apuntar sus deficiencias. Las principales conclusiones se refieren al vínculo que se establece entre cuidadores y moradores, a la posibilidad de discusión continua en el trabajo de supervisión, al impacto de la infraestructura de moradas en el cotidiano de profesionales y pacientes y a los cambios de comportamiento observados en los moradores, que permiten constatar el proceso de rehabilitación en curso.

Palabras-clave: Cuidadores; Atención en Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Instituciones de Vida Asistida; Rehabilitación; Recursos Humanos en Salud.

SUMÁRIO

Página

1. INTRODUÇÃO..... 10

2. DIALOGANDO COM ALGUNS AUTORES ACERCA DO PROBLEMA DE PESQUISA..... 17

2.1. Ação Clínica Extramanicomial..... 17

2.2. Assistência em Moradias Assistidas e Residências Terapêuticas..... 20

2.3. O "Cuidado" nos Novos Serviços e As Atividades de Vida Diária..... 23

3. OBJETIVOS..... 28

4. METODOLOGIA..... 29

4.1. Definição do Lócus da Pesquisa..... 29

4.2. Percurso Metodológico.....

4.3. Definição dos Sujeitos da Pesquisa..... 33

4.4. Considerações Éticas e Período de Realização da Pesquisa..... 34

5. ESTANDO LÁ: SOBRE A PESQUISA DE CAMPO..... 36

5.1. O Cenário..... 36

5.1.1. Instituto Nise da Silveira..... 36

5.1.2. Moradias assistidas e residências terapêuticas..... 36

5.2. Os Atores..... 41

5.3. Unidades de Significados Identificadas..... 43

6. QUANDO O HOSPITAL VIRA CASA..... 45

6.1. Núcleo de Reabilitação e Integração Social do Instituto Nise da Silveira..... 45

6.1.1. Pensão Mista..... 45

6.1.2. Pensão Nova..... 46
6.1.3. Casa Nova..... 47
6.1.4. Casa Verde..... 48

7. CUIDAR EM NOVO TEMPO..... 62
7.1. O Profissional Cuidador..... 62
7.2. O Trabalho do Cuidador..... 63
7.3. Formação e Capacitação do Profissional Cuidador..... 70
7.4. Discussão sobre o Trabalho e Supervisão..... 73

8. O QUE MUDA?..... 86
8.1. Os Cuidadores Profissionais: de paciente a morador..... 86
8.2. As Supervisoras: “agora eles estão em casas”..... 92
8.3. Os Moradores: “eu já vou voltar pra casa”..... 96
8.3.1. Primeira História..... 96
8.3.2. Segunda História..... 97
8.3.3. Terceira História..... 98

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 101

10. REFERÊNCIAS..... 105

APÊNDICE..... 109

ANEXO..... 112

1. INTRODUÇÃO

Na origem da proposta desta pesquisa está experiência de sua autora, terapeuta ocupacional, no início da década de 2000, como supervisora de equipe de cuidadores na moradia masculina do antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, no Rio de Janeiro/RJ.

Durante o ano de 2000, iniciaram-se várias modificações nas ações oferecidas aos moradores do Instituto Nise da Silveira. Naquela data se configurou, objetivamente e sob única coordenação, o Programa de Moradias, que reuniu diferentes espaços e grupos de moradores (mais ou menos comprometidos, com autonomias diferentes etc).

O Programa compreendia, na época: república, pensão masculina e feminina, chalé e Casa do Sol. A experiência relatada aconteceu na Casa do Sol, antiga Unidade Hospitalar Professor Adauto Botelho (UHPAB), que concentrava clientela numerosa de internos crônicos moradores (mesmo submetida ao Programa de Moradias, a Casa Sol tinha uma coordenação à parte, devido a seu tamanho e complexidade hospitalar).

Entre as diversas mudanças que começaram a ser efetivadas na Casa do Sol, no período de 2000 a 2002, estavam modificações em suas enfermarias, com o objetivo de melhorar o cuidado e o cotidiano dos internos, oferecendo a eles espaços com caráter de moradia.

> Naquela época, a Casa do Sol era composta por quatro setores (antigas enfermarias de moradores): dois masculinos e dois femininos, com clientes com até cinquenta anos de internação e entre 20 e 26 moradores, aproximadamente, em cada setor. No prédio ainda funcionavam os de internação e assistência à crise (de média e curta permanência), atualmente sob outra gerência. Hoje, na Casa do Sol não há mais moradia, apenas os setores de atenção à crise, com coordenação e supervisão próprias.

Em 2003, o projeto contratou, além de médico (1), outros profissionais de nível superior (4) que fariam a supervisão dos setores, técnicos de enfermagem (8) e um grande número de cuidadores profissionais (em torno de 40). Pretendia-se que cada setor tivesse em média entre oito e dez cuidadores divididos em dois turnos, um profissional de nível superior em cada setor e dois técnicos de enfermagem circulando pelos quatro setores (antigas enfermarias 24h). Foi montada, ainda, uma equipe de enfermagem (24h) com supervisão própria, fora dos setores.

Assim, na implantação do projeto visava-se contemplar o atendimento de necessidades que caracterizam, em geral, a assistência psiquiátrica: a complexidade e a singularidade do sofrimento psíquico convocam várias disciplinas e profissionais, no campo da Saúde Mental, para o cuidado dos doentes. Esta convergência ocorre em adequação com o caráter processual da intervenção e a diversidade de abordagens exigida pela assistência.

No Programa de Moradias, assim como na cena atual da assistência psiquiátrica, um novo personagem assumia um papel importante, porém ainda pouco discutido: o cuidador profissional. Ele é fundamental tanto para a "desconstrução" do aparato manicomial quanto para a inserção de pacientes psiquiátricos em novas possibilidades de assistência e tratamento de fato (HONORATO; PINHEIRO, 2007), notadamente, nas moradias assistidas e nas residências terapêuticas (as primeiras localizadas no interior de instituições, as outras, na comunidade).

Com a intenção de afetar o cotidiano dos pacientes crônicos, mesmo permanecendo submetidos a uma dinâmica hospitalar, objetivava-se introduzir mudanças em alguns setores que repercutissem em redução dos prejuízos decorrentes dos anos de institucionalização. Até há pouco tempo, o “tratamento” oferecido a esses moradores não era diferente de qualquer outra enfermaria de um grande hospício: medicação e contenção.

A assistência precisava se adequar às mudanças nas expectativas da psiquiatria que, a partir da na década de 1980, passaram a se orientar prioritariamente para a reabilitação dos pacientes psiquiátricos:

> A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito "habilitador". (SARACENO, 1999, p. 112).[1]

A tarefa enorme e complexa, que se apresentava a um trabalho que visava à reabilitação do paciente psiquiátrico, demandava a definição das diretrizes para a intervenção no plano concreto, de maneira a possibilitar a construção de sua cidadania. Pois, como afirma Saraceno (1999, p. 18),

---

[1] Referências organizadas em ordem alfabética (normas ABNT, 2009).

> A cidadania do paciente psiquiátrico não é simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível.

Entre as ações, o imenso trabalho que se impunha exigia:

- resgate da cidadania através de pesquisa de identidade e viabilização de documentação;
- tratamento médico (considerando as complicações clínicas advindas da idade e mesmo produzidas ao longo de anos de uso excessivo de medicamentos);
- consultas psiquiátricas regulares e individuais, com reavaliação das medicações anteriormente reproduzidas mensal e automaticamente;
- autonomia das atividades de vida diária dos moradores e vida prática daqueles que circulavam mais;
- inserção dos moradores em serviços de atenção diária;
- reaproximação do morador com seus familiares, quando possível, e do familiar com o serviço;
- preparação para as moradias externas;
- resgate da história de vida para discussão de projeto terapêutico;
- organização e registros nos prontuários do acompanhamento feito.

Para colocar o trabalho em andamento, discutiram-se estratégias e como se daria a organização da equipe, que previa um atendimento mais individualizado do que o realizado até então. Entre as muitas ações necessárias para a implementação desse atendimento, destacaram-se: divisão dos cuidadores que trabalhavam com determinado número de moradores como referência; supervisão semanal realizada pelo técnico de nível superior com os cuidadores do setor; reunião de cuidadores e técnicos com a coordenação do projeto para que as ações pensadas fossem discutidas nas várias instâncias da implementação; supervisão das equipes de enfermagem para discussões das novas ações.

É importante ressaltar que se projetava um trabalho que seguisse as perspectivas de reabilitação previstas no novo modelo de assistência psiquiátrica, em conformidade com a "necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial" (Portaria n.106 – Ministério da

Saúde, 2002, p. 85).

A assistência integral voltada à reabilitação, dentro dos novos moldes, demandou dos cuidadores, assim como de toda a equipe recém contratada, um período de debate e interiorização das novas regras do projeto, além de familiarização com espaços e futuros clientes. Assim, quando chegaram efetivamente aos postos de trabalho, os cuidadores profissionais conheciam razoavelmente a proposta. No entanto, só a experiência e o contato no dia a dia do serviço foram capazes de dar a verdadeira dimensão das ações efetivas necessárias à reabilitação do morador psiquiátrico com muitos anos de institucionalização e todas as perdas consequentes.

O perfil dos moradores referidos, neste caso, apresentava diferentes aspectos: homens, adultos com idades entre 19 e 91 anos, diagnósticos de autismo ou psicose, histórico de alcoolismo, drogadição, e uma grande parte de deficientes mentais, muitos deles ainda com problemas clínicos, além dos psiquiátricos. Entretanto, é bom lembrar que o traço mais comum e grave entre todos eram os prejuízos advindos do isolamento institucional.

Acostumados com a presença de poucas pessoas circulando pelo setor, pois as enfermarias psiquiátricas tinham quase sempre um ou dois auxiliares por plantão, os moradores depararam-se com a introdução do grupo dos cuidadores profissionais, em número bem maior, com características diferentes dos auxiliares a que estavam habituados e, em expressiva maioria, constituído por mulheres.

Então, seja pelo número ou pelo sexo dos cuidadores, os moradores reagiram de forma marcante. Num primeiro momento, não houve morador que não demonstrasse alguma forma de reação. Alguns, com crises de agressividade (principalmente entre eles mesmos, raras vezes dirigidas ao cuidador); outros se isolaram mais ainda do que acontecia antes, negando radicalmente a possibilidade inicial de contato (alguns cuidadores só conseguiram aproximar-se depois de meses no setor); houve aqueles que "colaram" nos cuidadores, vigiando-os; os que ficaram como curiosos observadores de cada passo ali dentro e, ainda, alguns pareceram perdidos entre as ações dos novos profissionais e a dos auxiliares, já conhecidos. Os auxiliares, por sua vez, também reagiram com resistência e estranheza, com evidente repercussão nos moradores.

Na primeira entrevista dos supervisores com os cuidadores profissionais, abordava-se como seria o contato com a loucura. Isto constituía fonte de

preocupação para os supervisores, pois a grande maioria dos cuidadores não detinha qualquer formação na área, além de curso oferecido por organizações não governamentais (ONGs) que atuam em comunidades do município (por exemplo, a ONG Centro de Apoio e Promoção Social) e a semana de ambientação que tiveram na chegada.

Entretanto, aquilo que era tido como possível limitador da atuação do cuidador revelou-se passível de superação, visto que, muito cedo, os cuidadores perceberam, com surpresa, alguma facilidade na lida com os moradores. Aqueles que apresentavam maior dificuldade tinham suas questões trabalhadas em supervisão e, quando se constatava algum impedimento para a continuidade do trabalho do profissional, discutia-se a possibilidade de troca de setor, ou mesmo o afastamento do projeto, se necessário.

A maioria das ações era debatida em reunião, sendo muitas discussões aprofundadas em supervisão semanal, a partir do que traziam os próprios cuidadores (ideias, receios, dúvidas etc.). Dessa forma, o contato direto com os clientes e seu espaço tão descaracterizado como moradia era a maior fonte de informação.

Feita a divisão de cuidadores entre os moradores, estimulava-se o início das ações, principalmente aquelas voltadas para as atividades de autocuidado, o que se revelava tarefa bastante difícil, diante da ausência de apropriação dos objetos, espaços de dormir e do próprio corpo, pela maioria dos moradores. Mesmo assim, as melhoras na aparência e higiene foram alguns dos pontos mais rapidamente observados por todos, principalmente pelas pessoas externas aos setores, acostumadas a ver moradores em situação de extrema indigência (o que normalmente era entendido como uma suposta “bizarrice” era produzido, no entanto, mais pela falta de cuidado do que pela patologia em si).

A relação criada entre os cuidadores e os clientes de sempre era absolutamente nova. Os moradores se tornaram "visíveis" para todos e, a partir dessa primeira ação (básica para os envolvidos no projeto), várias outras foram construídas. Era preciso sinalizar e ampliar cada pequeno detalhe (quando este não era notado), para que o grupo de cuidadores pudesse perceber as consequências de seu trabalho.

Várias mudanças eram pensadas para o cotidiano do setor, sendo muitas delas conversadas com os próprios moradores, como, por exemplo, a relação entre

alimentação e saúde; medicação, tranqüilidade e agitação; agitação e internação. Discutiam-se fundamentalmente as relações entre os moradores; dos moradores com cuidadores; moradores, cuidadores e objetos; moradores, cuidadores e espaços; obrigações, regras e possibilidades, entre tantas outras relações há muito tempo caladas.

Com esse espírito, embora não sem inúmeras dificuldades, puderam ser constatadas alterações nas refeições; no momento da medicação; na circulação de moradores dentro e fora do espaço de moradia; na presença deles no espaço de tratamento, isto é, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); nas consultas; na presença deles - agora visível - nos diferentes momentos do dia.

À medida que a aproximação entre cuidadores e moradores passava a produzir vínculos importantes para a execução do trabalho, observavam-se transformações significativas, dentre as quais ressaltam: cuidadores e moradores com novas formas de lidar com situações de agressividade, muitas vezes até evitando-as; extinção da contenção no espaço de moradia; diminuição da internação na emergência psiquiátrica, principalmente dos pacientes em que este era o primeiro recurso pensado; participação de grande parte dos moradores em grupos terapêuticos no CAPS, com redução de visitas e atendimentos na moradia; acompanhamento dos moradores em saídas pela comunidade, fazendo compras, visitando familiares; discussão das relações e afinidades entre os moradores; intervenção no espaço físico e rearranjos dos quartos.

Na realidade, uma série de mudanças foi introduzida por novos profissionais inseridos num ambiente de antigas e saturadas regras que, por anos, atuaram na vida de pacientes costumeiramente denominados "institucionalizados", "cronificados", “de difícil abordagem”, com “baixa resposta", ou "resposta pobre ao tratamento”. Ao contrário do que as denominações sugerem, constatou-se grande resposta ao cuidado modificado.

O que se verificou nessa experiência foi a formação de cuidadores em serviço e sem conhecimento teórico prévio. As ações eram discutidas e planejadas de dentro do setor e, seguindo as propostas do projeto, atualizadas e avaliadas semanalmente por todos, em supervisão. Isto ocorria de tal forma que, com o passar do tempo, críticas e sugestões passavam a chegar dos próprios cuidadores, mudando seu papel inicial de executores para prováveis “construtores” do trabalho que se implantava.

Da experiência relatada emergem, entre outras, as questões do papel e das ações dos cuidadores, nos serviços, de sua formação e capacitação, raramente descritas em publicações da área, mas de fundamental importância para a reinserção dos pacientes psiquiátricos num cotidiano de maiores possibilidades de viabilização de tratamento efetivo. Quanto à formação, exige-se dos profissionais tão somente a escolarização restrita ao ensino fundamental e, quanto à capacitação específica para a assistência em saúde mental, encontram-se alguns serviços e instituições que a promovem.

A pesquisa ora proposta, centrada na experiência do cuidador, almeja contribuir para o aprimoramento da assistência a pacientes moradores dos novos dispositivos psiquiátricos residenciais. Discute questões acerca de como tem sido pensada a assistência, quais são os atores nela envolvidos, o volumoso trabalho requerido por ela, como o cuidador é preparado para sua importante tarefa e quais são seus resultados.

2. DIALOGANDO COM ALGUNS AUTORES ACERCA DO PROBLEMA DE PESQUISA

2.1. *Ação Clínica Extramanicomial*

A reflexão sobre as novas diretrizes assistenciais na psiquiatria abre-se em amplo leque de questões, tanto relativas à orientação legal e oficial, no contexto brasileiro, quanto às diferentes práticas que se têm produzido nos serviços alternativos ao modelo asilar. Dentre elas, cada vez mais se evidencia a necessidade de reformulação e ampliação do trabalho com os pacientes "institucionalizados" (aqueles cuja marca é a internação prolongada ou uma série numerosa delas) que estão chegando aos diferentes serviços, seja aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou às moradias, na medida em que avança a redução de leitos psiquiátricos no país. Criar maneiras de fazer esse trabalho de forma contínua é certamente um grande desafio.

A institucionalização, no entendimento cunhado por Basaglia (1991), é

> [...] o complexo de 'danos' derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (AMARANTE, 1996, p. 84).

Considerando esses danos, o trabalho com os pacientes denominados "crônicos", os institucionalizados, precisa ir além da discussão sobre a "baixa resposta" ao tratamento, e chegar à compreensão dos processos de empobrecimento das relações que os levaram a esse estado, ou para isso contribuíram, e elaborar atuações coerentes com o que se pretende.

No processo de desmantelamento do modelo manicomial ou de "desinstitucionalização" (SARACENO, 1999) experimentado atualmente nos dispositivos residenciais terapêuticos, nas suas diversas denominações, a assistência a pacientes moradores se configura como uma estratégia importante de ação. Para a execução da clínica sob tal orientação, é preciso aprender a compartilhá-la com diversos saberes e atores e, especialmente, revisar conceitos,

abrindo para uma nova forma de assistência que abrigue as mudanças necessárias.

Não se pretende, aqui, discutir acerca dos pressupostos e experiências mundiais situados na origem do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma vez que isso está amplamente registrado por autores valorosos das últimas décadas. Entretanto, é importante tê-los presentes nas intervenções efetivas, pois é no dia a dia dos serviços que se realiza muito da construção teórica e prática na Saúde Mental.

A ação clínica extramanicomial deve ser constantemente repensada para que não se configure um abandono tão grave quanto o abandono manicomial, como lembra Saraceno (1999, p. 23):

> [...] o processo de desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/resposta invalidante à doença, e sim, mais freqüentemente, de desospitalização, a qual transferiu multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial.

A experiência italiana de Trieste, por exemplo, compreende o dispositivo residencial a partir de dois vértices: o dispositivo substitutivo ao hospital e o transitório no percurso hospital-comunidade do paciente psiquiátrico.

Autores representativos dessa experiência, como Rotelli (1990), apontam para a importância do entorno social no processo de desinstitucionalização e da utilização de espaços coletivos, naquilo que ele denomina “convivência dispersa”. São três os condicionais deste processo, segundo o autor:

> [...] a construção de uma nova política de saúde mental (...); a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global (...) e, ainda, a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio (ROTELLI, 1990, p. 36).

O trabalho com pacientes psiquiátricos em moradias comuns (não mais somente nos espaços asilares), que proporcionam cotidianos mais ricos em reabilitação psicossocial, não deve caracterizar-se apenas como uma mudança física, estrutural ou uma hotelaria mais humanizada. Ainda que esta mudança seja importante - e ela permite visualizar o progresso da assistência psiquiátrica – crucial é a construção de novas possibilidades de vida para a vasta clientela, que vinha,

desde a criação dos manicômios, afastada do convívio social e de um tratamento efetivo que visasse à reabilitação (FONSECA, 2005).

No Brasil, os CAPS têm, hoje, a tarefa de orientar este trabalho nos âmbitos que ultrapassam seu espaço físico de atendimento, chegando às emergências psiquiátricas, aos grupos terapêuticos, às relações entre os familiares e do paciente e sua comunidade, às residências terapêuticas que têm seus moradores vinculados ao seu serviço. Importante lembrar, também, que o hospital-dia, os CAPS de hoje, ou qualquer outro serviço substitutivo podem se tornar dispositivos institucionais de normatização tão poderosos quanto aqueles que se deseja ultrapassar, conforme registra Pelbart (1993), se as práticas não estiverem sob constante reflexão crítica.

O pressuposto norteador para essa necessária reflexão sempre deve ser a emancipação do paciente:

> [...] a verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto. O problema se tornará não a cura, mas a emancipação (ROTELLI, 1990, p. 91).

Esse trabalho que deve, sobretudo, promover a emancipação, se faz por inúmeros atores, com formações diferentes e compreensões também diversas da prática terapêutica, demandando a revisão da prática tanto quanto da teoria da assistência psiquiátrica (VASCONCELOS, 2006). No processo de desinstitucionalização constata-se, entre outras dificuldades, o fato de profissionais nos novos serviços sequer conhecerem o grau de perdas de muitos dos pacientes institucionalizados, com autonomia e contratualidade comprometidas, nem imaginarem como seria reinseri-los na comunidade. Entretanto, estes pacientes chegam mais e mais aos CAPS.

Isto torna imprescindível, no referido processo, a montagem de residências terapêuticas, assim como o acompanhamento das equipes de cuidadores profissionais. Este é um dos problemas que se explicitam no contato com os cuidadores e na identificação de suas tarefas voltadas à "reabilitação" que, de acordo com Saraceno (1999, p. 112),

> [...] é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por

> todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes.

A assistência voltada à reabilitação, como um novo e ambicioso projeto em construção, envolve dificuldades. Quando Gina Ferreira (FERREIRA & FONSECA, 2000, p. 42), por exemplo, narra a experiência da construção do Lar Abrigado do Instituto Philippe Pinel (RJ), ela comenta sobre o profissional que invade o espaço do morador com sua experiência 'terapêutica'. Com o cuidador profissional, isso não é diferente; ele pode oprimir ou construir modificações substanciais no cotidiano da casa.

Controvérsias e dificuldades constituem parceiros inevitáveis no processo de construção da nova assistência. Isto revela as diferentes facetas e os problemas verificados nos dispositivos e ações desencadeados a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, que retratam os serviços de onde partem as respostas. Nesse sentido, Lancetti (2002, p. 84) afirma: "inserimo-nos positivamente na cultura nacional. Avançamos". Daqui para frente, cabe aos profissionais da área da saúde mental aprofundar as questões colocadas, buscando a coerência de discursos, práticas e objetivos.

Algumas décadas depois de deflagrada a Reforma Psiquiátrica no país e com muito trabalho construído, apesar de resistências e dificuldades encontradas (muitas delas dentro do próprio sistema de saúde), vive-se um momento de criar novos dados para a avaliação do trabalho realizado e identificar os atores dessa construção, de forma a rever, aprimorar e/ou legitimar o que foi alcançado.

A experiência brasileira e a extensa literatura na área da Saúde Mental fundamentam o reconhecimento de que as residências terapêuticas (RT), assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornaram-se instrumentos fundamentais para implantar o novo modelo assistencial comunitário pretendido pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, com vistas à substituição do modelo hospitalocêntrico.

2.2. *Assistência em Moradias Assistidas e Residências Terapêuticas*

Nos novos serviços de assistência psiquiátrica, duas características ganham maior relevo: a) a conjugação de assistência e moradia; b) o trabalho do cuidador,

esteio dos serviços residenciais terapêuticos.

Estes serviços apresentam-se sob duas formas, dentro e fora das instituições psiquiátricas. É preciso destacar que a residência terapêutica (RT), de acordo com a legislação elaborada a partir de 2000 (que insere o Serviço Residencial Terapêutico na rede SUS através da portaria 106 do Ministério da Saúde), é somente aquela inserida na comunidade (BRASIL, 2002). As moradias localizadas no interior da instituição não são consideradas RT; por isso, mantêm-se, neste trabalho, as distintas nomenclaturas: RT e moradia assistida.

Os dispositivos residenciais terapêuticos são essenciais para a tarefa da "desinstitucionalização", que corresponde à devolução para a comunidade da responsabilidade por seus doentes, no entendimento de Delgado (1987). Ela exige o deslocamento das práticas desenvolvidas no hospital para as ações de cuidado realizadas na comunidade.

Indiscutível é a importância das RT, além de outros serviços, para a implementação do novo modelo assistencial comunitário proposto pelas diretrizes da Coordenação Nacional de Saúde Mental, com vistas à substituição do modelo manicomial. Para isso, é necessário garantir condições de moradia e serviços direcionados para a reabilitação psicossocial, suficientes e adequados a uma clientela bastante numerosa de ex-internos de longa data, em todo o Brasil. Delgado (2006, p. 20.) ressalta a "importância estratégica desse dispositivo para tornar realizável e segura a redução significativa de leitos de características asilares".

As experiências internacionais com proposta semelhante de trabalho envolvendo pacientes psiquiátricos são várias e importantes; entretanto, não serão abordadas aqui. As atenções deste trabalho concentram-se no caso brasileiro. No Brasil, a ideia desse dispositivo como alternativa e também como suporte para a assistência começa a surgir timidamente na década de noventa, mas se legaliza como dispositivo da rede pública, em 2000, com a referida portaria do Ministério da Saúde de número 106 (BRASIL, 2002).

Entre as décadas de 1970 e 90, como aponta Delgado (2006), ainda não existe uma padronização na identificação dessas experiências com moradias e são encontradas diferentes denominações, como lares abrigados ou pensões protegidas, nas distintas regiões do país. A portaria n.106, de fevereiro de 2000, não só regulariza o dispositivo, como define claramente as regras para sua implantação (BRASIL, MS, 2000). Posteriormente, a portaria 1220/2000 regulariza os repasses e

financiamentos para as RT.

Pela publicação do Ministério da Saúde, “O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente moradia – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (BRASIL, 2004, p. 6). Elas podem ter de um a oito moradores, devem contar com suporte profissional - tendo um CAPS ou ambulatório de saúde mental como referência - e equipe multiprofissional, que deverá elaborar e conduzir projetos terapêuticos individualizados levando em conta a singularidade de cada morador e com vistas ao tratamento e inclusão na comunidade. Trata-se, então, de um trabalho de reabilitação psicossocial de que a inserção no SRT é apenas o início.

Os SRT não constituem estritamente um serviço de saúde, mas sim um espaço de moradia articulado aos serviços da rede pública de atenção psicossocial do município de referência. Os potenciais moradores devem apresentar pelo menos duas características para se beneficiarem dessa proposta: acompanhamento do serviço de saúde mental e ter a moradia como questão problemática.

Ainda na publicação de 2004 do Ministério da Saúde existe uma única citação acerca da equipe da casa e do tema desta de pesquisa “O cuidador tem uma tarefa importante na moradia“ (BRASIL, 2004, p. 11) Esta citação, no entanto, associa-se apenas às estratégias de negociação que podem viabilizar a aquisição da autonomia por essas pessoas.

Como se trata de uma nova modalidade de assistência, o serviço residencial terapêutico encontra-se ainda em construção. Importante destacar, neste aspecto, o grande esforço das equipes para produzir mudanças do cotidiano das moradias, de modo a torná-lo mais próximo ao de uma casa comum. Contudo, esta é uma tarefa bastante difícil, pois seus moradores carregam em comum uma história de vida pontilhada de internações com consequências importantes em suas trajetórias.

Os serviços residenciais não são uma casa com vários membros de uma família, ou uma república, como tantas de jovens estudantes ou profissionais. Todos que lá residem têm em comum a necessidade de aprender uma série de tarefas de cuidado consigo mesmos e com a habitação. São pessoas que, ao longo de sua história, perderam muito da capacidade de negociar, querer, mostrar, decidir, colocar-se e até mesmo de precisar de coisas comuns do dia a dia.

A construção do cuidado no SRT parte, por conseguinte, da proposta de

enriquecer um cotidiano que se perdeu na instituição e construir, mediante tarefas simples, novas possibilidades de estar na vida e na comunidade. Habitar um local, estar nele e ser reconhecido.

Essas ações podem parecer muito pequenas aos olhos daqueles que circulam pelos ambientes urbanos e o dominam; todavia, para pacientes cronificados e longamente institucionalizados o trabalho que visa à construção de novas possibilidades de vida precisa ser diário, regular, constante, de longo prazo, talvez para sempre.

2.3. *O Cuidado nos Novos Serviços e As Atividades de Vida Diária*

O cuidado é tradicionalmente atribuído à enfermagem que, tendo um objeto de estudo e de atuação compartilhado com outras profissões da saúde (corpos e mentes doentes ou sadios), constitui seu campo específico de saber e práticas sobre um "objeto formal" peculiar. Este "objeto formal da enfermagem é o cuidado (direto e indireto) desses corpos (e mentes, no caso da enfermagem psiquiátrica)" (SILVA, 1994, p. 115).

O cuidado ou assistência configura-se como o núcleo da enfermagem. Entretanto, esta especificidade é obscurecida por vários fatores, inclusive pelo fato de que a assistência em enfermagem, no Brasil, congrega enfermeiros (com formação universitária) e não enfermeiros (cuidadores, auxiliares e técnicos em enfermagem) (SILVA, 1989). Por conseguinte, o próprio cuidado se torna esfera de atuação de profissionais diversos, com ou sem formação universitária. Esta característica, como outras, faz pensar que as especificidades de cuidado e cuidadores devem ser pensadas de maneira contextualizada.

> Cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. Entretanto, na prática, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p. 98).

Nos novos serviços residenciais terapêuticos (SRT), o significado maior do cuidado, como a atenção ou desvelo oferecido a algo ou alguém, implica uma série de ações cotidianas (SCARCELLI, 2006). São ações denominadas "atividades de

vida diária" (AVD), que visam desenvolver habilidades aparentemente simples, de maneira a possibilitar a reconstrução de cotidianos esvaziados durante anos de internação, como: vestir-se, alimentar-se, apropriar-se de espaços e de objetos. Estas tarefas passam a ser desenvolvidas ou motivadas por profissionais distintos dedicados à ação do cuidado.

Na área da saúde, as muitas referências ao cuidado, ou assistência, propagam-se entre os diferentes profissionais que o praticam. No caso específico do cuidado do paciente psiquiátrico, o desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD) representa importante forma de intervenção de diversos profissionais da saúde voltada à reabilitação psicossocial do doente mental.

A intervenção por meio das AVD, hoje assumida por profissionais distintos e que ganha significativo relevo no contexto da assistência nos novos serviços de saúde mental, sempre constituiu uma das principais áreas de atuação da terapia ocupacional. Vinda de um percurso fortemente marcado pelo trabalho em espaços asilares, a terapia ocupacional, com a oferta da "ocupação" oposta à ociosidade dos pacientes internados nos manicômios, propõe a intervenção mediada pelas AVD, seja com pacientes psiquiátricos ou com clientela portadora de deficiências diversas (física ou mental), em muitas instituições: "Nos processos de transformação das instituições asilares, frequentemente a ocupação se apresenta também como uma resposta à ociosidade" (MÂNGIA e NICÁCIO, 2001, p. 74).

> Em várias áreas, e já há algum tempo, os profissionais da terapia ocupacional vêm revendo, atualizando e ampliando suas formas de intervenção clínica. Na Saúde Mental, o trabalho italiano, notadamente o de Trieste, influenciou bastante a terapia ocupacional, que passou a trazer para seu campo a noção de desinstitucionalização e, com ela, uma intervenção que considere os processos de exclusão social e a vivência do sofrimento. Atualmente, novas práticas se inserem nessa intervenção, partindo

> [...] da atenção centrada nas pessoas, essa forma de pensar requer o desenvolvimento de práticas nos contextos reais de vida colocando em cena as atividades e as redes de relações que tecem a vida cotidiana, o habitar, o território, o trabalho, a comunicação, o lúdico, a fantasia [...] (MÂNGIA e NICÁCIO, 2001, p. 77).

A experiência do trabalho em equipe com pacientes de longa permanência e baseado na oferta de um novo cuidado destaca a importância de resgatar e/ou (re)significar o trabalho das AVD. Este trabalho passou a orientar-se não mais apenas pela perspectiva do treinamento mecânico de movimentos ou hábitos,

voltando-se para a apropriação, pelo doente mental, de sua individualidade e para a conquista de uma existência incluída na sociedade, que considere suas perdas e dificuldades (HONORATO; PINHEIRO, 2007). Cada vez mais se observa, nas ações orientadas para esta conquista, a presença de cuidadores profissionais (LEAL, 1999).

No entanto, a respeito desse profissional tão importante nos SRT registram-se poucos estudos que abordam seu trabalho, direta ou indiretamente, dentre os quais se destacam os de Leal (1999), Mângia e Rosa (2002), Marcos (2004), Scarcelli, (2006), Vasconcelos (2006), Honorato e Pinheiro (2007), mencionados neste capítulo.

Com as ações voltadas à reabilitação psicossocial, estabelecem-se as condições desencadeadoras das implicações que as mudanças podem trazer para o cotidiano das pessoas envolvidas e, na medida em que se revelam, somam-se a novas possibilidades de trabalho, num processo contínuo, que exige a reinvenção do cuidado (MARCOS, 2007).

Para o andamento dessa proposta, urge suprir diversas demandas: reorganização dos recursos financeiros, criação de portarias reguladoras de diversos aspectos da assistência, contratação de profissionais para os serviços e formação dos mesmos, nas diferentes esferas do governo, sejam elas federal, estadual ou municipal. A despeito das limitações indicadas, particularmente no âmbito federal, determinadas instituições e governos municipais vêm implementando alguns serviços residenciais pioneiros, como em Porto Alegre (FERREIRA, 1997), Campinas (FURTADO; PACHECO, 1997) e, mais recentemente, no Rio de Janeiro (FERREIRA E FONSECA, 2000; FONSECA, 2005). Estes serviços constituem um campo fundamental de experimentação e sistematização de experiências, que devem ser conhecidas e difundidas.

No contexto da desconstrução manicomial colocada em marcha no país, não sem focos de resistências e entraves, evidencia-se a participação de pessoas de áreas e serviços variados, que buscam construir reais possibilidades de tratamento e de reinserção dos pacientes na sociedade e, principalmente, em suas comunidades de origem. Profissionais das áreas de esporte, assistentes sociais, agentes comunitários, entre outros, além dos profissionais da saúde, têm tido grande importância na criação de alternativas capazes de viabilizar essa reinserção.

Definidos na portaria nº 106/2000 como “modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada” (Brasil, 2004, p. 100), os SRT revelam-se de grande relevância para o desenvolvimento das ações em Saúde Mental. Esta importância pode ser constatada naqueles são os principais norteadores da assistência psiquiátrica, as portarias publicadas pelo governo federal brasileiro e os textos de autores ligados à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, interessa particularmente, neste momento, observar o campo de atuação que se tem construído e sua composição, com atenção à formação de recursos humanos.

As consequências imediatas na vida de um paciente de longa institucionalização, que passa a uma moradia terapêutica, implicam mudanças radicais que requerem um novo tipo de cuidado e de acompanhamento. Por exemplo: limpeza da nova casa, estimulação da própria higiene do morador, introdução na comunidade (considerando os diferentes graus de autonomia), aprendizado e gerenciamento dos recursos de benefícios, como o do Programa ‘De Volta Pra Casa’ e tantos outros aspectos da nova rotina deste morador (CAMPOS, 2008).

Considerando-se que as residências terapêuticas do Estado do Rio de Janeiro estão vinculadas aos CAPS de seus territórios, com funcionamento regular de 8 às 17:00 h, entre as segundas e sextas-feiras, indaga-se: qual equipe é necessária e quais são as ações de cuidado a serem desenvolvidas? Por outro lado, considerando-se que as moradias assistidas estão inseridas em espaços institucionais, como planejar as atividades da equipe, de forma a não repetir as antigas rotinas das enfermarias da qual vieram os moradores?

Algumas das recentes publicações do Ministério da Saúde abrangendo diferentes aspectos, como “Saúde Mental e Economia Solidária”, de 2005 ou o “Relatório de Gestão 2003-2006”, de 2007, trazem informações e discussões importantes acerca das novas ações em Saúde Mental: o que se tem conseguido, as metas a serem ainda atingidas, profissionais envolvidos, etc. O Governo Federal, com seu Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, criado em 2002, certamente acrescenta relevante contribuição para a implantação de núcleos de formação de profissionais em saúde mental.

Mas, nestas iniciativas do Ministério da Saúde, ainda não se encontram discussões sobre a figura do cuidador, nem sua relevância no cuidado em residências terapêuticas ou em moradias no interior de instituições; da mesma

forma, sequer está prevista ou regulamentada sua contratação direta pelos municípios como integrantes das equipes e instituições de Saúde Mental.

Os cuidadores profissionais, no entanto, assumem o papel de representantes da comunidade indo ao encontro dos pacientes e, com sua presença, potencializando o início ou reinício da vivência das relações com as pessoas e com o mundo fora dos hospitais. A despeito da relevância deste trabalho, não é exigida qualquer qualificação específica do cuidador, o que dá margem a questionamentos.

Da vivência da clínica e dos estudos necessários para sua prática e reflexão emerge a necessidade de pesquisar e aprofundar conhecimentos sobre o objeto construído neste trabalho: o trabalho do cuidador profissional em residências terapêuticas e moradias assistidas. Importa problematizar o campo de atuação deste novo profissional, seu processo de construção dos conhecimentos e das ações imprescindíveis para viabilizar seu trabalho, com atenção aos resultados da tarefa empreendida.

3. OBJETIVOS

3.1. *Geral*

Analisar o processo do cuidado de pacientes psiquiátricos em moradias terapêuticas, a partir do trabalho de cuidadores profissionais.

3.2. *Específicos*

Caracterizar os diferentes serviços residenciais de atendimento psiquiátrico.
Descrever o cuidado ou assistência psiquiátrica em moradias.
Conhecer o trabalho do cuidador e seu processo de formação e capacitação profissional.
Identificar a participação e o relacionamento dos diferentes profissionais que compõem as equipes.
Avaliar os resultados iniciais da assistência psiquiátrica em serviços de moradia.

4. METODOLOGIA

4.1. *Definição do Lócus da Pesquisa*

O lócus da pesquisa é o mesmo da referida experiência profissional de sua autora, isto é, envolve as moradias internas ("moradias assistidas") do Instituto Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, (administradas pelo Núcleo de Reabilitação e Integração Social do Instituto) e as residências terapêuticas (RT) de seu entorno (geridas, atualmente, por um CAPS). Das sete moradias assistidas administradas pelo Núcleo, quatro foram incluídas na pesquisa (as demais não o foram por impedimentos advindos do próprio serviço). Todas as cinco residências terapêuticas foram incluídas na pesquisa.

Além de ser o lugar de experiência importante de trabalho da pesquisadora, a escolha do Instituto Nise da Silveira decorre de sua importância para a psiquiatria brasileira, uma vez que as histórias de ambos (Instituto e psiquiatria) se confundem. São histórias dominadas pelo hospício de alienados e marcadas por expansão progressiva e divisões internas do hospital psiquiátrico, tratamentos que se misturavam a disciplinamento e punição, internações prolongadas, etc. Hoje, ambas histórias registram a construção de novas formas de assistência, que incluem os serviços residenciais.

4.2. *Percurso Metodológico*

A experiência como supervisora em instituição psiquiátrica do Rio de Janeiro, que se encontra na base deste estudo, assumia, naquela época, a característica de "participação observante" (DURHAM, 2004, p. 369), com ênfase na participação. Apesar de seu caráter primordial de intervenção sobre a realidade, a experiência suscitou na autora deste trabalho o interesse pelo aprofundamento da reflexão, mediante revisão da literatura sobre o tema e conhecimento de outras experiências, no cenário nacional, sobre a assistência psiquiátrica em espaços de moradia e os profissionais envolvidos.

A pesquisa visando à análise do trabalho dos cuidadores profissionais com

pacientes psiquiátricos em moradias deu continuidade à investigação prévia definida a partir da experiência. Exigiu extensa revisão bibliográfica de trabalhos nacionais, que assegurasse conhecer melhor os atores do trabalho nos dispositivos residenciais e os próprios serviços já instituídos. À pesquisa bibliográfica seguiu-se a pesquisa empírica sobre o objeto de estudo, que, por sua vez, exigiu novas leituras e reflexões.

A pesquisa empírica, de natureza qualitativa, desenvolveu-se nos diferentes tipos de moradia dentro e fora do Instituto Nise da Silveira (Rio de Janeiro/RJ), onde a pesquisadora havia atuado como supervisora. Conquanto não parecesse possível manter as atitudes de objetividade e neutralidade almejadas pela ciência, a inserção da pesquisadora, pautada nos objetivos da investigação, diferenciou bastante daquela participação profissional anterior, que, entretanto, inspirou comparações com a situação atual da Instituição. Exercer o controle sobre sua própria subjetividade e valores demandou constante esforço da investigadora.

A pretensão de realizar uma análise interpretativa dos significados das práticas e concepções relacionadas com o trabalho do cuidador profissional, em serviços residenciais terapêuticos, orientou a escolha do método etnográfico com o suporte teórico da Antropologia Interpretativa (GEERTZ, 1978; 1988; 1999). É preciso destacar que qualquer pesquisa etnográfica, inclusive esta, volta-se à interpretação dos significados de condutas, relações sociais, rituais, valores, etc., articulando-os com o contexto sociocultural em que são produzidos.

Embora a etnografia esteja sendo tomada, neste estudo, como método, é bom lembrar que Geertz a compreende, sobretudo, como prática (de uma ciência específica, a antropologia):

> Em antropologia ou, de qualquer forma, em antropologia social, o que os praticantes fazem é a etnografia. E é justamente ao compreender o que é a etnografia, ou mais exatamente, o que é a prática da etnografia, é que se pode começar a entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento. Devemos frisar, no entanto, que essa não é uma questão de métodos. Segundo a opinião dos livros-textos, praticar a etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Mas não são essas coisas, as técnicas e os procedimentos determinados, que definem o empreendimento. O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa [...] (GEERTZ, 1978, p. 15).

A etnografia é aqui proposta nos termos em que a conceitua Geertz, como "uma descrição densa" (GEERTZ, 1978, p. 15), entendida como uma descrição à procura de significados, "em que a observação participante ocupa lugar de destaque" (COSTA, 2005, p. 3). Este método exige a inserção do pesquisador no interior da realidade investigada, possibilitando o acesso à "interpretação êmica", formulada pelo próprio grupo, e enseja a interpretação "ética", produzida pelo pesquisador e teoricamente informada (ROMANELLI, 1998, p. 131; VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 37).

Assim, o trabalho pautou-se por um esforço intelectual específico, que remete à esfera cultural e procura dimensionar o trabalho cotidiano do cuidador profissional com pacientes psiquiátricos em espaços de moradia, como "teias de significados" (GEERTZ, 1978, p. 15) a serem interpretadas. As técnicas priorizadas na pesquisa foram: observação, registrada em cadernos de campo, e entrevistas em profundidade (roteiros em Apêndice), gravadas, transcritas, lidas e relidas durante todo o trabalho de campo, de maneira a redirecionar e/ou retomar a coleta de dados.

As entrevistas orientaram-se por roteiros sucintos, porém foram suficientemente abertas, de maneira a permitir a abordagem de questões levantadas pelos sujeitos, em suas falas. Aliás, não só o "dito" importou; contaram "também os silêncios, as reticências, os atos falhos, as não-respostas" (DEMO, 2000, p.157). Direcionadas pelos objetivos da pesquisa, as entrevistas começavam como uma conversa informal seguida das questões mais fáceis iniciais e, depois, orientavam-se pela dinâmica da interação estabelecida e pelo roteiro. Durante os encontros com os participantes da pesquisa, procurou-se detectar e investigar as contradições identificadas entre os entrevistados, ou mesmo nos distintos momentos da fala de um deles. Por isso, muitas entrevistas foram retomadas e complementadas, não se restringindo a um único episódio.

A "participação observante" antes mencionada deu lugar à observação participante, esta uma técnica - entendida como método por alguns autores (SILVA, 2000) - inerente à etnografia, que, ao mesmo tempo, permite uma visão de dentro da realidade investigada e assegura a superação da relação de exterioridade entre pesquisador e pesquisados (MALINOWSKI, 1978; ROMANELLI, 1998; DURHAM, 2004). Para isto, requer a participação do pesquisador no cotidiano dos sujeitos da pesquisa, de maneira a apreender os sentidos de ações e representações no contexto em que são formulados. Entretanto, dadas às dificuldades encontradas

para a realização da observação em algumas ocasiões e residências, além do fato de que a observação realizada neste trabalho teve participação limitada, uma vez que a imersão do observador restringiu-se a alguns períodos e dias da semana, melhor seria denominá-la observação direta.

A observação centrou-se no cuidador, suas ações de cuidado, condutas e relacionamentos exercidos com os pacientes e outros profissionais, dentro dos serviços residenciais. Ela não foi possível em situações específicas relativas à dinâmica de determinadas casas, no momento da observação. Por exemplo, num dia tumultuado, durante o qual um visitante pudesse agitar ainda mais o ambiente, ou quando havia um número muito reduzido de cuidadores no plantão e eles não se sentiam à vontade para receber a pesquisadora, ou quando ela própria percebia um potencial transtorno causado por sua presença.

Houve também situações em que se decidiu não fazer observação e, consequentemente, a moradia foi excluída da pesquisa, como aconteceu com as casas: de Passagem, Azul e Individual. A primeira não foi incluída na pesquisa, por não ter equipe de cuidadores e sim profissionais contratados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (mesmo sendo supervisionada e coordenada pelo Núcleo de Reabilitação e Integração Social), por causa de um acordo com o Instituto para receber pacientes provenientes de instituições de internação sob intervenção e em fase de desativação. Na Casa Azul, há apenas duas cuidadoras que se revezam nos turnos da manhã e tarde. Na maioria das vezes em que a pesquisadora lá esteve, encontrou-a praticamente vazia, com a cuidadora acompanhando moradores até as ruas da cidade, para consulta médica ou outra atividade. Não foi possível incluir a Casa Individual na pesquisa, devido às características especiais de seu morador. Assim sendo, apenas quatro moradias assistidas foram incluídas na pesquisa: Casa Verde, Casa Nova, Pensão Mista e Pensão Nova.

Ocorreram, ainda, restrições à observação nas RT, sem impedir que a pesquisa nelas se realizasse. A inserção nesses espaços foi acordada com a coordenação da equipe responsável, ficando estabelecido que só seria possível com visitas previamente agendadas. Dadas as limitações encontradas, realizaram-se no CAPS as entrevistas com as cuidadoras e mesmo a entrevista com a supervisora foi feita fora da RT. Isso se deveu ao fato de que, por ser um espaço menor, privativo e com poucas pessoas, a presença de um pesquisador poderia comprometer a

dinâmica da casa ou incomodar seus moradores.

Na verdade, o cuidado de não invadir habitações e moradores esteve presente em todos os serviços observados, uma vez que uma das principais diretrizes do trabalho em moradia é justamente o respeito à privacidade e às particularidades de seus moradores, o que impunha a retirada da pesquisadora, quando algum morador demonstrasse sinais de desconforto diante dela. No entanto, na maioria das vezes em que foi autorizada, a observação fluiu bem e a inserção da pesquisadora foi absorvida no espaço e por seus ocupantes sem repercussões negativas.

Desenvolveu-se um período de observação anterior ao início das entrevistas, no local da pesquisa de campo. A inserção pregressa da pesquisadora como supervisora, que assegurou informações prévias acerca da dinâmica das relações no ambiente da pesquisa, transformou-se em nova forma de participação. Agora, uma participação informada por teorias, método e técnicas de pesquisa, visando à produção de conhecimento por meio da observação das condutas e da coleta de relatos das experiências dos cuidadores profissionais.

A observação das práticas do grupo de cuidadores em seu trabalho e a captação do que este grupo tem a dizer sobre sua experiência e forma de compreendê-la, assim como as informações fornecidas por supervisores, permitiram coletar os dados empíricos necessários à investigação. No processo de análise interpretativa dos dados obtidos nos relatos e observação, buscaram-se, inicialmente, convergências e divergências entre os sujeitos. Depois disso, a análise direcionou-se para a identificação de unidades de significados que orientaram a construção de núcleos temáticos.

A análise interpretativa dos dados, informada pelo círculo hermenêutico (GEERTZ, 1999; COSTA, 2002), em que partes e todo se relacionam dialeticamente, recorreu à contextualização (a cultura entendida como contexto), por meio da integração dos significados apreendidos nas estruturas conceituais que informam condutas e concepções dos sujeitos.

4.3. *Definição dos Sujeitos da Pesquisa*

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa abrangeram: trabalhar como

cuidadores (sujeitos principais) ou como supervisores de equipes de cuidadores (sujeitos secundários) e aceitar participar. Os sujeitos principais são os cuidadores e os supervisores das equipes de cuidadores constituem sujeitos secundários, parceiros prioritários no diálogo estabelecido com os cuidadores. Os grupos pesquisados constituíram-se de 11 cuidadores e 4 supervisores. A definição do número de sujeitos deu-se pelo critério de saturação das informações, isto é, encerraram-se as entrevistas quando elas deixaram de fornecer dados novos.

Com todos os sujeitos - principais e secundários - realizaram-se entrevistas em profundidade, complementadas pela observação sistemática do trabalho do cuidador, das relações de trabalho no lócus da pesquisa, e do cotidiano dos serviços. A observação antecedeu o início das entrevistas e teve continuidade durante todo o período de inserção da pesquisadora nas moradias.

Os horários de observação e/ou entrevistas foram sempre variados, compreendendo dias úteis e finais da semana, a depender da disponibilidade de tempo da pesquisadora ou do próprio serviço. Normalmente, a presença da pesquisadora era anunciada com antecedência à coordenação, que avisava as equipes. Houve vezes, entretanto, em que essa comunicação pela coordenação não ocorreu e, consequentemente, a pesquisadora não poderia entrar no setor. No entanto, isso quase sempre pôde ser contornado.

Todas as entrevistas dos supervisores, por decisão deles, foram realizadas em lugares relativamente protegidos das habitações, isto é, ao abrigo da circulação dos moradores/pacientes e de intervenções (o que não impediu algumas intervenções). As entrevistas dos cuidadores ocorreram de formas variadas: algumas vezes em ambientes totalmente isolados dos moradores, ou em áreas que os moradores não costumam percorrer, outras, em locais de livre acesso. A decisão sobre isto dependeu sempre dos cuidadores.

4.4. *Considerações Éticas e Período de Realização da Pesquisa*

Inicialmente, a pesquisa foi apresentada à coordenação do Núcleo de Reabilitação e Integração Social do Instituto Nise da Silveira, para avaliação e encaminhamento aos trâmites exigidos para aprovação no Comitê de Ética respectivo, sendo aprovada. Obtida esta aprovação, iniciou-se a pré-pesquisa.

Num segundo momento, e já com a perspectiva de iniciar a observação sistemática nas moradias e residências, em novo contato com o serviço, a pesquisadora se deparou com a novidade de que havia mudado a gerência de parte dos espaços. As RT, antes acompanhadas pelo Instituto, passaram a funcionar sob a gerência do CAPS "Clarice Lispector", responsável pela área, após acordo com a Coordenação de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro. Esta mudança da coordenação foi uma consequência daquilo que é previsto para a direção de trabalho para as RT, ou seja, que as residências estejam referenciadas a um Centro de Atenção Psicossocial ou Ambulatório de Saúde Mental da área onde se localiza o dispositivo residencial.

Foi feita nova apresentação do projeto, para o CAPS, e providenciada a readequação do mesmo para o Comitê de Ética.

A investigação obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Municipal Phillipe Pinel, Prefeitura do Rio de Janeiro/Superintendência de Serviços de Saúde, protocolo n. 27 com aprovação em 17/04/2008 (Anexo), e pautou-se nos princípios éticos das pesquisas com seres humanos, de acordo com o estabelecido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalte-se que todos os participantes foram adequadamente informados sobre a pesquisa, procedimentos e possibilidade de retirarem-se dela, tiveram suas identidades protegidas por anonimato e assinaram Termo de Consentimento Informado (Apêndice).

Após a aprovação do Comitê de Ética, foi desenvolvido um período de pré-pesquisa, durante o segundo semestre de 2008, para contatos, familiarização com o ambiente e observação inicial do trabalho dos cuidadores. A observação sistemática e o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita deram-se no ano seguinte. Os primeiros contatos ocorreram em abril de 2009, para programação das visitas, e a pesquisa de campo, iniciada em maio, prosseguiu até setembro do mesmo ano, com breves contatos posteriores, sempre que a pesquisadora se viu premida pela necessidade de acrescentar novos esclarecimentos ou aprofundar informações.

5. ESTANDO LÁ[2]: SOBRE A PESQUISA DE CAMPO

5.1. *O Cenário*

5.1.1. Instituto Municipal Nise da Silveira

O Instituto de onde parte o interesse por esta pesquisa tem passado por muitas mudanças, principalmente nos últimos dez anos, e assume grande importância no cenário da psiquiatria e saúde mental brasileira. Uma breve recapitulação de sua trajetória permite constatar sua relevância.

Pode-se dizer que o Instituto Nise da Silveira foi uma consequência do primeiro hospício da América Latina. Tema abordado e discutido amplamente por estudiosos, até do ponto de vista de sua importância histórica, aqui é retomado de maneira sucinta, visando à contextualização social e histórica de objeto construído e lócus da pesquisa.

Para acompanhar melhor a formação do Instituto, é importante lembrar a fundação na Praia Vermelha, cidade do Rio de Janeiro, em 1852, do primeiro hospício para tratamento de alienados, idealizado pelo imperador D. Pedro II, à entrada da Baía da Guanabara e próximo ao Morro do Pão de Açúcar, na Urca.

Numa curiosa passagem observada em recente publicação sobre o assunto, o autor fala não só do desejo do jovem imperador de inserir o Brasil nas tendências européias mais modernas da ciência, mas também de uma tolerância considerável relativa aos ditos “loucos mansos”. Corrobora esta interpretação o fato de o hospício ter sido construído em área bastante exposta da cidade. Conta o autor que uma figura conhecida e exótica, que circulava pelos arredores do que hoje é conhecido como o centro histórico do Rio, e que se dizia o “rei Zulu”, era recebido "pelo imperador no dia do ‘beija-mão’, deixando-o abençoar seus ‘súditos’ e dividindo com o ‘colega’ o recinto público, num belo exemplo de tolerância à loucura. Historinha digna de nota: na República, Zulu não foi recebido por Deodoro e, recolhido ao hospício, morreu triste” (OLIVEIRA, 2009, p. 15).

---

[2] Este título alude a importante texto de C. Geertz, em que o autor discorre sobre os dois momentos distintos do trabalho do etnógrafo: o primeiro deles, “Being there” (sobre a imersão no campo) é completado por “Being here” (já distante do campo, em seu gabinete de trabalho, o pesquisador contextualiza os fenômenos observados "estando lá") (GEERTZ, 1988).

Com a população crescente da instituição da Praia Vermelha começou-se a abrir colônias destinadas ao excedente masculino, na Ilha do Governador, bairro afastado do Rio de Janeiro. Anos depois, essas colônias seriam transferidas para lugar ainda para mais distante, o bairro de Jacarepaguá, funcionando majoritariamente como colônias agrícolas.

A quantidade de mulheres consideradas alienadas também aumenta muito, desde a fundação do primeiro hospício, levando, na segunda década do século XX, à inauguração da Colônia para Alienadas do Engenho de Dentro, outro bairro localizado na periferia da cidade. No segundo ano de funcionamento, o prédio já contava com duzentas internas. Trinta anos depois, todos os pacientes da Praia Vermelha seriam transferidos definitivamente para lá. Naquela época, a instituição receberia o nome de Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro, mais tarde Hospital Pedro II, depois, Centro Psiquiátrico Pedro II e, hoje, Instituto Municipal Nise da Silveira.

Juntamente com o crescimento da Instituição localizada no Engenho de Dentro, observou-se a estruturação de um bloco médico cirúrgico exclusivo para os loucos, um pavilhão para doenças contagiosas e outros. O bairro era atravessado pela linha do trem (ainda é) e sua movimentação girava em torno do comércio e de oficinas relacionadas ao trem e sua estação. Tudo isso foi desaparecendo com o tempo e, “ironicamente, parece que a oficina que prosperou foi a da fábrica de loucos” (OLIVEIRA, 2009, p 17).

A instituição vai-se tornando mais complexa nas décadas subsequentes e assumindo diferentes características, conforme cada dirigente da época ou momento da psiquiatria brasileira. Nessas etapas de expansão do hospício, vemos o aparecimento de pavilhões diversos para mais internações, para a assistência à infância e adolescência e a estruturação de espaços de moradias para aqueles ditos “incuráveis”, sem perspectiva de alta, com internações arrastadas durante décadas.

Os novos pavilhões criados recebem nomes e direção próprios e, em pouco tempo, o então Centro Psiquiátrico Pedro II torna-se um complexo com vários hospitais dentro de uma mesma instituição. O nome da instituição também se alterou, após o processo de municipalização ocorrido entre 1999 e 2000, em homenagem tardia ao trabalho da psiquiatra. A troca de nome alude ao caráter inovador da psiquiatria exercida por Nise da Silveira e anuncia importantes mudanças ainda por vir.

Além do trabalho de Nise da Silveira como psiquiatra e da criação do notável Museu de Imagens do Inconsciente, outras experiências relevantes lá se sucederam, como o trabalho de alguns hospitais dia, como o Espaço Aberto ao Tempo, e outros que cresceram na atenção diária e hoje, fora do hospício, compõem a rede comunitária de assistência. As primeiras experiências com moradores surgiram no bojo de tentativas de melhorar e atualizar a assistência aos pacientes: algumas enfermarias foram denominadas oficialmente "moradias", alterando um pouco a direção do trabalho ali realizado, e criou-se, em 2000, o Programa de Moradias vinculado ao Instituto.

Com a direção da última década, início do século XXI, algumas reestruturações do Instituto passaram a ser feitas não só com vistas à humanização da assistência, também como forma de um engajamento definitivo nas diretrizes da atenção psiquiátrica brasileira propostas pela Reforma.

Atualmente, no Instituto existe um novo desenho cuja configuração se dá em moldes muito diferentes daqueles vigentes até o final do século passado. No movimento de reestruturação se instalaram na instituição quatro grandes eixos de trabalho: as Coordenações de Internação, de Moradias, de Atenção Psicossocial e do Programa à Infância e Adolescência. Esta divisão objetivou uma radical reestruturação de todos os serviços lá existentes e, apesar de encontrar resistências internas, foi colocada em prática, desde então.

O eixo do trabalho relativo às moradias, que interessa a esta investigação, é representado, atualmente, pelo Núcleo de Reabilitação e Integração Social, composto por duas pensões e cinco casas.

No processo descrito, as moradias internas do Instituto passaram a ter uma única coordenação. Mesmo havendo algumas mudanças desde o antigo Programa de Moradia até o que hoje são as chamadas "Moradias do Núcleo", as coordenações anteriores já mantinham a visão do trabalho voltado para a inserção na comunidade como perspectiva de vida para os moradores. Isso tem sido feito com um olhar clínico e institucional, no qual os antigos espaços utilizados pelas diversas clínicas do complexo hospitalar (há algum tempo desativados) passaram a ser aproveitados para a organização de novas moradias, com número menor de moradores, num esforço de recaracterização do complexo hospitalar para seus antigos pacientes.

Por não ser possível levar para fora dos muros da instituição tão grande contingente de moradores, como o que povoa o Instituto, o que pode e tem sido feito

é trabalhar na direção de uma clínica que considere as particularidades e subjetividades dos moradores. Este direcionamento do trabalho faz parte das propostas que integram a clínica do morar e de novas formas de cuidar que desafiam as regras e funcionamento da instituição, obrigatórias para todo aquele interno que está designado por uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Assim, entende-se que o trabalho feito ali, ainda que intramuros, vá ao encontro de algumas das etapas do processo de desinstitucionalização, uma vez que tem a possibilidade de oferecer não só melhor hotelaria, mas também uma nova forma de ser acompanhado, se tratar e estar no mundo para além do status de paciente de longa internação.

Os diferentes espaços criados e/ou adaptados para o funcionamento de novas moradias assistidas por si só impõem características próprias, de acordo com o número de moradores, cuidadores e seus aspectos estruturais. Internos à unidade hospitalar (Instituto Nise da Silveira), são administrados por seu Núcleo de Reabilitação e Integração Social.

As casas externas (RT), na época da elaboração do Projeto de Pesquisa (2007) eram duas; hoje são cinco, passaram à gerência do CAPS que atende a área e correspondem ao segundo espaço de realização desta pesquisa. Não estão mais sob a gerência do Núcleo e sim do CAPS da área, como define, para as RT, a Portaria 106, de 16/02/2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Quando do início deste trabalho, a maioria dos cuidadores se concentrava dentro da instituição, mas já assistia seus internos com a proposta de entendê-los como “moradores” e não apenas como “pacientes”, com todas as implicações decorrentes disso. Enquanto alguns cuidadores, que iniciaram no Programa de Moradias, hoje trabalham em RT, outros foram contratados diretamente para as RT.

Na prática, os serviços residenciais internos e externos parecem constituídos para planejar e viabilizar a reabilitação de moradores crônicos, como duas etapas subsequentes, isto é, espera-se que a reabilitação iniciada nas moradias internas contribua para o passo seguinte de muitos pacientes, em direção à maior integração na comunidade, via residências terapêuticas. É evidente que nem todos os habitantes das moradias assistidas chegarão a se integrar inteiramente na comunidade, como é o caso de pessoas cujas graves limitações restringem-nas ao leito, por exemplo. Por outro lado, encontram-se moradores transferidos diretamente de hospitais psiquiátricos para residências terapêuticas.

A grande novidade observada no trabalho realizado nos distintos serviços residenciais é que ele se volta, de fato, para a promoção da reabilitação (no sentido de recuperação da cidadania do doente mental) e ocorre fora dos alojamentos da instituição hospitalar, em uma forma de tratamento articulado com moradia.

Esta pesquisa acompanha o trabalho dos cuidadores nas duas modalidades de moradia, seja no interior do Instituto ou na comunidade (geridas, respectivamente, pelo Núcleo e pelo CAPS).

5.1.2. As moradias assistidas e as residências terapêuticas pesquisadas

Retomando informação anterior, cabe salientar que a pesquisa se desenvolveu em duas unidades diferenciadas, subdivididas em moradias assistidas e residências terapêuticas, identificadas a seguir.

A primeira, Unidade Hospitalar representada pelo Instituto Municipal Nise da Silveira, diz respeito, especificamente, ao Núcleo de Reabilitação e Integração Social do Instituto, com coordenação de uma psicóloga há aproximadamente quatro anos na instituição. O Núcleo é composto pelas seguintes moradias assistidas: duas pensões (Pensão Mista e Pensão Nova), e cinco casas internas (Casa Azul, Casa Verde, Casa Nova, Casa de Passagem e Casa Individual).

A outra unidade constitui-se das casas externas, localizadas no espaço urbano, as residências terapêuticas (RT), sob a gerência do CAPS Clarice Lispector, que atende a área. Embora fisicamente faça parte do perímetro do Instituto, o funcionamento e a disposição estrutural deste CAPS voltam-se para fora dele, com endereço diferenciado, desde maio de 2005, quando passou a ser vinculado à rede municipal de assistência à Saúde Mental, não mais ao Instituto.

A seguir, nos Quadros 1 e 2, tem-se a identificação das moradias assistidas e das residências terapêuticas, respectivamente sob as gerências do Núcleo de Reabilitação e Integração Social e do CAPS, com indicação do número de moradores e de cuidadores de cada dispositivo residencial.

Quadro 1 – Moradias Internas – “Moradias Assistidas”

Instituto Municipal Nise da Silveira (INS) **Núcleo de Reabilitação e Integração Social**	**Moradores**	**Cuidadores**	**Supervisão**
Casa Verde	14	6	Psicóloga
Casa Nova	18	8	Psicóloga
Pensão Mista	24	5	Psicóloga
Pensão Nova	42	28	Terapeuta Ocupacional
Casa Azul (não incluída na pesquisa)	10	2	Servidora do INS
Casa de Passagem - cogestão com Município e Estado/RJ (não incluída)	20	não tem (técnicos de enfermagem exercem)	Servidora do INS
Casa Individual (não incluída)	1	não tem	não há supervisora formalmente designada

Nota: As Casas de Passagem, Azul e Individual não foram incluídas na pesquisa, pelas razões indicadas no capítulo 3 (p.29).

Quadro 2 – Moradias Externas – “Residências Terapêuticas” (RT)

Rede Municipal de Assistência à Saúde Mental **CAPS Clarice Lispector**	**Moradores**	**Cuidadores fixos (mais três volantes)**	**Supervisão**
Casa 1 – RT	04	1	Duas acompanhantes terapêuticas (psicólogas), sob coordenação de uma psicóloga do CAPS
Casa 2 – RT	04	1	
Casa 3 – RT	04	1	
Casa 4 – RT	04	1	
Casa 5 – RT	04	1	

5.2. *Os Atores*

Na ocasião da primeira imersão no campo empírico, a pesquisadora foi acompanhada pela supervisora da equipe de apoio da enfermagem e apresentada a todos os trabalhadores das moradias do Instituto e, assim, pôde circular pelos espaços, conhecer cuidadores, explicar seu trabalho, agendar entrevistas e observações. Em muitos momentos, a inserção da pesquisadora foi facilitada por sua participação pregressa na instituição; em quase em todo o tempo, era vista como alguém vinculado ao ambiente, o que colaborava para que as pessoas se

dispusessem a participar da pesquisa e deixassem de lado suas reservas. Poucas se negaram a participar.

Aplicados os critérios de seleção esclarecidos em capítulo anterior, e com o consentimento obtido, onze cuidadores profissionais configuraram-se como sujeitos principais desta pesquisa. Delimitando o campo da investigação de maneira contrastante e complementar, quatro supervisores foram designados como sujeitos secundários, parceiros importantes do diálogo estabelecido com os principais participantes desta pesquisa.

Sujeitos principais e secundários são identificados, respectivamente, nos Quadros 3 e 4, em que se destacam algumas das características do grupo pesquisado: maioria dos trabalhadores do sexo feminino, tanto entre cuidadores como entre supervisores; predomínio de profissionais com formação de ensino médio e com treinamento em serviço, entre os cuidadores; maioria de psicólogos entre os supervisores.

Quadro 3 – Identificação dos sujeitos principais

Sujeito	**Sexo**	**Formação educacional**	**Treinamento**	**Local de Trabalho**
Cuidador 1	F	EF	Inst. Nise da Silveira (INS)	Casa Nova
Cuidador 2	F	EF	INS	Casa Verde
Cuidador 3	M	EF	INS	Casa Verde
Cuidador 4	F	EM	Anterior/enfermagem; INS	Casa Nova
Cuidador 5	F	EM	Anterior/Geriatria; INS	Pensão Nova
Cuidador 6	F	EF	Nenhum	Pensão Nova
Cuidador 7	M	EM	Anterior/enfermagem	Pensão Nova
Cuidador 8	F	EM	INS	Casa Nova
Cuidador 9	F	EM	Anterior/enfermagem; INS	Pensão Mista
Cuidador 10	F	EM	Anterior/enfermagem; INS	RT
Cuidador 11	F	EM	Anterior/enfermagem	RT

Os cuidadores serão identificados por C seguido do número correspondente.
EF de EM correspondem, respectivamente, a Ensino Fundamental e Ensino Médio.

Quadro 4 – Identificação dos sujeitos secundários

Sujeito	**Sexo**	**Formação educacional**	**Local de Trabalho**
Supervisor 1	F	Terapeuta Ocupacional	Pensão Nova
Supervisor 2	F	Psicóloga	Casa Verde
Supervisor 3	F	Psicóloga	Casa Nova
Supervisor 4	F	Psicóloga	Residências Terapêuticas

Os supervisores serão identificados por S seguido do número correspondente.

As conversas com os sujeitos principais e secundários fluíram facilmente e as entrevistas propostas foram bem aceitas pela grande maioria. As poucas recusas em participar se deram à falta de tempo do cuidador e, uma vez em que, disposto a dar entrevista, o cuidador não se sentiu autorizado antes de falar com sua supervisora. Alguns cuidadores assim externavam sua receptividade à pesquisa: "até que enfim alguém vai falar sobre nós"; ou "é bom que tenha esse trabalho, é uma chance da gente falar sobre ele e as pessoas conhecerem melhor"; ou, ainda, "isso é uma forma de reconhecimento". Ainda que tais afirmações permitam inferir certa carência de atenção sobre o trabalho realizado, isto jamais se explicitou nas entrevistas.

5.3. *Unidades de Significados Identificadas*

As muitas entrevistas e observação realizadas asseguraram a produção de um material bastante extenso e revelador não só acerca dos muitos aspectos e prioridades presentes no dia a dia das moradias assistidas e residências terapêuticas, como também, e principalmente, do trabalho efetuado pelos cuidadores profissionais nesses dispositivos residenciais. Tudo isto remeteu à revelação de satisfações e desapontamentos produzidos no cotidiano dos serviços, às dificuldades encontradas, às formas de agir e compreensões diversas dos sentidos do trabalho aí realizado.

Todavia, em que pese à diferenciação entre ações e concepções dos profissionais cuidadores, observaram-se mais convergências do que divergências entre todos os entrevistados. O mesmo ocorreu com os sujeitos secundários, ainda que, entre os dois grupos de sujeitos se revelassem especificidades notáveis,

particularmente indicadoras de uma apreensão mais técnica dos supervisores, em relação ao trabalho dos cuidadores, do que entre estes, como explicitaremos em capítulo posterior.

A segunda etapa deste trabalho, concretizada como o “Estando aqui”, no ambiente do investigador, compreendeu a análise repetida dos dados obtidos na pesquisa e voltou-se para a inserção dos fenômenos observados, bem como depoimentos coletados, em seu contexto cultural. A análise dos dados empíricos possibilitou identificar os significados da nova forma de cuidar estabelecida nos serviços residenciais terapêuticos, com destaque à atuação do cuidador profissional. A seguir, esses significados foram enfeixados em unidades constituídas por: moradias assistidas e residências terapêuticas; a assistência nos serviços residenciais terapêuticos; as dificuldades de construir uma nova assistência; identidade e trabalho do profissional cuidador; formação para o trabalho e supervisão; as mudanças de comportamentos geradas nos moradores. As unidades convergem para três núcleos temáticos, que dão nome aos capítulos seguintes (quando o hospital vira casa; cuidar em novo tempo; o que muda?) e conduzem a análise.

6. QUANDO O HOSPITAL VIRA CASA

6.1. *Núcleo de Reabilitação e Integração Social do Instituto Nise da Silveira*

Durante o período de realização da pesquisa empírica, o Núcleo de Reabilitação e Integração Social do Instituto Nise da Silveira compreendia cento e vinte e nove moradores, quarenta e nove cuidadores contratados especificamente para ele e seis supervisores, além dos servidores municipais e estaduais que já trabalhavam no Instituto. As pensões e casas[3] pesquisadas são bastante distintas entre si, o que pode ser verificado na descrição apresentada a seguir, que visa compor um retrato fiel para o leitor desta pesquisa.

6.1.1. Pensão Mista

Sob a supervisão de uma psicóloga, esta moradia compreende vinte e quatro moradores, cinco cuidadores e outros profissionais, que são funcionários do Nise há muitos anos, alguns desde a formação inicial da primeira pensão na década de 80, os demais, mais recentes, vindos de instituições tradicionais que não se adaptaram à nova proposta da moradia. Trata-se de uma construção assobradada que abriga homens e mulheres. É o espaço que sofreu menos mudanças, nos últimos anos, desde o tempo em que lá funcionava uma enfermaria do hospital.

Como a maioria dos pacientes-moradores vem de muitos anos de internação manicomial, alguns, por envelhecimento natural ou outras complicações de saúde, vivem acamados. Vários pacientes apresentam quadro de grande gravidade do ponto de vista psiquiátrico, mas com independência de circulação.

A casa contém uma sala de equipe, onde são separadas as medicações e feitas algumas reuniões, outras salas menores ocupadas eventualmente para pequenas reuniões e, ainda, muitas outras fechadas, desativadas, da antiga estrutura. Uma grande mudança deste espaço foi justamente a chegada de cuidadores, desde a primeira turma contratada em 2004. A pensão fica nos fundos do Nise, onde há uma saída que fica, há anos, trancada por ser uma passagem

---

[3] "Moradias assistidas" sob gerência do Núcleo de Reabilitação e Integração Social, que, além do pessoal administrativo, mantém coordenadores designados para o Programa de Moradias.

desativada, remanescente do antigo complexo hospitalar.

Recentemente esta moradia recebeu alguns moradores provenientes de Paracambi (Clínica Dr. Eiras, sob intervenção) e de outras instituições que tiveram seus leitos desativados.

6.1.2. Pensão Nova

Supervisionada por uma terapeuta ocupacional, esta é a maior moradia do Núcleo e com menos características de casa. Conta com quarenta e dois moradores (homens e mulheres), que vieram das antigas enfermarias M1 e M2 da Casa do Sol, e tem vinte e oito cuidadores. Trata-se de um antigo espaço de internação desativado há anos, muito amplo, que foi reformado para receber esse novo grupo de moradores. O prédio assobradado tem os quartos no piso superior; embaixo ficam um grande hall e salas restritas à equipe de enfermagem e cuidadores.

O andar onde ficam os quartos é enorme, com grande corredor e aspectos mantidos da estrutura anterior da enfermaria que ali funcionava. Para adaptação da moradia e num esforço de caracterizá-la como casa, foram feitas pinturas diferenciadas por cores nos quartos. Alguns quartos têm banheiros, outros não, uns são menores, outros maiores. Os quartos têm um, dois, três ou mais moradores, dependendo dos acordos feitos com eles próprios e de suas necessidades.

De maneira geral, os moradores se caracterizam como uma clientela que precisa de suporte constante de profissionais cuidadores e de enfermagem. Mesmo assim, são diferentes, entre si: alguns vivem acamados, outros são mais independentes e apresentam diferentes graus de gravidade de patologia.

Os quartos também se diferenciam: alguns com televisão (comprada pela família ou com dinheiro do morador), além dos armários e camas, outros têm mesas onde são feitas as refeições. Quando o grupo (ou dupla) de residentes é mais entrosado, existe até um esboço de decoração do espaço com objetos próprios e identificados com os moradores.

Esta Pensão tem uma ampla sala comum (com sofás, poltronas, cadeiras e televisão), por onde circulam vários moradores e ficam por tempo maior alguns pacientes usuários de cadeiras de roda. Em alguns ambientes, há quadros nas paredes e objetos que lembram a decoração de uma casa, embora a estrutura desta moradia não contribua caracterizá-la assim.

No entanto, observa-se, por parte da equipe de cuidadores, a busca permanente da demarcação dos espaços, revestindo-os com as noções de propriedade e individualização sinalizadas com objetos e pertences de cada morador. Isto parece integrar-se em um esforço para imprimir à pensão a aparência e o ritmo de uma residência familiar, o que resulta bastante difícil, quando se considera que aí vivem quarenta e dois moradores, com comprometimentos e patologias diversos.

O cotidiano dos ambientes de uso comum da Pensão Nova é marcado por grande circulação de técnicos de enfermagem, cuidadores, pessoal da copa, limpeza, além dos moradores. Como a moradia não tem cozinha própria, a comida é recebida pronta da cozinha central do hospital. Os pratos são feitos ali e distribuídos pelo pessoal da copa e por cuidadores aos moradores, que os levam e comem em seus próprios quartos. Foi decisão da equipe técnica não demarcar um local específico para refeição, na tentativa de "desconstruir" o ritmo repetitivo e pouco personalizado dos refeitórios das antigas enfermarias.

O espaço todo permanece fechado na parte da manhã, até que os cuidadores terminem o banho dos acamados. Varia o tamanho da equipe de cuidadores, no cotidiano, sendo mais reduzida no final de semana, porém a casa conta com cuidadores 24h/dia, todos os dias da semana. Vários moradores têm circulação livre, alguns com recomendação de saírem acompanhados por cuidadores e, quando há poucos cuidadores presentes, em função do grande número de moradores, a circulação fica restrita àqueles mais independentes.

6.1.3. Casa Nova

A supervisora desta moradia, que tinha dezesseis moradores no início da pesquisa e, no final dela, dezoito (homens e mulheres) e oito cuidadores, é uma psicóloga. Embora esta casa tenha sido aproveitada de espaço anterior de tratamento (funcionava ali um serviço de Infância e Adolescência destinado a internação), com sua estrutura menor, apresenta mais características de uma residência familiar do que as anteriormente descritas.

Trata-se de uma casa ampla, com grande área na frente e cercada por grades altas em toda sua extensão. O portão, entretanto, fica a maior parte do tempo destrancado. Nos finais de semana, ou se a equipe está mais reduzida, tranca-se o

portão.

Os quartos são individuais, de duplas, ou trios. O centro da moradia, pólo de aglutinação de seus habitantes, é constituído por uma sala comum, onde se partilha principalmente a televisão (que na terceira visita da pesquisadora havia sido quebrada por um morador recém chegado).

Apesar do aspecto mais próximo de uma residência familiar, não há pela casa objetos que caracterizem seus moradores. Nos cômodos visitados não se observaram objetos identificadores de seus ocupantes e alguns quartos não foram modificados do antigo serviço, mantendo ainda uma pia ou outra marca estrutural (da instituição hospitalar) que os diferenciam de quartos comuns de residências, embora isso não tenha sido avaliado como um problema, pelos participantes da pesquisa. Os quartos menores são mais semelhantes aos de residências familiares e parecem mais acolhedores para quem os visita.

6.1.4. Casa Verde

Supervisionado por uma psicóloga, esta moradia, anteriormente destinada ao Centro de Atenção Diária da Infância e Adolescência, já possuía a estrutura de casa, apesar de suas grandes dimensões, com quartos, salas, cozinha, dois banheiros internos, jardins na frente e nos fundos.

A Casa Verde é cercada por muros e fica, normalmente, com portão trancado, embora até pouco tempo atrás, todos os moradores tivessem acesso à chave. Deixaram de ter após o retorno de um morador com histórico de evasões recorrentes que, tendo fugido da instituição, estivera fora durante mais de um ano.

A respeito de vigilância e trancas, é bom lembrar que as moradias e residências pesquisadas têm sempre algum tipo de tranca (no portão, porta ou quartos), mas os moradores, em sua maioria, possuem as chaves. Na verdade, a restrição de circulação expressada pela tranca refere-se aos de fora, isto é, às muitas pessoas que circulam pela instituição, ou, eventualmente, pode ser desencadeada por algum "fujão".

Esta que deveria ser uma casa de passagem com moradores mais propensos a sair teve sua destinação alterada por necessidade da instituição. A casa conta com catorze moradores (idades variadas) e seis cuidadores (manhã e tarde); à noite funciona o mesmo esquema da Casa Nova (um cuidador de plantão para serviço

noturno/SN). Os moradores usam roupas próprias e aqueles que podem participam da arrumação de seus quartos, mas há funcionários de limpeza.

Durante os períodos de observação desta pesquisa, nunca estiveram presentes todos seus habitantes; na maior parte das vezes, a moradia ficava vazia, com os moradores fora, em atividades várias. Alguns quartos têm a marca de seus ocupantes, bem como a sala. As características do lugar, como a estrutura e a divisão interna do prédio, a decoração, os jardins e o número relativamente pequeno de moradores, contribuem para a ambientação como uma residência comum.

6.2. *Residências Terapêuticas*

Diferentemente da grande diversidade observada nas moradias assistidas, as residências terapêuticas (RT) apresentam homogeneidade de estrutura, funcionamento, organização e ocupação.

As cinco RT localizam-se no entorno do Instituto Nise da Silveira, mais ou menos próximas umas das outras, e são referidas ao CAPS Clarice Lispector, serviço de Saúde Mental responsável pela área geográfica e população correspondente. Dentre os diferentes eixos de trabalho do CAPS, existe um específico para o acompanhamento das moradias com uma profissional psicóloga designada para isso. Esta profissional do CAPS coordena as ações através das acompanhantes terapêuticas (duas psicólogas) e dos cuidadores das casas.

As cinco casas mantêm vagas para vinte pessoas, com quatro moradores em cada RT. Este número pode diminuir ou aumentar, com a saída ou internação eventual de um morador, mas mantém-se a vaga na casa, quando ocorre alguma saída.

As duas Acompanhantes Terapêuticas (AT) responsáveis circulam pelas cinco RT fazendo trabalho similar ao das supervisoras nas moradias da instituição, embora nas casas externas, por razões contratuais, recebam outra denominação.

Os cuidadores são oito, sendo um fixo para cada casa e três volantes, que tanto podem se revezar em alguma saída acompanhando moradores durante o dia quanto, eventualmente, permanecer na casa à noite, se houver alguma intercorrência que demande acompanhamento. Os cuidadores das RT têm seus horários de trabalho distribuídos na semana de forma que contemplem também

sábados e domingos.

6.3. *A Assistência nos Serviços Residenciais*

Não é fortuita a escolha de iniciar a análise do material coletado pelo próprio lugar de onde fala o cuidador: seu posto de trabalho. A observação realizada durante a pesquisa fornece dados suficientes para o reconhecimento da relevância da assistência a pacientes psiquiátricos nos ambientes domésticos, trazida pelos serviços residenciais terapêuticos, bem como da diversidade que caracteriza estes serviços.

Na análise dos depoimentos dos sujeitos (principais e secundários) ressaltam-se concordâncias fundamentais relativas tanto à importância de se associar tratamento e moradia, quanto à influência das características do espaço sobre a assistência, quando se trata dessa nova modalidade fornecida pelos serviços residenciais terapêuticos.

As mudanças introduzidas pela Reforma Psiquiátrica e suas novas modalidades de assistência residencial são altamente positivas, em termos de reabilitação do doente mental, de acordo com a avaliação de um cuidador:

> Dentro da Reforma Psiquiátrica é boa porque nós temos que desconstruir o espaço manicomial, não é isso? Ele [o morador] tem direito de dizer o que ta ruim... se não quer essa comida... não é? E ter liberdade...Na enfermaria era aquilo: só remédio, comida, banho e acabou. Aqui, eles questionam: “onde é que eu vou tomar banho?”; “Agora não”; “O banheiro ta livre?”[...]Eles tem liberdade de expressão e na enfermaria eram... o quê? 30 pacientes pra dois banheiros, então tinha que tomar banho todos naquele espaço mesmo. Todos na mesma hora, pra poder passar o serviço. Então existe uma diferença da Casa Verde pra enfermaria, só que como é dentro do hospital, tem algumas coisas de hospital que a gente é obrigada a seguir, não tem como mudar (C3).

Este fragmento de depoimento toca em importantes questões afeitas ao trabalho nos serviços residenciais. Por um lado, reflete o conhecimento das mudanças propostas pela Reforma (incomum entre os cuidadores, como poderá ser verificado adiante), assim como a compreensão de situações mais ou menos restritivas advindas do trabalho feito ainda dentro de uma instituição, como é o caso daquele realizado nas moradias assistidas. Na avaliação deste cuidador, as

melhoras da assistência promovidas no novo serviço dizem respeito à possibilidade de maior “liberdade” para os moradores e de sua “participação” nas decisões que afetam seu cotidiano, relacionadas, por exemplo, com sua privacidade, suas condições de higiene e com o lugar onde vive.

As supervisoras entrevistadas também esclarecem sua compreensão da proposta, valorizando a conquista de “autonomia” pelos moradores, estimulada por sua “participação” em definições importantes das características de sua habitação; porém indicam, ao mesmo tempo, as dificuldades e os impasses encontrados.

Quanto à participação do morador na caracterização de sua casa, S1 salienta a existência de quartos mobiliados com recursos de cada morador (camas e outros móveis, utensílios, pertences pessoais, etc.), a importância da participação do morador na escolha, compra (com a identificação, quando possível, do dinheiro investido) e disposição dos móveis, para o desenvolvimento de sua apropriação do espaço e dos objetos. No entanto, a mesma supervisora demonstra dúvidas sobre a capacidade de moradores, vindos de longos anos dos mais diferentes tipos de desapropriação nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos, fazerem tais escolhas.

Morar em uma casa, não mais ser paciente em enfermaria hospitalar, participar das decisões que a afetam, não sem dificuldades, encontram acordo quase unânime, entre os grupos de entrevistados, como garantias de assistência de melhor qualidade e estimuladoras da reabilitação dos moradores, qualificadas, por muitos (cuidadores e supervisores), como maior liberdade e participação. Entre os supervisores aparece, com frequência, a valorização da autonomia dos moradores. Liberdade, participação e autonomia se atrelam, nas concepções dos supervisores, ao sentido de ter o morador como interlocutor, negociador de suas condições de existência, mesmo que muitas vezes de maneira mais limitada do que se desejaria.

A esse respeito, esclarece Saraceno (1999), que a rede de negociação constitui um modelo que

> [...] põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder entrar no jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesse. (SARACENO, 1999, p.113).

Cuidadores oriundos dos antigos serviços de assistência psiquiátrica

destacam, em seus depoimentos, uma compreensão geral das mudanças verificadas no novo cenário desta assistência representado pelos serviços residenciais, como é o caso de C7:

> [...] do hospital que trabalhei, eu não tenho assim... Eu tenho assim bastante experiência, mas não tenho assim... boas não, porque lá infelizmente era... era... hospital psiquiátrico na minha época, que já tem bastante tempo...tinha cubículo... então era muito ruim...tinha cubículo, é...[...] Castigo é, choque, estupro...isso tudo tinha e agora não existe mais [...]. Não existe mais. Antigamente, tinha choque... então e lá... como eu te falei nós trabalhávamos...eram 10 pra 450. Lá tinha... que Deus me perdoe, era um refeitório grandão... quando eles abria, Deus me perdoe...quando a gente abria a porta... era uma portona grande...era igual boi, era igual bicho... infelizmente era igual bicho, entrava todo mundo, aí tinha aquela fileira assim, pra cada um...aí tinha a cozinha do lado de dentro...cada um preparava seus prato entendeu?! Então infelizmente era...igual bicho...
> Agora é diferente, agora eles tem seu... seus quarto né...tem suas roupas...Lá agora em Carmo também mudou que eu sei. Aqui eles, por exemplo, alguns né...tem mais autonomia, ajudam a gente, entendeu? Eles mesmo arrumam a cama deles, entendeu? Não são todos porque tem alguns que não tem essa...esse tipo de autonomia né...tem muitos que tem. Então são umas coisas que eu acho que melhorou muito, entendeu? Eu acho que os clientes, os moradores...eu acho que ganharam muito com isso.

Estar numa casa, ou num ambiente estruturado para aproximar-se disso, pode fazer grande diferença no trabalho voltado à reabilitação, segundo a opinião de vários cuidadores, principalmente daqueles que já tiveram uma experiência anterior em enfermarias. A maioria (6) dos cuidadores participantes desta pesquisa expressou avaliação equivalente da influência que a estrutura do serviço tem sobre a qualidade da assistência. Os relatos dos sujeitos principais indicam que características como o número reduzido de quartos e de moradores na casa e a possibilidade de maior liberdade e de interferência dos moradores em sua residência são fatores que contribuem para a maior qualidade da assistência, como se pode identificar no depoimento de uma cuidadora:

> A diferença é que a M 1 [enfermaria M1 da antiga Casa Sol] tinha perfil de enfermaria. Os espaços, os quartos, aquela divisão, muita gente dentro de um local só e na moradia a diferença é até assim, até muda o comportamento dessas pessoas que vieram de lá. [Aqui] tem menos gente, e até mesmo o perfil das pessoas aqui é diferente (C1).

Talvez seja importante ilustrar com um registro de observação realizada na

Casa Verde, que corrobora a apreciação sobre a mudança viabilizada pela assistência associada à casa e sobre como a estruturação dos espaços de moradia pode resultar em diversidades relevantes:

> Embora tenha sido aproveitado espaço anterior de tratamento (funcionava anteriormente ali um serviço de infância e adolescência, como espaço de internação), a Casa Verde tem mais um aspecto de casa por ser uma estrutura menor. Trata-se de uma casa ampla com grande área na frente e cercada por uma grade alta em toda sua extensão (mantida da forma como funcionava antes). O portão, entretanto, fica a maior parte do tempo aberto (destrancado). Nos finais de semana, ou se a equipe está mais reduzida, fecha-se o portão. A chave fica com alguém da equipe, mas, algumas vezes, é um morador mesmo que destranca pra que eu [pesquisadora] entre (observação realizada em 8/05/2009).

Entre todos os sujeitos principais, apenas dois cuidadores não reconhecem a relação entre a estrutura do espaço de habitação e a qualidade das relações e da assistência, respondendo com negativas à possibilidade de vinculação, ao serem indagados pela pesquisadora; três outros cuidadores não a confirmam, alegando não terem dados para estabelecer comparações, por falta de experiência anterior diferenciada de trabalho na área da saúde mental.

As supervisoras, diferentemente, reconhecem de maneira unânime a influência do tipo e da estrutura da residência sobre a qualidade do serviço. Quem mais insiste nisso é S1, supervisora da moradia assistida que envolve 42 moradores e 28 cuidadores, em entrevista realizada na sala da equipe da Pensão Nova, localizada no andar térreo e distante, portanto dos quartos situados no segundo andar.

> Apesar do isolamento do local da entrevista, esta foi interrompida, algumas vezes, quando cuidadores solicitaram à supervisora esclarecimentos sobre problemas de trabalho afetando pacientes e pela mãe de um morador, que a procurava, em horário diferente do previamente combinado, para reunião com a supervisora. A mãe, depois de alguma insistência, aceita voltar em outra hora e a supervisora informa que esta é uma atitude repetida por aquela familiar. Explica que a mandou voltar em outro momento por estar ocupada, mas, sobretudo, para estabelecer um limite para a mãe, que sempre quer sempre ser atendida prontamente (observação de 12/05/2009).

S1 descreve um trabalho ousado e difícil, ao mesmo tempo, devido à reunião das diferentes características da clientela envolvida e às peculiaridades da moradia.

As dificuldades maiores, segundo ela, num primeiro momento consistiram em lidar com a apropriação do novo espaço (os moradores vieram de antigas enfermarias) e lidar com atitudes e comportamentos tornados crônicos pela doença e pela institucionalização.

Para esta supervisora, a grande dimensão do ambiente dificulta sobremaneira a gerência dele e a viabilização da proposta de um olhar mais intenso e individualizado direcionado aos moradores. De acordo com S1, a estrutura da Pensão restringe o cuidado individualizado, não só porque é muito diferente de uma casa, mas também porque ali se encontra um grande número de pessoas dependentes, acamadas devido a envelhecimento ou a questões clínicas, e casos psiquiátricos de maior gravidade (alguns passaram por moradias menores e não conseguiram se adaptar).

Constata-se que a estruturação das moradias e a caracterização dos lugares como casas repercutem de maneira bastante evidente nas condutas, tanto dos cuidadores profissionais quanto dos moradores. Ou seja, durante o período de observação desta pesquisa, foi possível verificar que, nas moradias menores, mais aconchegantes e com aparência de uma casa comum, trabalhadores e moradores circulavam de forma descontraída, como se ficassem mais à vontade, seguros e com maior domínio espacial, que nos ambientes maiores.

Nos casas maiores, que conservam características de enfermarias, ou seja, de locais de internação hospitalar, como a Pensão Nova antes mencionada, ou mesmo a Pensão Mista, os profissionais permanecem em evidente estado de alerta em relação à casa e às pessoas que por lá circulam. Em sua postura corporal, expressões faciais e condutas, esses profissionais repetem, por vezes, comportamentos de outros das antigas enfermarias hospitalares, em que a vigilância assume caráter essencial.

Os moradores das casas maiores, por sua vez, apresentam regularidade em suas perambulações de um lado para outro, o olhar perdido em algum ponto distante, alheios ao que acontece a seu redor, em uma circulação aparentemente destituída de sentido. Nos espaços menores, registros da observação realizada descrevem moradores saindo do quarto para ir à cozinha comer, ou ir até a sala ver televisão, num exemplo de circulação com sentido definido. Os moradores das moradias assistidas menores e das RT, sem dúvida, demonstram maior domínio do espaço residencial do que os habitantes das grandes moradias institucionais.

Nas RT as características de proximidade e cuidado, observadas na ação do cuidador em relação direta com o morador, se potencializam pela intimidade que o espaço produz. Esta qualidade passa a ser facilitadora da apropriação do espaço e dos objetos que o compõem, pelos moradores, o que se constatou de diversas formas, como, por exemplo, quando ao chegar para visitar uma RT, a pesquisadora, recebida pelos moradores que ali estavam, os viu interromperem suas atividades, curiosos para ver quem chegava e saber o que fazia. Comportamentos semelhantes raramente foram identificados nos serviços internos do Instituto, onde a presença da pesquisadora nem sempre era observada, ou quando observada, o era apenas momentaneamente, numa atitude de curiosidade pouco duradoura.

Com relação aos cuidadores, a permanência deles nas RT é bem menor do que nas moradias internas, pois os moradores ficam na casa muitas vezes sozinhos, sem que isso seja um problema; afinal, é a casa deles. Isso não acontece nas casas institucionais, onde os cuidadores se organizam de forma a manter a presença permanente de um profissional.

Por vezes, foi possível presenciar condutas reveladoras da tensão vivida por um cuidador que se encontrava sozinho na moradia assistida, esperando o retorno de colegas que haviam saído acompanhando moradores. Observação e entrevistas autorizam inferir que a tensão relatada e espelhada no corpo rígido, na expressão séria, olhar rápido para todos os lados decorre do grande número de moradores sob a responsabilidade de poucos cuidadores. Talvez indique, ainda, que a estrutura residencial de grandes moradias estimula as ações de vigilância características do antigo modelo psiquiátrico hospitalar.

Em síntese, os diferentes tipos de habitações introduzem diferenças significativas nas condutas de cuidadores e moradores, bem como nas relações entre eles.

6.4. *Tudo é Muito Novo*

Não obstante se possa reconhecer que a assistência psiquiátrica na perspectiva da reabilitação, quando prestada em serviços residenciais como as RT (menores e com pequeno número de residentes), tenha melhores condições de

concretização, não se pode inferir que o trabalho aí realizado esteja isento de dificuldades, como esclarece uma supervisora.

> Se estruturar junto com o CAPS, as referências técnicas dos moradores no CAPS, as reuniões do CAPS que a gente participa, o que é dito no CAPS ou não, tudo isso é muito novo. Então a dificuldade do trabalho eu acho que é porque é um trabalho que ta sendo construído ainda. Pra mim enquanto dificuldade do trabalho é o que tem sido mais questão pra mim o momento.
> Eu acho que como as RTs ainda não estão... a princípio não é uma instituição, não tem um modelo a seguir, tudo é muito novo. Por exemplo, se um morador precisa de um atendimento clínico, a entrada é difícil porque não é mais pela instituição. Então como que eles entram, como conseguem atendimento? Só é pelo esforço do cuidador ou do AT [acompanhante terapêutico], às vezes a gente consegue algumas entradas via CAPS, mas o trabalho com a rede não é tão simples porque não é mais instituição, agora eles estão em casas, né? (S4)

Este depoimento toca em importante questão geral, que afeta todos os serviços residenciais, não só as RT: as dificuldades inerentes à construção do novo. Tem-se o modelo a ser evitado, suplantado, o “não modelo”, aquele que negava o reconhecimento da cidadania do grande contingente de "loucos", os "pacientes crônicos", nos quais não se depositava esperança de verem-nos participando da vida comunitária. Porém, para atendimento clínico, como moradores e não mais simplesmente como doentes mentais definidos pela privação da normalidade, dependem do “esforço do cuidador”, não do reconhecimento de direitos (direitos, diga-se de passagem, que ainda excluem boa parte dos “cidadãos” considerados “normais”, no Brasil).

A mesma supervisora sublinha, em momentos diversos de sua entrevista, as dificuldades de os moradores dos SRT terem acesso à rede pública de saúde:

> Então, são limites que a gente enfrenta e acaba pedindo algumas entradas... É horrível isso... Mas, os cuidadores pedem por eles... “Ah, são pacientes, será que não tem uma vaguinha?” ou por cuidadores que já conheceram os médicos da rede, conseguem encaixar outro paciente... A gente já teve questões graves com isso. Por exemplo, com a I., uma moradora que tem plano de saúde, ela pagava e quando tava na consulta, lá ela passou mal, quase faleceu e o plano dela não cobria o atendimento que ela precisava na hora. A gente não teria conseguido o atendimento dela na rede pública, tinha uma fila enorme. A P. (técnica do município que responde pelo trabalho da implantação das RT), ela tentou na Central de Vagas e no fim a gente conseguiu que ela continuasse internada no próprio hospital por uma intimação do Ministério Público, que saiu à meia-noite. Ela passou mal lá dentro e mesmo assim o plano não queria

> aceitar. Então, cada situação tem uma especificidade e tem que descobrir as vias certas pra esses problemas (S4).

Neste ponto vemos que a novidade do trabalho exige soluções necessárias, ainda a serem criadas, para problemas consequentes de não se contar mais com o suporte da antiga instituição intermediando algumas ações. Esses moradores hoje vivem o drama de qualquer outro brasileiro privado de acesso fácil aos serviços de saúde públicos e sujeito aos problemas, custos e irregularidades do sistema privado.

Ao identificar vários dos impasses e problemas observados ou relatados, como manifestações peculiares de um trabalho novo e ainda em construção, portanto sem possibilidade de soluções fáceis, não se pretende, aqui, meramente assumir as justificativas elaboradas pelos participantes da pesquisa como se fossem a própria interpretação do pesquisador. A intenção maior é demonstrar que o contingente, o inesperado e até mesmo velhas limitações conhecidas requerem a invenção de condutas, diante da inexistência de regras e de planos de ações que cubram a ampla gama de acontecimentos gestados no cotidiano dos novos serviços residenciais. O depoimento de uma supervisora é bastante ilustrativo disso:

> [...] acho um trabalho muito..., é... instigante, porque por ser novo têm muitos assim... novos impasses que não tem é...que...são inéditos, e a gente não tem assim muito, na verdade receita na saúde mental não existe mais...pelo menos assim, a gente tenta e aí passa por bons teóricos, ler, estudar. Mas na moradia é diferente, na moradia é diferente, quando os impasses são inéditos, tem que pensar e refletir e muitas vezes chegar à conclusão de que...não sabemos o que fazer e...além dos impasses, eu acho que tem algumas armadilhas, a gente sabe que a gente ta entrando nessas armadilhas...exatamente por ser algo inédito e não sabermos o que fazer...a gente torce, a gente encara, por algo maior... algo novo.
> [...] Então, eu acho que o impasse é.. o morar, agora a armadilha que eu quero dizer é toda uma questão jurídica, né....que envolve...o morar...porque se a gente ta falando do morar, a gente...sustenta que...eles devem ter o seu próprio dinheiro, pra...comprar os seus próprios pertences...e aí a questão é jurídica. Que história é essa, de nós, como uma equipe de saúde né, bancarmos e nos responsabilizarmos pelo dinheiro de um tanto de gente? Eu acho que essa é uma armadilha pra gente...a gente sabe que não ta direito, a gente sabe que não é o ideal...mas a gente... muitas vezes não consegue ver outra saída...e aí a gente banca. Tipo: é...a instituição, ela não tem como...trocar o vidro da janela...mas a gente sabe que pro morador que come vidro, é impossível ficar mais um dia com aquele vidro quebrado...aquele vidro vai ser retirado, e aí a gente vai bancar alguma coisa que...a princípio é ilegal, que o morador, com o dinheiro dele, ou no máximo o dinheiro da caixinha que é ....a reunião de um pouquinho de cada morador...banque...a troca da janela...isso

> é completamente ilegal né? Se eles estão numa moradia assistida, então o hospital tinha que bancar isso e isso...e usar o dinheiro deles só pros pertences pessoais. Então, são essas armadilhas, são essas coisas que cada vez mais a gente se enrola nisso, e faz... mas eu acho que um dia vai ser repensado isso, um dia vai...(S3).

Esta supervisora trabalha na Casa Nova e a entrevista realizou-se na área externa, no fundo da casa, conforme registro de observação no caderno de campo:

> Durante a entrevista, em alguns momentos, moradores iam até lá, observavam um pouco e retornavam para dentro da casa, sem que fosse necessária intervenção alguma, com exceção de uma moradora que, ao contrário dos demais, chegou perto e ficou um tempo prestando atenção à conversa. A entrevista foi interrompida para que a supervisora atendesse à demanda da moradora, que manifestou a vontade de falar a respeito de saída. Depois que esta se retirou, a profissional relatou que, no momento, trabalham com ela (encontrando grande dificuldade), a possibilidade de sair mais da residência. A interrupção suscitou comentários da supervisora sobre a novidade da proposta do trabalho em moradias, salientando seu potencial transformador.

Com certeza, é inegável o potencial transformador do trabalho desenvolvido nos dispositivos residenciais. Mas, a ausência de um modelo detalhado para a nova forma de assistência psiquiátrica repercute de várias maneiras, e grandemente, nos serviços residenciais terapêuticos e sobre seus moradores, afetando até mesmo os profissionais envolvidos. Como se pode depreender do comentário de S3, o contingente exige rápida resposta, incluindo improvisos que se definem, algumas vezes, como um jogo que é jogado dentro e fora das regras estabelecidas, como no caso que envolve a destinação dos recursos materiais recebidos pelos moradores[4].

---

[4] Os doentes mentais têm o direito de receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O candidato ao benefício submete-se a perícia médica realizada a cargo do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para verificar se ele atende aos critérios estabelecidos pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). A LOAS prevê a destinação de um salário mínimo mensal às pessoas incapacitadas para o trabalho (não se restringe aos doentes mentais). Outra via de acesso a benefício monetário mensal para o doente mental (durante um ano, podendo ser renovado), recebido como auxílio- reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internações (no valor de R$ 240,00, em 2009), é por meio do cadastramento no Programa "De volta para casa" (PVC), instituído pela Lei 10.708/2003. No caso do Instituto Nise da Silveira ainda existe a possibilidade de receber o benefício (quando outros foram negados) na forma de bolsa-trabalho, com recursos do próprio Programa de Moradias. Muitos moradores das moradias assistidas e das RT recebem o BPC; alguns moradores das RT recebem o PVC e alguns moradores das moradias recebem a bolsa trabalho. Para receberem os benefícios federais, em caso de incapacidade do beneficiário, este deve ter um representante legal, que deve prestar contas à Justiça. O próprio beneficiário pode receber diretamente, ou por meio de um procurador, quando tem condições de assinar e compreensão preservada. Os recursos financeiros devem ser gastos para atender às necessidades dos beneficiários, tanto de bens de consumo como de lazer, e melhorar sua qualidade de vida, mas é totalmente interditado que se use o dinheiro dos moradores dos SRT para reparos na moradia ou uma obra na instituição.

Ainda sobre as dificuldades que cercam esta questão dentro de uma proposta nova, ainda à espera de acertos e proteção legal para as ações e sobre quem responde por elas, S3 narra:

> A gente tem discutido muito nas nossas reuniões, mas a gente tem conseguido... É...muito devagarzinho... muito...levar também isso a alguma audiências... algumas reuniões com promotores...
> Não, a reunião em equipe sim... entre supervisores, mas falo dessas reuniões com promotores que eu disse há pouco. Daí já é alguma coisa acima né...da direção, a subgerente... a M...né? Na verdade, nós como supervisores a gente só fica... sabendo o que foi discutido né... E a gente sabe que assim, que... alguns promotores são um pouco mais flexíveis pra ouvir, outros não...então a nossa fala também acaba sendo um pouco diferente de acordo com quem nos ouve... Para alguns, a gente tem mais coragem de dizer... "É, realmente tinha que fazer...", o que não é só o curador que sai com os planos...
> [Pergunta: a questão da responsabilidade é colocada pra vocês?]
> Aí... é cobrado, mas acho que ainda vai ser muito mais...
> Exatamente...é...já é cobrado, mas é cobrado muito... É...acho que pouco, perto do que pode vir a ser...eu vi...os primeiros livros de prestação de contas estão sendo levados, para a prestação de contas com o juiz, os primeiros...os primeiros de centenas...mas tão sendo levados...
> Muitos ainda não têm a...curatela definitiva, ainda tão no processo, e aí esse processo vai acontecendo e o trabalho clínico não pára, então é nisso...que há um descompasso total né...porque o ideal, o certinho perante a lei era...primeiro esperar a regularização.. "fulano agora está curatelado então vamos ver agora o dinheirinho dele..." mas não... "fulano já tem o dinheirinho dele há meses", já estão sendo feitas uma série de coisas, estamos em processo assim...de regularização.
> Não existe um respaldo...(S3)

Neste caso, a supervisora indica empecilhos, no âmbito legal e outros não tão legais, uma vez que o uso do dinheiro recebido por meio de benefícios, sua manipulação por moradores e cuidadores é fundamental para o desenvolvimento da autonomia dos primeiros e ferramenta importante para a melhoria de sua qualidade de vida. O trabalho do cuidado em suas ações cotidianas, entretanto, não está previsto na lei. Até bem pouco tempo atrás, quem detinha o poder sobre o dinheiro de um paciente era um familiar seu (quando este era nomeado curador ou tutor) ou a própria instituição, na maioria das vezes representada pela figura do assistente social do período de internação do doente. Mais recente é o fato de que este benefício venha em nome do próprio paciente ou morador, sem passar necessariamente por um curador. Na realidade, esta exigência foi uma interpretação

errada e abusiva da lei, que nunca determinou a necessidade de curador para todos os casos de doença. A tradição inventada, no entanto, serviu para dificultar ainda mais o trabalho que requer a conscientização dos reais direitos da pessoa com transtorno mental. Daí as queixas de S3, e de muitos cuidadores, relativas às muitas cobranças e exigências de uma contabilidade fiel às demandas dos moradores.

Outro ângulo pelo qual se podem observar as dificuldades representadas pela inexistência de balizamento pleno para os novos serviços é a comparação entre as moradias assistidas e as residências terapêuticas. As diferenças assaz significativas entre os dois serviços e os tipos de habitações compreendidos por eles constituem outro relevante aspecto a sublinhar a carência de um amplo modelo para o novo, aos olhos de quem acompanha, concomitantemente, seu cotidiano.

Enquanto as residências terapêuticas pesquisadas - que podem ter entre 1 e 8 moradores (Brasil, 2004) – têm apenas 4, nas moradias assistidas o número de moradores varia enormemente (1 a 42), sem que haja qualquer regulamentação para as casas existentes no interior de instituições. Tal fato suscita, de imediato, a indagação: em que difere de enfermaria localizada em instituição hospitalar uma moradia assistida que congrega 24 moradores, como a Pensão Mista, ou 42, como a Pensão Nova?

Certamente, moradias do porte das duas citadas não constituem um bom modelo, e dificultam se não obstaculizam o cuidado individualizado, um dos esteios da nova assistência.

Todavia, há que se valorizar a assistência oferecida nas moradias assistidas e nas RT. Sem dúvida, trata-se de uma assistência muito diferente daquela prestada em enfermarias, por seus objetivos norteadores, que buscam a reabilitação, pelo número dos profissionais que aí prestam serviços (apesar da constatação de que, em alguns casos, este número está aquém do necessário), também devido à modalidade oferecida e ao direcionamento do trabalho pela supervisão. Acrescem-se outros benefícios decorrentes do que se conquistou em termos de direitos dos doentes mentais, no contexto da Reforma Psiquiátrica, como garantir identidade e documentação aos pacientes/moradores (RG), possibilidade de benefício previdenciário e, com isso, de mobilidade e participação na comunidade.

Trata-se, pois, de manter como meta a reabilitação, construindo a cidadania (SARACENO, 1999), ainda que pintar as paredes do quarto ou personalizá-lo com objetos de seus habitantes, algumas vezes, possam estar entre as poucas

alternativas que se apresentam. Ou, ter como meta a reabilitação pode estar a exigir definições e ações mais claramente direcionadoras dos serviços residenciais, pelo menos daqueles que ainda patinam no escorregadio terreno das indefinições.

7. CUIDAR EM NOVO TEMPO

7.1. *O Profissional Cuidador*

Os sujeitos principais desta pesquisa são contratados como cuidadores, em regime de trabalho regido pela CLT e cumprem um período de três meses de experiência, antes de serem efetivados. Eles não são funcionários municipais ou concursados. Organizações Não Governamentais (ONGs) gerenciam essa contratação de recursos humanos, na cidade do Rio de Janeiro, assim como outros recursos para a manutenção parcial do trabalho feito em moradias assistidas. Em ações terceirizadas pela Prefeitura do Rio de Janeiro; as ONGs recebem e repassam os recursos. Outras ONGs contratadas pela municipalidade atuam também na contratação de cuidadores para demais moradias assistidas do município (para moradores deficientes físicos e mentais).

Para a contratação de cuidadores para as moradias assistidas, os currículos chegam das mais variadas formas: através de conhecidos, podem ir diretamente para o escritório da ONG ou para o Instituto e são previamente selecionados. Os profissionais - dos quais é exigido tão somente o Ensino Fundamental completo - que apresentarem no currículo aptidão ou preparo para o trabalho passam por uma entrevista que geralmente acontece com um profissional do projeto ligado às questões burocráticas e administrativas, e, depois, são entrevistados por um profissional ligado à assistência, geralmente o gerente do Projeto. Na primeira grande contratação (fase inicial do Projeto) foi elaborado um curso sobre várias vivências e palestras antes de os contratados iniciarem propriamente no trabalho. Atualmente, como as contratações acontecem de maneira mais esporádica, o cuidador inicia o trabalho e, assim que houver um ciclo de palestras ou curso de reciclagem, ele é convidado a participar com prioridade para o preenchimento das vagas.

Os profissionais cuidadores são designados, na Carteira de Trabalho, como “cuidadores”, profissão ainda recente e pouco conhecida. Seu salário (R$ 530,00, em abril de 2010), corresponde aproximadamente a um salário mínimo, sendo acrescido de Cartão Alimentação (em torno de R$ 100,00 dependendo dos dias

trabalhados), Vale-Transporte e Insalubridade. A carga horária de trabalho é de 40 horas semanais distribuídas em escalas determinadas pela organização do Projeto.

Uma ONG é responsável pela contratação dos cuidadores e supervisores das moradias internas do Instituto Nise da Silveira (no início do Programa de Moradias, foi a ONG Centro de Apoio e Promoção Social; durante o período desta pesquisa, era a ONG Centro das Instituições e Conselhos da Zona Oeste). Outra ONG responde pela contratação de cuidadores e supervisores das RT, já que elas são, atualmente, vinculadas diretamente ao município e não mais ao Instituto (mesmo este sendo municipalizado). As regras e valores, neste segundo caso, são os mesmos.

7.2. *O Trabalho do Cuidador*

Quando se busca uma definição do que consiste o trabalho do cuidador na assistência psiquiátrica, pouco se encontra. As portarias nº 106/2000 e nº1220/2000 criaram os Serviços Residenciais Terapêuticos como modalidade assistencial sem precisar como e por quem será feito o trabalho. A lacônica citação mencionada antes, “O cuidador tem uma tarefa importante na moradia” (BRASIL, 2004, p. 11), traz implícito o acompanhamento de moradores pelo cuidador profissional, mas nada define sobre a tarefa tão “importante” nem caracteriza o profissional que a concretizará.

Não obstante a rara referência ao cuidador profissional, na regulamentação legal dos SRT e na literatura especializada, entende-se que a importância de seu trabalho esteja subordinada à "necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial" (Portaria n.106/2000; Ministério da Saúde, 2002, p. 85), no sentido de contribuir para a construção da cidadania dos pacientes psiquiátricos. No entanto, cuidador profissional e cuidado carecem de melhor caracterização.

Por conseguinte, os comentários relatados em capítulo anterior deste trabalho (p. 43), como "isso é uma forma de reconhecimento", ouvidos dos cuidadores nos primeiros contatos com a pesquisadora são bastante elucidativos da invisibilidade e do desconhecimento que, acreditam, cercam seu trabalho. A julgar pelo que os instrumentos legais e a literatura especializada trazem acerca do trabalho do

cuidador, os protagonistas desta pesquisa não estão equivocados.

De fato, “a tarefa importante na moradia” a cargo de cuidadores profissionais, ainda que pouco conhecida, pôde ser comprovada pela observação e entrevistas realizadas. O acompanhamento cotidiano dos moradores pelos cuidadores profissionais inclui atividades voltadas à reabilitação psicossocial que tenham como eixo norteador a moradia, isto é, as ações implícitas na “tarefa” envolvem as AVD destinadas a: estimulação do autocuidado, gestão domiciliar, lazer e trabalhos assistidos, entre outras. Esta não é, todavia, uma tarefa isolada; integra-se em uma equipe, como destacam os sujeitos principais e secundários deste estudo.

Nas elaborações de alguns cuidadores merece destaque, para a definição de seu trabalho e dos sentidos que lhe atribuem, o entendimento de que o cuidado consiste em trabalho de equipe, do qual diferentes profissionais participam. Isto pode ser notado no seguinte fragmento de entrevista:

> [o cuidado] tem a ver com o trabalho do grupo. Mesmo quem vem e dá só um remédio influi... Acontece assim: o morador ta num lugar, o porteiro ou alguém da limpeza ta vendo, às vezes chama o cuidador. Então ninguém ta aqui pra uma coisa só. Tem um trabalho de grupo (C6).

Além de exigir um trabalho de equipe, a ação do cuidado, na compreensão de um segundo cuidador, não é incumbência de um profissional específico:

> Nem sei se tem essa profissão de cuidador. Mas, eu achei muito bom, acho muito bom, porque não é só o cuidador em si, porque é o técnico de enfermagem, é o cuidador, é o psicólogo, é uma doutora, tudo. Nesse programa de moradia, tudo isso junto são um pouco cuidador.
> Todos eles [exercem a função de cuidador]. Isso aí, todos eles faz um pouco dessa função de cuidador. Então eu acho que são mais gente com qualificação diferente, né? [...] Tem gente que às vezes não tem nem o primeiro grau, a outra o ensino médio, tem gente que não tem, até quem tem o ensino superior completo. Então são várias experiências (C7).

Outro cuidador esclarece que o trabalho em equipe e o envolvimento de profissionais diversos se estendem até mesmo para fora dos serviços residenciais, fazendo menção ao que é realizado no Espaço Aberto ao Tempo (EAT), centro de atenção diária que funciona dentro do instituto. Seu depoimento reconhece significativa articulação entre a qualidade da assistência prestada pelo EAT e o

trabalho dos cuidadores nos serviços residenciais:

> Que jeito? Muito fácil... Porque veja bem, se eles lá de dentro, não fazem alguma coisa para controlar o morador do jeito que está, pra chegar ás nossas mãos, e dar continuação, então não vai andar...porque tem que ta todo mundo junto (C9).

A observação das ações de cuidado e as entrevistas com os cuidadores revelam que, se por um lado, seu trabalho integra-se em uma equipe, ele é concretizado nas atividades diárias realizadas diretamente com os pacientes e relacionadas com os atos de comer, banhar-se, vestir-se, etc. São todas ações executadas com regularidade, repetição, envolvendo uma aproximação que constrói vínculo e torna-se referência para os moradores.

Em entrevista com a supervisora da Casa Verde, moradia onde outras entrevistas já haviam sido feitas, pela primeira vez observou-se grande tumulto no local.

> Foi a primeira vez que encontrei supervisora no espaço e a conversa aconteceu de forma um pouco mais tumultuada, pois neste dia um morador chegava de uma internação clínica e voltava em condições aparentemente não muito boas. Foi trazido do hospital pela irmã e foi necessário chamar um médico da instituição para avaliação para sua permanência ou não na casa. Em seu quarto estavam, além dele e da irmã, a supervisora, a médica e a cuidadora que o acompanha.
> Outros moradores não se aproximaram do quarto e demais cuidadores estavam na sala de técnicos ou com moradores. O clima tenso me levou a ficar fora da casa esperando, circulando por outras moradias ou mesmo no jardim da casa. Conversamos quando a movimentação acalmou e ficou decidido que o morador seria transferido pra um espaço de maior apoio da enfermagem, visto que, à noite, os moradores ficam sozinhos na casa.
> Apesar de o espaço ter sido criado com moradores com necessidades de cuidados menos intensivos, neste momento a casa vive um período atípico, pois teve que receber um morador antigo do Instituto e que estava fora há um ano por evasão. Pelo fato de ele demandar grande atenção, a casa vive uma rotina mais fechada, o que tem trazido muitos questionamentos por parte dos moradores e até certa insatisfação quanto à proposta do trabalho na casa, marcada pela perspectiva de saída desses moradores. Entretanto, isso não foi explicitado nas entrevistas e sim percebido, por menções indiretas, na fala de alguns cuidadores e da própria supervisora, que, conforme verbaliza várias vezes, entende a promoção da autonomia do morador como o ponto mais importante de seu trabalho com os cuidadores (registro de observação).

De acordo com esta supervisora, as ações repetidas de cuidado constituem o

esteio da “autonomia” do morador:

> Bom, quando eu entrei...Eu não estou aqui há muito tempo, não. Tô aqui há mais ou menos um ano...Então, quando eu entrei, fiquei meio perdida, tentando entender o que seria uma supervisão você estando dentro.
> Porque supervisão a gente entende que é uma pessoa com um olhar de fora... Mas, acaba que assim... Eu to aqui trabalhando, então eu não sou de fora. A supervisão é de dentro mesmo. Mas na verdade, a supervisão é com os cuidadores, das coisas pequenas do dia a dia, tipo... a questão dos moradores estarem criando, desenvolvendo a autonomia, mas autonomia de dentro de casa mesmo, que é arrumar uma cama, cuidar das suas próprias roupas, arrumar o seu armário, ir tomar banho... De repente ajudar a escolher uma roupa mas de um jeito que eles comecem a fazer sozinhos, fazer a limpeza, a sua higiene (S2).

Supervisores e os próprios cuidadores concebem o trabalho destes últimos por sua vinculação às AVD executadas regularmente e repetidas a cada dia, compreendendo que este é o diferencial entre o trabalho deste profissional e o de outras categorias. Os supervisores, ao destacarem os mesmos aspectos privilegiados pelos cuidadores, corroboram a avaliação destes e enfatizam o desenvolvimento da autonomia do morador como fruto do cuidado que acompanha o cotidiano dos moradores.

É importante lembrar que os cuidadores têm sua carga horária distribuída na semana em cinco dias, plantões noturnos e de finais de semana, e isso confirma a regularidade e constância a que todos se referem no trabalho com os moradores. A permanência constante do cuidador e o acompanhamento mediado pelas ações do cotidiano parecem possibilitar, de fato, a construção de um vínculo importante e da figura de referência para os moradores.

As supervisoras, diferentemente dos cuidadores, destacam, entretanto, não apenas as contribuições valorizadas positivamente, atribuindo relevo também às dificuldades verificadas no desenvolvimento do trabalho da equipe de cuidadores:

> Bom, a equipe é uma equipe boa nessa coisa do cuidado, essa coisa assim... até do afeto mesmo, medicação, higiene, se ta bém ou se não ta, levar lá fora, fazer uma compra... Pra essa coisa eles são bons, mas às vezes eles pecam por um assistencialismo muito grande, de fazer por eles, né? Acontece: “vamos deixar eles escolherem”. E os cuidadores respondem: “mas eles não têm bom gosto”. Tem que deixar escolher, ta bom, a gente ajuda... Mas tem que ser o gosto deles. Ou “Ah, essa roupa ficou muito boa nela” e não dá a chance dela escolher...
> [inquirida sobre se esta é uma característica peculiar apenas do grupo que supervisiona, responde:]

> Eu posso falar mais particularizado da equipe daqui, mas pelo que eu ouço dos colegas, eles todos fazem muito isso, então acredito que seja uma característica do cuidador, porque eles ficam muito no lugar de ter que dar um pouco de tudo em relação a esses moradores, porque eles acham que esses moradores não são capazes de tomar suas próprias decisões. E eles são... de escolher um alimento... uma fruta... a escolha de uma roupa, ou alguns de não saber nunca ir num caixa rápido, os cuidadores não acreditam. Uns vão conseguir, outros não e aí? Como vamos saber? E é isso, essa questão de fazer por eles e aí isso é muito trabalhado na supervisão: "é, gente vamos tomar cuidado com isso" A própria J. [moradora], ela muito dengosa, gostam de fazer tudo por ela, botar roupa nela. Espera lá, a J. não ta doente, isso só vai proliferar essa coisa dela de querer tudo na cama. Deixa a J. se vestir, deixa ela escolher uma roupa... e vai estar junto com ela nisso, mas não fazer por ela. Até porque fazer por eles dão menos trabalho do que ter que fazer esse trabalho junto... e é isso que trabalho na supervisão.
> Eu não sei se isso já vem da formação, aqui os cuidadores, na maioria, são antigos, não sei se porque nas enfermarias eram muito vistos ainda como pacientes, eles pegaram essa de realmente ter que fazer. Eu acho que isso ficou meio encruado. Mas depois começa a mudar. E eles vão entender que é pro bem deles e que eles podem fazer, tão começando a ver que não estão aqui pra arrumar a casa (S2).

Esta entrevistada levanta uma questão importante que diz respeito ao reconhecimento do poder de participação do morador e de sua autonomia, em estreita relação com as características do cuidado prestado. Reconhecimento tanto mais relevante, quando se considera que nos serviços mencionados trabalha-se com a perspectiva de saída dos moradores para casas localizadas na comunidade, onde, mesmo havendo cuidadores, a questão das escolhas e da independência é muito mais manifesta e necessária.

Os comentários de S2 fazem lembrar o relato sobre a construção do Lar Abrigado do Instituto Philippe Pinel (FERREIRA E FONSECA, 2000, p. 42), no qual se observa a invasão do espaço do morador pelo profissional que acaba por oprimi-lo. Como destacam as autoras, coordenação e supervisão conjugadas para a equipe constituem importantes recursos para superar as limitações que a assistência aos moradores pode apresentar. A constatação de tais limitações ainda sugere a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento do cuidador. Sem isso, o cuidado pode pecar por excessos, como no caso citado pela supervisora, e o zelo pode sufocar a participação.

Leal (1999, p.50), referindo-se a profissionais com formação universitária, interroga-se sobre quem é esse sujeito por ela denominado "agente do cuidado",

assim como sobre a bagagem de experiências expressa em suas ações. Afirmando que "o trabalho do agente do cuidado exprime sua idéia e compreensão de sujeito e do mundo", a autora indica a possibilidade de comunicação e troca de vivências entre os profissionais diversos que, mesmo trabalhando numa mesma direção, trazem consigo seu saber técnico mesclado a sua visão de mundo, sua compreensão da vida e das pessoas.

Pode-se estabelecer uma aproximação entre as observações da autora citada e o que ocorre com os sujeitos principais desta pesquisa. No trabalho dos cuidadores profissionais portadores de um saber fundado fundamentalmente na experiência, as vivências trazidas circulam pelos espaços de moradias, no trabalho e na relação com os moradores, como propostas atuação. O *como fazer* e *o fazer com* parecem mesclar-e e consagrar a via de trabalho desses profissionais. Isto resulta em ações potencialmente voltadas para autoconhecimento, conhecimento, subjetivação, reabilitação dos moradores, mas que podem resvalar para o assistencialismo, quando o saber técnico não é adequadamente trabalhado.

Em reflexão interessante de AYRES (2004, p. 9) sobre um relato de caso no qual se deu um encontro terapêutico, o autor remete à temporalidade da existência e afirma:

> [...] isso que autoriza Heidegger, em Ser e Tempo, a nomear como Cuidado o ser do humano, numa referência a essa "curadoria" que este está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras.

Nas palavras de um cuidador, que descreve os moradores como "dependentes de carinho, cuidado", seu trabalho consiste em: "cuidados diários, alimentação, medicação" (C2).

O entendimento expressado por outro cuidador é o de que carinho, proximidade, confiança e vínculo são ingredientes indispensáveis do trabalho de alguém que, em sua apreciação, exerce, com o morador, um papel situado entre o que deveria ser desempenhado por familiares e o dos profissionais envolvidos com o atendimento na antiga enfermaria:

> Antes [...] era mais o pessoal da enfermagem quem cuidava deles, cuidava mais dos procedimentos, e na chegada do cuidador eu acho que houve mais proximidade do cuidador. Coisa assim de estar junto, ouvir o que eles queriam... Porque houve a chegada do cuidador,

> eles passaram a falar... as vontades deles.
> Eles não tinham pra quem falar. Na chegada do cuidador, nós demos essa atenção a eles... era uma dor no dedo, dor de cabeça, a gente se interessava, e saíamos com eles... Procurávamos hospitais fora, pra dar uma melhor qualidade de vida.
> Ah sim, é importante [a proximidade], porque eles precisam ter em quem confiar. Mais que uma confiança, é um vínculo muito grande que eu acho muito importante ao portador de transtorno. Porque às vezes ele viveu dentro da família dele e quando a família que já ta com esse problema, torna-se... Não vou criticar a família, mas torna-se cansativo pra família acompanhar este familiar. E a chegada do cuidador já aproxima um pouco mais. Porque ele sai da casa, da família, entra pra uma enfermaria e só encontra o pessoal que só vê procedimento. Cuidador fica mais próximo, com mais carinho com eles (C10).

Além da vinculação entre cuidado e carinho, duas associações evidenciam-se nas entrevistas citadas e em outras: o vínculo e a proximidade como condições para que o cuidado possa se realizar.

> Ajuda [conhecer melhor o morador]. Você tendo, assim, oportunidade de ta acompanhando cada morador, até mesmo toda a moradia, você ali no dia a dia [...] conhece mesmo aquele que não são sua referência. Você passa a conhecer (C1).

De maneira geral, os cuidadores concebem como condição para o exercício de seu trabalho o estabelecimento de relações diretas, pessoais, com os moradores. Nenhum deles destaca a capacitação profissional, ou a necessidade de deter técnicas ou informações específicas para a ação de cuidar.

As concepções expressadas pelos cuidadores, nas entrevistas, são bastante esclarecedoras dos problemas enfrentados em suas ações cotidianas. No entanto, mesmo ao abordarem as dificuldades, os cuidadores exaltam, sobretudo, a necessidade do estabelecimento de relações marcadas pela pessoalidade e permeadas por sentimentos, assim como por atributos pessoais, entre eles a paciência:

> Com eles eu não posso dizer que é um trabalho fácil. Tem que ter muita paciência... tem que ter paciência. O que requer mais de nós é isso, essa exigência é bem grande... fora disso...
> [é uma exigência] do trabalho, pra lidar com eles, pra tratar com eles, tem que entender que eles tem uma doença mental... então exige muito da gente... eles repete muito as coisas... muito tempo, eles pedem a mesma coisa várias vezes... você tem que ter paciência pra lidar com eles, se não tiver ta no lugar errado...(C5).

Os significados que se podem apreender, partindo desses recortes dos

depoimentos dos cuidadores, revelam uma compreensão do cuidado bastante comum entre os principais sujeitos desta pesquisa (e que se afasta das concepções verbalizadas pelas supervisoras). Ao associarem o cuidado a carinho e paciência, os primeiros revelam o acionamento de uma lógica ordenadora que é construída tendo por base o sentimento para a atribuição de sentido ao objeto de seu trabalho (diferentemente, apenas uma supervisora estabelece, em entrevista, relação entre cuidado e afeto).

Esta mesma lógica fundada em sentimento preside os significados atribuídos às condições necessárias para que o cuidado se concretize. Ambiguamente, o cuidado concebido como trabalho de equipe, para ser realizado depende de atributos pessoais do cuidador, o que se revela na vinculação entre a confiança na pessoa do cuidador e o estabelecimento do vínculo necessário ao cuidado, assim como na priorização de qualidades pessoais e relações diretas em sobreposição às relações mediadas por trabalho e competência técnica.

7.3. *Formação e Capacitação do Profissional Cuidador*

Note-se que, quanto à formação educacional do cuidador profissional, a exigência para sua contratação restringe-se ao Ensino Fundamental. Ademais, a maioria das instituições e serviços não requer capacitação específica dos profissionais para o cuidado em saúde mental e, mesmo que algumas se preocupem com esta capacitação, muitas vezes ela ocorre fora do espaço de trabalho.

No caso analisado, como se pode observar no Quadro 3 (p. 42), que descreve os sujeitos principais da pesquisa, entre os onze cuidadores profissionais entrevistados, sete completaram o Ensino Médio (EM) e quatro, o Ensino Fundamental (EF). A maioria dos que concluíram EM fez curso técnico em enfermagem.

Sobre a capacitação para a tarefa de cuidador nas moradias e residências terapêuticas, oito receberam treinamento no Instituto Nise da Silveira, após a contratação. Dentre estes, quatro dos cuidadores entrevistados (três com EF e um com EM) relataram como primeiro aprendizado o curso preparatório feito na própria instituição. Alguns deles contam, ainda, que fizeram outros cursos posteriormente, como podemos constatar nos fragmentos seguintes:

> Já fiz sim, eu fiz o primeiro depois que entrei praqui... Fiz também na Prefeitura... eu fiz também lá no... na Fundação Oswaldo Cruz, lá na av. Brasil. Eu aprendi sobre o cuidado, o cotidiano deles... sobre o cuidar aqui... foi assim. E os outros que eu fiz foi de doença respiratória.
> [Com os cursos] a gente sempre ta descobrindo coisas novas... que a gente não conhece... ajuda sim, gosto muito (C5).
>
> [Pergunta: você estudou para ser cuidadora?]
> Não. Quando entrei pra cá sim, fiz um curso de idoso... antes de vir pra cá, não. Não foi exigida nenhuma formação. Depois que eu entrei é que houve aquele curso... quase todo ano tem para os cuidadores que entram.
> [Pergunta: vocês então tiveram um curso de preparação e nos outros anos, como funciona?]
> Não. Eu só fiz dois cursos aqui. Era obrigatório. Quem não fez tinha que fazer... O curso de cuidadores, curso de medicação, o outro foi cuidado com o idoso, como cuidar do idoso...
> O primeiro eu não lembro, o segundo eu fiz um ano depois que estava aqui. Sempre tem: chega o convite, mas eu não fiz mais. Achei que não dava por causa do horário. Acho importante, ajuda muito. Eu tinha dúvidas, tirava então as dúvidas, dúvidas assim... com o paciente (C2).

Outros quatro cuidadores (com EM), além receberem o treinamento em serviço, fizeram cursos preparatórios para a função de cuidador (não necessariamente da área da saúde mental), antes de trabalhar na instituição e em momentos diferentes de suas trajetórias profissionais. Duas cuidadoras (EM) só tiveram treinamento anterior em enfermagem, sem curso algum sistematizado para cuidador em saúde mental, mas uma delas relata ter participado de um ciclo de palestras voltado para seu trabalho, dentro do Centro de Estudos do Instituto Nise da Silveira. Outra cuidadora (EF) nunca recebeu treinamento algum.

C11, que é técnica de enfermagem, mas não fez curso específico para a função que exerce, nem participou de palestras, diz:

> Eu cheguei aqui através... eu soube por uma amiga, entreguei o currículo, passei pela entrevista. No início eles ficaram até assim, meio.... porque eu tinha o curso de técnico de enfermagem, e parece que eles não queriam mais botar cuidador com técnico de enfermagem. Parece que tiveram uma experiência que não foi aceita. Queria só a formação de cuidador. Aí, eu expliquei que era um trabalho que eu gostava, gostava de fazer. Pra eles me darem oportunidade. Eu era técnico de enfermagem mas eu achava que eles usam mais técnica né... e eu gostava mais de cuidar... falar, conversar... ouvir... então eu achei que tinha alguma coisa a ver comigo (C11).

Quanto à formação do profissional e a sua capacitação para o cuidado (e sobre como executá-lo), os dados indicam a tendência de formação para o trabalho dentro da própria instituição. Certamente faz parte do projeto da instituição preparar seus profissionais cuidadores para o acompanhamento dos moradores, pois a maioria deles, em algum momento de sua atuação, relata participação nos cursos ali oferecidos. Isto é relevante na medida em que aponta não só para a capacitação do profissional, mas também para o que pretende o projeto de serviços residenciais e como é encaminhado.

Os fatos de que poucos cuidadores conhecem as inovações empreendidas pela Reforma Psiquiátrica e de que a maioria não concebe seu trabalho como inserido neste contexto refletem um nível insuficiente de informação e/ou uma formação que pouco capacita para o trabalho como cuidador em serviço de saúde mental. Tampouco os cuidadores fazem referência a reuniões com os supervisores que tratem da inserção dos dispositivos residenciais ou do trabalho do cuidador profissional no contexto da Reforma Psiquiátrica, ainda que essas reuniões constituam importante ocasião para se informarem até mesmo sobre os pressupostos teóricos que orientam e dão sustentação a seu trabalho.

Poucos cuidadores, além de C3, em depoimento anteriormente comentado, demonstram clara compreensão a respeito do trabalho do cuidador profissional no contexto dos novos serviços residenciais e das mudanças desencadeadas pela Reforma Psiquiátrica, comparando com o que acontecia no interior dos hospitais psiquiátricos.

> Boa. Dentro da Reforma Psiquiátrica é boa porque nós temos que desconstruir o...espaço manicomial não é isso? Ele tem direito de dizer o que ta ruim... se não quer essa comida... não é?...e ter liberdade... na enfermaria era aquilo... só remédio, comida, banho e acabou (C3).

Um cuidador assim demonstra seu conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e a relação dela com seu trabalho:

> Já ouvi falar da...da reforma psiquiátrica né, que sempre...Sempre não né, que é a lei do Paulo Delgado não é isso?
> [Pergunta: você já ouviu falar?]
> Isso..ja...já doutora, já sim...
> Tem a ver... tem a ver com a lei do... do Paulo Delgado. Foi ele que implantou essa lei, por isso que... surgiu mais, esse...cuidador, a profissão cuidador, através da lei do Paulo Delgado, que ele que

> criou. Inclusive na época...Já anteriormente...lá onde que eu trabalhei em hospital psiquiátrico...eles tavam também...Começou a...ter esse tipo de residência, pra gente botar os moradores pra cidade...pra cidade lá...(C7).

Os cuidadores que se dispõem a contextualizar seu trabalho e os serviços no bojo das mudanças desencadeadas pela Reforma Psiquiátrica, geralmente, são pessoas que estão há mais tempo em contato com essas mudanças, seja nos espaços onde trabalharam ou trabalham, ou estão mais atentos à questão.

Outros cuidadores dizem ter ouvido falar ou saber por alto sobre Reforma Psiquiátrica e os novos serviços criados sob sua orientação, mas não se dispõem a falar ou se intimidam. Há, ainda, quem nunca ouviu falar no assunto, como ilustra o fragmento apresentado abaixo:

> [Pergunta: E o que mais que você sabe da psiquiatria? Você disse que você imaginava que as coisas eram de um jeito e é de outro...Você já ouviu falar da Reforma Psiquiátrica?]
> Não, não!
> Não...isso passou longe, longe...eu nunca imaginei que um dia eu ia trabalhar num hospital psiquiátrico...(C8)

Quando a Reforma Psiquiátrica é mencionada nas perguntas, percebe-se certa resistência nas falas de alguns cuidadores, sugerindo não ser este um conteúdo do domínio deles, embora seu trabalho seja uma consequência direta desse movimento, de cujas propostas executam uma parcela importantíssima na construção de uma nova psiquiatria.

Pelos dados extraídos das entrevistas, a capacitação para o trabalho de cuidador depende essencialmente de cursos e palestras promovidos pelo Instituto Nise da Silveira. Portanto, predomina a capacitação em serviço.

Os cuidadores profissionais, com pouca ou nenhuma formação específica e portadores de um saber fundado fundamentalmente na experiência, com pouco ou nenhum saber técnico e sem acesso a informações que assegurariam uma compreensão integrada de seu trabalho, se veem parcialmente alienados do sentido deste trabalho. Embora todos saibam que o objetivo maior é a reabilitação dos moradores e sua reinserção na comunidade, falta-lhes conhecimento sobre os pressupostos teóricos que norteiam a tarefa dos cuidadores profissionais.

7.4. *Discussões sobre o Trabalho e Supervisão*

Mesmo que os cuidadores priorizem suas qualidades pessoais e sentimentos, como condições e atributos da tarefa que realizam, assim como ângulos diferentes do trabalho em equipe como qualidade essencial da assistência nos equipamentos residenciais terapêuticos, as entrevistas, invariavelmente, remetem à discussão do papel e importância da supervisão para a orientação do trabalho. Direcionam, ainda, para o questionamento sobre os responsáveis por ela e sobre o relacionamento entre as instâncias do projeto e os próprios funcionários envolvidos.

Inquirido sobre como e com quem se processam as discussões sobre o trabalho do cuidador, C1 afirma:

> [as discussões acontecem] Aqui na casa mesmo. O pessoal é unido. Entre a gente: cuidador. Ou, às vezes, na supervisão, com a A. P. O que uma assiste, ou o que pensa do trabalho, o que seria bom pra referência do outro é levado. E aí todos pensam e concordam, ta entendendo. E a gente aceita a abordagem de um colega. Não é nem interferir, mas pra ajudar no trabalho.

Assim como C1 destaca, outros cuidadores concordam que as discussões se dão, principalmente, entre eles mesmos, em ambiente e horário de trabalho, podendo também ocorrer durante encontro com a supervisora. Entretanto, só em uma entrevista a supervisão não chega a ser mencionada, sendo atribuída à própria equipe que lida diretamente com o morador a responsabilidade pela discussão de casos, entendida como muito necessária:

> [Pergunta: E pra esse trabalho junto, vocês discutem? Você e a médica? Quem mais?]
> Com certeza, que nem hoje, por exemplo...Hoje eu levei L. H. e J. L. mas ela pediu pra que eu continuasse, porque eu fico mais presente com eles...O J. L. tem um problema de esquecimento, o L. H. é só problema de limite, mas...implacável, quando elas pedem pra ele falar, quando ele quer falar, ele fala desesperadamente...quando não, não fala...Ai ela vê que a gente ta presente, pra passar...se acontece alguma coisa, mais interessante...que não tava previsto...ai eu como cuidadora...vou e passo: ”não, não houve nada assim...de anormal pra ele ta assim”. Aí ela vai e faz a avaliação, e então nós damos a nossa continuação...que é o quê? A nossa continuação...retoma com morador...no dia...eu passo para os colegas de trabalho da equipe o que foi que aconteceu na...consulta..., que é pra todos estar juntos...é...observando aquele morador, vendo o que ta a acontecer durante o dia, no outro dia também. Pra ficar todo mundo junto...Aí chega no dia da consulta...e

> vê que melhorou, que piorou...Aí a gente pega e vai ver o porquê que o morador se encontra daquele jeito...
> Então tudo que é passado eu indico...É...a gente escreve tudo o que passa no livro, no prontuário, né? A agenda a gente ta lendo sempre...todos...Não fica...nada...fica indo...sempre tudo junto...só que aí, quem que torna tudo isso...né...de andar junto...tem o médico, tem o cuidador...
> [sem isso o trabalho] Não acontece!...Se falta a psicóloga, pára...se faltar a médica... pára...(C9).

Os trabalhos diversos envolvidos na assistência exigem a comunicação e a colaboração entre os profissionais responsáveis. No próximo trecho de entrevista, que fornece uma noção de como funciona o trabalho na RT, pode-se ter uma ideia de como são feitas a discussão de casos e a solução de dúvidas que cercam o trabalho do cuidador:

> [...] depende... Quando é muito urgente, eu peço socorro, né? Corro pra supervisora, se não encontrar a supervisora eu vou pra coordenadora, quando é uma coisa que dá pra mim resolver, eu faço.
> [Para as discussões do trabalho] também tem a reunião de equipe todas as quintas-feiras.
> O que dá pra esperar a gente conversa na reunião, pra fechar... Pra todos também pensar em comum, apesar de que cada um da sua opinião.
> [Nessa reunião] Ah, a gente fala sobre a situação de cada morador, se a gente vê diferença... Vê também os problemas clínicos, principalmente eu que trabalho numa casa de idosos... Tem muitos problemas clínicos.
> Junta as cuidadoras das outras casas numa reunião que começa a 13:30h junto com as supervisoras, a coordenadora e a P [psicóloga do CAPS] participa também da reunião... Aí nós falamos das situações da casa, a situação de cada morador, mudança de comportamento, se a gente vê que mudou...(C10).

Pelas narrativas dos entrevistados, sem o auxilio da observação, a supervisão do trabalho pode parecer desenvolver-se linearmente, com hora certa para discussões. O “momento da supervisão”, referido por todos os cuidadores, de fato afirma-se como prioritário para as discussões da equipe e esclarecimentos sobre o trabalho. Porém, durante toda a pesquisa, foi possível presenciar discussões de equipe, com ou sem a presença de supervisor, diante de situações pontuais que as motivaram, e constatar que a intervenção da supervisora acontece quando é demandada. A anotação de observação abaixo ajuda a colocar em perspectiva a questão sobre hora e local apropriados para essa intervenção:

> Um morador entra na sala de estar da casa (moradia interna) e pede à cuidadora dinheiro para comprar um doce. Neste momento, pesquisadora e supervisora conversam na mesma sala, quando se ouve a cuidadora brincar com o morador dizendo-lhe que ele deveria pedir dinheiro à supervisora, pois ela ganhava mais e tinha dinheiro para isso. Ele se vira imediatamente, abordando a supervisora. Ela lhe explica que não tem dinheiro e que ele deverá esperar pelo seu pagamento e que quando recebê-lo poderá comprar seu doce, encaminhando o morador para outro cômodo da casa. Ela retorna, me pede para aguardar e chama a cuidadora, questionando-a sobre sua brincadeira e dizendo-lhe que deveria ser mais cuidadosa e consequente quando falar aos moradores, pois a compreensão [deste, em especial] é bastante limitada e concreta. Explica-lhe que o dinheiro não é dado aos moradores por quem ganha mais e sim pelo direito ao benefício, quando isso é possível. Depois, lembra com que tipo de morador estava tratando: fisicamente muito grande e que muitas vezes responde com agressividade quando é contrariado. Lembra, ainda, que ela própria [supervisora] está no final de sua gravidez, portanto em condição vulnerável e sem muita chance de se defender, caso o morador se irritasse. Convoca a cuidadora a pensar nas consequências de uma brincadeira aparentemente simples e ingênua (28/09/09).

Em reuniões de supervisão, dificilmente um fato como o citado acima apareceria, pois não constituía uma questão problemática para a cuidadora; mas, tendo sido presenciado pela supervisora, suscitou a intervenção no mesmo momento em que ocorreu. Contudo, o fato de que as supervisoras, diferentemente dos cuidadores, trabalham apenas três dias na semana certamente é um limitador da necessária intervenção cotidiana.

Registros do caderno de campo sobre observações realizadas durante a pesquisa referem-se à presença constante dos cuidadores junto aos moradores, diferente das supervisoras, cujas jornadas de trabalho parciais dificultam sua permanência nas moradias localizada dentro da instituição:

> As supervisoras dos espaços permanecem nele três dias da semana, mas nem sempre estão no setor. Em muitas ocasiões, as supervisoras estavam ausentes, normalmente no setor administrativo do Núcleo, em reunião fora ou dentro do hospital, resolvendo questões legais ou outras quaisquer, ou ainda acompanhando moradores ou cuidadores fora (consulta, banco etc). As supervisoras têm uma escala para plantão nos finais de semana, de acordo com a qual cada uma cobre um final de semana no mês. Nesse plantão a mesma supervisora cobre todas as moradias; no sábado fica presente uma parte do dia na instituição e no domingo fica "de aviso", podendo ser acionada em caso de necessidade. Os cuidadores ficam sozinhos, grande parte do tempo, com os moradores, o que é confirmado na fala de muitos e foi constatado nos dias em que permaneci na instituição (28/07/09).

Das entrevistas com as supervisoras também é possível depreender a necessidade de comunicação cotidiana entre os membros da equipe e deles com seus supervisores.

> Na reunião com os cuidadores a rotina é discutida. No primeiro momento, se discute a casa (consertos, dinâmica etc); no segundo momento faz-se uma discussão mais clínica: tira-se um caso que precisa ser falado, que ta mais difícil para o grupo e se discute.
> A comunicação é diária e constante. Dentro e fora da casa. O supervisor se mantém acessível ao telefone, mesmo quando fora da instituição.
> Questões que não são resolvidas nesta reunião são passadas para gerência e até para a direção, nessa ordem hierárquica. Nesta equipe em especial, considerando seu tamanho, as anotações no livro de ocorrências é bastante importante. No final de semana também tem um supervisor na instituição que fica referido a todas as moradias e não só ao seu espaço como no decorrer da semana, é o seu plantão (S1).

Em seu relato, esta supervisora descreve a rotina das reuniões de supervisão e dá indicações de que a comunicação com a equipe é diária (durante a semana e nos finais). Portanto, em sua avaliação, o fato de o supervisor não estar presente todos os dias não compromete suas possibilidade de intervenção nem o acompanhamento do trabalho dos cuidadores. Para esta supervisora, o maior empecilho ao seu trabalho e ao dos cuidadores é representado pelo tamanho da moradia (Pensão Nova) e pela diversidade das condições de saúde dos moradores.

Compreensão semelhante a respeito das reuniões de supervisão é manifestada por S4, acompanhante terapêutica (AT) de residência terapêutica, que exerce função correspondente à de supervisora das moradias assistidas. Difere a perspectiva em que são abordadas as peculiaridades do trabalho na moradia separada do aparato institucional. Note-se que a entrevista foi realizada fora de seu local de trabalho, por determinação da coordenação do CAPS, pois a rotina do serviço poderia ser afetada negativamente. Acabou sendo feita no consultório particular da psicóloga.

> [Pergunta: eu queria saber o que você acha desse trabalho, e vou incluir também nessa questão, como você vê a diferença na nomeação da função de vocês, gostaria que você falasse um pouquinho disso.]
> Na verdade eu não acompanhei essa mudança, a gente fala

> supervisor ou AT. Quando isso aconteceu, eu ainda não estava no trabalho, mas realmente eu não sei dizer se tem tanta diferença assim, mas a princípio o que me passaram é que era para facilitar a contratação de um profissional não necessariamente psicólogo. A função é de que seria alguém que acompanhasse o trabalho com os moradores, junto com eles. Não vejo muita diferença não. Isso pra mim é meio obscuro também... Não acho que o trabalho tenha diferença. Em novembro faz um ano que estou trabalhando e já era assim.
> O trabalho é um trabalho difícil. Quando a gente aposta nas residências fora do hospital, você cria toda uma estrutura pra que possa suportar isso. Uma estrutura de equipe, né? Você não tem mais uma estrutura institucional que daria uma certa segurança. Então, você ta ligada o tempo todo no trabalho, o telefone pode tocar de madrugada, final de semana a gente ta de plantão, um final de semana eu, outro a [nome da outra AT] e aí a gente ta em contato... No final de semana, a direção, a orientação não é de que só liguem pra gente se acontecer alguma coisa, a gente ta em contato o tempo todo passando o que vai ser feito. Então, é um trabalho que requer uma certa estrutura de equipe pra ele funcionar. Os cuidadores falam muito de ter que acreditar no projeto pra ele funcionar. Muitas vezes passam do horário, fazem a mais porque os limites são tênues tanto pro cuidador quanto pra AT... o que faz, o que deixa de fazer... o que é função... (S4).

Nas reuniões de supervisão, os cuidadores trazem, sobretudo, os problemas enfrentados com os moradores, que são discutidos como casos. No entanto, uma cuidadora indica que o cuidado com o próprio profissional pode se apresentar como motivação relevante para discussões, reuniões e, até mesmo mobilização da supervisão:

> [...] às vezes acontece algum desentendimento dentro da casa e isso já foi levado a reunião, então... como a gente fica muito tempo corrido dentro da casa, a semana toda... as vezes fim de semana... se não tomar cuidado, começa a já... tem que olhar pra esse lado, porque se não a gente fica tomando eles como se fossem uma família, sem ser. E a gente começa a sofrer com isso, daqui a pouco a gente já não ta... suportando bem.
> [e aí como que vocês resolvem isso?]
> Ah, eu falo nas reuniões, principalmente eu, eu falo isso nas reuniões.
> [...] elas me ouvem, mas muitas vezes elas me falam que é assim mesmo. Mas eu não sei. Ao mesmo tempo eu acho que os cuidadores também precisavam de ajuda.
> [que tipo de ajuda?]
> Não sei... não sei...Como é que isso? A gente lidar com essas pessoas o tempo todo, e a vida da gente?
> Eu acho [que mistura um pouco], porque a gente já começa confundindo a casa da gente com a casa deles. Eu acho que já aconteceu isso comigo. Porque a gente faz compra, leva a banco,

> quando a gente cuida do dinheiro deles, a gente cuida da vida deles...(C11).

Esta entrevista coloca em relevo a questão da carga de trabalho do profissional cuidador, tanto do ponto de vista objetivo (jornadas de 8 h durante cinco dias na semana), quanto do subjetivo, que inclui até mesmo o envolvimento emocional com as pessoas com quem o profissional se relaciona diariamente e como ele lida com isso. A importância da supervisão no acompanhamento dessa questão parece ser fundamental, embora a entrevistada não tenha deixado clara sua avaliação a esse respeito. Digno de nota e de confronto com o conteúdo de item anterior deste capítulo é que o envolvimento pessoal e emocional do cuidador como os moradores, na apreciação desta entrevistada, pode ser fonte de sofrimento psíquico para o profissional.

De acordo com alguns relatos, até mesmo direitos do trabalhador, misturados a problemas da equipe relativos ao cuidado, são levados para discussão com a supervisora:

> Geralmente aqui as questões... quando é pra discutir... quando atrasa pagamento... que mexe muito com as pessoas...muito por conta das dificuldades...o humor... e aí a gente leva pra supervisão, "Ô [nome da supervisora], ninguém dá uma resposta à gente...A empresa já se pronunciou?"...Agora dessa ultima vez, ficaram dois meses sem dinheiro de passagem, quer dizer...e todo mundo tava vindo trabalhar. Então, quando a gente leva isso pra supervisão...
> Ela [supervisora] pede a opinião de todos, de cada um de nós, o que acha, se alguém tem alguma sugestão pra poder ta... ajudando o colega também... quando alguém leva alguma dúvida assim...aí é discutida entre nós mesmos (C1).

Depois de analisadas todas as entrevistas, chega-se, pelo menos a duas inferências de maior peso: a) as discussões sobre o trabalho, tanto entre os cuidadores quanto deles com os supervisores, constituem o principal instrumento de que dispõem para avaliar e direcionar a assistência; b) muito provavelmente não há trabalhadores em número suficiente para atender às muitas demandas dos serviços, dentre elas a necessidade de comunicação cotidiana da equipe de cuidadores com o supervisor.

Juntamente com a questão das discussões do trabalho, entre os cuidadores e deles com a supervisora, aparece, nas entrevistas, a do relacionamento com as chefias. Estas são associadas pelos cuidadores às próprias supervisoras, mas

também podem ser identificadas com os coordenadores do Programa de Moradias ou das residências terapêuticas no CAPS.

> Aqui a supervisora é a S. Não sei a profissão dela, ela é a supervisora. [Observação: nesse momento os colegas falam para ela que S é psicóloga]
> Eu questiono as coisas com ela, tiro as dúvidas. A minha opinião é respeitada, a discussão é aberta, mas ela é a chefe (C2).

Outro cuidador, que manifesta compreensão semelhante das discussões de equipe e da supervisão, insere a questão da hierarquia no trabalho e a relação com a chefia, reconhecendo como chefes em igualdade de condições todos aqueles profissionais situados acima dele, na hierarquia vigente no serviço:

> [Pergunta: A quem você responde pelo seu trabalho?]
> A coordenação é a Z, a X, a Y e a Z...
> [Observação: das pessoas citadas, apenas uma é coordenadora; as demais fazem parte do pessoal administrativo do Programa].
> A nossa supervisora aqui é a X que é psicóloga. [...] porque antes não tinha a X [supervisora], então a gente passava tudo pra Z [coordenadora]. Agora tem a X então a gente passa pra X e ela resume pra Z Porque tem uma hierarquia né... eu tenho que falar com ela porque ela é a nossa supervisora, agora se ela não conseguir resolver ela tem que passar à frente. Ou se acontecer alguma coisa e a X não tiver na área... se a gente não conseguir ligar pra ela, aí a gente recorre a Z mas o certo é falar com a supervisora da casa, né? (C3).

Apenas uma cuidadora não menciona, de forma espontânea, a supervisão como referência para as discussões de trabalho. Percebe-se, em sua entrevista, que esta cuidadora não tem clareza na identificação da supervisora, assim como não sabe dizer definir quem exerce a chefia, embora isto não constitua, aparentemente, um problema para ela:

> [Quem é o seu chefe aqui?]
> É o A [técnico de enfermagem antigo do Instituto e atual coordenador]...Agora eu to em dúvida...não...é...quando eu cheguei...eu vou responder do início, agora eu não sei ainda...mudaram a administração e eu não to ainda por dentro da administração...Ao chegar aqui na pensão...ai eu fui apresentada á B, que é a minha supervisora [supervisora/psicóloga do município, há alguns anos na moradia] e o chefe..., o A, então...como eu ainda não to por dentro das mudanças...
> Porque...a B nem o A não chegou aqui ainda...assim, pra dizer aqui pra equipe..."ó...a partir de hoje, a gente tomou o lugar do A, e ele...não é mais o chefe de vocês...", então ninguém chegou ainda a esse ponto pra dizer isso ainda...

> [E vocês não perguntam isso?]
> Não porque...é...uma coisa assim, que sempre passa pelo controle né..., o A também...então ta tudo sempre organizado né...então...para nós cuidadores, não precisamos chegar a um deles e perguntar:" Quem é o chefe de vocês?"...porque os dois são...excelentes, né? (C9).

Com relação ao trabalho nas RT, uma cuidadora observa certo distanciamento do suporte da função de acompanhante terapêutica, tanto quanto da coordenação exercida pelo CAPS, em comparação com a relação estabelecida antes, no interior da instituição:

> [Pergunta: você teve uma experiência dentro da instituição e agora nas RT. Antes você respondia a uma supervisão e agora quem é responsável por acompanhar o trabalho de vocês?]
> Então... tem as supervisoras das Rts... agora não mais supervisora, chama acompanhante terapêutica... tem a coordenadora do Caps, a [nome] e as técnicas que acompanham as moradoras.
> [...] porque quando a gente estava na instituição eu acho... nós tínhamos as supervisoras mais próximo, tava próximo do setor... aqui na residência tem os dias né... e lá na instituição também... a coordenadora ficava junto, próximo do setor... a gente sente essa diferença (C10).

De maneira geral, as apreciações dos cuidadores salientam não só a carência de informações sobre composição e hierarquia da equipe administrativa do trabalho nos dispositivos residenciais, como o fato de que as reuniões de supervisão constituem ocasiões de extrema relevância para o atendimento de suas demandas relativas ao trabalho, dúvidas, discussão de casos clínicos e de problemas cotidianos dos moradores. Todavia, dessas apreciações também se depreende que reuniões semanais resultam insuficientes para resolver todas as questões e que existe uma forte demanda de supervisão, por parte dos cuidadores, que é cerceada pela presença do supervisor limitada a alguns dias da semana.

Quando se trata de discutir outro tipo de reunião, aquelas realizadas entre os supervisores, as descrições e opiniões dos sujeitos secundários desta pesquisa convergem, relativamente à maioria dos aspectos considerados:

> A gente tem uma reunião entre os supervisores que acontece toda quarta-feira, que na verdade deveria ir todos os supervisores e a coordenadora. A gente tenta discutir isso [a supervisora se refere a assunto anterior na sequência das questões discutidas com ela, que no caso eram as dificuldades do trabalho], às vezes até consegue,

> mas acaba que fica se discutindo muito as coisas burocráticas. Também e nem sempre sobra espaço pra gente trocar e a gente faz isso em outros espaços... sei lá... no almoço, entre a gente mesmo... mas o horário oficial seria esse. Mas nem sempre dá tempo...
> Esse seria o espaço com certeza [para discutir informações que contribuem para a construção do trabalho nas residências]. Mas a gente acaba fazendo em outros, porque ele frequentemente é tomado por... burocracia. Uma mudança...e a parte clínica teria pouco tempo pra trocar. [...] A gente acaba dando um jeito com um amigo mais próximo, com quem almoça mais... ou sei lá... na análise (risos) e você acaba levando, não tem jeito (S2).

Esta entrevistada revela sua frustração com o fato de que questões burocráticas tomem espaço de outras consideradas mais relevantes e que dizem respeito, em seu entendimento, à ação clínica e às dificuldades encontradas no trabalho. Como o supervisor é o profissional que está mais perto das pessoas que efetivamente fazem o trabalho com os moradores, se ele não está suficientemente preparado ou seguro, a supervisão do trabalho dos cuidadores certamente sofrerá consequências indesejáveis. Outras supervisoras indicam avaliações semelhantes, como é o caso de S3, ao ser inquirida sobre a frequência das reuniões entre os supervisores e deles com a coordenação do Programa de Moradias, bem como sobre as distinções entre suas dúvidas e as diretrizes do trabalho:

> É semanal. [...] Nesse ponto ainda não houve nenhum...conflito. Não, as dúvidas e os impasses podem ser colocados, e...a direção também...principalmente a direção pela [nome], né...que é a subgerente da moradia...Ela coloca as coisas bem claramente assim... do que ela pensa...quando ela acha que tem que bancar ela dá o suporte...então: "Vai lá...faz isso...". A direção do Nise né, da instituição... também participa de tudo isso...então quer dizer, não é nada velado, não há...acho que a coisa não ta assim sabe...é...não há não ditos...
> [...] As reuniões...as grandes né...as semanais, que são todos os supervisores junto com a coordenação, nem sempre há a possibilidade de uma discussão clínica mais aprofundada, por isso... que tem uma vez por mês, a eleição de um caso, uma situação, de um morador, a ser levado pra essa reunião, não na reunião semanal mas, sim no mês, na última semana, é levado...é de propósito, e é chamado uma pessoa de fora, porque aí tenho questões com isso porque não é tão de fora assim. É de fora da moradia, mas é de dentro de instituição...pra essa pessoa de fora, exatamente como supervisor clínico nos ajudar...
> Eu acho...que a gente acaba tendo muito mais possibilidades de discussão clínica, nos nossos encontros, com as referências no CAPS ou encontros pontuais, que são marcados de acordo com a necessidade, ou...encontro mensal, que acontece entre equipe CAPS e equipe moradia, aí sim...eu acho que essas são...prioritariamente

> clínicas, é onde eu acho que a gente pode enriquecer bastante, porque o que acontece...semanalmente assim, é...são muitas questões burocráticas...(S3).

A descrição da dinâmica das reuniões é um pouco diferente no caso da supervisora ligada às residências terapêuticas:

> Bom, a gente tem uma reunião com os cuidadores semanalmente, onde reúne os supervisores, toda a equipe de cuidadores e a coordenação dessa equipe que é a C [nome da coordenadora do trabalho no CAPS] e a gente ainda tem uma reunião técnica, que é comigo, a outra AT, a C coordenadora e a D, como representante do CAPS, que dá... tem um certo olhar aí de supervisão dessa reunião que é semanal também.
> É, temos uma só com os técnicos que é no mesmo dia, mas em outro horário.
> [Pergunta: é suficiente para discutir a direção do trabalho?]
> [risos] Nunca é. Tem muitas coisas que não dão conta. São muitas coisas pra se falar, se deixar a gente passa o tempo todo e não dá. É cansativo, tem horas que eu não quero mais pensar em trabalho, quem vai levar fulano na consulta... porque já são oito da noite e eu... é porque tem muita miudeza, muito detalhe do trabalho a resolver.
> [Pergunta: o acompanhamento é feito pelo CAPS?]
> É. Uma vez por mês, a gente participa da reunião deles pra discutir alguma situação. Ou leva algum caso, ou situação... sempre com cuidado assim de... a E [coordenadora do CAPS] fala sempre isso, pra que as casas não fiquem transparentes, por estar ligada, pela nossa equipe ser uma equipe de segmento do CAPS, sempre lembrar que aquilo é uma casa, pra gente não trazer tudo que acontece na casa, ou outro usuário do CAPS saber... todo mundo ficar sabendo o que acontece dentro da casa deles, isso seria enlouquecedor para os moradores. Então, a gente tem um cuidado do que é trabalhado nessa reunião. A idéia é que sempre que a gente tem alguma questão com um morador é buscar a referência desse morador no CAPS pra discutir. Nem sempre é fácil né... (risos) isso já deve ter aparecido em outras entrevistas... não é simples, talvez por ser uma equipe do segmento CAPS, às vezes fica mais fácil, mas não muito.
> [a comunicação entre todos] acho que vai bem, não é fácil... os cuidadores reclamam muito, isso tem aparecido... da gente não estar tão junto. Mas é diferente isso a gente trabalha com eles, não é possível estar nas cinco casas ao mesmo tempo, pode acontecer alguma coisa e você não ta lá imediatamente. O cuidador nas RTs acaba tendo que trabalhar com mais autonomia mesmo e você faz o possível pra ta junto, mas nem sempre dá. Aí eles falam “a gente nem traz alguma questão pra vocês, porque precisava ser resolvida na hora e vocês não estão lá na hora”. E é isso mesmo, nem sempre dá. E ao mesmo tempo a gente questiona muito pra eles trazerem as situações pra gente, porque às vezes eles seguram muito, tem muita coisa que não é falado (S4).

De acordo com S4, é falso o entendimento de que a relação institucional da RT com o CAPS facilita o acesso aos profissionais responsáveis pelos tratamentos dos moradores. Entretanto, somente uma vez por mês os supervisores das RT reúnem-se, no CAPS, com os profissionais que fazem o acompanhamento clínico dos moradores, enquanto a reunião dos supervisores com os cuidadores, técnicos, coordenadores de equipe e representante do CAPS acontece semanalmente. Ademais, esta entrevistada salienta a reivindicação dos cuidadores relativa a maiores contatos e presença mais constante do supervisor. Mesmo justificando a ausência do supervisor, S4 acolhe, tacitamente, as demandas dos cuidadores. É preciso lembrar que esta fala é relativa à supervisão de RT, que conta com apenas duas supervisoras para cinco casas. No entanto, mesmo nas moradias internas, poucas vezes se registrou a presença de supervisor nas casas, durante a observação realizada.

Quanto às dificuldades encontradas no trabalho de supervisão, a análise das entrevistas com os sujeitos secundários da pesquisa permite destacar convergências importantes: 1) a constatação das limitações impostas por um serviço que, sendo novo, exige a invenção de respostas, muitas delas sem respaldo normativo para os desafios enfrentados; 2) a necessidade de criar uma dinâmica de equipe suficientemente fortalecida para suportar a ausência do suposto "apoio institucional" dado antes, quando a tutela institucional determinava as ações com os moradores; 3) verificação do número insuficiente de reuniões, tanto com os cuidadores, quanto entre os supervisores, coordenadores e responsáveis pelo acompanhamento clínico dos moradores. No caso das reuniões entre os supervisores das moradias assistidas, agrava-se a limitação, pelo fato de serem tomadas por questões burocráticas, deixando em segundo plano a direção do trabalho; 4) a comprovação dos avanços proporcionados pelo trabalho mais individualizado nas moradias, como apropriação de espaços, objetos e retomada de vida social na comunidade, pelos moradores, pela valorização de questões clínicas e psíquicas dos moradores a serem trabalhadas diferenciadamente.

Cabe destacar, ainda, que S1, dentre as quatro supervisoras entrevistadas, é quem relata encontrar os maiores desafios e problemas, representados pelas peculiaridades da moradia sob sua responsabilidade, a Pensão Nova. Com 42 moradores e características notadamente institucionais, dificultando o trabalho com os moradores, esta é a moradia que mais exige do trabalho de supervisão.

Outra peculiaridade constatada neste trabalho decorre das especificidades que diferenciam as RT das moradias assistidas. No caso das RT, a coordenação é exercida pelo CAPS, a função recebe o nome de acompanhante terapêutica (AT) e duas AT se responsabilizam por cinco residências.

Em síntese, confrontando os dados coletados entre cuidadores e supervisoras, conclui-se serem de grande importância, para o direcionamento da assistência nos SRT, as discussões entre os cuidadores, das equipes com a supervisora, assim como aquelas que ocorrem entre os supervisores e deles com os coordenadores e administradores institucionais.

Nas reuniões do supervisor com os cuidadores está, muito provavelmente, a possibilidade de esses profissionais complementarem sua capacitação para o trabalho, unindo ao saber fundado na experiência (e perpassado por sentimentos) a competência técnica. Demonstrando a relevância da supervisão para o desenvolvimento do trabalho dos cuidadores, encontra-se a identificação, por muitos deles, da supervisora como chefe imediato, primeira pessoa a que recorrem para resolver dúvidas e problemas, quando eles próprios não conseguem. Desta importância atribuída à supervisão, depreende-se que ela poderia ser mais bem aproveitada para suprir as deficiências verificadas na formação dos cuidadores.

Contudo, o acesso à supervisão é dificultado, quer pelo número insuficiente de supervisores, quer por seu regime de trabalho que cobre, efetivamente, apenas três dias da semana (mais plantões em finais da semana), diferente do cuidador, presente o tempo todo. Ainda assim, verifica-se que os cuidadores profissionais contam com algum respaldo para seu trabalho, o que garante ações mais ou menos dirigidas que, em algum momento, são discutidas por todos, seja nas reuniões semanais com os respectivos supervisores, seja na interlocução diária com outros profissionais envolvidos no cuidado.

8. O QUE MUDA?

> Deixada sozinha e destacada de seus antigos parentescos, entre os muros desgastados do internamento, a loucura se constitui num problema – colocando questões que até então nunca havia formulado.
> Ela, sobretudo, embaraçou o legislador, que, não podendo deixar de sancionar o fim do internamento, não mais sabia em que ponto do espaço social situá-la – prisão, hospital ou assistência familiar (FOUCAULT, 2005, p. 417).

Foucault, falando sobre o período inicial da Revolução Francesa, contexto em que se desencadeiam mudanças importantes no tratamento dado à loucura e aos loucos de então, toca em questões tristemente atuais. Notícias divulgadas pelos meios de comunicação, no Brasil, despertam perplexidade, quando contam casos de doentes mentais encontrados amarrados para que não se firam, ou por outros motivos, na ação possível de cuidado realizada por mãe ou outro familiar cuidador; outras mostram doentes mentais vagando pelas ruas das cidades, desamparados de assistência.

Bem mais alvissareiras são as notícias das experiências bem sucedidas de inserção na comunidade de pacientes psiquiátricos de longa internação, conquanto isto resulte de um trabalho que ainda enfrenta pesados empecilhos e limitações (FONSECA, 2005; SCARCELLI, 2006; CAMPOS, 2008).

Neste capítulo, pretende-se apreender as principais mudanças na vida desses pacientes, hoje moradores de serviços residenciais, a partir da realidade atual das moradias assistidas e residências terapêuticas focalizadas. Para isto, traz as vozes de cuidadores, supervisores e relatos das trajetórias de três moradores.

8.1. *Os Cuidadores Profissionais: de paciente a morador*

Mencionado em capítulo anterior, o depoimento de um cuidador com experiência anterior de trabalho em hospital expressa, de maneira crítica e incisiva, a comparação entre a vida do doente mental em manicômio e, depois, em moradia assistida, dizendo que, antes, o paciente era submetido a

> Castigo é... choque, estupro...isso tudo tinha.... [...] Então infelizmente era...igual bicho...[...] Agora é diferente, agora eles têm [...] seus quartos né...têm suas roupas...Lá agora em Carmo também mudou que eu sei. Aqui eles, por exemplo, alguns né...tem mais autonomia, ajudam a gente, entendeu? (C7)

A comparação também é feita por outra cuidadora com experiência de trabalho em instituição asilar, referindo-se a mudanças no espaço, à diferença estrutural em relação às antigas enfermarias sem quartos delimitados: "até muda o comportamento dessas pessoas". Esta profissional destaca, nos moradores, mudanças de condutas, de identidade e de qualidade de vida desencadeadas em serviço residencial e pelo trabalho da equipe:

> [Pergunta: como você entende o trabalho, você que está há mais tempo? É possível identificar algumas mudanças no setor a partir do trabalho de vocês cuidadores?]
> É, é... e muito
> Começando: morador não tinha benefício aqui. Tinha o que... na instituição, tudo... da vestimenta, todo mundo com a mesma roupa, uniforme né... Hoje em dia os moradores passam aí... você não sabe nem quem é quem... quem é cuidador, quem é morador... assim... por causa dessa mudança. Assim, se eles tão no meio da rua, nem chama a atenção.
> Era muito diferente, eles nem saiam da enfermaria e quando saiam... Era de viatura.
> [Pergunta: era fácil identificar o paciente?]
> Era, justamente. Até pela vestimenta mesmo.
> [Pergunta: o que você vê que é consequência do trabalho, que ficou diferente?]
> Assim, do acompanhamento com eles, assim... O cuidador ta do lado deles dia a dia, descobre muita coisa que o morador tem, que as vezes achava que era só crise. Crise psiquiátrica. Só existia isso.
> [Pergunta: como assim, o paciente gritava, chorava não se fazia uma investigação clínica?]
> Não, não. Hoje em dia já se consegue fazer isso. O acompanhamento clínico, até odontológico. Antigamente era só extrair, era só tirar... só tirar, pra não morder... por conta de agressão. Hoje muitos tão usando prótese... Trata, não é só retirar não. O dente é tratado (C1).

Pelos recortes das duas entrevistas é possível compreender como vão se processando gradativamente, nos novos serviços, o resgate da identidade pessoal e a construção de direitos até há bem pouco tempo negados aos pacientes das instituições psiquiátricas. Importa lembrar, entretanto, relatos de outros sujeitos (por

exemplo, S4, p. 56) sobre as dificuldades de acesso a serviços de saúde por pacientes egressos de instituição hospitalar. As contradições, por um lado, refletem peculiaridades de um processo que não acontece da mesma maneira em todos os lugares e com todas as pessoas; por outro lado, demonstram a impossibilidade de generalização das conquistas descritas.

Exemplos práticos do acompanhamento do cotidiano dos moradores ilustram bem as pequenas grandes conquistas estimuladas pela nova assistência em residências:

> Acho que teve mudanças, por exemplo: tinha uns que não tomavam banho sozinho agora já tomam, não comiam assim, direitinho, agora já comem bem.
> Algumas pacientes eu já conhecia, já eram da Esperança [Casa da Esperança, antiga enfermaria]. Então, vejo que umas mudaram. Tem umas que são bem dependentes, a gente tem que tá auxiliando... senão fica parada embaixo do chuveiro, assim... auxiliando pra se lavar entendeu?... sem noção das coisas, sem saber o que fazer... tem umas que são mais difíceis mesmo.
> [Pergunta: você acha que essas mudanças têm a ver com o trabalho de vocês?]
> Sim, sim... porque nós estamos no dia a dia, lidando com eles, incentivando... isso é muito importante né...pra eles deixarem de ser dependentes, pra eles ter mais autonomia (C2).

Quando a entrevistada expõe esta situação, ecoa falas de outros profissionais do cuidado em saúde mental. Verifica-se o entendimento de que a constância da presença do cuidador, como um apoio ou incentivo à ação, numa postura ativa e promotora de movimento, é bem diferente do que se via nas antigas enfermarias/moradias, marcadas por lentidão ou ausência de movimentos e cuidados.

Outra cuidadora relata uma situação comum do trabalho em moradia, realçando a inserção do morador na comunidade e a diferença em relação aos pacientes institucionalizados:

> [Pergunta: você já trabalhou de outra forma numa enfermaria psiquiátrica e aqui considera bem diferente, o que você acha dessas diferenças?]
> Ah, eu acho muito bom, essa rotina deles...é um trabalho diferente. Sair na rua com eles...por exemplo... a N. nunca tinha... teve a

> experiência de ir ao supermercado, ao Guanabara [Supermercado Guanabara, próximo ao Instituto] . Quando ela entrou no Guanabara, foi emocionante... eu me emocionei, porque ela dizia..."que lindo!", e olhava tudo... "que lindo!"... ficava com os olhinhos brilhando, aí eu me emocionei, meus olhos encheram de lágrimas porque ela ficou assim... surpreendida... dizendo "vamos, vamos"... querendo pegar nas coisas, eu fiquei emocionada mesmo. Porque quando eu cheguei aqui, ela não ia em nada, não queria me deixar ficar perto...
> [...]
> Isso, não aceitava de jeito nenhum. Aí um dia e chamei ela pra sair. Nesse dia eu chamei pra ir no Guanabara e ela aceitou. Aí quando chegou lá... sei lá... eu me senti bem em ajudar... a comprar o xampu, um creme, um sabonete, e ela naquela euforia toda, feliz e comprando...
> [Pergunta: você ta falando de uma coisa simples pra nós, não?]
> É... bem simples, mas pra eles não (C4).

A entrevistada percebe claramente que alguma coisa importante está acontecendo na vida da moradora e que o fato de estar acompanhando-a nesse momento pode afetar positivamente sua relação com ela. Esta mesma cuidadora refere outra situação envolvendo um paciente com condição de saúde diferente, mais grave do ponto de vista da psicopatologia, que provoca nela a relativização das possibilidades de mudanças e dificuldades de compreensão do processo. Neste segundo relato, a cuidadora demonstra impotência ante as oscilações no comportamento do morador e carência de orientação:

> Eu vejo assim...que pra uns... vale a pena, é válido, mas pra outros ... eu vejo que....
> Não sei... porque por mais que você...trabalhe... daqui a pouco aquele trabalho volta todo, aí vou ter que retornar tudo de novo com eles... tudo de novo.
> [Pergunta: você está falando de recaídas do paciente?]
> Você pensa que ele ta no auge do negócio, que ele ta caminhando e daqui a pouco ele desiste, cai tudo e tem que começar tudo de novo. Isso é muito difícil. Por isso que eu digo, pra uns vale a pena investir e outros... você fala assim: "fulano tá tão bem" e aí ... como o A. fomos até no shopping com ele, no cinema ver aquele filme... como chama? Esqueci o nome.... "Se eu fosse você". Ele viu, se divertiu tanto, foi ótimo... Aí ta... de um pra cá já não é mais o mesmo.
> [Comentário: você está descrevendo a dificuldade do trabalho com pacientes graves, em que isso pode acontecer.]
> É, é isso. Mas é difícil.
> [Pergunta: e como é que faz pra lidar com essa frustração? Você com seu trabalho? É possível contar com apoio nessa hora, com quem você fala?]
> Pra mim mesmo em casa. Eu fico pensando, tentando entender...
> Aqui no trabalho eu tento falar direto com ele, quando eu vejo que dá, eu tento conversar... saber o que ta acontecendo... entender né... Se vejo que ele não ta bem mesmo, eu procuro afastar um

> pouquinho.... até porque com ele não pode insistir. Ele começa com aquele negócio de agredir. Então... é em casa mesmo que eu penso nisso. Fico até mal de pensar: por que isso aconteceu? Aí eu fico nessa dúvida...
> [Pergunta: como essa dúvida se esclarece?]
> Eu falo com ele. Acho que é direto com ele... acho que a gente tem que se entender (C4).

As mudanças observadas nos comportamentos dos moradores são relacionadas, por alguns sujeitos da pesquisa, não apenas ao trabalho exercido por profissionais cuidadores, mas também às diferenças entre habitar moradia dentro da Instituição, ou fora, no caso da RT:

> [Pergunta: onde não avançam?]
> Aqui na instituição, é muito mais lento... elas conseguem avançar, mas é mais lento. Lá fora é outro horizonte, novos horizontes...[...] só por estar lá fora muda muito.
> [Pergunta: e pelo trabalho de vocês, é possível identificar mudanças?]
> Também. Dentro da instituição você tem diversas pessoas pra fazer o trabalho... em termos de manutenção... da parte administrativa... nas RTs você que cuida disso tudo, a parte administrativa... do dinheiro, alimentação... claro que tudo acompanhado pelas moradoras... supermercadao... mas você ta ali pra isso.
> [...]
> [Pergunta: você identifica mudanças nessa moradora, por exemplo, que possa falar?]
> Ah sim, mudanças pra melhor claro. É lógico que tem alguns problemas, mas ta melhor.
> Ah... pra melhor porque ela ficava ali dentro da instituição rodando... ou parada, parada, parada, passando o tempo porque não tinha nada pra fazer. Agora lá fora, ela já ganha a verba dela, sai, vai na padaria, compra coca, o pão, pede pra ir numa igreja, ela quer assistir missa (C10).

Os exemplos citados por C10 mostram modificações no cotidiano e nas condutas de moradores, a partir do trabalho do cuidador e do direcionamento da assistência, em que outros componentes se somam às ações cotidianas do cuidado, como, por exemplo, a possibilidade de receber um benefício monetário e o uso acompanhado dele. A profissional constata novos conhecimentos, necessidades e exigências das pessoas sob o cuidado das RT, com maior circulação pelo bairro onde residem e tantos outros progressos só possíveis a partir de um projeto global de trabalho, em que o cuidador possa acompanhar o morador nas várias etapas até a integração.

Os cuidadores revelam que as mudanças atingem seu trabalho, que passa a ser de agente de socialização, e até mesmo a forma como entendem os pacientes sob seus cuidados:

> Bom... eu acostumei a tratar eles como moradores. Eu não gosto de chamá-los de pacientes, gosto de falar morador.
> [Pergunta: como você vê essa diferença?]
> Porque o trabalho da gente é desconstruir, é socializar. Assim... se eu levo um deles no médico... se fosse meu irmão, minha mãe, meu amigo não falaria paciente, então o termo melhor é morador mesmo, acho melhor né... O C.S. ta doente, eu levei ele no hospital. Quando você vai no hospital público... eles... "ah, maluco"...então acho que o termo morador é melhor aí... eu não to socializando? É só alguém que ta doente. Você quando ta doente diz que é paciente? Não, né?... Você diz minha mãe ta internada, não minha paciente tá internada.
> Então... se é uma socialização... até prontuário já não devia existir. O prontuário já mudou... mas se ainda existe é porque é uma casa dentro do hospital, então existe a anotação. Porque na sua casa você não tem prontuário. Tem receita, tem caderninho pra anotar as coisas... mas não prontuário. Aqui sim, porque tem que ter registro.
> As moradias terapêuticas aí fora... já não têm. Quando sai daqui o prontuário.... já encerra aqui. É uma diferença muito grande... muito grande (C3).

Sobre o mesmo tema outra cuidadora, além de concordar com a posição explicitada por C3, aponta uma questão importante representada pela possibilidade de comunicação que antes pensava não existir:

> [Pergunta: você disse que trabalha com moradores?
> Eu entendo eles como moradores sim.
> É uma diferença muito grande. Eles não são pessoas mais isoladas como antes, eles se comunicam... eles expressam o que eles querem, como... às vezes, nem é verbalmente, mas se expressam. A gente consegue ter uma comunicação, e eu acho que com o doente a gente não consegue muito isso. Eu sei porque, quando eu entrei praqui, eu entrei pra um projeto, não entrei pra enfermagem que vem pra cuidar de doente mental. Eu entrei pra cuidar de "pessoas" que têm doença mental. Então eu acho que tem... diferença, e com esse contato diário faz diferença (C5).

Esta cuidadora fala de uma forma de ver as pessoas assistidas, suscitada por seu trabalho, bastante diferente da concepção de doente mental no senso comum. Salienta o fato de que a proposta que conheceu no serviço muda radicalmente a atitude e a compreensão do profissional diante dos moradores.

Os cuidadores indicam estar em curso importante alteração de concepções acerca dos doentes mentais inspirada pela atuação nos dispositivos residenciais, os quais, por sua vez, exigem uma mudança de mentalidade:

> [...] a criação de formas alternativas de tratamento em saúde mental exige uma mudança de mentalidade. A sociedade precisa se conscientizar do problema e desenvolver uma nova compreensão da diferença (ROCHA, BARTMANN e KRITZ, 1996, p. 16).

Ouvir as vozes dos cuidadores profissionais permite concluir que, quando eles comentam as mudanças promovidas pela assistência que combina ação terapêutica e moradia, não se referem apenas àquelas de grande importância, constatadas nas condutas, nos direitos, nos relacionamentos e nas novas possibilidades de vida abertas aos moradores em processo de reabilitação. Essas vozes explicitam também as relevantes mudanças verificadas em seus próprios comportamentos e concepções acerca dos "moradores".

8.2. *As Supervisoras: "agora eles estão em casas"*

As supervisoras apresentam peculiaridade nas avaliações que elaboram sobre as possibilidades de mudanças dos moradores com os quais trabalham e sobre o que já pode ser observado a partir do trabalho dos cuidadores.

S1, em uma de suas entrevistas, fala das dificuldades de apreender as mudanças e s*e* questiona quanto "ao pensamento de trabalhar a autonomia, a individualidade lidando com tantas diferenças, mudanças... homens e mulheres juntos, privacidade, portas fechadas" (recorde-se que se trata de uma pensão de 42 moradores).

> Os moradores conseguem aos poucos algumas conquistas quanto à privacidade, por exemplo, noção dos seus pertences comprados com o próprio dinheiro, personalização de seus quartos e aos poucos eles se dão conta dessas mudanças (S1).

A supervisora fala das pequenas mudanças observadas no cotidiano dos moradores e continua, ressaltando os desafios dessa moradia muito grande e diferente de outras, mas acredita que o essencial é "manter os princípios colocados

para qualquer moradia: a autonomia, a individualidade, a privacidade" (S1). Exemplifica com a condição de um paciente:

> [...] vem de um espaço onde pouco falava, era agressivo e mesmo assim não tinha visibilidade, sem inscrição no CAPS. Ao mudar para pensão, foi feita sua inscrição no CAPS para tratamento. O paciente começou a frequentar e apresentou uma crise que precisou de internação. Neste momento ele começa a falar e pedir pra voltar pra casa e mostra que começa a diferenciar os espaços (tratamento diferente de moradia) chegando até a descrevê-los. O morador consegue perceber cuidados diferentes nesses lugares e sua inserção neles (S1).

Com S2 não temos propriamente uma observação de mudanças nos moradores, mas a reflexão sobre as mudanças possíveis, a partir do propósito do trabalho em moradias. Valoriza, entre as possibilidades abertas pelo Programa de Moradias, a semelhança dos dispositivos com casas, afastando-se do hospital e a qualidade de vida dos moradores, em que são incluídos privacidade e cuidado individualizado:

> Eu acho o Programa de Moradias muito bacana e interessante, porque por mais que a gente tente aproximar o jeito de viver mais próximo de uma casa, não dá pra dizer isso de dentro de um hospital. Não é uma casa. Mas todo trabalho da equipe, é que fique o mais parecido possível, com uma qualidade de vida melhor... e isso acho que o projeto consegue atingir. Diferente de uma enfermaria, os quartos, os banheiros, a privacidade... isso acho que em todo o programa isso acontece. Mesmo que ainda com uma proteção muito maior do que você tem em qualquer casa lá fora. Independente dessa ou outra ser de passagem, acaba que é uma experiência importante em todos os espaços.
> Acredito que é uma coisa que outros supervisores também pensem. Essas mudanças são muito grandes, se for pensar das enfermarias pra cá... mudou muito e pra melhor para os moradores. Em qualidade de vida, em respeito... na possibilidade de ter um olhar mais específico pra cada um, o que antes não acontecia. Principalmente aqueles que não demandavam. Não eram olhados esses, o que só é possível com um número menor de moradores (S2).

Nesta abordagem a supervisora destaca as maiores possibilidades de ambientes menores, onde a assistência pode ser de fato mais individualizada, diferente das antigas e tradicionais enfermarias, com grande número de moradores fechados nas instituições e com pequeno número de profissionais. Ao contrário da assistência na enfermaria, em que muitos pacientes tornavam-se invisíveis.

Na narrativa de S3 identificamos a partir de onde ela acha possível elaborar uma avaliação do trabalho em questão. Esta supervisora explicita, com eloquência, que a assistência oferecida por meio dos serviços residenciais deve ser avaliada pelas mudanças apresentadas pelos moradores:

> [Pergunta: E como é que vocês avaliam esse exemplo que você deu, de impasses e armadilhas? Se a gente for pensar em termos de assistência, pode ser entendido como o caminho de um avanço. Como é que vocês avaliam, o que é um avanço, o que não é?]
> Eu acho que a avaliação é... a partir das consequências que a gente percebe neles, então a única avaliação que a gente pode realmente confiar é essa, e a resposta deles é tudo isso... Que nem sempre é a esperada, nem sempre... Mas a gente é muito surpreendido assim... tem muitas surpresas...
> Por exemplo, é de moradores...que mudaram completamente assim, sua postura, é...a maneira de se relacionar com o outro, a partir de uma gradativa mudança que a gente nem apostava tanto, mas aconteceu... Não foi só pelo dinheiro, mas aconteceu por uma série aí de variáveis... O cuidador que se aproximou mais do pensamento dessa pessoa, um... um interesse que foi assim né... quase que ressuscitado desse morador por coisas lá de fora... Agora aí também estão os impasses, né? Um exemplo assim, bem claro de um grande impasse...é... são exatamente esses moradores que depois de décadas sem assim... sem qualquer possibilidade de... de conquistar alguma coisa lá fora, hoje fala: "Não, olha... eu quero comer o bobó de camarão lá do bar do Jorge." E aí "Pô cara, que legal, vamos lá comer o bobó de camarão." e na semana seguinte, temos a seguinte notícia, "Olha, ela está com as taxas de glicose, de sangue, tudo alterada, vai ter que ir pra uma dieta.", Pô mais não é possível, depois de décadas de ..."
> Agora que ela ta podendo escolher a comida dela, curtir, saborear, ver prazer nisso. Sabe quando a gente vai comer fora? "Não, hoje eu vou comer fora...", e aí a gente vai ter que... (risos)
> [Falar pra ela que vai cortar tudo... dá pra fazer isso?]
> Né, assim... e assim, "cortar tudo" é voltar á dieta hospitalar, aí a gente tenta fazer uma barganha entre nós mesmos, "Olha só, vamos ver...com a nutrição, o que que pode ser comprado lá fora...que vá causar menos danos á saúde", mas aí, lá fora, ela já experimentou o bobó...e ela gosta, ela quer o bobó, aí é uma barganha com a gente mesmo, "Não, então vamos no dia do aniversário dela, dá pra ser o bobó" mesmo sabendo dos raios dos exames, que ela ta ferradíssima clinicamente, é esse impasse entendeu...
> [Você acha que se tivesse numa residência terapêutica isso seria diferente? Porque assim, aqui tem um cuidado maior, vocês estão submetidos a algumas regras, à nutrição daqui da instituição, o fato de ter um prontuário que tem todas as restrições, de tudo o que ela pode e o que ela não pode.]
> É, mas a responsabilidade seria a mesma, porque um médico, seja da instituição ou fora, teria falado na dieta né... teria prescrito a dieta, talvez assim...numa residência terapêutica lá fora, a gente se sentisse menos culpado na hora de haver um...uma subversão, porque na rua...por mais que a gente diga "Vocês está de dieta.", se

> ela resolver...catar o dinheiro e comprar um bobó, a gente vai ficar um pouco limitado, não tem muito o que fazer, diferente daqui, que assim...a possibilidade de controle é maior, né?
> Mas aí é que está, a possibilidade de controle, mas aí a responsabilidade é a mesma, porque... né, assim...a prescrição médica é a mesma...agora aqui a gente acaba bancando mais esse...não controle... Não, mesmo sabendo de tudo isso, é... você vai assim, no aniversário dela, e com ela assim... nesse dia, ta tudo liberado, e que ninguém nos ouça. (risos) (S3).

Ela aponta para uma série de critérios e normas a serem seguidos dentro de uma instituição e que são incompatíveis com uma vida dotada de autonomia, ainda que com regras e submetida a vários tipos de limitações. Fala das negociações necessárias para legitimar o desejo de um morador, entendendo isso como uma conquista empreendida a partir do trabalho no cotidiano na residência. Em sua entrevista, a supervisora não somente ressalta mudanças na vida dos moradores, como indica o reconhecimento do paciente, por profissionais do serviço, como alguém dotado de vontade, de preferências e com possibilidade de exercê-las.

A seguir, vê-se outro tipo de mudança, quando as coisas não saem tão bem e quando os moradores enfrentam momentos críticos, na fala de outra supervisora:

> Os avanços são muito pessoais assim... é de cada morador... É muito bacana você ver isso acontecendo. Os avanços que cada uma apresenta depois que vai pra casa. A gente tem uma moradora que ta há menos de um mês. Saiu do hospital e já ta frequentando o CAPS. Ta frequentando outros lugares junto com outra moradora de outra casa... A gente fez todo um trabalho de facilitar essa integração, apresentar ela, frequentar a outra casa e agora elas vão à missa juntas. Os avanços são mais qualitativos. A gente vê isso no dia a dia e isso eu já acho um avanço do trabalho.
> [Isso influi na dinâmica da casa?]
> Nossa demais! Cada morador novo da casa muda toda a dinâmica dos outros. Ou quando um morador sai. A gente ta com uma moradora que ta internada, a casa já mudou. Ela ta fora há três meses e ta sendo difícil o retorno dela. É um novo trabalho que tem que ser feito.
> Ela teve uma crise e não ta conseguindo voltar. Ela já teve uma licença, passou um tempo na casa, ficou muito pior, voltou pra internação e a gente ta tentando ver se ela retorna.
> Porque é isso né... Eles podem ser internados, ter crises...(S4)

A supervisora, por meio dos dois exemplos, refere-se a uma situação frequente no cotidiano do serviço, na qual se observa alteração da dinâmica da casa e a mudança do comportamento do morador, em função de uma agudização dos sintomas da doença. Pode-se perceber que existe um trabalho voltado para a

facilitação do retorno do morador à casa e uma preparação para prevenir novas crises. No primeiro exemplo, ela privilegia a maior circulação e inserção social da moradora e a construção de vínculo de amizade como forma de intervenção e de tratamento promovidos pelo trabalho na moradia. A entrevista esclarece, igualmente, que as conquistas e mudanças dos moradores não se desenvolvem em progressão linear, mas vêm acompanhadas de retomadas de passos já dados, de reversões da condição de saúde e da exigência de infinitas repetições das ações de cuidado.

8.3. *Os Moradores: "eu já vou voltar pra casa"*

Seguem-se três relatos biográficos de pacientes do Instituto Nise da Silveira, atuais moradores dos serviços residenciais. Os relatos foram construídos a partir de observação, entrevistas com os sujeitos principais e secundários, consultas de prontuários e outros documentos do Instituto.

8.3.1. Primeira História

Quando teve início o Programa de Moradias, R. C. era um morador com isolamento radical, condição, aliás, bastante comum nas grandes instituições psiquiátricas. Passaram-se meses até que ele aceitasse a presença de um cuidador a seu lado.

Como R. C. recusasse qualquer interação com outros moradores e com os profissionais técnicos, o trabalho começou pelos cuidados básicos proporcionados por um único cuidador, que respeitava seu mutismo e reclusão. Sem muita aproximação lhe eram oferecidos lençóis e toalhas, apresentadas fragrâncias de xampus, com entradas limitadas no seu espaço (respeitando sempre sua atitude de isolamento), mas de tal forma que ficasse claro que eram coisas separadas especificamente para ele.

Aos poucos R. C. passou a incluir sua cuidadora nas soluções de seus problemas: quando o sabonete acabava, por exemplo, ele não mais se mantinha tomando banho apenas com água, como era antes seu costume; pedia um novo. R. C. passou a se responsabilizar - e mesmo requisitar melhorias - por sua alimentação

(se recusava a comer algumas coisas), medicação (sabia seus horários e se adiantava indo buscar seus próprios remédios) e higiene (pedia para trocar alguma toalha ou lençol, quando ele mesmo percebia que estava na hora). Muitas vezes até conseguia expressar como se sentia com as novidades e com a presença das novas pessoas no local.

Ele não voltou a se comunicar verbalmente com muitas pessoas, mas conseguiu perceber novas situações e escolhas que podiam lhe trazer uma vida mais confortável e mais digna; agarrou-se a isso, num esforço de recuperar a possibilidade de relacionar-se com quem se dispunha a ajudá-lo.

A trajetória de R. C. no serviço de moradia demonstra como as conquistas produzidas a partir da presença e do trabalho dos cuidadores garantem oportunidades de novas relações com as pessoas e com a habitação.

8.3.2. Segunda História

W. era um morador dos ditos crônicos das enfermarias, "de difícil abordagem", segundo o que se lia nos vários prontuários dos longos anos da vida dentro do Instituto. Apresentava respostas bastante cristalizadas, pouco flexíveis, no convívio no espaço de moradia e diante de situações de desagrado. Reagia sempre com hostilidade e violência, com atitudes frequentes de agressividade frente a frustrações de qualquer natureza.

Os cuidadores, com apoio e orientação de supervisão, passaram a falar sempre com ele nas situações de briga ou depois delas, questionando, demonstrando estranheza diante daquelas atitudes exageradas. Isso era repetido a cada problema e sempre por um cuidador mais próximo, ou que era mais bem aceito por ele. Com a inserção da palavra, vieram o exercício da negociação, os acordos e a responsabilização por seus atos.

Supervisão e coordenação do Programa de Moradias proibiram a contenção dentro do espaço de habitação e, quando isso era necessário, acontecia no espaço para atenção à crise. W. rapidamente percebeu esta mudança e, motivado pelo desejo de não mais ser levado ao setor de atendimento à crise, tentava se controlar um pouco mais, o que, com o passar do tempo, ficou evidente para todos. Sabendo-se possível esse controle, várias negociações eram propostas para a construção de um novo cotidiano menos agitado e violento. Foi possível fazer a aproximação dele

com outros colegas da moradia e melhorar essas relações. Suas manifestações de hostilidade não terminaram por completo, mas houve uma diminuição importante dos episódios de agressão onde e com quem vivia.

A redução dos comportamentos agressivos de W. e seu cuidado com as roupas, produtos de higiene, etc. motivaram os cuidadores a iniciar um novo trabalho, preparando-o para uma moradia aberta, com menos moradores. Atualmente, W. vive na Casa Nova e se responsabiliza por muitas das tarefas que dizem respeito a seu próprio cuidado e daquilo que lhe pertence. A maioria das coisas que tem foi comprada com o dinheiro que hoje recebe com seu Benefício.

Em um dos momentos de observação, a pesquisadora pôde presenciar a produção de uma grande festa que ele ofereceu em sua casa, por ocasião de seu aniversário. Com a ajuda dos cuidadores ele fez sua lista de convidados (por mais estranho que pareça, para o brigão que era, estava cheia de amigos novos). Alguns itens dos "comes e bebes" foram oferecidos por profissionais que o acompanham, mas a maior parte da festa foi patrocinada por ele mesmo, ainda que isso muito pudesse custar para quem, na moradia, tem fama de ser muito comedido nos gastos do próprio dinheiro, "pão duro", mesmo.

A progressiva socialização de W., o controle de sua agressividade e o desenvolvimento do autocuidado são frutos de um acompanhamento diário, que leva tempo, mas em muitos casos resulta em mudanças bastante promissoras. A história de W. comprova a importância do profissional cuidador e sua contribuição para reinvenção do cuidado. Através da história de W. é possível enxergar o valor das pequenas ações que marcam a presença dos cuidadores no cotidiano dos moradores, sinalizando diferenças e potencialidades a serem trabalhadas.

8.3.3. Terceira História

> Eu já vou voltar para casa, porque vai fazer 50 anos em abril de 2003, que eu estou aqui. Eu vim para cá com 19 para 20 anos e já vou fazer 69 anos. Então vai fazer 50 que eu estou aqui. Então em abril do ano que vem eu vou voltar para casa, porque nem os assassinos ficam presos por 50 anos, não é? Eu não roubei, eu não matei ninguém, então eu não vou ficar 50 anos aqui. Vou voltar pra casa...

Este fragmento é citado num dos artigos do primeiro número da Revista Archivos Contemporâneos, editada pelo Instituto Municipal Nise da Silveira (2007, p. 57). Ele evidencia um desejo alimentado, durante anos a fio, por alguém que teve sua vida guardada num hospital e sua história calada no cotidiano vazio de possibilidades ou mudanças, como se tivesse sido condenada por crime que não cometeu.

Desde que isso foi dito, em 2002, quando a pesquisadora era residente do mesmo Instituto, passou-se a recolher esses fragmentos e falas a partir da construção delicada de vínculos com moradores das enfermarias, na tentativa de reconstruir e registrar a história de vida destas pessoas. Sobre elas os únicos relatos resumiam-se aos numerosos e volumosos prontuários, na verdade vazios de informações relevantes sobre aqueles que deveriam ser seus legítimos donos.

Os antigos prontuários se repetiam nas informações quase telegráficas, em milhares páginas, com expressões do tipo “paciente cooperativo”, “paciente agressivo”, ou “paciente aceitou medicação”, e mais páginas e páginas de prescrições medicamentosas, que se mantinham por anos. Raras eram as vezes em que se conseguia obter alguma informação importante ou consistente sobre a pessoa a respeito de quem se escrevia: algum dado de identidade, alguma ação terapêutica, mudança no quadro do paciente, ou qualquer coisa além da repetição de um cotidiano de ações mecânicas e obedientes ao longo de dias, meses e anos iguais.

Oito anos depois, eis o que registra o diário de campo sobre o contato da pesquisadora com a mesma moradora:

> Outra moradora se aproxima me explicando sua rotina espontaneamente (A. está há mais de 50 anos na instituição), fala das visitas das irmãs a ela (são duas que ela menciona, embora uma destas já tenha morrido há algum tempo) e como as cuidadoras são “boazinhas”, repete isso algumas vezes. Ela começa a me descrever seu quarto e eu pergunto se não gostaria de me mostrar. Ela já se põe em movimento, antes que eu levante. Eu a acompanho e ela vai me mostrando tudo. Onde ficam sua cama, suas cobertas, travesseiros e cada pequeno pertence seu. Quando mostrou tudo, começa de novo, acentuando a qualidade de cada um dos pertences. Reclama do armário novo que compraram para ela, pois gostava mais do antigo que ainda está no quarto, mas fechado e quebrado. Quando pergunto, diz que não sabe por que trocaram. O novo é bem maior, mas parece não haver coisas suficientes para preenchê-lo, ainda. Depois, voltamos juntas para sala. No caminho, ela me

> apresenta a companheira de quarto, com expressão facial de satisfação (18/09/09).

A história desta moradora chama atenção, pois em outros tempos, a despeito seu comportamento delicado, quase sempre pueril, ela questionava seus cinquenta anos de internação e contrapunha-se à vida de presidiária, dizendo que voltaria para casa quando completasse cinquenta anos no hospital, porque até os assassinos vão para casa depois disso. Ela vem de uma família de classe média alta, que a internou quando muito jovem; durante todos esses anos recebia a visitas das duas irmãs mencionadas (uma delas já falecida). Nunca se conseguiu fazer um trabalho para seu retorno à família e hoje, sem mais laço com o mundo externo, ela se apoia em pequenas coisas que pode chamar de suas.

Entretanto, importa perceber e registrar que a vida desta moradora tem mudado, finalmente. Embora ela tenha ultrapassado os cinquenta anos vivendo ainda dentro dos muros do hospital, sua existência, agora, é diferente.

O trabalho atual dos cuidadores com A. consiste em: acompanhá-la nas novas necessidades que ela, aos poucos, possa identificar e que preencham algumas lacunas de sua vida perdida no isolamento imposto pela família. Esta parece ser a aposta (simbólica) da equipe, quando escolhe para ela um armário novo, maior que o antigo.

A. e muitos outros têm conseguido experimentar a possibilidade de aprender ou reaprender uma nova vida, sob um novo tipo de cuidado, aquele desempenhado pelos cuidadores profissionais e supervisionado. A. está acompanhada, agora, por profissionais que se mantêm numa nova postura, não mais voltada meramente à vigilância e à imposição de regras a impedirem qualquer forma de expressão, e sim aquela que estimula a independência, a criação de vínculos e de outras formas de estar e cuidar de si e de seu espaço. A. está em casa.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa, que incluiu observação e entrevistas, focalizou-se o trabalho de profissionais cuidadores em moradias assistidas e residências terapêuticas localizadas, respectivamente, no interior e em volta do Instituto Nise da Silveira.

Foi possível observar a relevância da atuação desses profissionais e o potencial terapêutico de seu trabalho, que consiste, essencialmente, no acompanhamento cotidiano dos serviços por meio de ações que possibilitam a conquista, pelos moradores, de autocuidado, cuidado relativo à habitação e seus pertences, aquisição de hábitos de higiene e outros. As diretrizes deste trabalho, por um lado, estão atreladas às dos serviços residenciais terapêuticos; por outro, são promovidas, no ambiente de atuação, pela supervisão, função de grande importância para o desenvolvimento e a continuidade das ações propostas.

A despeito da exigência de ensino fundamental como único requisito prévio para a inserção desses cuidadores nos dispositivos residenciais, existe uma tendência de que a própria instituição promova a capacitação de seus trabalhadores, por meio de cursos ou palestras informativas. Todavia, verifica-se que seus conhecimentos sobre doença mental, serviços residenciais e até mesmo sobre o cuidado resultam, sobretudo, da experiência direta com estes fenômenos.

Os cuidadores revelam, em seus depoimentos, que a experiência de trabalho constitui sua principal fonte de saber e que orientam suas ações e concepções, apoiados em uma lógica comandada pelo sentimento, suplantando saber técnico e teórico.

Pelos dados obtidos mediante a análise das entrevistas com os cuidadores, pode-se inferir que muitos deles não sabem contextualizar o porquê de se desenvolver o trabalho nesta ou naquela direção. Mas, a maioria deles tem plena consciência de que a regularidade da presença junto dos moradores, o apoio e a comunicação (verbal ou não) individualizada no cotidiano promovem mudanças e relações importantes.

Alguns dos exemplos das ações de cuidado citadas, quer pelos cuidadores, quer pelos supervisores, por vezes podem parecer ações normativas e de adequação a regras e padrões que regem as formas de vestir-se, cuidar-se ou se

comportar. Entretanto, aqueles que conhecem o cotidiano das antigas enfermarias de qualquer grande hospital psiquiátrico, silenciadoras do paciente, sabem que a descaracterização do ser humano e a desabilitação para ações simples do cotidiano e para as relações pessoais, após longa internação, costumam ser totais.

Assim, é importante ressaltar que as mudanças detectadas pelos cuidadores e observadas durante a pesquisa vão além de “mudanças simples” ou “pequenas”: elas fazem partem da conquista de possibilidades de expressão, de identidade, de liberdade, de sentidos da vida e de resgate de uma existência mais digna, nas habitações localizadas dentro ou fora da instituição. Seu sentido maior, ainda que pouco conscientes para os cuidadores, é orientar-se pelos objetivos da reabilitação, reinserção na comunidade e construção da cidadania de doentes mentais.

Quando se observa o trabalho dos profissionais cuidadores e ouve-se o que têm dizer, somando-se aos relatos das supervisoras, constata-se a necessidade de uma reflexão contínua sobre o serviço e seu dia a dia, já que a tarefa produz mudanças constantes. Este constitui um dado desafiador para um trabalho que é novo, não tem definição clara, nem encontra todas as regulamentações de que precisaria para se apoiar.

Por um lado, os cuidadores de dentro da instituição apontam para o excesso de regras do hospital, que até certo ponto impedem o desenvolvimento de um cotidiano mais próximo de uma casa comum (a comida vinda de uma cozinha central, as regras burocráticas, a própria estrutura das moradias). Por outro lado, os profissionais das moradias externas sentem a diferença causada pela falta desta mesma estrutura (o acesso a outros serviços de saúde, um conserto no espaço). Isso talvez demonstre a necessidade da invenção diária de soluções criativas para um cotidiano que comporta grande diversidade de problemas postos no trabalho que envolve a reabilitação dos moradores. Soluções que levem em conta as perdas de moradores ao longo da institucionalização, suas necessidades atuais e o que pode ser conquistado através de um acompanhamento individualizado e sistemático.

A mudança no olhar já é capaz de potencializar mudanças importantes, como disseram vários cuidadores, destacando que trabalham com moradores e não pacientes e o cuidado se efetiva na direção da aquisição de uma postura mais ativa por aqueles a quem se destina o cuidado.

Sabe-se que propostas de grandes mudanças na direção de um trabalho precisam do envolvimento maciço dos diferentes profissionais na tarefa e de que se

articulem entre si. No caso do trabalho com pacientes psiquiátricos tornados moradores, podem-se observar diferentes papéis em ação – de teóricos, gerentes, coordenadores, técnicos, supervisores - numa sequência que chega até o profissional cuidador.

Durante a pesquisa, foi constatado o imenso volume de trabalho designado aos cuidadores e a carga emocional envolvida, produzida pela vivência compartilhada intensamente no cotidiano que se constrói por pequenos gestos, ações e reações. Mediante a observação, percebe-se, ainda, que o profissional cuidador está, em muitos momentos, envolvido por discussões sobre a condução do trabalho (reuniões, supervisões). Entretanto, não foram encontrados na literatura sobre o assunto, trabalhos que relatem o dia a dia dessa experiência e suas consequências para todos, sejam eles moradores, pacientes, cuidadores, coordenadores, supervisores. Disso depende a avaliação real do trabalho e em que direção ele deve seguir.

Entre as conquistas importantes desencadeadas pelo trabalho com vistas à reabilitação, as entrevistas de cuidadores e supervisores sempre salientam que o morador passa a se articular com a comunidade, conhecer seus equipamentos e comércio, conhecer pessoas, fazer escolhas ou discordar daquelas que são feitas em seu lugar. São estas possibilidades de circulação, de escolha e de colocar-se diante de situações que lhe dizem respeito que podem agregar sentidos àquilo que pode ser seu e como ele pode ser. Delas resulta a aquisição, pelos moradores, da capacidade de negociação.

Ao optar-se pela temática aqui abordada e pelo acompanhamento do trabalho do novo profissional cuidador, buscou-se levar o foco para a importância da tarefa a ele designada, identificando as consequências efetivas das ações diárias para a vida dos moradores.

Em síntese, a implantação de diversas decisões, portarias e estratégias para a mudança definitiva no modelo de Saúde Mental brasileiro, a partir da Reforma Psiquiátrica, tem envolvido a participação de vários grupos de profissionais, de áreas diferentes, não apenas da saúde. Dentre eles, destaca-se, no decorrer da implementação dos novos serviços residenciais, o recente surgimento desse grupo singular dos novos profissionais cuidadores.

Ao se considerar os dados colhidos em moradias assistidas e em residências terapêuticas, bem como os exemplos, concepções e questionamentos apresentados

pelos próprios cuidadores profissionais e supervisores, cria-se mais uma tarefa para aqueles que pensam a Reforma Psiquiátrica no interior das instituições: a de olhar para a nova categoria que surge e para as consequências de seu trabalho. Esta atenção deve ser capaz de visualizar as minúcias do trabalho realizado pela categoria e valorizá-lo, oferecendo-lhe mais respaldo, instrumentalização e capacitação. Em síntese, trata-se de dar atenção a um trabalho - pautado menos em estudo e formação do que em um tipo especial de disponibilidade e de relação criadas no dia a dia - que resulta capaz de dar novas perspectivas a perdas que, à primeira vista, podem parecer irreversíveis.

10. REFERÊNCIAS[5]

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

AMARANTE, P.D.; GULJOR, A.P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 65-76.

Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro. **História e Cuidado em Saúde Mental**. Ano 1, n.1, Nov.2007**.** Instituto Municipal Nise da Silveira.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. São Paulo. Ver. Saúde e Sociedade vol. 13 n. 3 set/dez, 2004.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 2ª Edição Atualizada, Série E, n.4. Brasília – DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas. Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade.** Brasília – DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo trabalho**. Brasília – DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília – DF, 2007.

CAMPOS, I.O. **Programa "De Volta para Casa" em um município do Estado de São Paulo** – suas possibilidades e limites. 2008. 112p. Dissertação (mestrado em enfermagem psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

CARLO, M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil – Fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

COSTA, M.C.S. Intersubjetividade e Historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 10, nº 3, p.372-82, maio-jun. 2002.

[5] Referências organizadas em ordem alfabética. Normas ABNT, 2009.

COSTA, M.C.S. Afinação dos Instrumentos. ***Anais do I Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa****. p. 1-8. Taubaté, 2005.*

DELGADO, P.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In Tundis, S.A.; Costa, N.R. (org.). In: ***Cidadania e Loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil****. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.*

DELGADO, P.G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. In: ***Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos****. Cadernos do IPUB, vol. XII, n. 22, Nov/dez/2006. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/UFRJ.*

DEMO, P. ***Metodologia do conhecimento científico****. São Paulo: Atlas, 2000.*

DURHAM, E. ***A dinâmica da cultura: ensaios de antropologia****. São Paulo: Cosac Naify, 2004.*

FERREIRA, G, FONSECA, P. **Conversando em Casa**. Rio de Janeiro: Ed. Letras, 2000.

FONSECA, L.M. **O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas:** o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. 2005. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GEERTZ, C. ***A Interpretação das Culturas****. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.*

_____. ***Works and Lives: The Anthropologist as Author****. Stanford: Stanford University Press, 1988.*

_____. ***O Saber Local. Novos Ensaios de Antropologia Interpretativa****. Petrópolis: Vozes, 1999.*

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. ***Revista Latino-americana de Enfermagem****, vol. 9, nº 2, p. 48-55, março-abr. 2001.*

HARARI, A; VALENTINI, W. ***A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano****. São Paulo. Hucitec,*

2001.

HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. O "cuidador da desinstitucionalização": o trabalho político no cotidiano das equipes de saúde mental nos Serviços Residenciais Terapêuticos. In: PINHEIRO, R. et al.(org.). ***Desinstitucionalização da saúde mental.*** *Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2007. p. 169-188.*

LANCETTI. A. ***Radicalizar a desinstitucionalização.*** *In: III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir não. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.*

LEAL. E. M. ***O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira.*** *Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria IPUB/Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ, 1999.*

MALINOWSKI, B. ***Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos no arquipélago da Nova Guiné melanésia****. São Paulo: Abril Cultural, 1978.*

MÂNGIA, E.F.; ROSA, C.A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. ***Revista de Terapia Ocupacional****. São Paulo, v.13, nº2, p. 71-77, maio-ag., 2002.*

MARCOS, C.M. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos Serviços Residenciais Terapêuticos. ***Revista Psyché de Psicanálise****. São Paulo, v. 14, p. 179-190, jul.-dez., 2004.*

OLIVEIRA, E. ***Ouvindo Vozes - Histórias do hospício e lendas do Encantado.*** *Rio de Janeiro. Vieira e Lent, 2009.*

PELBART, P. P. ***A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura****. Rio de Janeiro. Imago, 1993.*

ROCHA, R.; BARTMAN, M; KRITZ, S. **Enfermagem em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 1996.

ROMANELLI, G. A entrevista e a produção do discurso. In: ***Famílias de camadas médias: a trajetória da modernidade****. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, USP, 1986.*

_____. A entrevista antropológica: troca e alteridade. In: ROMANELLI, G; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Org.). ***Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa****. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998.*

ROTELLI. F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. **Libertando Identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Ed. IFB-TeCorá, 1999.

SCARCELLI, I.R. Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v.12, n.22, p. 71-81, nov./dez., 2006.

SILVA, G. B. da. **Lux et Umbrae. O Ardil Universitário e Outros Ardis**. Tese de Livre Docência, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1994.

_____. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, V. G. da. **O antropólogo e sua magia.** São Paulo: EDUSP, 2000.

VASCONCELOS, E.M. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v.12, n.22, p.53-69, nov.-dez, 2006.

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

APÊNDICE

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Informado

Prezado Sr(a) _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa sobre O trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos – Uma análise do trabalho realizado por este profissional em relação às novas diretrizes para a Saúde Mental – que tem como objetivo: analisar o processo do cuidado de pacientes psiquiátricos em moradia terapêutica e a formação e treinamento do cuidador profissional. Para isso, pedimos a sua colaboração, permitindo que o(a) acompanhemos nas situações de trabalho, entrevistemos e gravemos a sua entrevista.

Garantimos que as informações e opiniões serão tratadas anonimamente. Esclarecemos que a suas participação na pesquisa não lhe acarretará nenhuma despesa e que o(a) senhor(a) poderá retirar esse consentimento em qualquer momento, caso não seja do seu interesse continuar participando da pesquisa.

Agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria Cristina Costa
Escola de Enfermagem de Rib. Preto/USP
Tel. (16) 3602-3408

Neila Sprioli
Terapeuta Ocupacional
Tel. (16) 3967-0695

Eu, _____, aceito participar da pesquisa citada realizada em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista será gravada em fita cassete, seus resultados serão tratados sigilosamente e de que, caso queira desistir de participar a investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento, sem qualquer prejuízo para mim.

Rio de Janeiro, de de 2008.

_____

Apêndice B - ROTEIRO DE ENTREVISTA (cuidador)

1- Em qual espaço do Programa de Moradias você está trabalhando atualmente? Já circulou por outros setores?
2- Qual (quais) são os problemas que você destacaria no trabalho que realiza?
3- O que você acha do trabalho e sua proposta? Com quem estes pontos são discutidos?
4- Você estudou para ser cuidador? Qual a formação exigida?
5- Desde que está trabalhando, já lhe foi oferecido algum tipo de atualização de curso para sua prática? Isso é/ou seria importante?
6- A quem você responde pelo trabalho que faz e como isso é recebido e discutido?
7- Pelo que você entende do trabalho é possível identificar mudanças no espaço e nos setor a partir do trabalho da equipe?
8- O que você entende da Reforma Psiquiátrica? O que acha das residências terapêuticas?
9- Você trabalha com moradores ou com pacientes? Existe diferença?

Apêndice C - ROTEIRO DE ENTREVISTA (supervisor)

1- Com que frequência a direção do trabalho é discutida pela equipe?
2- O que você acha desse trabalho? Existe algum ponto de maior dificuldade que possa ser destacado?
3- Se for observado progresso nos setores, nas equipe e com os moradores, como isso é avaliado e/ou discutido?
4- Essas informações circulam pela Instituição, pelas chefias ou coordenação? Como se dá a comunicação entre os diferentes trabalhadores?

ANEXO

PREFEITURA
SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE AP-2.1
INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL
Avenida Venceslau Brás, 65 – Botafogo – RJ
Tel./fax: 2542-3049 / e-mail: ceimppinel@rio.rj.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa – Conselhos Humanos

PARECER CONSUBSTANCIADO CEP PINEL

CEP PINEL -

PROTOCOLO Nº 27

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:
Cuidar em novo tempo. Pesquisa etnográfica sobre o trabalho por cuidadores com pacientes psiquiátricos, em residência terapêutica.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:
Neila Spinoli

INSTITUIÇÃO PROPONENTE:
Instituto Municipal Nise da Silveira

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Philippe Pinel reunido em 17/04/2008, emitiu o seguinte Parecer sobre o Projeto em questão:

Trata-se de um projeto cujo objetivo geral é analisar o processo do cuidado do paciente psiquiátrico em moradia terapêutica e a formação e o treinamento profissional do cuidador.
O projeto de pesquisa atende as disposições da resolução 196/96, tendo a pesquisadora se comprometido a adotar as precauções necessárias para não expor profissionais e usuários do serviço de Saúde Mental onde se dará a investigação. Assim sendo o Comitê de Ética em Pesquisa resolve aprovar o projeto, ressaltando que a pesquisadora, ao término do mesmo, deverá trazer uma cópia de suas conclusões.

A partir desta discussão o CEIPPINEL considera o protocolo aprovado sem recomendações.

O CEP PINEL lembra ainda que a condição de aprovação exige:

- Que sejam encaminhados ao CEP PINEL um relatório parcial de andamento e o resultado final do Projeto.
- Que sejam notificados ao CEP eventos a diversos significativos no decorrer da pesquisa.
- Que sejam notificados eventuais modificações no Protocolo da Pesquisa.

Verbena Dias
Coordenadora do CEP PINEL