



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Aprimoramento Profissional “Saúde Mental em Saúde Coletiva

Trabalho Final

*“Residência Terapêutica: reflexões e a experiência no CAPS David
Capistrano”*

Beatriz Souza

Campinas

2012

Agradecimentos

Aos meus pais e minha família

Por aceitarem e bancarem junto comigo as minhas escolhas e projetos de vida. O amor, apoio e a torcida de vocês me encorajam nas “longas estradas escuras” pelas quais escolhi me aventurar.

Aos usuários do CAPS David e da Saúde Mental

Pela paixão e vivacidade que me despertam...pela entrega aos nossos encontros e a me ajudarem a descobrir, sempre, um outro jeito de se fazer as coisas.

Às especialíssimas: Mônica, Lívea e Drieli

Nossa vivência juntas me ajudou muito a entender parte deste caminho e desta escolha. Sem palavras pra descrever a importância das nossas conversas e experiências pra mim.

Ao grupo de Aprimoramento e Supervisores

Pelos encontros, oficiais e extraoficiais, que proporcionaram muito mais que a intensidade e o conhecimento dos quais tanto almejamos nesta experiência. À Rosana e Mariana, que me ensinaram e me instigaram a compartilhar minhas ideias e angústias em relação à saúde mental e a tudo que envolve estar no aprimoramento.

À equipe do CAPS David Capistrano da Costa Filho

Pelo carinho, abertura e oportunidade de vivenciar a saúde mental, clínica e politicamente, da forma que eu sempre acreditei que seria possível.

"Os doentes mentais são como beija-flores, nunca pousam. Estão sempre a dois metros do chão."
Arthur Bispo do Rosário

1. Introdução

Gostaria de iniciar este texto explanando sobre as minhas escolhas ao longo do aprimoramento, desde a escolha pelo CAPS David até a preferência pelo tema deste trabalho, resultado de reflexões e experiências pessoais que conformam nossa formação neste programa.

No início do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental, conhecemos alguns dos serviços de saúde disponíveis para o campo de nossa prática, abrangendo os 6 CAPS III do município, alguns dos CAPS Ad, 1 CAPS infanto-juvenil e 2 Centros de Saúde.

Da minha trajetória acadêmica até a chegada em Campinas, tive a certeza de que gostaria de conhecer e atuar em um CAPS III, por ser um serviço de acolhimento e atenção à crise 24h, muito diferente em relação ao atendimento, conformação da equipe, abrangência de usuários e esquema de funcionamento em relação aos serviços CAPS II e I, que tive a oportunidade de conhecer e atuar anteriormente em minha graduação.

Conhecemos Campinas em um momento de extrema fragilidade política, pois a cidade encontrava-se sem um representante do município, com os diversos e inúmeros desdobramentos de uma crise deste tipo (que não me atarei neste trabalho), e de igual fragilidade em sua rede de saúde, tão pioneira e militante, conhecida pelas ações e movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Pois bem, minha escolha pelo CAPS David foi bastante certa por mim desde que conheci o serviço, embora inicialmente não conseguisse explicar tamanha convicção. O espaço físico bastante simples, situado em uma região bastante vulnerável e com uma certa rede de serviços localizados no território, a existência de um Serviço Residencial Terapêutico referenciado ao serviço, a ausência de médicos psiquiatras, e um discurso e aparente "compromisso" de que o acolhimento e intervenção à crise sejam realizados neste CAPS (não utilizando-se – ou

utilizando muito pouco - de outro espaço, como Hospital Psiquiátrico), foram alguns dos pontos, bastante interessantes a se explorar, e que me levaram à escolher o CAPS David Capistrano como campo do aprimoramento. Estes pontos corroboraram com desafios que me deparei durante minha graduação e meu interesse na Saúde Mental; logo, senti que este era um serviço onde eu poderia, além de agregar muito à minha formação, vislumbrar uma Reforma Psiquiátrica próxima da que eu idealizava.

Ao longo do ano, pude conhecer e atuar em diversos espaços dentro do CAPS. Dentre todos eles, a Residência Terapêutica – tão chamada de “moradia” pelos profissionais e usuários do serviço – foi um espaço que me senti bastante acolhida e motivada para participar, refletir e problematizar ações com os moradores e profissionais, além de ser um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica que me era inédito, despertando, além do que já explicitiei, bastante curiosidade.

Acredito que após conhecer a moradia e adentrar ao cotidiano e ações com os moradores, pude me questionar sobre diversos pontos: como funciona um SRT? O que são ações e intervenções terapêuticas com pessoas que tiveram toda uma vida de abrigamentos ou internações psiquiátricas e quase nenhum laço social ou familiar? Qual a proximidade e qual a distância “ideal” no processo de reabilitação psicossocial junto a o que seria “sua residência”? Quanto tutelamos e quanto delegamos de autonomia à esses usuários? Eis alguns dos milhares de questionamentos que permearam minhas idas e vindas à moradia, às reuniões de equipe, aos outros espaços de discussão...

2. Serviço Residencial Terapêutico – Fundamentos e disposições gerais

É no contexto da chamada “Reforma Psiquiátrica” e como iniciativa dos processos de desinstitucionalização que pode-se situar a questão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (“SRT” ou “RT”, como utilizarei neste trabalho). Estes serviços constituem um instrumento fundamental para as políticas de saúde mental que assumem e

protagonizam a meta de superar os hospitais psiquiátricos, as internações de longa duração, e o modelo manicomial como pressuposto de cuidado.

Os primeiros movimentos da reforma eclodem no mundo, após a 2ª Guerra Mundial, em países como Inglaterra, França, Estados Unidos. Cada país desenvolveu suas próprias tentativas de reformulação da assistência psiquiátrica seguindo propostas diferentes (“Comunidade Terapêutica” – Inglaterra – “Psicoterapia Institucional” e “Psiquiatria de Setor” – França – e “Psiquiatria Comunitária Preventiva” – EUA). Somente a partir dos anos 60 e 70, contudo, que surgiram os movimentos capazes de levantar os primeiros questionamentos acerca de uma efetiva ruptura com os saberes e práticas psiquiátricos, visando a desconstrução de um arcabouço teórico e prático da psiquiatria. Neste contexto, destaca-se a “Psiquiatria Democrática Italiana” (FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L, 2007).

A Reforma psiquiátrica brasileira é fortemente influenciada pela experiência italiana. No Brasil, no contexto dos processos de redemocratização, as pressões dos movimentos sociais associadas à luta pelos direitos humanos levaram à implementação de projetos de mudança da assistência psiquiátrica em vários estados, configurando a reforma psiquiátrica como um projeto e como um processo.

Inicialmente, no ano de 1989, é apresentado o Projeto de Lei nº 3657/89 (autoria do Deputado Paulo Delgado), que previa: a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos, concomitante à proibição da construção de qualquer hospital deste tipo, e a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O projeto passou por inúmeras modificações, culminando na Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, prevendo: a redução de leitos psiquiátricos e o maior controle sobre os hospitais psiquiátricos; a criação de redes de serviço locais, extra-hospitalares alternativas ao modelo manicomial; a modificação do arcabouço jurídico legal que legitima a internação psiquiátrica e o estatuto de periculosidade e incapacidade presumidas do doente mental; o protagonismo dos Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental (MANGIA, E.F. et AL,

2002). Neste momento, o Brasil efetiva a reforma psiquiátrica, inclusive na esfera jurídica.

De forma resumida, a reforma psiquiátrica foi concebida como um processo que envolveu duas dimensões: a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de uma rede substitutiva de saúde mental comunitária adequada, incluindo a infraestrutura residencial e de serviços e o atendimento dos pacientes por equipes multidisciplinares (BANDEIRA; GELINA; LESAGE, 1998). Na segunda dimensão desse processo, situam-se os serviços residenciais terapêuticos, modalidade substitutiva de atendimento que se destina a abrigar pacientes egressos de longas internações em instituições psiquiátricas.

Os chamados “Lares abrigados”, “Pensões protegidas” e “Moradias extrahospitalares”, como eram denominadas as Residências na década de 1990, foram precursores e geraram subsídios importantes para que a iniciativa pudesse ser incorporada como política do SUS, a partir da publicação da Portaria 106/2000. Somente a partir desta portaria, as residências para egressos passaram a ser denominadas “Serviços Residenciais Terapêuticos” (FURTADO, 2006).

O Ministério da Saúde define os serviços residenciais terapêuticos como *“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”* (Ministério da Saúde, 2004).

Estes serviços possuem, como ponto-chave, a manutenção do sujeito em sua comunidade, de modo que não ocorram perdas de suas relações sociais e referências subjetivas. Inseridos em uma residência, os pacientes reconstróem, nesse novo espaço, sua identidade, e tecem diariamente uma nova rede social. Assim, segundo o Ministério da Saúde (2004), *“(…) tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município”*. Além de deslocar a assistência do hospital para o território, este dispositivo permite também a criação de uma nova relação entre a loucura e a sociedade.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), podem se beneficiar dos SRTs:

- “- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
- Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).
- Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, freqüentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental.
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.”

(BRASIL, Ministério da Saúde, p.10, 2004)

O Ministério também classifica as RTs em 2 (dois) subtipos: Tipo I (a inserção dos moradores é desenvolvida mediante a ajuda de um cuidador ou um grupo de trabalhadores que capacita este cuidador e realiza ações que permitam que os moradores sejam integrantes da rede social existente em suas vidas e no território, visando a obtenção de moradias definitivas na comunidade) e Tipo II (destinados aos pacientes institucionalizados por muitos anos, como uma casa de cuidados substitutivos familiares desta população; “constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia” – Ministério da Saúde, 2004)

De acordo com a pesquisa de Juarez Pereira Furtado (2006), atualmente no Brasil, existem mais de 300 (trezentas) RTs distribuídas em 14 (catorze) estados, abrigando mais de 1.500 (mil e quinhentas) pessoas. Apesar no número aparentemente expressivo, pode-se dizer que esses serviços ainda estão em fase embrionária, representando cerca de 11 (onze)% do total previsto. Estima-se que no país ainda

existam cerca de 14 (catorze) mil pacientes, de um total de 44 (quarenta e quatro) mil leitos psiquiátricos, que poderiam ser desospitalizados e residir na comunidade.

3. Um breve relato sobre a trajetória de Campinas em relação às Residências Terapêuticas (RT)

O foco do trabalho no município de Campinas justifica-se, além do campo do aprimoramento, pelo fato deste município ter se caracterizado, em vários aspectos, como pioneiro, não só no processo de municipalização dos serviços de saúde, como também no desenvolvimento de abordagens alternativas de tratamento de doenças, principalmente as relacionadas com a saúde mental.

É possível afirmar que os primeiros passos em relação à população moradora dos hospitais psiquiátricos foram lentos, e começaram a ocorrer de diversas formas a partir de experiências desenvolvidas no âmbito dos hospitais públicos (MANGIA ET AL, 1990)

A primeira experiência de moradias extra-hospitalares ocorreu em maio de 1990, no município de Campinas. Neste ano, foi assinado um convênio de cogestão entre a Prefeitura de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), um hospital que na época tinha cerca de 190 pacientes internados. Várias mudanças ocorreram no funcionamento e estrutura do hospital, que culminaram na criação de uma unidade para os pacientes moradores.

No ano de 1991, foi montada a primeira moradia, denominada “Lar abrigado”, com 6 (seis) moradores considerados mais autônomos, cujo acompanhamento era realizado semanalmente através de reuniões entre moradores e técnicos. Neste momento, o que garantiu sustentação ao projeto foi prioritariamente a secretaria de saúde do município por meio do Hospital Cândido Ferreira – de onde provinham os moradores da Residência terapêutica – e algumas empresas privadas de Campinas que financiaram e se responsabilizaram pelo aluguel da casa e seu mobiliário (ESTRELLA, R. 2010)

Em 1995 foi implementada a segunda moradia, denominada “Pensão Protegida”, com 9 (nove) moradores menos autônomos e com acompanhamento 24 horas. Ao longo da implantação do modelo, é interessante ressaltar que hospitais psiquiátricos existentes no município foram fechados (a exemplo do Hospital Tibiriçá), a partir da experiência das moradias.

As moradias continuaram a ser implantadas ao longo destes anos no município, de diferentes modalidades (I e II), e de acordo com a gestão dos serviços de saúde mental. Como explanado anteriormente, o SSCF, em cogestão com a Prefeitura de Campinas, realiza a gestão dos serviços de saúde na cidade, o que acabou configurando algumas diferenças em relação aos serviços; uma destas diferenças aparece no tipo de moradia que cada CAPS referencia. Em linhas gerais, os CAPS até então com predomínio da gestão prefeitura, referenciam residências terapêuticas de tipo I, enquanto que os CAPS geridos exclusivamente pelo SSCF referenciam moradias do tipo II.

Em 2001, época da aprovação da lei 20.216, em que as moradias foram reconhecidas como importantes mecanismos substitutivos ao modelo manicomial, o Cândido Ferreira já gerenciava 24 casas. Atualmente o serviço é dividido em duas regiões diferentes da cidade: a região Leste e a região Sul, e gere cerca de 30 moradias. (trecho retirado do site www.candido.org.br)

4. O Projeto da moradia do CAPS David Capistrano - histórico

Realizo este breve relato da história da Moradia baseado nas minhas vivências no cotidiano do CAPS e da própria moradia, a partir de relatos de profissionais, moradores e coordenadora do serviço. Portanto, gostaria de enfatizar que não é uma história retirada de documentos oficiais, é uma construção de recortes cotidianos de conversas e da própria experiência do aprimoramento.

A moradia do CAPS David foi inaugurada no final do ano de 2005, período em que o Colegiado de Saúde Mental pautava a necessidade de

rediscutir as residências terapêuticas. No mesmo ano, foi criada uma “Comissão Municipal de Moradias”, uma reunião quinzenal que reúne profissionais de diversos serviços de saúde mental com o objetivo de instituir um fórum promotor de discussões acerca das demandas de pacientes encaminhados aos SRTs do município, à luz de um protocolo, que qualifica a avaliação do perfil para a inserção dos usuários da rede de saúde mental neste equipamento. (Trecho retirado da “Carta da Comissão de Moradias para a Secretaria de Saúde”)

No início desta comissão, participavam 2 funcionários do CAPS David, uma Terapeuta Ocupacional e a Coordenadora do serviço, e estava em discussão uma lista de possíveis moradores para a residência do CAPS David, com usuários provindos, em sua maioria, do antigo “Abrigo Renascer”. Na época, este CAPS ainda não operava em um modelo de CAPS III (portanto, não tinha funcionamento 24h, leitos de acolhimento à crise, entre outras diferenças), e almejava referenciar uma moradia de tipo I.

O CAPS David tinha uma equipe, na época distribuída em 3 mini-equipes (modo de organização própria do serviço, que permite dividir o território adstrito do serviço aos profissionais de referência responsabilizando-os de forma mais intensiva pelos usuários), portanto, alguns profissionais de cada mini equipe foram eleitos como referências para os futuros moradores, e iniciaram as atividades visitando-os no Abrigo Renascer.

Após as visitas e conhecimento dos moradores, iniciou-se a procura do imóvel e as documentações necessárias ao processo estavam agilizadas. A primeira residência escolhida localizava-se no Bairro “DIC I”, uma modesta casa “sobrelaja”. Segundo relato, em 11 de novembro de 2005, os usuários começaram a morar no SRT.

De acordo com as discussões feitas na Comissão, os usuários indicados para esta moradia eram 5 homens (A., P., R., J. M., P.), provindos do Abrigo, e que tinham certa autonomia e poucos comprometimentos clínicos, podendo configurar um SRT de tipo I.

De forma geral, os moradores tinham um histórico de vida que permeava situações de rua, internações em vários hospitais

psiquiátricos do município de Campinas e outros, uso de álcool e redes de relações com a família e território quase inexistentes. Após a mudança para a Residência, também por conta de todo esse histórico de institucionalização, e pela distância em que se encontrava a moradia do CAPS, os moradores vinham com pouca frequência ao serviço.

Apesar dos investimentos iniciais dos profissionais de referência, os usuários ficavam mais circunscritos ao bairro, suscitando discussões na equipe acerca de várias questões: como seria a relação do serviço com os moradores? Como se realizariam os cuidados clínicos de forma mais intensiva? Como acompanhar a inserção e apropriação do território? Como administrar as medicações necessárias? Como (e quem) administraria os benefícios financeiros de cada um?

Nessa época, um dos moradores, A., faleceu por motivo de infarto, e suscitou essas discussões descritas acima, juntamente com os respectivos projetos terapêuticos de cada morador. Também com a entrada de uma nova profissional (assistente social) no projeto da moradia, as questões e discussões ganharam novas ações e destinos.

Em meados de 2007, surgiu a possibilidade de se contratar uma pessoa que cuidasse dos afazeres domésticos e de higiene da residência. Os próprios moradores levantaram essa hipótese, realizaram juntamente aos profissionais as entrevistas para escolher a funcionária, e eram os responsáveis pelo seu pagamento. Após a contratação da funcionária, Dona R., e vinculação com os moradores, a dinâmica da residência modifica-se (na opinião dos profissionais), visto que Dona R. passa a assumir um papel também de “cuidadora” e porta-voz das questões deles (sobre melhorias na casa, objetos e alimentos que eram necessários, “fofocas”, entre outras).

Essa nova dinâmica dos moradores em relação à nova funcionária fez com que os profissionais do CAPS problematizassem uma aproximação maior com a residência e com Dona R., e que talvez os moradores necessitassem de mais investimento e olhar do CAPS para com eles.

No ano de 2007, a moradia é transferida para um imóvel localizado no mesmo bairro que o CAPS, aproximando territorialmente e

intensificando os projetos e a frequência dos moradores no serviço, serviço à proximidade. No mesmo ano, a Secretaria de Saúde oferece uma funcionária, Dona A., que necessitaria ser transferida do seu posto de trabalho devido às condições físicas. Dona A., veio então como cuidadora da Moradia. Os profissionais de referência trabalharam na construção desse vínculo e da inserção da funcionária junto à Dona R. (que já trabalhava lá) e aos moradores.

Em 2008, o SARES (serviço de acolhimento e referenciamento social) trazem para acolhimento no CAPS uma senhora, Dona M. L., que foi avaliada como uma usuária de um serviço de saúde mental, e que estava em situação de rua no momento, **após expropriação de um pequeno cômodo que alugava para guardar objetos (confirmar história)**. A usuária ficou em hospitalidade integral (leito) no CAPS durante quase 1 ano, até que sua história pudesse ser resgatada, e que sua transferência para a moradia pudesse ser construída, pois até o momento, o SRT era masculino. Vale relatar que a nova casa onde residiam (e residem atualmente) tinha uma edícula ao fundo, o que permitiu dividir a parte masculina da feminina, e construir um projeto de moradia mista.

Após uma reunião da Comissão de Moradias, em 2009, sobre uma nova usuária, M., que estava morando no leito de outro CAPS (pois estava em situação de rua), começou-se a pautar a discussão sobre a entrada de uma nova moradora na casa. Iniciou a construção da ida de M. para a moradia, juntamente com investimentos feitos com os moradores para receber a nova integrante, especialmente Dona M. L., pois dividiriam o mesmo espaço físico da casa (a edícula). No ano seguinte, em 2010, M. muda-se para a residência.

Com a entrada de uma nova moradora, a residência configurou-se então com 7 integrantes. Assim como visto no Projeto desde o início da moradia, a cada nova mudança, tanto de entrada de funcionário, como entrada ou saída de moradores, incitavam-se discussões e reflexões sobre os investimentos feitos pelo CAPS no processo. No momento, os profissionais que eram referência para dos moradores (com novos

profissionais que entraram na época no CAPS), construíram a idéia de realizar uma “Roda de Conversa” semanal na residência.

Esta Roda acontece atualmente, e é realizada na própria casa, com a participação de todos os moradores. Estes trazem questões pertinentes ao dia-a-dia da casa, convivência com os outros integrantes, vivências em seus novos territórios de vida, questões clínicas, financeiras...de modo a operacionalizar uma cogestão dos seus cotidianos, particulares, para além deste espaço.

Em virtude desses conteúdos, foi avaliada a necessidade dos profissionais de referência participar das rodas, sendo levada a discussão dos Projetos terapêuticos individuais para a supervisão clínico-intitucional do CAPS, agregando mais funcionários interessados em participar do projeto da moradia. Há um acompanhamento terapêutico realizado pelos profissionais em algumas situações, como parte de projetos individuais, construídas anteriormente com cada morador ou na própria Roda, a fim de fazer junto à eles algumas tarefas que eles avaliam não ter autonomia para realizarem sozinhos, como ir ao supermercado, acertos em Bancos, etc.

Neste mesmo período, quando estava em discussão e início das Rodas na moradia, um usuário do CAPS, R., aparece nas discussões do SRT. R. era um etilista grave, portador de algumas doenças clínicas, que estava vivendo em situação de rua, e não sustentava os leitos propostos pelo CAPS. Foi convidado a participar das Rodas na moradia, pois conhecia os moradores de anos e experiências anteriores, como uma estratégia de vinculação, ao mesmo tempo que a equipe resgatava aspectos da sua história e construía seu projeto na moradia.

Com mais profissionais envolvidos e a co-construção de uma nova rede com os moradores, em 2011 eles puderam concluir que não necessitariam mais das cuidadoras Dona A. e Dona R., por diversos motivos: financeiros (com o alargamento de suas novas redes, outros gastos estavam mais evidentes), de autonomia (os moradores sentiam, apesar do cuidado que recebiam, que perdiam certa voz e autonomia para decidir sobre a casa, como alimentação, higiene, horários etc).

Neste mesmo ano, R. falece nas proximidades da moradia. Este fato suscita novas discussões, principalmente acerca dos cuidados clínicos com os moradores. Quais os limites das ações? Como atrelar o projeto da moradia com a assistência no CAPS? Quais seriam os próximos passos a serem tomados em relação ao projeto?

Após esse momento bastante difícil, para a equipe e para os moradores, foi pensado e realizado um convite ao médico do Centro de Saúde referente ao território da casa; que ele pudesse participar de algumas reuniões da Roda, a fim de conhecer as delicadezas e especificidades desses usuários, e articular melhor os cuidados clínicos e avaliações juntamente à equipe.

Encontro a Moradia do CAPS David nesse momento, quando entro no serviço no início de 2012. Inicialmente, fui convidada a conhecer a residência e a participar das Rodas de Conversa semanais. Ao longo do ano, iniciou-se a “Reunião dos Terapeutas da Moradia”, um espaço mensal de discussão acerca das demandas e projetos, tanto individuais dos moradores, como coletivos, de construção dos processos a serem pensados e implementados.

Quando comecei a frequentar as Rodas, grande parte dos temas trazidos por eles eram referentes às contas e limpeza da casa, pois como haviam decidido demitir as funcionárias e cuidadoras, estavam enfrentando dificuldades de como manter o ambiente limpo, e como se rearticularem para a divisão de tarefas (limpeza, alimentação, compras coletivas) e divisão dos respectivos gastos.

5. Reflexões sobre o Projeto

Desde que apropriei-me do Projeto da Moradia, noto uma certa ambivalência na equipe (e compartilho deste sentimento) em relação ao processo que denominarei aqui “tutela – autonomia”. É um processo longo, de grandes altos e baixos, investidas e retrocessos que necessitam de problematizações constantes, para que não abdicuem de uma certa clínica e da própria reflexão sobre a práxis.

Penso ser bastante interessante o momento em que comecei a participar das rodas; assisti às discussões sobre a ausência de um funcionário responsável pela limpeza e alimentação da casa. Ao mesmo tempo em que os moradores fizeram tentativas de apropriarem-se dessas tarefas, mostravam que não davam conta, e pediam apoio da equipe. A equipe, apoiando as novas decisões, acreditava na possibilidade dessa autonomia, apesar de ter que assistir, quase que diariamente (e não sem certo sofrimento), os desdobramentos indesejáveis desta nova decisão.

A alimentação, por exemplo, sempre foi uma tarefa em que a equipe realizava acompanhamentos terapêuticos para ir ao supermercado junto com os usuários, para fazer as compras. Quem preparava as refeições anteriormente, era Dona R. quando tiveram que assumir essa tarefa, juntamente com tantas outras, os moradores acabaram prejudicando a qualidade das suas refeições, repetindo por vezes os mesmos alimentos, preparando-os de forma prejudicial à saúde (usando muito óleo ou sal, por exemplo).

Percebo nas reuniões dos terapeutas, e em outros espaços de gestão e discussões de caso, o conflito que se desencadeava com cada situação cotidiana que mostrava um certo “fracasso” dos moradores em relação às expectativas (muito mais da equipe do que deles mesmos, na minha opinião) criadas com as novas decisões. Penso que talvez os moradores tenham escolhido demitir as funcionárias, muito mais por motivos financeiros (pagar as funcionárias comprometia grande parte de suas rendas), do que acreditarem de fato que dariam conta de sua nova condição.

Analiso também o fato da demissão das funcionárias, que, apesar do gasto financeiro, simboliza pra eles tomar conta de sua morada, sem as restrições e olhares sobre suas ações, uma certa “independência” de anos de institucionalização. Sem dúvida, o projeto deu um grande salto, mas creio que um salto demasiado grande para as construções feitas até então, com os moradores e dentro da própria equipe. Abrir pauta para pensar em como encontrar uma “metade do caminho” neste salto, pareceu significar pra equipe, por muitos momentos, um retrocesso no

projeto. A partir daí, a equipe começa a pensar sobre como faria para auxiliá-los nessa jornada de “encontrar um meio termo”.

Um grande impasse encontrado pela equipe, ao meu ver, após a demissão das cuidadoras, se refere ao fato de que a higiene da casa ficou bastante precária. Sem ter ninguém que realizasse essa tarefa por eles – como foi feito durante a maior parte das vidas de institucionalização de cada morador – a limpeza da casa foi algo que ficou em evidência em quase todas as Rodas em que pude participar. Os conflitos iam desde quem cuidaria de cada tarefa (limpar o chão, tirar pó, lavar roupa, lavar o banheiro), até a sugestão da equipe, em contratar uma “faxineira-diarista” que pudesse auxiliar quinzenalmente neste serviço, encarregando-se da limpeza mais “pesada”, enquanto eles se organizariam para a manutenção cotidiana. A sugestão veio como uma alternativa para que eles pudessem ter este auxílio na higiene da casa, e gastar menos por isso, contemplando as dificuldades apresentadas por eles.

Após um período que pudemos ver a experimentação desta sugestão, foi constatado que a limpeza quinzenal da casa não seria suficiente, visto que não implicava os moradores em sua realização, e não conseguiam dar a manutenção da limpeza cotidiana da casa. Por mais que esse fato fosse trazido incessantemente à Roda, parecia ser muito mais uma demanda dos profissionais do que dos moradores; estes se incomodavam com a precariedade da limpeza, mas não conseguiam produzir mudanças em relação a isso.

Nos espaços de reunião notamos, e concordo muito com esse pensamento, que eles não se apropriavam dessas ações por vários motivos, mas inclusive por não saber como fazer aquilo, como unir-se ao outro para realizar a tarefa, por um esvaziamento de sentido que a ação denotava.

Houve uma proposta, em relação à empresa terceirizada que é responsável pela limpeza do CAPS, de que um funcionário pudesse ser deslocado para realizar a limpeza na moradia. A ideia foi um tanto debatida pelos profissionais de referência, pois poderia sugerir uma certa “tutela” do serviço em relação à casa, com a atuação de um

funcionário lá todos os dias. Após amplas discussões, que geraram variadas divergências em relação aos rumos do projeto (e coloco-me dentre as pessoas que não concordaram com essa proposta), conseguimos chegar a uma ideia que pareceu muito interessante pensando nos usuários. A proposta final foi de que, 2 (duas) vezes na semana, uma funcionária da limpeza do CAPS pudesse ir por algumas horas à casa, e ajudar os moradores a fazer a limpeza, inicialmente instruindo-os, e fazendo junto com eles, para que pudesse dar sentido à ação e se apropriarem dela.

Concomitantemente a esse período de angústia em relação à higiene, há também um desconforto sobre como ajudá-los a melhorarem sua alimentação, já que também estavam cuidando disso sozinhos, e de forma prejudicial à saúde. Em um dos encontros de Terapeutas, foi construída a idéia de fazer uma breve entrevista com cada morador, relacionada aos hábitos alimentares individuais de cada, pretendendo apropriar-se do que eles gostam e de como escolhem se alimentar. Com esta ação, conseguimos concluir os por quês de muitas das questões clínicas trazidas por eles (ganho de peso, colesterol, hábitos alimentares prejudiciais, etc) e também entender melhor sobre a dinâmica da casa.

Avaliando as consequências desta entrevista, em outra reunião de terapeutas, sugerimos a possibilidade dos profissionais de referência apontarem e nomearem alimentos e refeições, simples, mas que não pertenciam à rotina alimentar dos moradores devido a um desconhecimento. Areladas a essas “indicações”, os profissionais se prontificaram a fazer uma refeição (o almoço) junto com os moradores, de 1 a 2 vezes ao mês, visando participar empiricamente desse processo de apropriação desses novos alimentos e de novas práticas, tidas como mais “saudáveis” pela equipe. Lembro-me de nessa reunião, foi colocado o “fazer junto” com eles, assim como em relação ao proposto para a higiene da casa, como uma prática que pudesse tornar palpável e factível novas estratégias para esse processo de “co-construção da autonomia”.

6. Considerações finais

Há um momento neste trabalho, em que falo sobre uma certa ambivalência da equipe em relação à construção do trajeto “Tutela – Autonomia”. Gostaria de iniciar essas considerações, enfatizando que eu compartilho deste sentimento, e creio que ele é inerente ao cotidiano “duro” da saúde mental; os sintomas que tratamos provocam angústias e motivações que devem ser analisados e tratados nos espaços próprios pra isso.

Em relação à história da RT referenciada ao CAPS David, sinto que foi um projeto que pareceu demorar pra “pegar no tranco”, de começar a funcionar como um projeto da equipe e do serviço; no início ele pareceu-me muito ligado a motivação de certos e poucos profissionais, ocasionando reflexões pouco ampliadas e uma fragmentação das discussões. Percebo que um espaço próprio de discussões acerca dos projetos individuais dos moradores e da própria RT, foi criado há cerca de 1 ano, com o “Encontro mensal dos terapeutas da moradia”, espaço este ainda esvaziado de profissionais em certos momentos.

Analiso também a similaridade destas fragmentações das discussões da moradia, com a própria história que esta RT tem no serviço. As discussões e mudanças no projeto eram fomentadas de acordo com alguma ocorrência “bruta” (mudança de espaço físico da casa, falecimento de moradores, contratação de funcionários ou cuidadores), e não um processo contínuo, de um espaço instituído para cuidar dessas mudanças gradualmente. Desta forma, as ações tendem a ficar, ao meu ver, muito mais num plano intuitivo e descentralizado, do que balizado pressupostos clínicos, teóricos e de práticas alinhadas na equipe.

Entendi que não apenas a equipe deste CAPS, mas muitas equipes (e talvez seja um imaginário dos trabalhadores de saúde mental) parecem entender a necessidade de intensificação de cuidados e cogestão do cotidiano como uma “tutela”, e a construção da autonomia entendida como “independência” do usuário, implicando certa

desresponsabilização dos profissionais após esse “ganho de independência”. Sobre a co-construção da autonomia, Rosana T. Onocko Campos e Gastão W. de S. Campos (2006) colocam:

“(…) Não tomamos autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências.

Autonomia poderia ser traduzida, segundo esta concepção, em um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos”

(ONOCKO-CAMPOS, R.T, CAMPOS, G. W de S., 2006)

Penso este visado processo de reabilitação psicossocial e construção de uma autonomia neste processo como um exercício de cogestão, de “fazer junto” como a equipe problematizou após um tempo, de gerir suas dependências; e não de “independência” ou autogestão (processo este que tenderia a um certo isolamento, extrapolando os objetivos centrais da Reforma Psiquiátrica).

Sobre como podemos auxiliar os moradores a fazer a cogestão desta autonomia, entendo a Roda realizada semanalmente na moradia como um espaço potente e bastante interessante no cotidiano dos usuários na casa, interferindo na dinâmica da convivência uns com os outros, e na relação com o Serviço. Um espaço que talvez poderia ter maiores investimentos da equipe e de outros profissionais. Sobre o Método da Roda, Gastão W de S. Campos, p. (2000) coloca: *“um método que busca ativamente a reprodução e ampliação de condições favoráveis à democratização da vida em sociedade. Um Método que tenta reinventar e ampliar as possibilidades históricas de mudança”*.

Entendo o projeto de uma moradia tipo I, como foi concebido em sua portaria, algo um tanto enrijecido, que talvez deixe vago demais quanto aos investimentos necessários em um projeto deste tipo; devemos abrir os precedentes necessários de acordo com a particularidade da clínica e dos cuidados que realizamos naquele espaço.

Início este trabalho com a citação de uma famosa frase de Arthur Bispo do Rosário, não a toa... ele diz que os doentes mentais estão sempre a dois metros do chão, e são como beija-flores, nunca pousam. Penso muito no Projeto da Moradia do CAPS David quando interpreto esta frase, e talvez num sentido bastante ideológico e pessoal. Primeiro, que nossos usuários e moradores parecem sempre posicionarem-se frente a uma expectativa que criamos em relação a eles, de que sejam independentes, criem suas redes no território e possam ter seus projetos de vida desvinculados de toda uma experiência de institucionalização. Eles nos mostram sempre que sabem mais sobre si e sobre suas possibilidades, ficando sempre além ou aquém do que almejamos para eles.

Coloco como um desafio pra mim mesma, e pra Política de Saúde Mental, o que foi pensado no projeto das SRT de tipo I, visando que a moradia não seja um fim em si, mas um processo, uma passagem e um meio, visando um outro território de vida, uma nova morada. O exercício do projeto vinculado a um CAPS como serviço de referência mantém os projetos terapêuticos individuais dos moradores, e os projetos coletivos da casa, vivos, sempre em potencial discussão.

A vivência na moradia do CAPS David me permitiu acreditar no projeto das residências terapêuticas para além de sua teoria e perspectivas práticas, assim como me permitiu vislumbrar o processo e o projeto da Reforma Psiquiátrica, englobando a atenção à crise, ações no território, desconstrução de paradigmas, e a criação de uma rede de fato substitutiva ao modelo manicomial.

Sobre a construção deste trabalho final, gostaria de abordar que a experiência de uma grande jornada de trabalho e de um ano todo de conhecimentos e aprendizados, tanto nas supervisões, como no cotidiano do serviço, ultrapassam e extrapolam qualquer tentativa de abreviá-los nestas linhas. Fica além e aquém das minhas próprias expectativas, a vários metros deste chão.

7. Referências Bibliográficas

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. *Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 195-204, 2009.

BANDEIRA M, GELINAS D, LESAGE A. *Desinstitucionalização: o Programa de Acompanhamento Intensivo na Comunidade*. *J. Bras. Psiq.*, 47(12), pp. 627-640. Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. (2004). *Residências terapêuticas: o que são, e para que servem*. Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. *Um Método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito*. São Paulo: Hucitec, 2000.

ESTRELLA, R. *O lugar do Sujeito nos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, 2010.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. *Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica*. *Psicologia: ciência e profissão*, 2007, 27 [2], 194-207.

FURTADO, J.P. *Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 785-795, 2006.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

MANGIA, E.F.; ROSA, C.A. de. *Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.13, n.2, p. 71-1, maio/ago, 2002.

MARCOS, C. M. *A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos "Serviços residenciais terapêuticos"*. Psychê – Ano VIII – nº14 – São Paulo – jul-dez/2004 – p.179-190.

ONOCKO-CAMPOS, R. T, CAMPOS, G. W. de S. *Co-construção da autonomia: o sujeito em questão*. Publicado em Tratado de Saúde Coletiva, Editora Hucitec/Fiocruz, 2006

SANTOS, N. S. et al . *A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. Psicologia: ciência e profissão, Brasília, v. 20, n. 4, 2000. Acessado em 10 de dezembro de 2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M de. *A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2011. Acessado em 02 de fevereiro de 2013.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300021&lng=en&nrm=iso>.

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM, M. A.; COLVERO, L. A. *Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos?* Saúde soc., São Paulo, v. 16, n. 3, p. 102-110, 2007. Acessado em 11 de janeiro de 2013.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300010&lng=en&nrm=iso>.

