



Universidade Federal do Rio de Janeiro Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Residência Terapêutica: Inventando Novos Lugares para Se Viver

Flávia Helena Miranda de Araújo Freire

Esse texto vem tratar do tema da saúde mental tendo como reflexões os achados encontrados na pesquisa sobre Residência Terapêutica – RT, que foi parte integrante da pesquisa mais ampla sobre atenção domiciliar no SUS.

Antes de adentrarmos no tema que nos propomos a trabalhar – as moradias no campo da saúde mental – achamos pertinente traçar uma breve contextualização sobre a atenção domiciliar como práticas inovadoras de cuidado e políticas de saúde, com o intuito de facilitar o entendimento do leitor quanto à inserção das residências terapêuticas no projeto de pesquisa da atenção domiciliar.

Considerando a atenção domiciliar uma alternativa ao cuidado hospitalar, o Ministério da Saúde demandou a pesquisa “Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das Experiências Correntes”, com o objetivo de analisar experiências em andamento em diversas regiões do território nacional, levantando dados como financiamento, avaliação, operação do cuidado, organização de equipes etc, de modo a subsidiar a formulação de uma política nacional de atenção domiciliar.

A atenção domiciliar vem apontando um potencial de se concretizar como uma modalidade substitutiva de cuidado. A operação do cuidado no domicílio das pessoas, envolvendo todo o contexto singular do usuário (sua casa, sua família, seu espaço, seus pertences, seus vizinhos, seus amigos), possibilita a produção de um cuidado mais próximo e individualizado. Esse novo *setting* de trabalho (a casa) tem proporcionado às equipes um modo de conduzir o cuidado de forma menos tecnicista do que ocorre no hospital, e mais subjetivado, isto é, mais próximo e envolvido com todo o contexto individual, familiar e social do usuário. Merhy e Feuerwerker¹ têm apontado em seus trabalhos para uma desinstitucionalização nas práticas do cuidado no domicílio.

Lançando mão da história, vimos que esse modo de cuidado no domicílio se fazia presente nas práticas da medicina de séculos passados. Foucault² nos mostra que o atendimento médico era realizado na casa do paciente por meio de uma espécie de médico de família. Até então, o hospital não tinha caráter terapêutico e de cura. Em sua concepção, o hospital nasce como instituição religiosa, filantrópica, de

¹ Ver texto “Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade, disponível nesse site

² Foucault, M. O Nascimento do Hospital, in: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

caridade, de assistência aos pobres e desamparados, que tinha a função de promover aos seus “hospedes”³ uma boa transição entre a vida e a morte, proporcionando a salvação espiritual. Mais que essa função de “morredouro”, essa instituição tinha a missão de “limpar” as cidades de suas mazelas, varrendo-se das cidades os pobres, loucos, leprosos, prostitutas, desabrigados, etc, e hospedando-os no hospital. A exclusão e a segregação eram uma forte característica dessa instituição até o século XVIII. Sendo assim, o hospital não era uma instituição médica e a medicina não era uma prática hospitalar.

A prática da medicina no hospital remonta a uma invenção muito recente, datada do final do século XVIII. O grande médico dessa época não aparecia no hospital, era um médico de consulta privada e visitas domiciliares⁴. A assistência domiciliar era uma modalidade de cuidado bastante praticada. Com a medicalização, o cuidado às doenças virou território privilegiado de atuação dos médicos e o hospital, o lugar privilegiado de sua realização, esvaziando a prática de cuidado no domicílio. Assim, a medicina hospitalocêntrica se transformou na prática hegemônica de atuação das profissões da saúde.

Atualmente observamos movimentos iniciais do que pode vir a ser uma outra transição tecnológica, de via inversa a que Foucault nos mostra, com substituição da lógica do cuidado hospitalar/ambulatorial para o domicílio. Vale pontuar, que não se trata de uma desassistência, nem tão pouco de uma desospitalização irresponsável e prematura, mas da possibilidade de reestruturar o modo de operar o cuidado (reestruturação produtiva), tanto no que se refere ao seu espaço físico, quanto à lógica do cuidado.

O conceito de reestruturação produtiva e transição tecnológica são trabalhados por Merhy & Franco⁵. Esses autores definem a reestruturação produtiva como um “modo de produzir saúde, diferente de um certo modelo adotado anteriormente, que impacta processos de trabalho, sem no entanto operar uma mudança na composição técnica do trabalho”. Contudo, para que se instaure uma transição tecnológica é “necessário que haja mudanças no modo de produzir saúde, impactando processos de trabalho, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado (...) deve-se configurar um novo sentido para as práticas assistenciais, tendo como conseqüência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto aos usuários na resolução dos seus problemas”.

Em algumas áreas, esse esforço de mudança do modelo assistencial vem se apresentando de forma mais consistente, como é o caso da saúde mental, que há duas décadas tem investido em uma radical transformação de seu modelo assistencial, acumulando experiência na construção de uma rede substitutiva ao modelo médico hegemônico e ao aparato de serviços hospitalares/ manicomiais.

A reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial, com um desejo coletivo de trabalhar na construção por uma sociedade sem manicômios, têm atuado, em um campo árduo de batalha, contra forças hegemônicas manicomiais, inventando novas práticas de cuidado e acolhimento às pessoas com

³ O termo hospital vem do latim *hospitale*, que significa hospedaria, hospedagem, ou aquele/ aquilo que pratica a hospitalidade, que é hospitaleiro - Amarante, P. (Coord). Saúde Mental: Políticas e Instituições, Programa de Educação a Distância da ENSP/FIOCRUZ, 2003

⁴ Foucault, M. *ibidem*.

⁵ Emerson Merhy & Túlio Franco: (1) Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves; (2) Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde

transtorno mental, sendo acompanhado de um forte investimento para a consolidação de uma rede substitutiva em saúde mental. Trata-se de uma rede com vários pontos de conexões, que se conectam entre si e com diversos setores de organização da sociedade, extrapolando o campo estrito da saúde, “redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social⁶”. Produzir conectores com setores de habitação, lazer, cultura, trabalho, enfim, projetos que possam cada vez mais produzir vida para essas pessoas, que foram tão marginalizadas e segregadas da sociedade têm sido um importante dispositivo de conexão para disparar loucos geradores de vida.

Considerou-se que essa experiência da saúde mental, com um forte caráter de substitutividade em sua proposta, poderia dialogar fortemente com esse movimento de transformação das práticas do cuidado que atenção domiciliar vem perseguindo. Esse foi um dos motivos para a inclusão do tema da saúde mental na pesquisa da atenção domiciliar, visto essa não ter sido uma demanda do Ministério da Saúde.

O segundo ponto, que motivou o grupo de pesquisadores a trabalhar com o tema da saúde mental, refere-se ao programa de Residência Terapêutica, política instituída no SUS. Essas residências são casas inseridas preferencialmente na cidade, fora do espaço físico hospitalar, destinadas a pacientes de longa internação, que perderam vínculo familiar e/ou total capacidade de retorno para a família. Esse dispositivo produz outras modalidades de cuidado e acolhimento a ex-moradores de hospitais, além de proporcionar um espaço de reintegração psicossocial do paciente na sociedade, tendo como eixo o domicílio – Residência Terapêutica. O cuidado e a gestão da vida cotidiana são operados a partir da residência do próprio sujeito.

Nesse sentido, mesmo que de forma distinta da atenção domiciliar, essa não deixa de ser uma prática de cuidado que é disparada a partir do domicílio. Não podemos negar que um conjunto de pessoas que moram em uma dada residência terapêutica não esteja sendo cuidado naquele espaço. Mesmo no caso das casas com alto grau de autonomia, que não dispõem da presença de um “cuidador” fisicamente na casa, ainda assim essas pessoas estão sendo apoiadas no gerenciamento de suas vidas, quer seja pelo profissional de referência da casa, ou por um profissional do CAPS, do PSF, do ambulatório, ou até mesmo por um vizinho, um amigo, etc.

Não queremos dizer com isso, que estamos operando com a lógica de que a casa (Residência Terapêutica) seria um espaço, ou um “serviço” de atuação de tratamento terapêutico. Antes de mais nada, trata-se de um lugar de moradia, que por si só atua como potencializador de produção de vida e saúde. Trata-se de um modo singular de operar novas práticas com essas pessoas. Aqui, o cuidado não é apenas realizado nos serviços substitutivos que o morador frequenta, como no CAPS, no centro de convivência, etc, mas há uma lógica de cuidado que é produzida na casa, ou a partir da casa, quer seja na rua, no supermercado, no cinema, no banco, na escola, nas praças, enfim, nos inúmeros lugares de circulação pelo território.

⁶ Emerson Merhy, O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores.

A invenção de novos dispositivos e sua consolidação como políticas

Há 20 anos, a rede substitutiva em saúde mental deu início à construção de seus primeiros dispositivos. Em 1987, foi criado o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do país, na cidade de São Paulo. Dois anos mais tarde, foram criados os NAPS de Santos (Núcleo de Atenção Psicossocial) como uma efetiva política de substituição do modelo manicomial. A construção dessa rede substitutiva de Santos se deu a partir da desconstrução e fechamento do manicômio Anchieta. No final da década de 80 e início dos anos 90, a Secretaria Municipal de Campinas instaurou um processo de Co-Gestão com o Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira e iniciou uma batalha de desmontagem do manicômio e construção de uma rede substitutiva em saúde mental. Disparadora desse processo, em 1991 foi criada a primeira residência terapêutica, no momento denominada de “moradia extra-hospitalar”⁷.

O termo “Serviço Residencial Terapêutico” - SRT, foi oficialmente nomeado pelo Ministério da Saúde em 2000, com o advento das Portarias 106 e 1.220 que tratam da organização, funcionamento e financiamento das residências. A implantação de uma política nacional de residências terapêuticas no SUS só veio a ocorrer quase 10 anos após a primeira residência (moradia) de Campinas. A experiência de desinstitucionalização desse município e da ampliação de uma rede de moradias para essa clientela, bem como outras experiências pontuais que ocorriam espalhadas no Brasil, serviram de exemplo para instrumentalizar o Ministério da Saúde a propor a ampliação dessas residências como parte integrante de sua política nacional de desinstitucionalização.

Com o incentivo do Ministério da Saúde para a criação de RT, induzindo a desinstitucionalização e a ampliação da rede substitutiva, com a inclusão de financiamento específico para implantação dessas casas, analisamos que em 6 anos (de 2000 a 2006) esse dispositivo de moradia apresentou uma expansão de mais de 1000%. Em 2000, tinha-se apenas 40 RT no país, esse número salta para 426 RT em 2006, distribuídas em todo o território nacional.

É fato que os números não nos dizem sobre o caráter de substitutividade dessa modelagem de cuidado aos loucos desospitalizados. O fato de se ter RTs espalhadas nos mais diversos cantos do Brasil não significa que a lógica da desinstitucionalização e da substitutividade esteja instituída. Como nos apontam Merhy e Franco⁸, para que haja de fato uma transição tecnológica é necessário que a reestruturação produtiva se faça presente, ou seja, é necessário haver uma reestruturação da lógica de operar o cuidado, caso contrário, corre-se o risco de se produzir na casa (RT) a lógica manicomial, assim produziríamos apenas “*Capscômio*”⁹ e “*Casacômio*”. Criar RT, criar CAPS não quer dizer criar redes substitutivas, mas operar o cuidado pela via da lógica antimanicomial parece ser o caminho para a inversão do modelo assistencial, para a legitimação de uma rede efetivamente substitutiva em saúde mental, tão almejada pela reforma psiquiátrica. Mais adiante, ao abordarmos os campos de investigação, através dos

⁷ Esse foi o nome dado inicialmente para imprimir a idéia de que as casas deveriam ser localizadas fora do espaço físico hospitalar, depois que essa idéia foi consolidada passou-se a se chamar simplesmente de “casas” (Furtado, J. A reforma psiquiátrica no cotidiano, ed. Hucitec, 2001)

⁸ Referências indicadas no início do texto

⁹ Termo utilizado por Emerson Merhy

estudos de caso, veremos que no espaço da micropolítica e do trabalho vivo em ato, a lógica da substitutividade e da desinstitucionalização emergem.

A proposta de implantação de residências terapêuticas está diretamente articulada com a diminuição dos leitos psiquiátricos. Para cada paciente que é desinstitucionalizado e inserido na RT o leito deverá ser fechado e o recurso financeiro realocado do Sistema de Informação Hospitalar – SIH para o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA. A inversão do modelo assistencial é acompanhada também pelo deslocamento do financiamento, desinvestindo no manicômio, para investir na rede de atenção psicossocial. O dinheiro acompanha o paciente. Nesse caso, não se trata de recurso novo, mas de uma reorientação de recurso financeiro.

O campo de estudo¹⁰ - cartografando experiências

Das cidades que integraram o estudo da atenção domiciliar foram selecionados Belo Horizonte e Rio de Janeiro para comporem o campo da saúde mental, por possuírem experiências significativas no programa de residências terapêuticas. Agregando esse objeto de investigação, Campinas foi incorporada ao campo como uma frente de pesquisa apenas no âmbito da saúde mental, entendendo ser uma das experiências pioneiras de “moradias extra-hospitalares”, além de ser uma referência de reforma psiquiátrica no Brasil¹¹.

Em cada uma das três cidades, foram investigados os programas de RT, sua inserção na rede psicossocial, a lógica do cuidado, a interação com a cidade e a racionalidade dos gastos. A coleta de dados se deu a partir de entrevistas semi-estruturadas a gestores e trabalhadores de saúde mental. Em cada campo, a pesquisa foi afinando da macropolítica, pela organização da rede, para a micropolítica, por meio da análise de casos traçadores, com o objetivo de visualizar com uma lente mais aproximada, a micropolítica do trabalho vivo em ato. Sendo assim, a escolha das RTs seguiram o caminho da seleção de residências atípicas que falassem da própria singularidade de cada campo, da invenção de novas práticas que cada experiência vem vivenciando e descobrindo.

Seguindo essa lógica de escolha, em Belo Horizonte foi abordada uma residência construída para apenas um morador, por outro lado, em Campinas foi analisada uma residência com 23 moradores. Já no Rio de Janeiro a escolha da modalidade de moradia se deu pela experiência de um paciente residir em vaga alugada em uma pensão.

Passemos agora, para um breve relato dos campos.

¹⁰ Importante ressaltar que os dados quantitativos dos campos se referem ao primeiro semestre de 2006.

¹¹ Inicialmente também fazia parte do campo Sobral. Como o município conta com apenas uma RT, foi decidido no grupo de pesquisa pela substituição de Sobral por Campinas, por ser um campo mais significativo na experiência de RT.

Belo Horizonte

A rede pública de atenção à Saúde Mental de BH, organizada dentro das diretrizes da reforma psiquiátrica, já tem dez anos, sendo constituída dos seguintes equipamentos:

1. 7 CERSAM (Centro de Referência de Saúde Mental) acompanham a regionalização da Prefeitura mas não cobrem todos os Distritos (existem 2 que ainda não contam com o serviço), com funcionamento nos 7 dias da semana, atendendo urgência e crise, pois têm como objetivo principal a substituição do hospital psiquiátrico. Seu perfil é o atendimento aos casos graves de sofrimento mental. Apenas 2 possuem atendimento noturno, o que foi considerado uma dificuldade, havendo projeto para ampliação do horário de funcionamento de todos os CERSAM para 24 horas.

2. Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde 75, de aproximadamente 140 Centros, possuem equipes específicas de saúde mental. O perfil, que anteriormente era de atendimento aos casos mais leves, atualmente está voltado à clientela egressa do CERSAM, numa perspectiva de atendimento em rede. A equipe mínima é composta de psiquiatra e dois psicólogos.

3. 9 Centros de Convivência são distribuídos 1 por distrito. Realizam oficinas e organizam passeios. A equipe é composta por artistas e artesãos.

4. 10 Residências Terapêuticas (RTs) equipamento mais recente, seu funcionamento se iniciou em 2002. São 10 casas e 90 moradores.

5. Hospitais são 2 públicos (para agudos) e 2 privados conveniados ao SUS (para crônicos). São contabilizados, hoje, 700 leitos, de um total de 2.000 no início do processo de reforma.

6. Serviços Especiais para Criança e Adolescente em determinadas unidades da rede básica existem 8 equipes funcionando (há 10 anos), para atendimento de casos de sofrimento mental grave. Pretende-se criar um CERSAM infanto-juvenil.

Além desses equipamentos, a rede de Saúde Mental funciona em parceria com ONGs, como se relata nos seguintes casos:

a) A Política de Fomento ao Trabalho e a Produção foi, inicialmente, uma iniciativa de uma ONG (com linha de financiamento do Fundo de Amparo ao Trabalhador/ FAT), para a criação de Associação de Trabalho e Produção Solidária. Teve início em 2003, por meio da Incubadora de Cooperativas de Produção. Hoje totaliza 70 usuários em 4 grupos de produção. A Secretaria de Saúde financia parte da experiência (com recursos humanos e materiais). Está projetada, com o apoio da Secretaria Nacional de Economia Solidária, a montagem de um restaurante para oferecer alimentação a um CERSAM, entre outros clientes.

b) Outra realização em parceria com uma ONG foi o desenvolvimento de oficinas comunitárias para crianças com deficiência de aprendizagem, encaminhadas pelas escolas públicas.

c) Foram relatadas outras parcerias com outras ONGs além das já referidas. Uma com cinemas do município, em que a Prefeitura compra ingressos nos dias de semana para os usuários. Outra, como a BH TRANS (empresa de transporte), que fornece algumas horas de trabalho para políticas públicas da Prefeitura, inclusive saúde mental.

No que se refere à assistência domiciliar, a rede conta com os serviços residenciais terapêuticos e com a modalidade de visitas domiciliares. As visitas domiciliares são realizadas pela equipe do CERSAM, sendo destinadas a pacientes que apresentam dificuldades para chegar ao serviço. É feito um esforço no sentido de encaminhar o paciente para atendimento no CERSAM.

A visita domiciliar não faz parte de um programa específico de atenção; essa modalidade de cuidado se dá quando o paciente tem resistência em ir ao CERSAM.

Em relação às articulações da Saúde Mental com a rede, em geral, foi referida uma satisfatória articulação das equipes de Saúde Mental dos Centros de Saúde com as equipes de saúde da família, por meio de reuniões para a troca de pareceres e orientações sobre o cuidado de saúde mental (voltados aos pacientes acompanhados pelas equipes de saúde da família) e sobre cuidados clínicos aos portadores de sofrimento mental grave. Há articulação também com o SAMU, para que este assuma atenção à crise psiquiátrica - ou seja, o primeiro atendimento e o encaminhamento ao CERSAM. Também há uma boa parceria entre o SAMU e as Residências Terapêuticas.

A indicação da desospitalização do paciente e sua inserção em uma RT é responsabilidade do supervisor do SUS, que visita periodicamente os hospitais psiquiátricos, de acordo com critérios clínicos e com a impossibilidade, no momento, da convivência no ambiente familiar - primeira opção apresentada. Existem ainda pacientes nos hospitais com possibilidades de ir para as residências, aguardando a ampliação desta rede, que vem ocorrendo de maneira gradual.

O grupo de moradores tem um caráter misto, já que residem pacientes de ambos os sexos. Recentemente tem havido maior entrosamento da residência terapêutica com a vizinhança.

Os cuidadores são contratados por CLT pela ONG terceirizada, que gerencia os recursos das casas. São de nível médio, não existindo exigência de formação profissional e técnica específica. O trabalho se dá em regime de plantão (12/ 36h). Em geral, são pessoas que cuidam do dia-a-dia da casa, dos afazeres domésticos e que auxiliam na administração da medicação dos moradores.

Também faz parte da composição da equipe a figura do supervisor, profissional de saúde mental da Secretaria de Saúde, que acompanha um número determinado de casas, visitando cada uma, geralmente, uma ou duas vezes por semana. Este articula o cuidado dos pacientes com a rede e supervisiona o trabalho dos cuidadores, reunindo-se periodicamente.

A equipe avalia que os cuidados nas RTs têm proporcionado uma maior autonomia aos moradores, viabilizando melhor circulação dessas pessoas nos espaços cotidianos da comunidade. Desde o início da implantação da primeira residência terapêutica, alguns moradores conseguiram reatar seus vínculos familiares, retornando ao espaço de moradia no seio familiar.

Os recursos para implantação e custeio das RTs são providos da reversão das AIHs antes usadas para internação de crônicos, tendo sido fechados os leitos correspondentes. O município aluga, mobília e paga todas as despesas destas casas. O valor correspondente da AIH é inserido no montante geral do Fundo Municipal de Saúde e há acompanhamento por parte da gerência de Saúde Mental.

A contratação dos cuidadores é realizada via CLT por intermédio de ONGs. Quanto aos profissionais que são referências das RTs, estes são servidores públicos. Geralmente os técnicos de referência das RTs são de formação em terapia ocupacional, com o argumento de serem técnicos mais práticos para o gerenciamento diário da casa.

Como incentivo aos pacientes, existe uma bolsa de auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 que é financiada pelo Programa “De Volta pra Casa”, instituído pelo Ministério da Saúde, em 2003. Além disto, quando as casas foram criadas, o município instituiu também uma bolsa para o incentivo ao retorno à família, hoje substituída pelo Programa do Ministério. Há acompanhamento mês-a-mês dos custos da casa, em função dos recursos públicos serem repassados a uma ONG.

Cartografando o caso escolhido 1 – a casa de Pedro

A escolha em ter como estudo de caso a moradia de Pedro deu-se por ser uma RT completamente atípica das demais do município. Em 2001, a Clínica T., instituição privada conveniada, sofreu uma intervenção do Ministério Público que culminou em seu descredenciamento, assim como de outras instituições, com o SUS/BH, devido à falta de condições adequadas na prestação da assistência à clientela internada. Pedro, um dos pacientes internados na clínica, foi desospitalizado e encaminhado para moradia na primeira residência terapêutica construída em BH, em 2000.

A primeira experiência de moradia de Pedro, após sucessivas internações e dois anos ininterruptos na última internação, se deu na implantação dessa primeira RT que se organizava como uma moradia composta por dois pavimentos, duas casas conjuntas, que abrigava 20 pacientes com quadro psiquiátrico grave. Pedro não conseguiu se adaptar nessa residência, em que permaneceu por apenas dois meses, apresentando comportamento desagregado, com dificuldade de estabelecimento de vínculo e de se relacionar com os outros. Sua única comunicação se dava por meio das palavras “*vai chover*”? Apresentava uma história de impulsividade muito marcante, costumando “distribuir tapas” aleatoriamente, fosse a um cuidador ou a outro paciente.

O projeto terapêutico de Pedro foi construído junto ao CERSAM, onde permanecia durante todo o dia, retornando à residência terapêutica à noite, apenas para dormir. Neste período, apresentou vários

episódios de fuga do CERSAM e dificuldades na socialização com os demais moradores da RT, devido à sua impulsividade agressiva.

Diante dessas dificuldades passou a freqüentar o CERSAM no período diurno e no período noturno dormia no CERSAM 24 horas. Apesar de pernoitar no leito do CERSAM, não se desvinculou da RT. Mesmo utilizando-se de vários dispositivos, não foi possível permanecer com Pedro na rede extra-hospitalar, sendo necessária a sua reinternação no hospital psiquiátrico, o que foi feito com grande pesar pela equipe: *“A decisão de reinterná-lo passou por uma total insuficiência dos recursos disponíveis até então existentes”*.

Vários arranjos foram utilizados no intuito de atender às necessidades de Pedro. Inicialmente passou por um período de internação integral; em um segundo momento iniciou um regime de semi-internação, alternando o dia no CERSAM e a noite no hospital. Ao receber a alta do hospital, Pedro retorna ao esquema anterior, intercalando entre o CERSAM dia e o CERSAM noite por um longo tempo. Nesse período, Pedro passa a visitar outras RTs e inicia outra experiência de inserção em outra casa. Passa poucos dias nessa RT e novamente não consegue se adaptar.

Diante desse quadro de insuficiência de dispositivos que pudessem dar conta do caso, sua técnica de referência passa a cogitar a possibilidade de se criar uma RT apenas para Pedro. Foram, então, iniciadas as negociações junto à coordenação de saúde mental que, a princípio, apresentou resistência em viabilizar tal projeto terapêutico para apenas um paciente, principalmente pelo alto custo financeiro. No entanto, diante da falta de dispositivos resolutivos e dos fatos ocorridos, optou-se por viabilizar o projeto de moradia individualizada para Pedro, que demonstrava com freqüência, em falas soltas, desejo de ter sua própria casa.

Iniciou-se, então, a busca por uma casa para alugar. Esse processo foi realizado juntamente com Pedro, que participou da escolha da casa onde iria morar. Foi alugado um “barracão”, localizado próximo ao CERSAM que Pedro freqüenta diariamente. As escolhas de mobília da casa contaram com a participação do morador.

Os dois cuidadores, escolhidos por Pedro, são trabalhadores do CERSAM, onde exercem a função de porteiro, e dormem na RT. As compras da casa são feitas pelo cuidador juntamente com o morador da casa (Pedro). Segundo relatos da profissional do CERSAM que acompanha o caso, o comportamento de Pedro evoluiu consideravelmente bem após sua inserção na RT; os atos de impulsividade agressiva estão mais espaçados, além de ter conseguido uma melhor integração com os outros usuários e a equipe. A criação da RT para Pedro tem funcionado como um dispositivo substitutivo ao leito noturno do CERSAM e à internação hospitalar.

O envolvimento implicado e o olhar direcionado ao sujeito portador de desejos fizeram a técnica de referência de Pedro operar nos moldes da desinstitucionalização. Para Rotelli,¹² a verdadeira

¹² Rotelli, F.; Leonardis, O. & Mauri, D., 2001. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Desinstitucionalização (F. Nicácio, org.), São Paulo: Hucitec, 2ª edição

desinstitucionalização será o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto – a loucura.

Rio de Janeiro

A rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro é composta por 10 CAPS, 1 CAPS AD e 2 CAPS i, 7 clínicas psiquiátricas contratadas pelo SUS e 3 Hospitais públicos. As RTs estão divididas em programas, sendo que cada programa é vinculado a um instituto (hospital psiquiátrico). No total são 21 RTs com 95 moradores, distribuídas pelos seguintes institutos:

Instituto Juliano Moreira – 15 RTs

Instituto Philipe Pinel – 1 RT

Instituto Nise da Silveira – 3 RTs

CAPS Infantil Eliza Santa Rosa – 1 RT

Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) – 1 RT

Ainda faz parte da rede de residências o projeto “moradia assistida”, que conta com 11 usuários que moram por conta própria, mas com ajuda financeira do programa de bolsa do município, sendo acompanhados por equipes específicas. O programa de bolsas advém da Lei Municipal 3.400, que prevê um recurso financeiro de 2 salários mínimos para a família que recebe o usuário de volta em casa e 1 salário mínimo pra usuário que é inserido na residência terapêutica. Um outro dispositivo que mantém vinculação com as RTs é o CRIS (Centro de Reabilitação e Integração Social), que exerce a função de passagem entre o hospital e residência.

O município conta com quase 1400 pacientes moradores de hospitais psiquiátricos, muitos destes idosos com grande período de internação. Em cada clínica contratada existem dois supervisores com a função de trabalhar possibilidades de saída de pacientes moradores no hospital para as RTs.

A organização dos cuidadores das RTs se dá em duas modalidades: (1) saber leigo, que são pessoas da comunidade, sem formação técnica, mas com manejo no trato com pessoas com transtorno mental; e (2) cuidador, que tem alguma formação profissional (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, etc).

As residências apresentam diferentes graus de autonomia. Há residências de cuidado parcial, cuidado intensivo e de alto grau de autonomia - em que não é necessária a presença diária do cuidador na casa, já que os próprios moradores agenciam o dia-a-dia da casa, sendo supervisionados por equipe multi-profissional (equipe de segmento), havendo também um técnico de referência da casa.

O cuidador não profissionalizado é responsável pelo agenciamento do cotidiano da casa, nas funções domésticas, orientando os moradores no cuidado pessoal, nos hábitos de vida diária, na medicação, na alimentação (cozinhando e incentivando aos que desejam aprender a cozinhar). Já a equipe

de seguimento, equipe multi-profissional, é responsável pelo acompanhamento contínuo na comunidade, gerenciamento dos projetos terapêuticos individuais e coletivos da casa, promove melhor nível de contratualidade e de inserção na rede de apoio social.

A forma de contratação dos cuidadores, tanto os não profissionais quanto a equipe de seguimento, que estão diretamente vinculados às RTs, são contratados por CLT por intermédio de ONGs. Não se trata de uma gestão do setor público, o terceiro setor é o maior gerenciador desse programa.

O município do Rio vem enfrentando algumas dificuldades no processo de gestão da organização do sistema, tanto no que se refere ao descredenciamento dos leitos, quando o paciente é desospitalizado passando a residir na RT, quanto na realocação de recursos do sistema hospitalar para o sistema ambulatorial, com vistas ao custeio das RTs.

Cartografando o caso escolhido 2 – a vaga de Moisés

Moisés é paciente egresso do hospital de Paracambi e foi transferido para o CRIS (Centro de Reabilitação e Integração Social) no Instituto Juliano Moreira. Logo em seguida passou a morar em uma RT no bairro próximo ao CRIS. O convívio com os outros moradores da casa passou a ficar conflituoso devido à forma impulsiva, e muitas vezes agressiva, de Moisés. O horário do cuidador na casa era de segunda a sexta durante o dia; à noite e finais de semana não havia cuidador, o que na visão da equipe dificultou a negociação dos contratos realizados no dia-a-dia da casa com Miguel e os outros moradores.

Seu comportamento de agressividade culminou em uma agressão física a outro morador na casa, o que levou ao retorno de Moisés para o CRIS. Moisés passa a demonstrar desejo em alugar uma casa só para si. No relato da equipe, o programa de RT não tinha recurso financeiro para bancar uma residência só para Moisés, então a proposta foi que ele acumulasse recurso financeiro com uma bolsa que recebia para poder alugar uma casa. Enquanto isso, aguardava receber uma bolsa do programa de auxílio reabilitação do município.

Mesmo de volta ao CRIS, o comportamento agressivo permanece com os outros, o que novamente inviabilizou o convívio coletivo. Tanto o grupo de pacientes, quanto a equipe, analisaram que não seria possível permanecer no CRIS. Com a situação emergente, e a impossibilidade de transferi-lo para uma moradia individual, a equipe pensou no aluguel de uma vaga em uma pensão.

Assim, Moisés passa a residir nessa vaga, com acompanhamento da equipe. O acordo feito foi o aluguel ser pago por Miguel e as refeições serem feitas no CRIS, visto que não havia recurso financeiro para custear suas despesas mensais.

Com o apoio da equipe, a dona da pensão passou a exercer a função de cuidadora de Moisés. Sempre mantinha contato com a equipe do CRIS em busca de auxílio no convívio com Moisés.

Campinas – Cândido Ferreira

Há 80 anos, na região de Sousas, distrito de Campinas, foi construído um sanatório para portadores de transtorno mental, por iniciativa de um grupo de filantropos. Na década de 80 esse hospital psiquiátrico chamado Dr. Cândido Ferreira entrou em processo de falência. Com a proposta de se desfazer do estabelecimento, o filantropo responsável ofereceu o hospital a gestão municipal de Campinas. No entanto, o gestor municipal não aceitou a proposta de absorver-lo ao SUS, sugerindo uma contra-proposta: realizar uma Co-Gestão entre a filantropia e a gestão municipal, apenas sob a condição de desconstruir o manicômio transformando-o em uma rede substitutiva em saúde mental. Desta feita, no início dos anos 90, O Cândido Ferreira passou a ser co-gerido pela Secretaria Municipal de Campinas, iniciando seu processo de construção de uma rede substitutiva. Na época tinha-se em torno de 200 pacientes internados. Em 15 anos esses pacientes foram inseridos na rede que se encontra em permanente construção. A última ala psiquiátrica fechada (ala primavera) deu lugar a uma RT onde os pacientes foram transferidos para uma moradia em Sousas, saindo definitivamente do espaço asilar.

Após o esforço coletivo de um conjunto de trabalhadores, gestores, comunidade, associações, o Cândido conta hoje com uma rede substitutiva expressiva, com os seguintes equipamentos:

1. Núcleo de Atenção a Crise (NAC) ◀ equipamento destinado ao atendimento à crise em casos agudos.
2. Núcleo Clínico (NC) ◀ espaço destinado a moradores do Cândido que apresentam comprometimento clínico grave, seqüelas neurológicas e/ou deficiência física. A maior parte da clientela são idosos com complicações clínicas
3. Núcleo de Atenção a Dependência Química (NADEQ) ◀ unidade destinada ao atendimento de pessoas com dependência química. O atendimento é realizado de forma integral (internação breve) ou ambulatorial
4. 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ◀ são equipamentos instalados no território de Sousas, oferecendo atividades terapêuticas dentro e fora do seu espaço físico
5. 31 Residências Terapêuticas (RT) ◀ moradias espalhadas no distrito de Sousas. As RTs são vinculadas ao NC, NAC e CAPS
6. Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) ◀ esse núcleo oferece 12 oficinas com o objetivo de proporcionar trabalho profissionalizante à portadores de transtorno mental de baixa renda, que apresentam dificuldades de inserção no mercado de trabalho formal. Nesse núcleo também são trabalhadas as dificuldades de retorno para o mercado de trabalho
7. Centro de Convivência e Arte ◀ espaço de convívio que proporciona aos usuários, funcionários, familiares, comunidade em geral, atividades de arte (Espaço 8 Ateliê; Grupo de Teatro Sorridente), oficinas culturais e de lazer (oficinas de cestaria, poesia, costura, , culinária, música, salão de beleza), bem como outras atividades de arte ofertadas por artistas da comunidade.

8. Centro Cultural – Projeto Casa Escola ✦ projeto realizado em parceria entre o Cândido e a Secretaria Municipal de Educação, visando oferecer educação (alfabetização), convivência social e cultural a toda a comunidade local e não apenas aos usuários de saúde mental. Atualmente conta em média com 200 alunos

9. O Cândido conta também com programas de rádio (Radio Maluco Beleza); Jornal impresso (Jornal Candura); Loja de artesanato (Armazém das Oficinas)

Em todos os equipamentos do Cândido, a lógica de cuidado é permeada pela ação relacional entre o trabalhador e o usuário, respeitando os desejos individuais e coletivos. Trabalham com a ferramenta de projetos terapêuticos, tanto o PTI (Projeto Terapêutico Individual) quanto o PTC (Projeto Terapêutico da Casa). O cuidado e o acolhimento estão presentes em todos os espaços, é comum ver profissionais “atendendo” usuários nos bancos do jardim do Cândido.

O processo de construção das moradias do Cândido se deu em 1991, no início da parceria de co-gestão. São 23 RTs ligadas aos CAPS, 6 ligadas ao Núcleo Clínico e 1 ao NAC. Como ocorre nos outros campos, Campinas também conta com moradias de diferentes graus de autonomia. A casa com cuidados intensivos tem cuidadores 24 horas, não necessariamente técnicos profissionalizantes. Por outro lado, existem casas que não contam com nenhum tipo de cuidador e casas que tem apenas empregada doméstica. A Equipe de referência da casa é composta basicamente por psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional. Essa é uma equipe formada a partir do CAPS e do NC, que dão suporte aos moradores. Existem algumas modalidades de cuidadores que se assemelham aos demais campos: Aqui se tem o auxiliar de higiene e a monitora, que faz a função de acompanhante terapêutico, ambos contratados pelo Cândido. A contratação da empregada doméstica se dá a partir da demanda dos moradores e é custeada por eles mesmos.

As residências vinculadas ao Núcleo Clínico requerem um acompanhamento mais intensivo e permanente devido às debilidades clínicas-geriátricas que essa clientela apresenta. Atende a uma população mais comprometida, com um perfil geriátrico, com média de idade de 60 anos, com seqüelas de AVC, amputação, diabetes, câncer. São moradias denominadas de alta complexidade, que foram sendo construídas para os pacientes mais idosos, mais complicados clinicamente, com muito baixa autonomia, com dependência de necessidades básicas desde a alimentação, higiene, locomoção, etc. Essas casas contam com uma equipe permanente de cuidadores, desde empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais (higienização da casa), auxiliares de enfermagem. Esses profissionais ficam constantemente na casa, em esquema de plantão, além de haver outros profissionais de referência, como: enfermeiro, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico clínico, acompanhante terapêutico. Ao todo são 6 casas, com uma média 40 moradores.

Cartografando o caso escolhido 3 – a república dos 23

A residência terapêutica que decidimos eleger no campo de Campinas foi a moradia que surgiu com o fechamento da última ala psiquiátrica do Cândido, a ala primavera. Essa residência está vinculada ao

Núcleo Clínico-NC e conta com 23 moradores, uma espécie de república. Optamos por essa escolha, por nos apontar para a possibilidade de construção de um dispositivo que propõe uma ruptura com o paradigma manicomial, destinado ao acolhimento de uma clientela aparentemente sem viabilidade de retorno ao *sócius*, que estaria fadada a permanecer no hospital até sua morte.

Com o processo de transformação do Cândido, todas as alas psiquiátricas foram sendo desativadas, restando, por último, as que tinham pacientes com maior dificuldade de reinserção, em sua grande maioria com ausência de vínculos familiares e alto grau de dependência e debilitação clínica, psíquica e geriátrica.

A aposta da equipe estava na condição de acreditar e mostrar que se os casos mais difíceis, mais complicados, mais improváveis fossem desospitalizados, todos os outros também poderiam sair. Até então, as demais moradias, de certa forma, apontavam para um certo grau de autonomia dos pacientes para passar a viver nas residências. Não era o caso dessa clientela do NC, com grande comprometimento. Reinsere em moradias, loucos-idosos, com longos anos de internação, com grande dependência de cuidado especializado, com impossibilidade de gerir suas vidas, mesmo que de forma parcial, com demanda de cuidado intensivo, permanente, com necessidades clínicas emergentes, se apresentava como um forte entrave para desinstitucionalizar os últimos das alas do Cândido.

O grupo de trabalhadores inicia uma discussão com o intuito de problematizar essa questão e buscar alternativas inventivas para essa clientela tão comprometida. Trabalhar com a idéia de que nunca sairiam do hospital não satisfazia a equipe. Nesse momento a equipe compreende que *“não é o paciente que tem que se adaptar a moradia, é a moradia que tem que se adaptar as necessidades que cada grupo de pessoas apresenta. A gente queria montar aqui para eles uma casa com todos recursos de que eles necessitavam”*.

Nesse contexto as moradias de alta complexidade foram sendo construídas, culminando com a que apresentava pessoas com maior comprometimento, a “república dos 23”.

A ala primavera se transformou na república dos 23, um espaço que tem permitido aos seus moradores, a cada dia que passa, reaprender a viver, retomar o contato com a cidade, em companhia do acompanhante terapêutico, idas a supermercados, contatos com a vizinhança, etc. Esse novo modo de viver tem possibilitado aos moradores um ganho de autonomia que faz toda a diferença na vida de cada um. Há moradores que circulam pelo território de uma maneira mais autônoma, com inserção na escola, no Núcleo de Oficina de Trabalho. Interessante também perceber as relações de afetividade que vão se estabelecendo na casa entre os moradores, juntamente com um espírito de solidariedade e até de responsabilização de uns com os outros. O envolvimento afetivo de moradores entre si, de moradores e cuidadores, nos diz da implicação, do estar como um todo nesse trabalho. Os sentimentos expressos pela auxiliar de serviços gerais, que anteriormente trabalhava como doméstica em casa de família, diz-nos de sua implicação com essa nova prática que vem experimentando *“parece que eu tenho paixão por eles, eu quero ser mais amiga deles, quero conversar, eu não estudei muito sabe, mas eu acho que eu me entrego*

muito pra eles, eu tenho uma coisa com eles (...), acho que nessa casa aconteceu uma coisa muito linda na vida deles”.

Algumas reflexões advindas do campo

Um estudo apurado de custos, desenvolvido no Cândido Ferreira, nos apresenta que a “república dos 23” teve um custo mensal de R\$39.074,14, o que equivale a R\$1.698,88 por morador. A casa de Pedro representou um custo mês de R\$1.595,38. Segundo o SIH, o valor médio de uma AIH psiquiátrica encontra-se na casa dos R\$700,00.

Esses dados nos mostram que a residência terapêutica não é um equipamento de custo baixo em relação ao custo hospitalar. Se formos priorizar a racionalidade econômico-financeira não seria vantajoso investir nesses dispositivos e na implantação de uma rede substitutiva.

A aposta de retirada do louco do hospício não passa por uma simples racionalização de recursos, ao contrário disso, o foco está em promover uma possibilidade de resgate de vida a essas pessoas, de reconhecimento enquanto sujeito, de cidadanização, da desobjetivação paralisadora que o manicômio imprime. Poder retomar o convívio social em uma casa, em uma cidade, reaprender hábitos de que há muito foram privados pela lógica manicomial, requer dessas práticas um custo de um valor sem preço.

As novas práticas de atenção têm-se apresentado como um verdadeiro exercício de criação para as equipes. A mudança do modelo assistencial coloca os trabalhadores em uma busca constante de novas formas de se produzir o cuidado aos mais diferentes casos de sofrimento psíquico que surgem a cada dia. Fernanda Nicácio¹³, que trabalhou no processo de desconstrução do manicômio e implantação de uma rede substitutiva em Santos nos anos 80 e 90, defende a tese de que é necessária a negação da instituição e a instituição inventada, instituição que possa responder (não solucionar) em movimento às necessidades e possibilidades concretas e complexas dos sujeitos com os quais se relaciona.

Por meio do trabalho vivo em ato, muitas vezes as equipes constroem projetos terapêuticos que requerem uma certa negociação com o gestor. Em alguns casos, é necessária a aprovação do gestor, em outros, certas equipes bancam sozinhas as propostas, como se estivessem “remando contra a maré, mas sustentando o barco para não afundar”.

As experiências do campo que trouxemos para essa discussão apontam para um modo singular de construção de dispositivos que dêem conta da individualidade de cada caso. Não foi o fato de estar instituído e normatizado em portarias que os SRT devem comportar até no máximo 8 pacientes, que os trabalhadores de Campinas, inviabilizassem a proposta da república. As portarias apontam para diretrizes dos serviços, mas não deveriam padronizar, “chapar” todas as experiências, dada a complexidade e

¹³ NICÁCIO, M. F., 1989. Da instituição negada a instituição inventada In: SaúdeLoucura. Editora Hucitec, nº 1.

multiplicidade que envolve essa proposta. Ainda assim as equipes lançam mão de sua criatividade para sustentarem o projeto de cuidado. As experiências que descrevemos aqui parecem apontar para uma lógica de substituidade do modo de operar o cuidado.

O desafio está posto: a perseguição por uma rede substitutiva em saúde mental se depara com 12.000 pacientes com pelo menos dois anos de internação. “Realizar no micro a luta do macro¹⁴” é um exercício que convoca o cotidiano dos trabalhadores da saúde mental. O processo de desinstitucionalização requer um constante exercício de produção de novas práticas. A RT seria o único dispositivo capaz de desinstitucionalizar essas pessoas? Que outros dispositivos poderiam ser inventados para dar conta do desaprisionamento desses sujeitos? Parece-nos que é necessário ousar, ousar cada vez mais na invenção de novas práticas que produza vida, na superação do hospício, na proposta da luta antimanicomial – por uma sociedade sem manicômios, no cuidado em liberdade, porque “a liberdade é terapêutica”.

¹⁴ Expressão utilizado por Merhy, que dá título ao texto – Realizar no micro a luta do macro: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador