

#### 4.

### **Novos Caminhos Colocados aos Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos: a experiência de Niterói**

A Rede de Saúde Mental da cidade de Niterói atualmente conta com dois CAPS II<sup>17</sup> para usuários adultos, um CAPSi<sup>18</sup>, dois CAPSad<sup>19</sup> (um para adultos e outro infanto-juvenil, vinculado à Universidade Federal Fluminense), cinco Ambulatórios de Saúde Mental<sup>20</sup>, um Hospital Psiquiátrico<sup>21</sup> (com as enfermarias: de longa permanência institucional; de agudos masculino e feminino; de agudos infanto-juvenil; para usuários de álcool e outras drogas; e o Serviço de Recepção e Intercorrências - emergência), dois Serviços Residenciais Terapêuticos<sup>22</sup>, um Centro de Convivência<sup>23</sup>, além de uma Casa de Saúde<sup>24</sup> particular que possui leitos de internação contratados pelo SUS.

A Coordenação de Saúde Mental possui uma sala no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e, mensalmente, ocorre uma reunião aberta para todos os profissionais da Rede de Saúde Mental, podendo participar outras instituições que, de alguma maneira, mantém relações com algum (s) serviço (s) da Rede.

Nossa pesquisa investigou empiricamente o processo de Reabilitação Psicossocial Assistida dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca em acompanhamento pelo CAPS Herbert de Souza, em Niterói, de dezembro de 2009 a junho de 2010. O campo estudado forneceu inúmeras informações sobre o processo de desinstitucionalização vivido por esses moradores, como também se revelaram no processo investigativo a importância do trabalho ser sustentado por uma rede de cuidados em Saúde Mental com o objetivo da reabilitação psicossocial de sua clientela.

Conforme explicitado na Introdução desta dissertação, em relação à metodologia de pesquisa adotada optamos pela pesquisa qualitativa, pois essa favorece a possibilidade de uma abordagem dinâmica dos fenômenos sociais uma

---

<sup>17</sup> CAPS Herbert de Souza e CAPS Casa do Largo.

<sup>18</sup> CAPS Infanto Juvenil Monteiro Lobato.

<sup>19</sup> CAPSad Alameda e CRIAA UFF.

<sup>20</sup> Nos seguintes bairros: Largo da Batalha, Jurujuba, Centro, Engenhoca e Santa Rosa.

<sup>21</sup> Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

<sup>22</sup> Nos seguintes bairros: Pendotiba e Fonseca.

<sup>23</sup> Centro de Convivência Oficinas Integradas.

<sup>24</sup> Casa de Saúde Alfredo Neves.

vez que vincula a teoria à prática. O instrumento principal utilizado para a coleta de dados foi à entrevista semi-estruturada, por ser esse um dos principais meios que o pesquisador tem para realizar o trabalho de coleta. O público alvo da pesquisa foram os profissionais do CAPS Herbert de Souza que são técnicos de referência para os moradores do Serviço Residencial Terapêutico, bem como a coordenação desses dois serviços. Realizamos entrevista com dez profissionais, que serão identificadas apenas como: TR1, TR2, TR3, TR4, TR5, TR6, TR7, CO1, CO2 e CO3. As entrevistas foram agendadas por telefone e os profissionais do CAPS Herbert de Souza foram entrevistados no próprio CAPS, e os profissionais do Serviço Residencial Terapêutico foram entrevistados no Centro de Estudos do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Além das entrevistas, realizamos observação participante que constou de seis visitas, entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010, que nos permitiram observar-participar das seguintes atividades: preparação do almoço, almoço, lanche da tarde, conversas com as cuidadoras, conversas com os moradores e a preparação para a chegada do Natal. Importante pontuar que os nomes dos moradores foram modificados com o intuito de que identificações não sejam possíveis. Com isso, visando a privacidade dessas pessoas, as mulheres serão representadas por nomes de flores (Margarida, Rosa, Dália e Camélia) e os homens por nomes de pássaros (Canário, Pardal, Azulão e Colibri).

O trabalho de campo aconteceu sem transtornos, pois foi possível contar com o apoio e a colaboração de todos os entrevistados, que concordaram em realizar a entrevista, com sua gravação e assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

À luz das categorias centrais do estudo: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial assistida e inclusão social, as respostas dos entrevistados foram analisadas seguindo dois eixos temáticos:

- **Residência Terapêutica (Casa do Fonseca):** O que faz o coordenador junto aos moradores? Como foi o processo de escolha dos cuidadores? Qual o trabalho dos cuidadores na casa junto aos moradores? Qual a participação dos moradores nas atividades diárias da casa? Como é o contato dos moradores com a comunidade? Os moradores se utilizam dos serviços do bairro? Como você vê a inserção dos moradores no CAPS? O objetivo foi

de conhecer o cotidiano dos moradores no Serviço Residencial Terapêutico, levando em conta o processo de desinstitucionalização e, assim, entender como vem acontecendo a Reabilitação Psicossocial Assistida na casa.

- **Residência Terapêutica e CAPS (a articulação entre as equipes).** Para analisar este eixo temático, dividimos nossa análise nos seguintes pontos:
  - **Reabilitação Psicossocial Assistida:** O que você entende por Reabilitação Psicossocial Assistida? Buscamos analisar como cada profissional entrevistado compreende como proposta de Reabilitação Psicossocial Assistida a ser desenvolvida em seu processo de trabalho.
  - **Articulação entre equipes de cuidado:** Como você vê a inserção dos moradores no CAPS Herbert de Souza? Você já realizou visita à Residência Terapêutica? Ocorrem reuniões com a equipe; qual a frequência dessas reuniões? Nossa intencionalidade é perceber quais os pontos de convergência e divergência entre a proposta de Reabilitação Psicossocial Assistida desenvolvida pelos profissionais do CAPS e a desenvolvida pela equipe do Serviço Residencial Terapêutico.
  - **Estratégias e desafios no processo de Reabilitação Psicossocial Assistida:** Como foi organizado o projeto terapêutico do morador no CAPS? O que o morador faz no CAPS? Por que você indica, ou não, o acompanhante domiciliar? O que significa 'vir ao CAPS' para o morador? Neste eixo analisamos os desafios e impasses postos aos profissionais na implementação da proposta de Reabilitação Psicossocial Assistida aos moradores do Serviço Residencial Terapêutico.
  - **Mudança de vida:** O que sua intervenção traz de novo/diferente na vida do morador? O que o CAPS tem feito para inserir os moradores na comunidade? O CAPS está presente junto aos moradores em quais momentos pela cidade? Buscamos conhecer as estratégias utilizadas pelos profissionais para a superação dos desafios e impasses em busca de uma maior Reabilitação

Psicossocial apresentada pelo atual processo de Reforma psiquiátrica brasileira.

#### 4.1.

#### **O Centro de Atenção Psicossocial Herbert de Souza – CAPS HS**

O CAPS Herbert de Souza foi inaugurado em 1989, ainda como Núcleo de Atenção Psicossocial Herbert de Souza – NAPS HS, tendo seu funcionamento situado no interior do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), localizado na cidade de Niterói. De acordo com Oliveira (2003, p. 42),

o objetivo do NAPSHS era propiciar tratamento intensivo diário e diferenciado através de várias oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atendimento medicamentoso e atendimento aos familiares, com o objetivo precípuo de evitar longas internações, já apontadas pelas pesquisas da época como uma prática de assistência que não apresentava resolutividade adequada e que contribuía, em grande parte, para a deteriorização do quadro patológico.

Ainda segundo Oliveira (2003), em 1999, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói comprou uma casa localizada na Região do Centro da cidade, à Rua Marquês de Olinda nº 104, onde o NAPSHS passou a funcionar, dando continuidade aos trabalhos, além de contar com três leitos de observação na casa, que minimizavam a necessidade de internação no hospital.

No ano de 2002, o NAPSHS se transformou em CAPS II Herbert de Souza, indo de acordo com o Ato Portaria nº 336/GM de 2002, que estabelece que os CAPS devam constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária e que funcione em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, com acesso privativo e equipe profissional própria. Conforme explicitado no capítulo anterior, os CAPS devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Atualmente<sup>25</sup>, o CAPS Herbert de Souza funciona de 08 as 17 horas para os pacientes, com mais uma hora de funcionamento interno, indo até as 18 horas. Sua equipe técnica é constituída por dois médicos psiquiatras, uma assistente social,

---

<sup>25</sup> Informações obtidas em entrevista com a coordenadora do CAPS Herbert de Souza, Anita Ornelas, no mês de maio de 2010.

uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, seis psicólogos, três acompanhantes domiciliares, um residente de psiquiatria, dois residentes de saúde mental, três estagiárias de serviço social, três estagiários de psicologia, e uma coordenadora. Além da equipe técnica, tem-se trabalhando no CAPS Herbert de Souza, um técnico administrativo, responsável pela Chefia Administrativa, dois porteiros e duas auxiliares de serviços gerais.

No CAPS ocorre uma reunião semanal com toda a equipe, onde é passado os informes da semana, notícias sobre casos de pacientes internados, discutido alguns casos que apresentem situação mais “agudizada” e, também, é reservado um momento com uma supervisora do serviço, quando é apresentado um caso para supervisão e discussão.

Em 2003, o CAPS Herbert de Souza possuía 66 pacientes, sendo que 57 estavam atrelados ao serviço desde o seu surgimento como NAPS, aparecendo uma grande variação quanto à região em que cada usuário residia (Oliveira, 2003). Nos dias atuais, a abrangência do CAPS segue a lógica do território, sendo referência para uma área determinada da cidade de Niterói, que compreende basicamente a região Centro e Norte<sup>26</sup>. O CAPS possui cerca de trezentos pacientes em atendimento regular, onde a grande maioria deles é oriunda de processos de desospitalização, pois grande número dos pacientes tem história de longas e/ou diversas internações psiquiátrica, e o trabalho do CAPS vem sendo, principalmente nos últimos anos, o de dar suporte a esse tipo de clientela.

As pessoas com transtornos mentais chegam ao CAPS Herbert de Souza por indicação de outros serviços, como ambulatórios, enfermarias, hospitais de custódia, secretaria de assistência social, entre outros, e, mais raramente, por demanda espontânea. No CAPS, os casos passam por um processo de recepção, feito por pelo menos dois técnicos, e, após discussão em reunião de equipe, decide-se por sua inserção no CAPS ou pelo encaminhamento para outro dispositivo da rede. Aos pacientes inseridos no CAPS, a frequência e tempo de permanência variam de acordo com cada projeto terapêutico, definido pelo técnico de referência do paciente segundo cada caso em particular.

As atividades e oficinas que o CAPS Herbert de Souza oferece aos seus pacientes são: Jornal, Bricolagem, Saúde, Culinária, Música, Vídeo, Beleza,

---

<sup>26</sup> A cidade de Niterói conta com outro CAPS II que é referência para os moradores da região Oceânica.

Teatro, Dança, Jardinagem, Informática, Leitura, Rádio e Futebol. Além dessas atividades, ocorre uma assembleia semanal com os pacientes, uma reunião mensal do Grupo de Família, um encontro também semanal do Grupo Jovem e, do Grupo de Moradia, duas reuniões de participação restrita, que ocorrem com pacientes com indicações específicas. Também realiza um encontro mensal do Projeto Ponto de Encontro, que, dentre outras atividades, define com os pacientes as saídas de passeios programados para o próximo mês. Essas são as atividades coletivas, que acontecem paralelamente à convivência e às consultas individuais. É importante salientar, que a escolha de por quais atividades o paciente irá participar é decidida por ele e seu técnico de referência na construção de seu projeto terapêutico individual. Segundo Cheibub e Moreira (2008), o que vai marcar a diferença entre os espaços coletivos do CAPS e o pátio de um hospital psiquiátrico incide na possibilidade de investimento nos pacientes,

de recolhimento de suas falas, de reconstrução de sua história, ocupando um pouco o lugar de sua testemunha, acompanhando seu movimento para, assim, termos notícias que orientarão na condução do caso. Simplesmente frequentar o CAPS não é solução. Precisamos construir o caso com o paciente para que um processo de desinstitucionalização se inicie. Se não é assim, corremos o risco de agirmos em nome de qualquer universal, em detrimento da particularidade de cada um (Cheibub e Moreira, 2008, p.67).

No CAPS existe, também, o Projeto de Bolsas Auxílio de Trabalho<sup>27</sup>. São bolsas oferecidas pela Fundação Municipal de Saúde a pacientes que têm interesse em exercer atividade laborativa. Esse Projeto faz parte do Núcleo de Geração de Renda, e compreende um variado número de Bolsas de Trabalho diferenciadas, nas quais os bolsistas são pagos por hora trabalhada, através de um valor especificamente destinado pela prefeitura para este fim. O CAPS Herbert de Souza possui as seguintes Bolsas de Trabalho: Cantina, Recepção, Alimentação, Limpeza, Biblioteca, Bricolagem e Jornal.

Os pacientes são indicados para participar do Projeto de Bolsas Auxílio de Trabalho através de seus técnicos de referência e, após discussão em reunião de equipe e avaliação e entrevista pela Equipe de Referência para Geração de Renda do CAPS, são admitidos (ou não) para o trabalho. Atualmente, trabalham no

---

<sup>27</sup> Segundo Boabaid e Jorge (2008), o Projeto de Bolsa Auxílio foi criado em 1995, por meio de uma parceria com a Prefeitura de Niterói e, atualmente, funciona no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, no CAPSHS e no Centro de Convivência Oficinas Integradas. Cerca de 50 pacientes trabalham nessas iniciativas e todos recebem por hora trabalhada, através da bolsa disponibilizada mensalmente pela Prefeitura.

CAPS inclusive pacientes que são referenciados à outros serviços da Rede que não dispõe deste mesmo projeto. A única exigência para a indicação é a de que o paciente esteja em tratamento na Rede de Saúde Mental de Niterói. Os pacientes que trabalham nas bolsas cumprem, além do horário de trabalho, um horário específico de reunião com os Coordenadores do Projeto no CAPS Herbert de Souza.

#### **4.2. O Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca**

O Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca foi inaugurado em 22 de novembro de 2004<sup>28</sup> e, hoje, conta com oito moradores: quatro homens e quatro mulheres, que nele chegaram em 2004 e no ano de 2005. Considerando que a casa tem condições de abrigar até oito pessoas, na época de sua inauguração os primeiros moradores foram escolhidos entre os pacientes provenientes de uma das Enfermarias de Longa Permanência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, também chamada de Albergue. Somente uma moradora é oriunda da Fundação Leão XIII, porém ela chegou à Residência um tempo depois de sua inauguração.

O Albergue é uma Enfermaria de Longa Permanência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Hoje, tem cerca de 25 pacientes e, segundo Cerdeira e Leal (2008, p. 38), “os pacientes que vivem albergados estão sob os cuidados do hospital há muitos anos, alguns possuindo mais de 20 anos de internação”. Nesta enfermaria, os pacientes possuem autonomia relativa ou total, mas permanecem internados por motivos históricos e variados: clínico, social, econômico ou familiar. De acordo com Bogado (2003, p.169), “é a partir deste Serviço que se imagina começar a criação de um projeto de Lares Abrigados ou Residências Terapêuticas”.

Em 2004, o Albergue iniciou uma nova fase de trabalho, um processo de passagem para a Residência Terapêutica, pensando em estratégias para que os

---

<sup>28</sup> Informações a respeito da estrutura e funcionamento deste Serviço foram obtidas em entrevista com a coordenadora do projeto do Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca, Maria Paula Leal, no mês de maio de 2010, e com a Assistente Técnica, Bianca Machado, no mês de junho de 2010. Durante a realização da pesquisa a assistente técnica deixou o cargo para assumir a coordenação de uma Enfermaria de Longa Permanência do HPJ.

pacientes conseguissem deixar a enfermaria e retornar ao convívio em sociedade. Vilhena et. al. (2006) salientam que, como estratégia, o assunto da Residência Terapêutica foi inserido nos grupos de discussão e debates do “Bom Dia” e “Bate Papo Sarado”<sup>29</sup>, em conversas individuais, principalmente, com aqueles que eram candidatos à casa. Em 2005 são realizadas visitas dos pacientes à Residência Terapêutica que incluíam lanches, almoços, reconhecimento do bairro, pernoites acompanhadas de técnicos, trabalho de aproximação dos pacientes com as cuidadoras, entre outras ações.

Segundo Leal et. al. (2008), a entrada de um morador na casa segue a seguinte orientação: conhecimento da história de vida e um período de adaptação com a casa e com as outras pessoas (moradores, cuidadores e técnicos). Em se tratando de uma população com história de internações psiquiátrica prolongadas, pode-se dizer que o objetivo principal dos profissionais vinculados ao Serviço Residencial Terapêutico é trabalhar a mudança junto com os moradores e com tudo o que ela envolve: o resgate de competências, o aprendizado de andar novamente pela cidade, a discussão das rotinas de uma casa, a re-elaboração de seus medos, aprender a negociar, o encaminhamento para a retirada dos seus documentos, entre outros. Todos esses aspectos da mudança são trabalhados tendo em vista a promoção da autonomia e contratualidade, pensando em reabilitação psicossocial, ou seja, tornar possível a reinserção dessas pessoas na cidade, na comunidade, no lazer, no morar em uma casa, na retomada da relação de trabalho.

A equipe técnica do Serviço Residencial Terapêutico é constituída por uma coordenadora do projeto (assistente social), uma assistente técnica (psicóloga), uma assistente administrativa e cinco cuidadores. Quinzenalmente, correm reuniões com toda a equipe para melhor andamento e organização do projeto da residência terapêutica. Ocorre uma reunião semanal com a equipe de apoio (coordenadora, assistente técnica e assistente administrativa), além de outra reunião, quinzenalmente, somente com os cuidadores.

Importante ressaltar que esta casa é alugada pela Prefeitura de Niterói para o projeto do Serviço Residencial Terapêutico. A Prefeitura de Niterói também é responsável pelo pagamento das contas de água, luz e telefone, o salário das duas coordenadoras e de três cuidadores, e repassa uma verba para compra de

---

<sup>29</sup> Atividades terapêuticas realizadas no Albergue no período de transição dos pacientes para o Serviço Residencial Terapêutico.

alimentos, que, segundo a coordenadora, não é suficiente para o mês inteiro. Já a assistente administrativa possui contrato com a ONG Instituto Franco Basaglia. Aos moradores fica a despesa com as contas referentes à manutenção da casa, complementação da alimentação, compra de imóveis e eletrodomésticos, gás e utensílios do dia-a-dia, além do salário dos outros dois cuidadores.

#### **4.3.**

#### **A Casa do Fonseca: um caminho possível para a reabilitação psicossocial assistida?**

Segundo Moreira e Andrade (2007), o processo de desinstitucionalização requer, fundamentalmente, uma mudança da relação social com o fenômeno da loucura, visando o resgate da cidadania, para que as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes possam ser compreendidas como pessoas com direitos a tomar decisões, com oportunidades de fazerem-se cidadãos e de terem a sua vontade e fala validadas.

Cabe informar que, durante nosso trabalho de campo, residiam no Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca oito moradores: quatro mulheres e quatro homens, cujas idades variavam entre 51 e 66 anos, com a maior concentração da faixa etária nos 50 anos. Dentre esses moradores, dois trabalhavam no Projeto de Bolsa Auxílio de Trabalho no CAPS Herbert de Souza; seis recebiam benefícios sociais (Benefício de Prestação Continuada/LOAS e/ou De Volta para Casa); três eram aposentados por motivo de doença; um possuía pensão, no entanto, existia um processo judicial, pois sua irmã (que tem sua curatela) recebia o dinheiro e não o repassava; e dois moradores não possuíam qualquer tipo de auxílio social ou previdenciário, pelo fato de não possuírem documentação e aguardarem a Certidão Tardia. Todos estiveram internados em instituições psiquiátricas por longos períodos, que variavam entre 6 anos e 26 anos ininterruptos. São frágeis os vínculos familiares, onde somente três moradores recebiam visitas de seus parentes. Os mesmos não foram entrevistados, contudo como alguns tiveram seus nomes mencionados durante as entrevistas, para preservar suas identidades seus nomes foram modificados para Margarida, Camélia, Rosa, Dália, Pardal, Azulão, Colibri e Canário.

Como já abordado em capítulo anterior, para cada Serviço Residencial Terapêutico, a Portaria 106/2000 coloca a exigência de um cuidador por turno. Na Residência Terapêutica do Fonseca trabalhavam cinco cuidadoras com a tarefa de dar apoio aos moradores, sabendo que sua “ferramenta” de trabalho é sua própria pessoa como cuidador. As entrevistas revelaram que o trabalho que as cuidadoras realizam, de um modo geral, consiste em auxiliar, regular e mediar os moradores nas questões cotidianas na casa, acolher suas demandas e ajudá-los a se cuidar. Conforme podemos notar nas falas a seguir:

O trabalho dos cuidadores é de auxiliá-los nas questões cotidianas de viver numa casa, viver com outras pessoas e viver no social. Para cada morador, o cuidador vai ter uma importância específica, dependendo de qual ajuda é essencial para cada um. É uma presença não intrusiva e disponível a abordagem do morador, acolher a demanda. É quem ajuda a regular e mediar o cotidiano na casa. (CO3)

Quando a gente começou, eram 3 cuidadores para a noite e a gente tinha a ideia de que precisava ter alguém para ficar com eles pela manhã, o que a gente chamou de ajudante de serviços gerais, que era para cuidar da casa. (...) Essas pessoas ficaram na casa e o interessante é que na saída desses pacientes do hospital com as coisas de não se cuidar, não ter vaidade, com essas pessoas foi interessante. Mas depois de um certo tempo se percebeu que elas tinham parado aí e foi preciso retirá-las. Hoje a gente já deixa a casa com alguns pacientes sozinhos. Quando se tem reunião todos os cuidadores estão no HPJ e eles ficam sozinhos por esse tempo e tomam conta. O projeto andou nesse sentido, mas é claro que se trata de pacientes muito graves, então nem todo tempo dá para deixar solto não. (CO1)

Notamos que as falas acima estão de acordo com o proposto para a atuação dos cuidadores em um Serviço Residencial Terapêutico. Consideramos importante sinalizar que, por eles estarem mais próximos do dia a dia na casa e é preciso acompanhá-los junto aos moradores para tomar o cuidado de o trabalho deles não cair na rotina. Segundo Leal et. al. (2008), o papel do cuidador é de inserir os moradores nas tarefas desempenhadas de cuidados com a casa, mediando essas tarefas e não fazendo por eles, tendo em vista que “uma rotina na casa é necessário. Rotina de um cotidiano, da dinâmica, do movimento entre eles. Qualquer casa tem a sua. Só que a rotina tem que ser dos moradores e não dos cuidadores” (p.82). Sarmiento (2006, p.23), sobre a rotina num Serviço Residencial Terapêutico, nos diz que

Numa casa há rotina mas, ao mesmo tempo, uma rotina “relativa”, onde se inclui o que o morador quer de sua própria vida. Nesse sentido, a rotina se estabelece a partir dos indivíduos que vivem na casa e não a partir de um funcionamento institucional de grande porte. Isso não quer dizer que numa residência não existam regras, mas que estas regras incluem os moradores e estão vinculadas ao funcionamento de uma casa, de um lar, lugar de intimidade, de imprevistos.

Consideramos importante apontar que, os cuidadores que chegaram à época de inauguração da residência passaram por um curso de capacitação oferecido pelo Centro de Estudos do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. No entanto, com o passar do tempo esses cuidadores foram saindo do serviço e foi necessário entrevistar e contratar outras pessoas, sem capacitação específica. Atualmente há uma nova listagem de cuidadores capacitados por um novo curso oferecido pelo dito Centro de Estudos.

Vale destacar que no Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca a coordenação relatou ter como propósito não deixar que práticas manicomialis e excludentes sejam realizadas dentro da casa e junto aos moradores. Nas entrevistas as coordenadoras demonstraram compromisso e responsabilidade com o projeto da residência, expondo como suas ações de dar direções na organização da casa, de estar com os moradores em momentos pela comunidade e de intervir junto aos moradores em discussões e resoluções de conflitos e questões.

O coordenador também tem um lugar de presença para os moradores e também está em alguns espaços do social com eles. É preciso ir na casa, ficar com eles um tempo. Mas principalmente é um lugar também que eles dirigem questões importantes, da sua vida, da casa, dos cuidadores. Parece que eles reconhecem que é o lugar que dá direções para casa, o lugar maior de organização do serviço. É alguém que intervém junto a eles em certas situações incontornáveis. Eles cobram de nós as resoluções dos problemas e dos conflitos da casa e a nossa presença. (CO3)

A gente divide todo o trabalho, até entre os cuidadores, até de saídas, mas tem umas pessoas que eu fico muito diretamente ligada. Eu visito uma vez por semana, eu vejo como eles estão, alguns eu faço, mas muito raramente agora, um trabalho de saída. (...) Algumas vezes eu vejo que eu preciso entrar no cuidado, intervindo mesmo. Geralmente eu vejo mais o todo, a assistente técnica que faz um trabalho mais de perto, fica mais tempo e as vezes vai duas vezes na semana. Eu vejo como é que está para poder discutir e não ficar longe do projeto. (CO1)

Leal et. al. (2008), aponta que o trabalho da coordenação de um Serviço Residencial Terapêutico é de introduzir os moradores no social, no que é uma casa, no que são as ruas, os bairros, a cidade, onde todas as atividades que nos parecem tão corriqueiras precisam ser construídas com eles, como por exemplo, ir à padaria, no mercado, comprar roupas, etc.

Quando foram indagados sobre a participação dos moradores nas tarefas da casa, os entrevistados pontuaram algumas tarefas como ajudar na limpeza, lavar louça, no entanto, referiram ser uma direção de trabalho atual junto aos cuidadores de auxiliar os moradores nessas tarefas, tendo em vista que anteriormente os

cuidadores eram colocados pelos moradores na posição de serem seus empregados. No relato das entrevistadas:

No início era muito pouco, pois os cuidadores do dia estavam na casa como auxiliares de serviços gerais, o que os deixavam no lugar de empregados domésticos causando várias confusões. Alguns moradores o colocavam neste exato lugar: de seus empregados e achavam que os cuidadores tinham que obedecê-los. E se faziam atividades da casa, era como se fosse um favor, ou só por prazer. Há cerca de três anos, estamos colocando uma outra direção, em que não há mais auxiliares de serviços gerais e sim cuidadores. E que é preciso que os moradores se apropriem das atividades da casa em que vivem, e que os cuidadores estejam lá para auxiliá-los em suas dificuldades e não o contrário. Ultimamente vemos uma maior apropriação dos moradores das atividades, dividindo tarefas. Alguns têm iniciativa própria para realizá-las. Outros precisam da presença do cuidador ao seu lado ou às vezes a ajuda neste. O cuidador acaba entrando onde os moradores têm mais dificuldades de exercer a tarefa. (CO1)

Eles ajudam na limpeza da casa, a cuidar dos seus quartos, a lavar louça e enxugar louça, quando estão sozinhos que esquentam a comida, a roupa a gente tem máquina de lavar, eles recolhem as roupas todas, recebem pessoas que chegam na casa, alguns atendem telefone, então eles participam da casa como um todo. (CO3)

Em nossa observação participante, tivemos a oportunidade de presenciar alguns momentos em que os moradores se colocavam nas atividades da casa, dentre eles, quando vimos Camélia colocando suas roupas na máquina para lavar e, também, quando Azulão arrumou a mesa para o almoço ser servido. Assim, acreditamos que a direção de trabalho adotada pela atual coordenação do projeto vem propondo a possibilidade de os moradores construírem, cada vez mais, suas próprias experiências na casa e experimentarem diferentes papéis daqueles anteriormente estabelecidos no hospital psiquiátrico. De acordo com Weyler (2006), à medida que os moradores constroem progressivamente a apropriação do espaço onde vivem e de suas próprias vidas, é possível haver maior mobilidade entre os papéis exigidos cotidianamente para a manutenção da casa.

A saída do hospital psiquiátrico para a retomada do convívio no espaço urbano se configura como um processo em permanente construção (Scarcelli, 2006). As cidades, em que os moradores têm retornado, dificilmente são suas cidades de origem, sendo preciso que eles se confrontem com um conjunto de transformações no espaço urbano e nas diferentes modalidades de relação social (Weyler, 2006). Sobre o contato dos moradores com a comunidade, os entrevistados relataram:

Acho que no princípio foi difícil. A vizinha do lado subiu o muro dela, ficava tomada, jogava água em cima de mim, dos cuidadores. Ela dizia que iria à Prefeitura pedir para tirar, que não era possível. Um dia eu falei “se você precisa de

alguma coisa você liga para o hospital, nesse telefone, na emergência”. Hoje ela costura para eles. Eu acho o Fonseca bem mais fácil de chegar na comunidade, de não estranharem. (CO1)

No geral é positivo. Sempre que há alguma questão na vizinhança, a equipe se dirige ao território, na tentativa de esclarecer a situação e apaziguá-la. Geralmente se há problemas é em decorrência de uma agudização no quadro psicótico de algum morador que causa problemas para além da casa. Por vezes pequenas reclamações. (CO3)

Como podemos analisar, a atitude da comunidade em relação aos novos moradores iniciou com a aparência de que seria hostil, talvez em razão do estigma agregado à loucura e do fato de os pacientes não serem conhecidos. No entanto, essa atitude não se confirmou como questão no decorrer dos dias na Residência Terapêutica e, até o momento, não há relato de nenhum incidente envolvendo os moradores da Residência Terapêutica e vizinhos ou a população em geral. Neste relato podemos perceber a aproximação da comunidade:

Com a padaria é legal. (...) Com a padaria foi tão interessante que com a saída de dois de casa, depois de um mês e pouco, telefona pedindo referência para ele comprar um carro, foi a padaria que avisa a gente. A padaria se assusta e avisa a gente. (...)

Eles adotaram um cachorro de rua, que ficava na porta. O cachorro em um certo momento foi atropelado. E ai foi aquela comoção. Vários moradores dali da redondeza se juntaram, internaram o cachorro. O cachorro voltou e no dia o Canário queria que eu comprasse uma corda maior porque vinha uma vizinha que ia ficar com o cachorro. E ela veio, pegou e levou o cachorro para a casa dela. (CO1)

A desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira exige a transformação das relações do cuidado em Saúde Mental, propondo novas alternativas de atenção, com foco nas pessoas com transtornos mentais em seu território. Assim, operar em um território e permanecer atento aos seus limites e possibilidades implica dar visibilidade a recursos que estão para além do espaço estrito do Serviço Residencial Terapêutico. Para isso, os moradores vêm utilizando diversos serviços oferecidos pela cidade, além dos serviços da Rede de Saúde Mental. Pelas falas dos entrevistados, vê-se que eles se preocupam com o bem estar dos moradores, em busca de uma ampliação de suas perspectivas de vida e de inserção social, estando os moradores em contato com a comunidade ao redor da casa, como também por outros bairros da cidade.

No setor da saúde, os que têm benefício, acabam por utilizar serviços particulares, mas que tem um preço popular como SESI. Optamos por isso devido a demoras e mau funcionamento dos serviços públicos, o que às vezes ocasionam a piora do

quadro clínico. Eles vão no mercado, padaria, cabeleireiro, barbeiro, manicure, etc... (CO3)

Padaria, farmácia, quitanda que tem perto, açougue, eles vão em tudo ali. Culturalmente é que não tem. Tem uma clínica que eles vão fazer massagem. Compras a gente vem mais para o Centro da cidade ou então Icaraí. Pra roupa, banco, eu ia muito com eles ali em Icaraí. (CO1)

Segundo Albuquerque (2006), os Serviços Residenciais Terapêuticos assumem função mediadora na construção de outro lugar social para a loucura, uma vez que constituem uma nova dialética de cuidado, viabilizando outros acessos e possibilitando diferentes reconhecimentos no resgate da contratualidade do sujeito de direitos.

#### **4.4.**

#### **A Casa e o CAPS: a articulação entre as equipes de cuidado**

Segundo Delgado (1995), o maior desafio da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira está na devolução para a comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. Assim, o Serviço Residencial Terapêutico deve caracterizar-se "prioritariamente" como local de moradia e não de tratamento, este fica sob a responsabilidade dos outros serviços substitutivos da rede.

Para Randemark (2009) a Reabilitação Psicossocial e a inclusão social das pessoas com transtorno mentais requer que, tanto a Residência Terapêutica, quanto os outros lugares por elas ocupadas, se constitui autênticos espaços de trocas materiais e simbólicas. Para que isso ocorra, consideramos ser fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com essas pessoas que saíram de hospitais psiquiátricos, com histórico de longa internação, tendo respeito por cada caso e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Entender a Reabilitação Psicossocial Assistida é de suma importância, já que ela está intrinsecamente vinculada com a desinstitucionalização, com vistas a avançar na concretização de ações de inclusão social voltadas para os egressos de o sistema asilar psiquiátrico.

Buscando conhecer como ocorre o processo de Reabilitação Psicossocial Assistida a partir da articulação do Serviço Residencial Terapêutico do Fonseca com o CAPS Herbert de Souza separamos nossa análise deste eixo temático nos seguintes pontos: \* Reabilitação Psicossocial Assistida: no entender dos profissionais; \* A articulação entre as duas equipes de cuidado; \* A Reabilitação Psicossocial no CAPS com os moradores do Serviço Residencial Terapêutico: desafios e estratégias; e \* Reabilitação Psicossocial Assistida e as mudanças na vida dos moradores.

#### 4.4.1.

#### **Reabilitação Psicossocial Assistida: no entender dos profissionais**

As respostas dos entrevistados revelaram uma concepção de Reabilitação Psicossocial Assistida associada a reinserção social, como acompanhamentos pela cidade em atividades de lazer, esporte, ir a médico, possuir benefícios e construir laços afetivos.

É justamente o que acontece com Azulão e outros moradores da Residência Terapêutica. A possibilidade de após anos de institucionalização ele poder realizar atividades na cidade, igreja, padaria..., possuir benefícios, documentos, e acessos a saúde, cultura, lazer, até então retirados dele com a internação e, ter uma equipe de moradia, a equipe da RT e cuidadores, e tratamento no CAPS que possam ajudá-lo na concretização disto, mas não fazendo por ele, como no hospital, e sim com ele. (TR1)

Possibilitar a reinserção desses pacientes tanto em seu circuito social quanto a apropriação de sua própria vida psíquica, funcionando muitas vezes como espelho desse social, em contraposição ao processo de massificação e de subjetivação a que foram expostos em sua longa carreira psiquiátrica. Significa assistir o paciente na construção de novos modos de estar no mundo, recobrando sua autonomia e participação na sociedade. (TR2)

Entendo reabilitação psicossocial assistida como sendo composta por estratégias de cuidado do louco e sua dificuldade na vida. A reabilitação passa por um processo de acompanhamento próximo ao sujeito com objetivo de ajudá-lo a circular pela cidade sem, contudo, anular sua loucura e sua produção, sendo a reabilitação necessária tanto do sujeito quanto do social. (TR3)

Acredito na possibilidade de reconstrução da cidadania, esta que é retirada do sujeito a partir do momento que o tomamos como incapaz, incapaz de pertencer a cultura. O CAPS trabalha com um sujeito singular, com sofrimento mental e que pertence a comunidade, a mesma que o exclui. Entendo o CAPS como um dispositivo ativo e com plasticidade, cada serviço se constrói de acordo com a

clientela que recebe e projeta para cada paciente a possibilidade de construir laços sociais, afetivos e culturais, oferecendo meios para que ele e sua família sejam acolhidos em suas dificuldades e limitações de forma singular, respeitando a clínica de cada paciente. (TR5)

Entendo que seja um conjunto de programas e serviços que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com transtorno mental grave e persistente. Dispondo sobre o bem-estar físico, social e proteção aos pacientes em casos de agravamento de seu quadro clínico e ou abandono social, tornando-se um meio eficaz de suporte social. E ainda, acredito que seja uma assistência próxima, com acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar para essas pessoas com sofrimento mental, com história de longa internação psiquiátrica. (TR6)

Auxiliar no processo para que os pacientes encontrem possibilidades de circulação pelos espaços públicos e de contato com as pessoas nas relações sociais. (TR7)

Eu acho que é tudo isso que a gente faz. Acho que reabilitar é o possível, é para cada um diferente. Pensar reabilitação psicossocial para cada um, no que é possível. Se só é possível isso, então isso que é possível pra ele. Na reabilitação eu também tenho que pensar várias coisas no que eu tenho que reabilitar pra inventar novas formas de estar com eles. Então seria uma reabilitação geral. Então reabilitar é todo o processo que a gente está formulando para esse trabalho novo. (CO1)

Como disse anteriormente, o CAPS é referência para pacientes em sua maioria, muito institucionalizados, que passaram muito tempo de suas vidas excluídos do convívio social e muitas vezes também familiar. Entendemos que nosso trabalho é possibilitar para esses sujeitos, e respeitando o tempo e as singularidades de cada um, um “jeito de estar no mundo”, de circular, de fazer algum tipo de laço social. Assim, o trabalho do CAPS na formulação dos projetos terapêuticos, para todos os pacientes, incluindo os moradores da RT, é o de favorecer possibilidades para a circulação desses sujeitos no social, de acordo com os recursos de cada um. (CO2)

Vamos lá... antes era só reabilitação psicossocial, onde as pessoas voltariam a frequentar o social mas com tratamento psico. Agora tem o assistida? Será que é porque algumas pessoas achavam que esses psicóticos graves, com todos esses anos de internação, poderiam retornar para o social sem estarem assistidos e então precisamos colocar o assistido para reforçar? Não sei se é viagem minha, mas esse assistida é novo para mim. Vou fazer o seguinte: esse assistida para mim é quase um pleonasma, pois não há como entender que essas pessoas estejam no social sem estarem assistidos. Então vou entender que é esse nome porque o pessoal que vai para RT precisa de um reforço na assistência, precisa ser duplamente assistido, com dois serviços, ou mais, junto a eles; a RT e o lugar de tratamento. (CO3)

Segundo Randemark (2009), a Reabilitação Psicossocial demanda a reconstrução da realidade cotidiana institucional, com adoção de estratégias capazes de reaver a singularidade, a subjetividade e o respeito aos usuários dos serviços de saúde mental de modo a lhes proporcionar melhor qualidade de vida. O trabalho de reabilitação das pessoas com transtornos mentais tem muito a ver com a humanização e os direitos, com a desinstitucionalização, com a

subjetivação dos indivíduos, com espaços concretos nos quais as pessoas podem falar, dormir, caminhar e comer (Belini e Hirdes, 2006).

Para Saraceno (1999), o processo de reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução, um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas, um exercício pleno de cidadania e também de plena contratualidade em três grades aspectos: moradia, rede social e trabalho.

Ficou evidente na fala dos entrevistados acima que o entendimento a respeito da Reabilitação Psicossocial Assistida está voltado para o aspecto da rede social, como lugar em que se dão as trocas sociais, visando proporcionar contratualidade e solidariedade. Um dos entrevistados revelou compreender a Reabilitação Psicossocial Assistida relacionada a moradia com “questões do morar”, a rede social buscando “acompanhar alguns aspectos de sua vida social” e aspectos do trabalho, com “possibilidades de inserção no mercado de trabalho”.

Entendo que para trabalhar nessa proposta de reabilitação psicossocial assistida, o técnico precisa de certa disponibilidade e disposição para acompanhar o paciente não apenas nas atividades propostas no CAPS do projeto terapêutico, mas também acompanhar alguns aspectos de sua dinâmica de vida social. Trabalhar com as possibilidades dele se inserir em alguma atividade de lazer, esportiva, estar atento ao seu acompanhamento médico clínico, como ele lida com as questões de sua saúde. Reabilitação psicossocial vai desde pequenas intervenções para uma melhor organização da dinâmica de vida do paciente, com as questões do “morar”, regras da Residência Terapêutica, até ações mais complexas como agenciar a possibilidade de inserção no mercado de trabalho. (TR4)

Estas concepções de Reabilitação Psicossocial Assistida revelaram que a diversidade dos fatores a ser trabalhado corresponde à variedade de aspectos existentes na vida do morador do Serviço Residencial Terapêutico. Considerando a autonomia como um dos fatores, pode-se dizer que os profissionais não estabelecem um novo padrão de organização com os moradores, mas buscam agir como um facilitador na reorganização da vida e das relações sociais deles.

#### **4.4.2.**

#### **A articulação entre a equipe do Serviço Residencial Terapêutico e a equipe do CAPS**

O acompanhamento clínico psiquiátrico e de reabilitação psicossocial dos moradores é realizado pelo CAPS Herbert de Souza. Importante pontuar que uma

moradora, Camélia, realiza acompanhamento médico e psicológico em um Ambulatório de Saúde Mental da Rede de Niterói, no entanto ela também frequenta o CAPS Herbert de Souza, pois faz parte do Projeto de Bolsa Auxílio de Trabalho. A respeito da inserção dos moradores no CAPS uma entrevistada relata problemas em relação ao espaço disponível no CAPS para a convivência de seus usuários, refletindo nas atividades coletivas. Contudo, essa mesma entrevistada elogia o acompanhamento dos profissionais do CAPS em relação a atenção, tratamento prestada aos usuários.

Eu acho que já foi mais legal. Hoje eu acho que o CAPS está com um problema muito sério de espaço. Para uns é muito bom. Para Margarida, ela quis fazer o aniversário dela dentro do CAPS, você vê como foi interessante para ela, hoje ela tem uma bolsa de geração de renda. Agora, Pardal não quer ir, quando vai é muito pontualmente e ele mesmo fala “é muito apertado aqui”. Eu acho que talvez acumule muita gente em um espaço e fique difícil. Dália gosta de ir no CAPS, a outra diz que vai no “capo”, Rosa. Eu acho que hoje o que está difícil é o trabalho lá, de fazer oficina num espaço pequeno. Agora, no que acompanha eu acho muito bom, acho que é um trabalho muito legal. A gente faz as discussões com os técnicos de lá. A gente agora combinou com a médica que atende a maioria deles que um vez por mês a gente vai lá conversar sobre o projeto terapêutico de cada um. Se o técnico de referência tiver lá melhor ainda. (CO1)

Os dispositivos de cuidado em Saúde Mental devem se restabelecer e se conduzir pela flexibilidade de ofertas visando à promoção do cuidado e reabilitação psicossocial, tendo o trabalho em rede como essencial. Como foi dito no capítulo anterior, a ideia fundamental é que somente uma organização em rede é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas (Brasil, 2005).

De acordo com Valentini (2001), retirar pessoas com transtornos mentais severos e persistentes do hospital psiquiátrico e oferecer a elas oportunidade de reaprender a viver nos bairros, em casas, em companhia de outras pessoas e acompanhadas por profissionais que se encarreguem de promover vida melhor nada mais é do que participar do processo de crescimento coletivo.

O atual processo de Reforma Psiquiátrica brasileira preconiza que os profissionais estejam preparados para um tratamento e relacionamento diferenciado com as pessoas com transtornos mentais, um cuidado baseado em ações territoriais, buscando a inclusão social.

As entrevistas possibilitaram identificar que os profissionais buscam um relacionamento diferenciado com moradores do Serviço Residencial Terapêutico, chegando a participar de festas, comemorações, ou simplesmente realizando

visitas para conhecer a casa. A ida ao Serviço Residencial Terapêutico também é colocada com o intuito de conversar com a equipe sobre determinado morador ou buscar algum morador para compromissos pela cidade.

O diálogo entre as equipes do CAPS e da Residência Terapêutica é de maior importância para enfrentar o desafio de cuidar de pessoas que deixaram de viver na instituição psiquiátrica, com todas as dificuldades induzidas tanto por sua condição existencial intrínseca, como pelos efeitos da longa institucionalização e segregação, contudo, sem reproduzir a mesma lógica do cuidado institucionalizado. Pitta (1994) nos alerta que discutir o 'tomar a si o cuidado do paciente psicótico' não é simples e não tem sido fácil.

No que se refere as reuniões entre as equipes do CAPS e da Residência Terapêutica necessárias para um melhor desenvolvimento da Reabilitação Psicossocial Assistida, os entrevistados relataram que ocorrem reuniões, no entanto a frequência com que elas ocorrem revelou-se confusa em seus relatos:

Existem sim reuniões periódicas entre a equipe técnica responsável pela RT e os cuidadores sim, de verdade ainda não sei qual a frequência dessas reuniões, mas dessas reuniões eu não participo não. Quando cheguei ao CAPS fui informada que havia uma reunião que acontecia entre as referências do CAPS e a equipe técnica da RT, mas que não estavam acontecendo, entretanto a equipe técnica está programando retomar essas reuniões, por esse fator que ainda não visitei a RT também, estou esperando acertar a frequência desses encontros, pois por enquanto está no plano do contato individual. (TR1)

Atualmente ocorrem reuniões mensais com a equipe da residência, e participo sempre em que haja um paciente meu inscrito como pauta. Fora isso, já participei de várias discussões com a equipe da Residência Terapêutica tanto em supervisões no CAPS, como na própria casa. (TR2)

Ocorriam em 2008 e 2009, eram reuniões mensais com a coordenadora da RT. Eu participava juntamente com a coordenadora do CAPS. (TR5)

O que acontece, de acordo a necessidade de cada caso, são reuniões dos técnicos de referência de cada morador com a coordenação da RT para discutir, principalmente, situações de urgência. Eu como profissional do CAPS de referência para RT, mantenho contato diário com as cuidadoras, tanto nas visitas quanto por telefone. (TR7)

Acontece, a gente faz. Esse ano a gente começou, parou, teve a questão das chuvas, da conferência, mas a gente tenta sempre manter contato sobre eles. Aliás, com o CAPS Herbert de Souza a gente já teve vários momentos. (...) A questão da clínica de cada um era muito bem discutida. Daí a coordenadora saiu para ter neném e a gente parou. E ficou discutindo muito pontualmente em alguns casos e agora a ideia é discutir com essa médica que entrou, que é uma médica nova, junto com a supervisora (...) e a gente vai poder rediscutir cada caso outra vez. Então agora, depois do Pardal. ter sido internado eu fui lá, eu quis botar presença assim que a gente não tinha fechado. “Eu sei que não foi marcado, mas eu vim da conta do

Pardal”, aproveitei e toquei no caso da Dália e refiz ali, numa conversa. Então eu acho que é necessário esse trabalho. (CO1)

Temos um técnico que é a referência para a RT, um acompanhante domiciliar, que faz contato quase diário com a casa pelo telefone e vai à RT pelo menos uma vez por semana ver os pacientes e trazê-los ao CAPS, segundo a indicação. Além disso, temos reuniões esporádicas com a equipe quando isso se faz necessário no acompanhamento de algum paciente, além dos contatos feitos diretamente pelo médico responsável e pelos técnicos de referência. (CO2)

Percebe-se no conteúdo dos fragmentos acima que as reuniões são necessárias, proveitosas, porém vem ocorrendo de forma esporádica e de acordo com a necessidade de cada situação. Por conta disso, analisamos que a articulação entre as equipes deveria ser revista para que a atenção proveniente da rede de cuidado se coloque de uma forma mais efetiva aos moradores.

#### **4.4.3.**

#### **A Reabilitação Psicossocial no CAPS com os moradores do Serviço Residencial Terapêutico: desafios e estratégias**

A experiência dos dispositivos de atenção na comunidade é peça fundamental para a continuidade do cuidado, e dela depende o avanço do processo de desinstitucionalização. A desconstrução da lógica de exclusão inerente à assistência asilar requer esforços orientados para organização de suporte, para o desenvolvimento da capacidade de gerir a própria vida, inteiramente inseridos na comunidade (Elia, 2008).

Segundo Tenório (2001b), é preciso que o paciente perceba o espaço da instituição como um lugar que lhe interessa frequentar, um lugar que tenha para ele algum sentido, de acolhimento, sociabilidade ou continência, enfim, que a instituição represente para ele alguma coisa à qual valha a pena se ligar.

As entrevistas revelaram que no entender dos entrevistados os moradores vão ao CAPS buscando “se distrair”, como um “lugar de acolhimento” e de ampliação das relações sociais.

O CAPS para eles se faz presente como um laço, seja através de uma oficina, de um espaço de convivência ou criação, até um vínculo com uma referência ou um acompanhante domiciliar.(...) O CAPS se torna um lugar de acolhimento para eles, não apenas físico, mas também um lugar subjetivo. (TR2)

Vir ao CAPS é aumentar o espaço de circulação da moradora, que apresenta muitas dificuldades. (TR3)

O morador diz que vir ao CAPS é bom “pra se distrair, trabalhar com a mente, conversar com o pessoal...” (TR4)

Na minha opinião significa possibilidade de escuta e escolhas. Para a paciente, com as palavras dela: “posso vir né?! É melhor ficar aqui para distrair a cabeça”. (TR5)

Sabemos que o funcionamento psíquico da pessoa com transtornos mentais severos e persistentes coloca-o em situação de dificuldade intrínseca para posicionar-se em um fluxo de relações sociais. A análise das falas acima evidencia que, de forma diferenciada para cada morador, o ir ao CAPS, de alguma maneira, faz sentido em sua vida.

Segundo Tenório (2002), a clínica no CAPS não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja tratar. Como exposto no capítulo anterior, o CAPS II é um serviço de atendimento que funciona durante o dia e à noite o paciente volta para casa. O atendimento possibilita que o paciente compareça todos os dias ao CAPS, articulando, por exemplo, a oferta de atividades terapêutica diversificadas.

No CAPS, o projeto terapêutico busca oferecer ao paciente a maior heterogeneidade possível, tanto no que diz respeito às pessoas com quem ele possa se vincular, quanto no que diz respeito às atividades em que ele possa se engajar (Tenório, 2002). Compreendemos que o projeto terapêutico personaliza o atendimento de cada pessoa no CAPS, e fora dele, propondo atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, e viabilizando um projeto de vida compatível com as potencialidades de cada indivíduo. No CAPS Herbert de Souza os projetos terapêuticos de seus pacientes são individualizados, indo de acordo com Elia (2008), quando coloca que esse projeto visa a singularidade do paciente, promovendo a inclusão, a solidariedade e o respeito à diferença, tendo a busca pela cidadania como a condição essencial para o trabalho.

A cerca da organização dos projetos terapêuticos dos moradores, podemos evidenciar nas falas abaixo que ele não elaborado uma única vez, mas sim reformulado, tendo as propostas terapêuticas ampliadas ou retrocedidas de acordo com o momento vivenciado pelo morador, podendo alterar seu período de frequência no CAPS, em busca de mais autonomia na vida do morador.

Quando eu assumi a referência do caso já havia um projeto terapêutico para o Azulão, portanto não participei da organização. Apesar de não ter participado disso estou avaliando o que já havia sido implantado e, aguardando a reunião da equipe da RT, que deve acontecer no fim desse mês, para juntos pensarmos se iremos prosseguir com o projeto terapêutico existente ou se reformulamos ele, mas já tenho. (TR1)

Quando entrei no CAPS, levei em consideração a experiência empreendida pelos técnicos de referência anteriores, assim como as discussões com a equipe da RT e as supervisões no CAPS, para elaborar seus projetos terapêuticos. Com base na minha relação com cada paciente, e levando-se em conta a particularidade de sua clínica, por muitas vezes ampliei ou retrocedi em seus projetos. Meus pacientes têm como marca principal o resultado de longos anos de institucionalização, e meu trabalho com eles gira muito em torno da conquista de pequenas autonomias perdidas ao longo da vida, que possam vir a caracterizá-los como sujeitos no mundo. (TR2)

Eu participei de toda a construção do projeto terapêutico, desde os dias de frequência ao CAPS, organização da rotina externa, pois a paciente participa de algumas atividades externas, organização do trabalho... a paciente participa do projeto bolsa auxílio, trabalha como ajudante de alimentação. O principal objetivo era que fosse trabalhado junto a RT, a paciente e questões da autonomia, individualidade e construção de cidadania. (TR5)

O projeto terapêutico é montado de acordo com o momento de cada paciente, o que sugere que o mesmo sofra modificações. Nesses momentos é preciso levar em consideração as observações e a escuta feitas em outros espaços, como por exemplo, a rua e a própria Residência. Recentemente uma moradora que tinha inicialmente o projeto terapêutico de vir todos os dias ao CAPS, passou a vir dois dias na semana, no turno da tarde para oficinas específicas que ela escolheu participar, o que resultou em melhora significativa no seu quadro psiquiátrico. Acreditamos que um dos fatores que colaboraram com a piora desta paciente foi a rotina diária de idas e vindas ao serviço e cansaço que a mesma demonstrava neste trajeto. (TR7)

Com base nessas falas podemos identificar que os entrevistados têm dimensão de que o projeto terapêutico é singular e deve ser elaborado com o morador a partir de suas demandas e/ou de sua situação clínica. Esta situação está em acordo com o proposto pelo processo de Reabilitação Psicossocial Assistida consistindo em oferecer todas as possibilidades possíveis de tratamento que estejam disponíveis, e assim “chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidado previamente estabelece” (Goldberg, 1996, p.45).

No CAPS, os moradores podem participar de atividades terapêuticas, como: atendimento individual, atendimento em grupo, eventos comunitários, assembleias sobre organização do serviço ou de algum evento, oficinas terapêuticas, entre outras atividades. Segundo Siqueira (2008b), é atribuída ao CAPS a missão de

acolher e preencher o cotidiano dos pacientes considerados graves, além de oferecer proteção, comida, benefícios, oferta de trabalho ou de atividades.

Quando indagados sobre o que os moradores faziam no CAPS, além dos atendimentos individuais com seus técnicos de referência, as respostas revelam que os moradores participam das atividades disponibilizadas pelo CAPS, no entanto, pode-se perceber que o estar na convivência “sentada no sofá” ou “sentado no pátio”, como exposto nas falas abaixo, é uma das formas dos moradores se incluírem naquele espaço, com todas as pessoas que por ele circulam.

Azulão frequenta o CAPS regularmente duas vezes por semana. As segundas e sextas-feiras. Eu me perguntava quando assumi o caso o que ele fazia no CAPS, pois ele fica no pátio sentado, não participa de nenhuma oficina terapêutica, já foram tentadas várias, mas ele se recusa. Sempre diz que não gosta de nenhuma atividade que propomos a ele. Não interage com os outros pacientes e outras pessoas da equipe, só com os pacientes que também são moradores da Residência Terapêutica. Ele almoça no CAPS, se dirige a mim e a sua médica de referência sempre para conversar sobre as mesmas coisas, pedir a receita do remédio ou se queixar de alguma dor, ele é idoso e bem queixoso. O uso dele no CAPS gira em torno das conversas com suas referências. (TR1)

No CAPS Dália fica sentada no sofá, na convivência. (TR3)

Participam das oficinas de música, teatro, beleza. Interagem com outros usuários auxiliando em sua socialização. Participam de passeios, festas oferecidas pelo serviço. São consultados por psiquiatra, psicólogos... também são auxiliados para realizar a retirada ou atualização de documentos. (TR6)

(...) o que pude observar nesse tempo de acompanhamento, é que os moradores se utilizam desse espaço que o CAPS oferece onde podem ir, circular e se utilizar do espaço da convivência, das atividades e o que mais lhe interessar, de maneira protegida. (TR7)

A saída de uma pessoa que passou por uma longa internação psiquiátrica requer um intenso trabalho de agenciamento no território. Segundo Leal e Delgado (2007), muitas pessoas com história de longa internação psiquiátrica apresentam um modo de relação com o mundo e com o outro aparentemente vazio e empobrecido e, enfrentar essa dimensão da institucionalização é um desafio complexo. Essas pessoas requerem nossa presença, sem respostas imediatas de nossas ações, sendo necessário um tempo de espera, muitas vezes longo, para que algo aconteça, sendo nossa função estabelecer condições para que essas pessoas possam passar a ser incluídas, a terem um pertencimento, a fazerem parte de algo, ou seja, a ter uma outra história (Cheibub e Moreira, 2008).

Andar pela cidade pode ser como uma tarefa difícil e alguns moradores podem apresentar insegurança de sair sozinho pelas ruas. Uma estratégia encontrada pelo CAPS para enfrentar esse desafio foi de incluir um acompanhante domiciliar (AD) no projeto terapêutico do morador, para que ele possa suportar melhor o contato com a cidade e, conseqüentemente, o convívio social. Nos relatos dos entrevistados identificamos que essa estratégia não é utilizada quando o morador possui boa autonomia, no entanto, aos moradores que apresentam insegurança ou encontram-se em situação de crise, com agudização dos sintomas psicóticos, o AD tem um papel importante, como pode ser observado nos fragmentos a seguir:

Indico um cuidador sim, pois o Azulão não consegue lidar com dinheiro, horários de medicação, refeições sem que seja lembrado. É muito queixoso e sempre demanda de alguém para dirigir suas queixas. Não circula sozinho por lugares que não frequentam, demanda ajuda quando precisa ir aonde não conhece. Mesmo com sua saída da longa internação ainda tem um funcionamento de vida muito “comandado” por algumas pessoas que marcaram sua saída do hospital e que tem muita presença em sua vida. Ele é idoso e demanda cuidados de saúde e medicamentos além dos psicotrópicos. (TR1)

Quando o paciente está atravessando uma crise e que precisa de investimento redobrado, ou quando percebo a possibilidade de ampliar seu projeto terapêutico. Dois de meus pacientes são homens, e a entrada de um acompanhante domiciliar masculino no caso permitiu uma gama de identificações que favoreceu muito o projeto terapêutico deles. (TR2)

O trabalho do AD começou pela dificuldade da moradora em ir ao CAPS, e depois em acompanhá-la no trajeto. (TR3)

Indico AD quando o paciente se recusa a sair da casa, sozinho ou não; ou quando apresentem dificuldades, principalmente clínicas de se deslocarem sozinhos. Ou em outras situações de crises. (TR6)

De maneira geral, podemos analisar que o trabalho do AD ao acompanhar os moradores nos momentos de crise, em ajudá-los a sair de casa e nas dificuldades nos trajetos pela rua, mostra que o cuidado em Saúde Mental realizado pelo CAPS não considera como tratamento apenas quando os moradores estão no espaço físico do serviço, mas também quando estão no território.

#### **4.4.4. Reabilitação Psicossocial Assistida e as mudanças na vida dos moradores**

De acordo com Tenório (2001b) ajudar o paciente em sua vida cotidiana por uma vida melhor consiste, “simplesmente”, em acompanhá-lo. Acompanhar implica no permanente empenho de oferecer as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes a possibilidade de enfrentar de outra maneira a existência, permitindo, assim, que o paciente se sinta “inserido em alguma coisa, nem que seja no próprio tratamento, que ele tenha um lugar para ir, encontrar pessoas, ou simplesmente estar” (Cavalcanti apud Tenório, 2001b, p.61).

No CAPS os moradores são acompanhados por técnicos de referência que, conforme apresentado no capítulo anterior, são responsáveis pela elaboração, acompanhamento e avaliação dos projetos terapêuticos individualizados. Para Furtado (2001) o que caracteriza o papel do técnico de referência é o fato do profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial.

No que se refere as mudanças que sua intervenção como técnicos de referência no CAPS traz para a vida dos moradores, somente uma entrevistada não soube relatar em que sua intervenção traz de diferente na vida do morador. Outra entrevista apontou a relação que pode construir com a moradora como um fator importante para que as questões delirantes dela, até então desconhecidas, fossem relatadas e, assim, intervir nos momentos de crise se tornou menos invasiva para a moradora. Constatamos que para alguns entrevistados suas intervenções possibilitam construir novas possibilidades de estar no mundo, de acolhimento visando ampliar seus circuitos pessoais e de circulação pelo social.

Minha intervenção ao que diz respeito a produção de algo novo, acredito estar relacionada com a oficina do Jornal, na qual ele participa e sou coordenadora. O estímulo e incentivo à leitura e à escrita, ampliou bastante e melhorou as possibilidades de expressão do paciente. (TR4)

Uma possibilidade de acolhimento que promove não apenas o tratamento, mas uma ampliação de seus circuitos pessoais e sociais. Trata-se de um constante caminhar em conjunto na construção de novas possibilidades de estar no mundo. Minha trajetória pessoal no CAPS foi muito atravessada pelas parcerias culturais e pela arte, e é dessa forma que costumo contribuir e fazer a diferença com relação à socialização de meus pacientes. (TR2)

(...) oferece ao morador além do acompanhamento ao serviço e na RT, uma circulação que possibilita a tentativa de resgate deste convívio. (TR7)

Segundo Tenório (2002), o cuidado em Saúde Mental amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. A construção progressiva da autonomia dos moradores nas atividades cotidianas e o regate do exercício de sua cidadania incluem a circulação na cidade em momentos como: saídas para compra de pertences pessoais, idas ao mercado, padaria, festas, eventos culturais, entre outros momentos que favoreçam a relação social dos moradores.

Sobre a questão da participação do CAPS junto aos moradores pela comunidade, algumas falas apontam a utilização de oficinas e eventos realizados no CAPS como estratégia de inclusão dos moradores na cidade. Segundo Weid (2008), as oficinas no CAPS são utilizadas como recurso e meio facilitador de seguir a orientação da não exclusão das pessoas com transtornos mentais.

Converso com os cuidadores e com o Azulão sobre os lugares que ele frequenta. Ele tem uma circulação pela padaria, horto, igreja e no Hospital, onde visita amigos antigos, além disso, usa serviços de saúde que não o CAPS. Já o acompanhei ao laboratório e ao hospital. Azulão se recusa participar de passeios do CAPS, mas frequenta alguns eventos, como por exemplo, a festa junina. (TR1)

Ultimamente tenho realizado saídas com eles, buscando re-ambientá-los no social. Através de uma oficina denominada Memórias, os estimei a registrar o social através de fotos e filmagens. Hoje eles participam de passeios coletivos, onde os incentivamos a elaborar sua própria organização desde a escolha do programa até sua efetivação. Nada é pronto, tudo é construído conjuntamente com eles. (TR2)

Eventos festivos como festa junina, sarau, bazar e atividades externas como passeios (teatro, shows, museus, parques). Esta paciente gosta muito dos eventos, participa de todos! (TR5)

Ainda sobre essa questão da participação na comunidade, alguns entrevistados relataram a necessidade da divisão entre o CAPS e a Residência Terapêutica nas atividades a serem realizadas na comunidade, como idas na padaria, saída para compras, retirada de documentos, idas ao médico, entre outras.

Antes de eu assumir o caso essas ações ficavam por conta da equipe da RT, mas desde que entrei me propus a acompanhar Azulão aos serviços de saúde. Até agora acompanhei ele ao laboratório e estou em contato com a equipe para ir a outros lugares, pois conversando com ele e propondo outros lugares que não os de saúde não foi possível, pois ele retira o CAPS e coloca alguém da RT, por exemplo, eu chamo ele para irmos comprar roupa e ele diz: .... (assistente técnica) da RT vai comigo, mas com as questões de saúde foi possível e ele aceitou. (TR1)

(...) Cada um deles elege com quem faz compras, vai ao banco, faz passeios, etc. O CAPS e a equipe da RT se dividem nessas tarefas, respeitando a escolha dos pacientes. Já fiz compras, lanchei fora, fiz passeios, tirei documentos, o que o paciente fornecer brechas de ser realizado. (TR2)

Depende do caso a caso, pois há casos que estamos presentes na padaria, no transporte público, nos deslocamentos até o Hospital, ou seja, principalmente nos casos onde a clínica do morador exija nossa presença. (TR6)

Sempre que necessário, nas atividades externas organizadas pelo CAPS e quando solicitado pelos pacientes ou técnicos de referência: passeios, retiradas de documentação, atendimentos médicos externos, etc. (TR7)

Verificamos nos relatos dos entrevistados que há divisão entre o CAPS e a Residência Terapêutica nas atividades na comunidade, no entanto, nas entrevistas com a coordenação da Residência, suas falas levantam a pouca participação do CAPS nas saídas pela cidade, nas compras e retirada de documentação, estando mais presente em passeios realizados pelo próprio CAPS.

Segundo Furtado (2001), o processo de reabilitação psicossocial, a medida que avança, configura novos cenários de intervenção, cada vez mais complexos, requerendo que o acompanhamento aos moradores seja de proximidade e sempre aberto a revisar o que foi proposto. Neste processo está a necessidade da articulação entre os técnicos de referência do CAPS, os moradores do Serviço Residencial Terapêutico e a comunidade mais ampla, com vistas a criar condições que possibilitem aos moradores participar, de alguma maneira, do processo de trocas sociais (Kinoshita, 1996).