

Estudo de um serviço residencial: reflexões sobre os processos de desinstitucionalização*

Study of a residential service: reflection about the processes of deinstitutionalization

**Caroline Aparecida de Rosa¹, Elisabete Ferreira Mângia²,
Márcia Aparecida F. de Oliveira³**

ROSA, C. A. de; MÂNGIA, E. F.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Estudo de um serviço residencial: reflexões sobre os processos de desinstitucionalização. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 3, p. 105-113, set./dez., 2005.

RESUMO: Os serviços residenciais surgem como iniciativa dos processos de desinstitucionalização e constituem um instrumento fundamental para as Políticas de Saúde Mental que assumem a meta de superação dos hospitais psiquiátricos e das internações de longa duração. Este trabalho é parte da dissertação, realizada no período de fevereiro de 2003 a julho de 2005, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. O objetivo geral deste estudo foi conhecer os serviços residenciais do município de Santo André e compreender as características e alcance do projeto de desinstitucionalização em curso. Para tanto, buscou-se identificar e analisar: as concepções sobre serviço residencial na visão dos atores que vivenciam e constroem o seu dia-a-dia; as características estruturais e organizacionais de um serviço residencial e o cotidiano de seus moradores. A pesquisa se configura como qualitativa e foi construída a partir de procedimentos diversificados: estudo de caso e observação participante, entrevistas e análise documental, além do estudo bibliográfico sobre os temas de problematização. Os dados foram analisados à luz da perspectiva teórica dos autores da desinstitucionalização italiana. Valendo-se dos temas emergentes foram elaborados três eixos para a análise, dentre eles o objeto de atenção deste artigo: as características estruturais e organizacionais do serviço residencial. A análise dos dados revelou: a) as possibilidades e avanços propiciados pela Organização Social responsável pela gestão do serviço residencial; b) a necessidade do serviço residencial ser organizado de maneira flexível, de modo a favorecer o aumento da autonomia e protagonismo dos moradores e c) a contribuição significativa da experiência na criação de um novo espaço de vida e cuidado para as pessoas com transtorno mental severo e persistente que viveram longos processos de institucionalização.

DESCRITORES: Saúde Mental. Desinstitucionalização. Serviços de saúde mental. Moradias assistidas. Reforma do setor de saúde. Reabilitação. Política de saúde.

* Parte da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da EEUSP.

¹ Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP. Mestre pela EEUSP.

² Prof^ª Dr^ª do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

³ Prof^ª Dr^ª da Escola de Enfermagem da USP.

Endereço para correspondência: Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. São Paulo, SP. CEP:05360-160.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo da reforma psiquiátrica apresenta como resultados significativos a redução de leitos e hospitais psiquiátricos e a criação de redes de serviços de saúde mental de base comunitária. A partir de 1992, o Ministério da Saúde passou a implementar diretrizes para orientar o funcionamento dos novos serviços e regular a assistência psiquiátrica hospitalar, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (MÂNGIA, 2000). Dados do Ministério da Saúde mostram que de 2003 a 2005 foram reduzidos 5.519 leitos em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo e a estimativa atual do número de leitos é de 13.695, para uma população de 39.999.751 habitantes. Embora apresentando avanços significativos nas últimas décadas o processo de estruturação da política de saúde mental ainda enfrenta enormes desafios para sua consolidação (DELGADO, 2005; FUNDAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2005).

Dados do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, no Estado de São Paulo, mostram que do total da população internada em hospitais psiquiátricos credenciados ao Sistema Único de Saúde, aproximadamente 8.800, são moradores (NASCIMENTO, NASCIMENTO, 2002).

A sensibilidade para essa questão vem crescendo nos últimos anos embora, no estado de São Paulo, podemos identificar iniciativas desde o final da década de 1980, como foi o caso do projeto de Lares Abrigados no Juqueri, dentre outras experiências pioneiras no âmbito dos hospitais públicos (MÂNGIA et al., 1990). Tal processo foi consolidado com a publicação da Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), que propôs a criação dos Serviços Residenciais em Saúde Mental como uma das modalidades assistenciais do Sistema Único de Saúde.

Atualmente, existem 256 serviços residenciais em 14 estados e 45 municípios do país, onde moram 1.400 pessoas (BRASIL, 2004). Dentre as experiências de transformação do modelo assistencial em curso no estado de São Paulo, destaca-se a do município de Santo André, cuja singularidade evidencia-se pelo fato de ser desenvolvida a partir o fechamento de um hospital psiquiátrico e de sua superação por meio da implementação de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental, no contexto da qual situamos a existência de três serviços residenciais.

Desinstitucionalização e Serviços Residenciais

Partindo do referencial da desinstitucionalização

italiana, e especialmente das contribuições de Franco Basaglia; Franco Rotelli; Benedetto Saraceno e Giuseppe Dell'Acqua, acreditamos que os serviços residenciais devem desenvolver projetos e processos que qualifiquem a vida dos moradores de forma a diferenciá-la totalmente da vida institucional progressa.

É necessário dar aos pacientes uma casa para habitarem, uma casa e seu cotidiano, porque este não é legítimo no hospital psiquiátrico, onde o dormir é regulado e o não dormir é uma iniciativa intolerável; amar é proibido ou tristemente tolerado; comer é nutrir-se; trabalhar é um direito que não existe ou um dever traído (SARACENO apud DE LUCA; FRATTURA, 1996).

A organização do serviço residencial não deve pautar-se pela simples mudança do locus da assistência, é necessário restituir às pessoas egressas do hospital psiquiátrico o direito à casa e ao habitar. Para Saraceno:

...um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e da sua capacidade contratual é representado pela medida na qual o seu "estar" em algum lugar se torna o "habitar" este lugar. Entre o estar e o habitar há uma grande diferença. O estar se dá com uma escassa ou nula apropriação (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, que não tem poder de decisão, nem material, nem simbólico. O habitar deve acontecer em graus sempre crescentes de apropriação (não apenas material) do espaço onde se vive, um grau elevado de contratualidade em relação a organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, no seu compartilhar com os outros (apud DE LUCA; FRATTURA, 1996).

Consideramos que a construção do habitar deva ser um compromisso dos projetos e processos de reabilitação psicossocial, que devem articular concomitantemente o estilo da organização dos serviços, as relações institucionais, interinstitucionais e pessoais possíveis de serem instauradas e as bases materiais que os sustentam, com a ampliação do protagonismo e do poder contratual **dos usuários** (DEL GIUDICE, 1997; SARACENO, 1999).

Atualmente, se pode observar que, o desenvolvimento das experiências de serviços residenciais enfretam dificuldades para alcançar essa perspectiva mais complexa e ampla, o que muitas vezes, acaba por empobrecer as múltiplas possibilidades dos processos de desinstitucionalização e reproduzir lógicas institucionais muito próximas ao modelo que se pretende superar.

Assim, é na perspectiva de contribuir com este debate e criar parâmetros para a reflexão sobre os serviços residenciais que situamos nosso estudo.

A desinstitucionalização como desconstrução/invenção expressa-se nas múltiplas dimensões da relação entre formas

de conhecimento, os processos sociais, as instituições, os técnicos e as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da exclusão social. Compreender essas dimensões, refletir sobre seu significado, torná-las referências para o diálogo com as ações cotidianas é fundamental para se delinear noções norteadoras, novos quadros de referência, para “imaginar bússolas” que possam consentir colocar em movimento a “instituição inventada” (ROTELLI, 1990 apud NICÁCIO, 2003, p. 96)

Procedimentos metodológicos

Neste artigo, optamos por apresentar os aspectos relacionados à organização dos serviços residenciais, a partir da descrição e análise de características da estrutura, da organização e do funcionamento diário do serviço estudado.

O trabalho de campo, realizado no período de outubro de 2004 a fevereiro de 2005 visou conhecer a experiência desenvolvida em um serviço residencial, dentre os três atualmente existentes, na rede de serviços de saúde mental. O serviço escolhido está vinculado ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) da região II, foi o primeiro a ser implementado e desempenhou papel importante no fechamento da Clínica de Repouso Borda do Campo, pois recebeu seus egressos. Nele residem oito pessoas.

Foram colhidas 21 entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 1994) com: 8 moradores, 4 técnicos, 5 cuidadores e 4 gestores do serviço residencial e realizadas 38 visitas ao serviço para observação simples (VASCONCELOS, 2002a), com duração média de 4 horas. As entrevistas foram gravadas e transcritas e as visitas foram realizadas em diferentes horários e dias da semana, o que favoreceu o acompanhamento da rotina dos moradores e de diversas situações envolvendo a participação de técnicos e gestores na dinâmica do serviço.

Para a interpretação qualitativa dos dados, seguimos os procedimentos propostos por Minayo (1998), a saber: ordenação dos dados; classificação dos dados para a construção de categorias empíricas e análise final. Do ponto de vista da abordagem teórica, os resultados foram discutidos de acordo com a perspectiva adotadas pelos autores da desinstitucionalização italiana, para a formulação das estratégias de superação do paradigma psiquiátrico, no contexto da proposição, construção, organização e funcionamento da rede de serviços substitutivos de saúde mental.

Implementação do primeiro serviço residencial no município de Santo André

O processo de transformação do modelo assistencial

em saúde mental, no município de Santo André teve início em 1998 quando, após assumir o contrato de gestão plena da saúde o município passou a responsabilizar-se pelo convênio, firmado a mais de 30 anos, entre o Ministério da Saúde e o hospital psiquiátrico privado: Clínica de Repouso Borda do Campo, que dispunha de 400 leitos e realizava, em média, de 560 a 600 internações ao mês (ROSA, 2005).

Naquele momento, após realização de vistoria conduzida pelo gestor municipal, foi constatada a inadequação do hospital às normas de funcionamento hospitalar vigentes para o credenciamento à rede SUS e estabelecido o prazo de um ano para que a instituição fosse adequada. Após o término desse prazo constatou-se que não foram realizadas mudanças e decidiu-se o processo de descredenciamento da instituição. Diante de tal decisão, os proprietários da instituição anunciaram seu fechamento, efetivado em dezembro de 1999.

Durante os três meses que precederam o fechamento da Clínica de Repouso Borda do Campo foram promovidas mudanças na rede de atenção à saúde mental, dentre elas a inauguração do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial e do serviço residencial estudado.

A implementação deste primeiro serviço residencial foi impulsionada pela necessidade de acolhimento de 8 homens que se encontravam internados na Clínica há mais de 10 anos e não possuíam suporte social e familiar. Técnicos e gestores que participaram do processo relatam que a implantação do serviço ocorreu em cerca de 15 dias e que foi necessário a adoção de estratégias econômicas, estruturais e organizativas que contaram com o respaldo do gestor municipal. Dentre elas destacam-se: a utilização do espaço físico do antigo ambulatório de saúde mental para sediar a residência, o pagamento de horas-extras para os auxiliares de enfermagem da rede de saúde que passaram a desenvolver as atividades de cuidadores; a contratação da Companhia Regional de Abastecimento Integrado de Santo André (CRAISA) para o fornecimento de alimentação e o estabelecimento de parceria com o hospital municipal para a lavagem das roupas dos moradores. As camas, armários e colchões foram doados pela Clínica para o serviço residencial e também houve a doação de recursos financeiros pela própria equipe técnica do projeto para compra de utensílios domésticos e roupas para os moradores.

A rede de serviços de saúde mental do município de Santo André tem como objetivo a implantação de um modelo assistencial totalmente substitutivo ao modelo manicomial, organizado a partir de quatro modalidades de serviços: Serviços comunitários de assistência: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) I, II, III com funcionamento 24 horas e 7 leitos para hospitalidade noturna e

Núcleo de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (AD); Ambulatórios de Saúde Mental nos Centros de Especialidades; equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Vila Guiomar e Parque Miami e Emergência Psiquiátrica do Complexo Hospitalar Municipal. Serviços comunitários de suporte habitacional: três serviços residenciais. Serviço comunitário de inserção no mercado de trabalho: Núcleo de Projetos Especiais e Serviços comunitários de inclusão cultural: Centros de convivência, arte e expressão (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ -<http://www.santoandre.sp.gov.br>, retirado em 26/05/2004).

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Compuseram a amostra deste estudo: 8 moradores do serviço residencial; 4 técnicos de referência do Núcleo de Atenção Psicossocial II; 5 cuidadores do serviço residencial e 4 gestores ou técnicos com funções de coordenação e gestão.

Os moradores

Todos os moradores do serviço residencial são do sexo masculino, têm idade média de 53 anos e como escolaridade média a 4ª série do ensino fundamental. Seis são solteiros, um é casado e um é divorciado. Três moradores não têm contato com nenhum familiar, dois têm contato com parentes de 1º grau e dois com parentes de 2º grau. Quatro moradores vieram da Clínica de Repouso Borda do Campo após seu fechamento, e moram neste serviço há cinco anos. Três moradores foram inseridos no serviço pelo Núcleo de Atenção Psicossocial II e um morador é proveniente do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, estes moradores estão no serviço em média há um ano e meio. A metade dos moradores apresenta diagnóstico de quadro demencial. Nenhum morador exerce atividade remunerada e apenas dois recebem algum tipo de benefício (ROSA, 2005).

Os cuidadores

Os cinco cuidadores do serviço residencial são, na sua maioria, usuários e familiares da rede municipal de serviços em saúde mental. Nenhum cuidador possui formação específica em saúde mental, têm formações e experiências profissionais diversas (eletricista, operador de máquinas, técnico de contabilidade, diarista) não vinculadas à área da saúde, exceto uma cuidador que é auxiliar de enfermagem. Três cuidadores não concluíram o

ensino fundamental, um concluiu o ensino médio e um tem nível técnico. A idade média é de 50 anos. Três estão realizando este trabalho há um ano, um há três anos e um há cinco anos. Para quatro cuidadores este foi o primeiro contato com a área de saúde mental e um cuidador já havia tido contato com a área. A jornada de trabalho dos cuidadores é de 12 horas por plantão realizado, totalizando 36 horas semanais (ROSA, 2005).

Técnicos e gestores

Os quatro técnicos do Núcleo de Atenção Psicossocial II entrevistados, são profissionais de nível superior – um terapeuta ocupacional, um assistente social, um psiquiatra e um psicólogo. Apresentam em média, 46 anos de idade, e desenvolvem atividades na área de saúde mental desde que se formaram, em média há 17 anos (ROSA, 2005).

Inicialmente o acompanhamento do projeto terapêutico dos moradores era realizado por cinco técnicos de referência, mas, no momento da coleta de dados, uma técnica havia pedido demissão. Assim, três dos técnicos acompanham um morador. Dos oito moradores, seis realizam acompanhamento no Núcleo de Atenção Psicossocial II, um recebeu alta e um recebe atendimento no Núcleo de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (ROSA, 2005).

Os quatro gestores entrevistados possuem formação de nível superior em média há 12 anos, o que coincide com o tempo de trabalho na área de saúde mental e apresentam idade média de 44 anos (ROSA, 2005).

Características estruturais do serviço residencial

O serviço residencial estudado situa-se em uma casa alugada pela prefeitura, localizada num bairro residencial de Santo André, próxima ao Núcleo de Atenção Psicossocial II, que é o serviço de saúde mental de referência da região. É uma casa ampla de dois andares, com jardim, garagem, sala, cozinha, três banheiros, quatro quartos, área de serviço e churrasqueira. Está mobiliada e equipada com geladeira, fogão, microondas, máquina de lavar, chuveiros elétricos e televisão.

No andar térreo encontram-se a garagem e o portão de entrada, mantido trancado, cuja chave permanece com os cuidadores. A seguir o jardim, a área de serviço com churrasqueira, a sala, a cozinha, um banheiro e um quarto, onde dormem três moradores, considerados pela equipe como mais dependentes para as atividades diárias. Ao lado da escadaria, localizam-se um armário, no qual são guardados os medicamentos e uma mesa com o livro ata e as prescrições médicas.

No andar superior existem três quartos: uma suíte, cujo banheiro permanece trancado para uso exclusivo dos cuidadores. Os quartos são mobiliados com camas e armários. Ainda no andar superior existe um banheiro e uma varanda, que permanece trancada.

GESTÃO

Organização Social – de volta para casa

A administração dos recursos financeiros e humanos do serviço residencial é realizada pela Organização Social de Volta para Casa. Esta organização é resultado do trabalho de mais de 10 anos desenvolvido pela Associação José Martins de Araújo Júnior, que tem construído um percurso de participação nas mudanças ocorridas nas políticas públicas e no modelo de atenção à saúde mental do município. Atualmente estas duas organizações operam em colaboração.

A diretora geral da Organização Social, relata que o orçamento mensal do serviço residencial estudado é utilizado para compras de roupa e comida; pagamento de contas de água, luz, telefone e aluguel, dentre outros. Tal financiamento foi possibilitado pelo fechamento da Clínica de Repouso Borda do Campo, com a liberação de recursos que antes eram utilizados exclusivamente nas internações psiquiátricas.

No sentido de garantir alicerces mais seguros para a implementação e continuidade dos serviços residenciais frente as mudanças políticas, os gestores entrevistados ressaltam a importância da Organização Social para gestão dos serviços. Enfatizam a autonomia administrativa, em relação à forma de utilização dos recursos e a promoção de iniciativas que não seriam possíveis por meio da administração pública, como por exemplo: compra de objetos de uso pessoal, a realização de festas de aniversário e datas comemorativas e a contratação de usuários e familiares para trabalharem como cuidadores. Esta forma de administração do recurso financeiro favorece que os serviços residenciais se caracterizem como casas, moradias.

As possibilidades propiciadas pela Organização Social demonstram a importância de parcerias entre o município e as organizações não governamentais. Os resultados positivos obtidos por essa parceria são decorrentes da vontade política, do envolvimento dos atores e do consenso em torno de um novo projeto político e assistencial, de acordo com princípios da reforma psiquiátrica.

A possibilidade de utilização dos recursos financeiros de forma mais flexível favorece a singularização da gestão do serviço, no sentido de que a qualidade e quantidade

dos recursos disponíveis se adaptam às necessidades dos moradores possibilitando a aquisição de objetos de uso pessoal; alimentos e a realização de festas e comemorações, dentre outros exemplos. Além disso, o uso produtivo dos recursos também é justificado pelo investimento no financiamento do trabalho dos usuários como cuidadores, e pela oferta de capacitação e formação.

A flexibilização na forma de utilização dos recursos financeiros é vista por Rotelli (2001) como condição fundamental para a viabilização das ações da política de saúde mental:

Esta forma de administrar os recursos públicos tem também o efeito indireto de racionalizar a despesa: são reduzidos os desperdícios, os automatismos das despesas fixas e os custos que caracterizam tipicamente as organizações burocráticas. O novo sistema, considerado globalmente, não é mais caro, e este é um dado importante em tempos de redução de despesas públicas. Todavia, este é um efeito indireto de um sistema orientado para investir os recursos nas pessoas (e possivelmente sempre mais recursos), mais que nas instituições (ROTELLI et al., 2001. p. 44).

Nesta perspectiva, os serviços residenciais também podem desempenhar o papel de promoverem a reconversão de recursos provenientes do fechamento das instituições manicomiais, como nos diz Vasconcelos (2002b):

[...] enormes instituições psiquiátricas constituem uma forte concentração geográfica de recursos patrimoniais e humanos do campo da saúde mental. Assim, o processo de desinstitucionalização requer a conversão e desconcentração desses recursos, não só como forma de implementar serviços substitutivos acessíveis dentro das próprias comunidades [...] mas também como estratégia de evitar que estes recursos sejam apenas extintos. Os dispositivos e serviços residenciais neste sentido, principalmente aqueles que implicam a aquisição de patrimônios físicos, constituem uma estratégia fundamental de conversão e deslocamento dos recursos investidos nos asilos para a rede social mais ampla, sem o risco de uma forte volatilização em recursos em tangibilidade física, facilmente deslocáveis para outros investimentos públicos mais prioritários (p. 99).

Funcionamento cotidiano do serviço residencial

O serviço residencial é acompanhado por cuidadores durante 24 horas por dia, sete dias da semana. Cada cuidador realiza plantão de 12 horas, totalizando 36 horas semanais de serviço. O período diurno tem início às 7 horas e vai até às 19 horas, quando começa o período noturno que se encerra às 7 horas do dia seguinte (ROSA, 2005).

As refeições: café da manhã, almoço, lanche da tarde e

jantar são fornecidas pela Companhia Regional de Abastecimento Integrado de Santo André (CRAISA) – empresa terceirizada, que fornece as refeições de todos os serviços públicos do município (hospitais, escolas, creches, etc). O almoço e o jantar são entregues diariamente, nos horários: 12 horas e 18 horas. Semanalmente a empresa fornece pães e leite para o café da manhã e lanche da tarde, alguns alimentos complementares, como por exemplo: manteiga, bolos, biscoitos, dentre outros, são comprados pela Organização Social (ROSA, 2005).

A limpeza da casa é realizada por um faxineiro contratado pela Frente de Trabalho *Mais Igual*, que trabalha de segunda à sexta-feira das 8:00 horas às 15:30 horas. As roupas de cama, banho e de uso pessoal dos moradores são lavadas no Hospital Municipal de Santo André.

Semanalmente um cuidador se responsabiliza pelo recebimento dos psicofármacos no Núcleo de Atenção Psicossocial II, que são controlados de acordo com a prescrição médica dos moradores que permanece no serviço residencial (ROSA, 2005).

A permanência da prescrição médica na moradia, como que reproduzindo um pequeno posto de enfermagem e especialmente a forma como são ofertadas as refeições, são aspectos que remetem a um funcionamento institucional e fogem daquilo que se espera de uma casa, na qual os moradores gozam de maior grau de apropriação e autonomia. A transformação de tais características poderia trazer importante avanço ao projeto.

Processo de construção da equipe de cuidadores

Como resultado da velocidade do processo de implementação do serviço, que foi implantado num intervalo de 15 dias, e da dificuldade de obter financiamento o grupo de cuidadores foi constituído por auxiliares de enfermagem da rede de saúde do município, o que contrariava o projeto inicialmente idealizado pela equipe, que planejava envolver nesse trabalho pessoas da comunidade, especialmente familiares e usuários e serviços de saúde mental.

No ano de 2003, com a constituição da Organização Social de Volta para Casa pode-se concretizar parte do proposta original, o que fez com que o projeto adquirisse características inovadoras. Atualmente 60% dos 22 cuidadores, dos 3 serviços residenciais existentes, contratados pela Organização Social, são usuários e familiares. Um dos cuidadores do serviço estudado é usuário de um serviço de saúde mental.

Para a seleção dos cuidadores foram utilizados os seguintes critérios: ser usuário dos serviços de saúde mental; ter passado por internação psiquiátrica e/ou ter

acompanhado alguma situação de sofrimento psíquico.

A contratação de pessoas com experiência de sofrimento psíquico e seus familiares para o trabalho de cuidador tem três finalidades: a utilização do serviço residencial como instrumento para inserção social; o entendimento de que a experiência do sofrimento psíquico dos cuidadores pode gerar maior compreensão e proximidade das vivências dos moradores e a introdução de um novo ponto de vista sobre o trabalho dos cuidadores, que opta por não utilizar o auxiliar de enfermagem, buscando construir uma alternativa ao excesso de institucionalização.

No contexto da equipe técnica, não existe um consenso sobre as vantagens da contratação de usuários para o trabalho de cuidador, pois alguns consideram que estes atores não dispõem da formação necessária e ainda sofrem o risco de também viverem situações de instabilidade e nesses momentos não reunirem condições para o desempenho de suas funções junto aos moradores.

Organização do trabalho dos cuidadores

A organização e supervisão do trabalho diário dos cuidadores, nos três serviços residenciais, são realizadas pela coordenadora do projeto. A dinâmica do trabalho dos cuidadores é formulada de acordo com a necessidade de acompanhamento dos moradores nas atividades do dia-a-dia.

Mensalmente, é realizada uma reunião com os cuidadores dos serviços residenciais na sede da Organização Social de Volta Para Casa, sendo este o espaço preferencial para a organização e supervisão do trabalho.

Dia típico de trabalho dos cuidadores

No sentido de ampliar a apreensão sobre a organização e funcionamento do serviço residencial, foi solicitado aos cuidadores que relatassem um dia típico de trabalho. Nos relatos evidenciou-se certa rigidez na realização das rotinas, que se traduz na definição de horários fixos para as refeições, medicações e banhos dos moradores. Os cuidadores relataram que têm como primeira atividade diária o encaminhamento e/ou acompanhamento dos usuários no para o banho, em seguida, servem o café da manhã e administram a medicação. Às 12 horas é trazido o almoço pela Companhia Regional de Abastecimento Integrado de Santo André (CRAISA) e às 15 horas os cuidadores servem o lanche. Às 19 horas é servido o jantar e administrada a medicação. Às 22 horas há um lanche ou chá.

As refeições preparadas no serviço residencial e a limpeza, quando não há faxineiro, também são ações que

fazem parte do trabalho dos cuidadores.

Ao final de cada plantão, os cuidadores anotam num livro ata os acontecimentos e informações sobre cada período. As consultas ao livro ata confirmam a estruturação rígida da rotina. São anotados os horários e atividades realizadas, especialmente das refeições, banho e medicação. Também são assinalados aspectos sobre o comportamento e disposição para a realização de atividades, que tendem a enfatizar aquilo que pode ser considerado como sintomas indicativos de crise.

Sentidos do trabalho para os cuidadores

Ao falarem sobre o sentido e significado do trabalho, os cuidadores expressam identificação e prazer com o que realizam. Afirmam que para a realização do trabalho são necessários: dedicação de tempo, paciência, entendimento, atenção, amor e carinho, semelhante ao cuidado materno e/ou paterno. Tais significados estão baseados em suas experiências de vida e presentes em suas ações cotidianas: no trabalho na igreja com pessoas carentes; no cuidado com os filhos ou no trabalho com crianças e talvez, especialmente no próprio sofrimento psíquico. Há grande proximidade, identificação, solidariedade e compreensão dos cuidadores em relação aos moradores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito ao funcionamento do serviço residencial se observa de um lado a importância do papel e estilo do trabalho dos cuidadores e de outro a proposta geral de organização do serviço. No contexto do serviço estudado, o trabalho realizado pelos cuidadores consiste no acompanhamento 24 horas do serviço residencial, que se justifica pelo grau elevado de comprometimento da maioria dos moradores, resultante do longo tempo de internação psiquiátrica e das condições clínicas e psicossociais de grande vulnerabilidade. Os moradores apresentam poucas condições para realizarem as ações diárias referentes aos cuidados domésticos e de si próprios e para transitarem pela cidade de maneira independente.

Como foi visto, a opção dos gestores pela contratação de cuidadores que não tivessem formação de auxiliares de enfermagem, se justificou pela intenção de evitar a reprodução de procedimentos e condutas próprias do contexto médico hospitalar. A intenção dos gestores foi a de desvincular do modelo asilar, o trabalho realizado e as relações estabelecidas no serviço residencial.

Mas, apesar dessas precauções, se pode observar a grande dificuldade dos atores do processo em realizarem

rupturas mais profundas com a cultura psiquiátrica e com a reprodução de padrões organizativos rígidos.

Para tentar compreender esse fenômeno, consideramos a hipótese de que a formação insuficiente dos cuidadores é menos importante do que a escolha organizativa do serviço.

Supomos que talvez os cuidadores tenham sido capturados pela opção organizativa do serviço, que propicia, mesmo sem essa intenção, um estilo de trabalho muito rígido, tomando o exemplo da oferta da alimentação, da permanência da prescrição médica na casa, da lavagem das roupas pelo serviço hospitalar, dentre outros procedimentos.

O modelo médico e as profissões a ele vinculadas são muito valorizadas e difundidas no senso comum o que favorece, no cenário apresentado, a identificação e adoção de algumas de suas características pelos cuidadores.

Por outro lado, há recursos favoráveis presentes no contexto e nos atores do serviço residencial, que poderiam ser ativados para promover a transformação de algumas características existentes na dinâmica atual. Nesta perspectiva, a disponibilidade e a solidariedade presentes na prática dos cuidadores é requisito indispensável para a constituição de relações horizontais e recíprocas (VENTURINI, 2003).

Como sugere Vasconcelos (2002b) o desafio da atenção à pessoas com transtornos mentais severos e persistentes exige recolocar o debate sobre a produção do cuidado e da solidariedade no contexto atual de nossa sociedade.

Para maior valorização e (re)significação destas características deve existir a ativação de novos mecanismos de interação entre coordenação e cuidadores, além da realização de uma reunião mensal, capazes de construir mudanças e propiciar maior autonomia e flexibilidade ao trabalho dos cuidadores.

O processo de construção desta nova forma de cuidado não diz só respeito ao acompanhamento diário dos moradores e ao seu habitar, mas também à construção de uma cultura pautada na validação das diferenças e na promoção de formas de convivência que se distanciem do binômio saúde-doença e que se ancorem na construção de direitos e na possibilidade de participação social. Desta forma, a prática está orientada para as necessidades reais de pessoas reais e o verdadeiro desafio é a restituição de poder contratual aos moradores (VENTURINI, 2003).

Finalmente, consideramos que apesar das dificuldades presentes em todos os projetos de desinstitucionalização, a experiência desenvolvida pelo município de Santo André traz contribuições significativas para a criação de um novo espaço de vida e cuidado para as pessoas com transtorno mental severo e persistente que viveram longos processos de institucionalização.

ROSA, C. A. de; MÂNGIA, E. F.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Study of a residential service: reflection about the processes of deinstitutionalization. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 3, p. 105-113, set./dez., 2005.

ABSTRACT: The residential services appear as initiative of the deinstitutionalization processes and they constitute a fundamental instrument for the Politics of Mental Health that assume the goal of overcoming the psychiatric hospitals and of the internments of long duration. This work is part of the dissertation, accomplished in the period from 2003 February to 2005 July, in the Program of Masters degree in Nursing of the University of São Paulo. The general objective of this study was to know the residential services of the municipal district of Santo André and to understand the characteristics and reach of the deinstitutionalization project in course. For so much, it was looked for to identify and to analyze: the conceptions on residential service in the actors' vision that they live and they build your day by day; the structural characteristics and organizational of a residential service and the daily of your residents. The research is configured as qualitative and it was built starting from diversified procedures: study of case and participant observation, interviews and documental analysis, besides the bibliographical study on the problematization themes. The data were analyzed to the light of the authors' of the Italian deinstitutionalization theoretical perspective. Being been worth of the emergent themes three axes was elaborated for the analysis, among them the object of attention of this article: the structural characteristics and organizational of the residential service. The analysis of the data revealed: a) the possibilities and progresses propitiated by the responsible Social Organization by the administration of the residential service; b) the need of the residential service to be organized in a flexible way, that favor the increase of the autonomy and the residents' protagonism and c) the significant contribution of the experience in the creation of a new life space and care for the people with severe and persistent mental disorders that lived long institutionalization processes.

KEY WORDS: Mental health. Deinstitutionalization. Mental health services. Assisted living facilities. Health sector reform. Rehabilitation. Health policy.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

DELGADO, P. G. G. **Políticas de saúde mental:** perspectivas. Aula ministrada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, 20 jun. 2005.

DEL GIUDICE G. **Le strutture residenziali nel Dipartimento di Salute Mentale.** Trieste: DSM – Servizio Abilitazione e Residenzialità, 1997. Disponível em: <http://www.salutementale.it>. Acesso em: 20 abr. 2004.

DE LUCA LF; FRATTURA L. Ruolo e funzione delle strutture residenziali nelle politiche e nei programmi di salute mentale. **Lettera – Percorsi Bibliografici in Psichiatria**, v. 21, p. 32-105, april. 1996.

FUNDAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em 30 jul. 2005.

MÂNGIA, E. F. **Asilamento psiquiátrico no Estado de São**

Paulo: constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria [tese]. 2000. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MÂNGIA, E. F.; OLIVER, F. C.; MARCONDES, F. D. Juqueri: transformação impossível? **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 1, n. 1, p. 5-10, 1990.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social.** Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 fev. 2000.

NASCIMENTO, J. Y.; NASCIMENTO, C. C. **Entrevista** a Mirsa Dellosi. (Monografia) - Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade:** contribuições da

desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SANTO ANDRÉ. Prefeitura Municipal. **Governo eletrônico** [online]. Disponível em: <http://www.santoandre.sp.gov.br>. Acesso em: 26 maio 2004.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

ROSA, C. A. **Serviço residencial**: possibilidades e limites no processo de desinstitucionalização. 2005. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação à cidadania possível. Trad. de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Belo Horizonte: Te Cora, Instituto Franco Basaglia, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**. Epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002a.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002b.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

Recebido para publicação: 10/08/2005

Aceito para publicação: 25/09/2005