

# ***Problematizando o cuidado em saúde mental: a profissionalização do care a partir dos serviços residenciais terapêuticos***

*Questioning Care in Mental Health: Professionalization of Home Health Care Based on In Home Therapeutic Services*

Rachel Gouveia Passos\*

O presente artigo pretende apresentar o modo de operar o care nas práticas das residências terapêuticas. Busca retratar a influência da experiência da reforma psiquiátrica democrática italiana na realidade brasileira, destacando as dimensões interventivas e os serviços substitutivos construídos. Aponta as diretrizes e estratégias constituídas para a promoção do cuidado da pessoa em sofrimento psíquico no processo de desinstitucionalização, além de abordar e trazer para o debate a profissionalização e a atuação das cuidadoras nos serviços residenciais terapêuticos. Nesse sentido, retrata, por meio de revisão bibliográfica, alguns questionamentos para se pensar os caminhos traçados na construção e constituição do fazer profissional dos cuidadores em saúde mental.

*This article aims to present how to operate home health care practices. It describes the influence of the experience given by the Italian psychiatric reform in democratic societies, with emphasis on the intervening dimensions and replacement services. The study indicates the guidelines and strategies established for the promotion of health care in individuals under psychological distress in the deinstitutionalization process. It also addresses the professionalization and the performance of caretakers in home services. Based on a review of the literature, this paper poses some questions to guide the ways outlined for the construction and establishment of professional practices by mental health caregivers.*

Palavras-chave: Care. Cuidadores. Mulheres. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental.

*Keywords: Care. Caregivers. Women. Psychiatric Reform. Mental Health.*

## ***Introdução***

Embasada nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Italiana, foi que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) direcionou-se e estabeleceu-se, enquanto política pública, na realidade brasileira, a partir dos anos 1990. Propõe-se a superação do hospital psiquiátrico por meio de serviços substitutivos que dialogam junto à comunidade e à família, a fim de proporcionar uma gestão compartilhada do cuidado e, assim, promover e viabilizar a cidadania.

\* Doutoranda em Serviço Social pela PUC/SP. Mestre em Política Social pela UFF. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela ENSP/FIOCRUZ. Assistente Social – Brasil. E-mail: rachel.gouveia@gmail.com.

Tal perspectiva direcionou-se para o desmonte da lógica manicomial, em que a transformação de uma determinada forma de opressão só pode ser destituída a partir da reflexão e do desfacelamento de sua existência. Não foi buscando a cura desse sujeito que se constituíram mudanças, e sim oportunizando-o de existir de “outra forma na sociedade”, não só na sua relação existencial consigo mas também na relação com as demais pessoas.

Diversos sujeitos assumiram o lugar de “loucos” por não atenderem às expectativas da sociedade. Por isso, criaram-se instituições e uma ciência para controlar e ajustar os comportamentos. É claro que com essa nova postura acerca da loucura o sofrimento psíquico talvez não se anule, mas se retiraram os motivos, mudam-se os processos e as formas pelas quais esse sofrimento entra no cotidiano da vida de uma pessoa e se estabelece nas relações sociais.

Para poder viabilizar transformações na vida desses indivíduos tornou-se necessário enxergá-lo em sua complexidade, ou seja, perceber as suas necessidades sociais. Com isso, ocorreu uma mudança no provimento do cuidado que deve ser viabilizado aos diversos usuários que foram desinstitucionalizados, ou seja, que foram residir e se tratar na cidade. O morar tornou-se uma discussão para a saúde mental, já que a direção central da política e do movimento de reforma psiquiátrica é a extinção do manicômio.

Nesse caminho, o presente artigo visa a problematizar, nesse cenário de desinstitucionalização e de desmonte da lógica manicomial, a convocação de mulheres para promoverem o cuidado na cidade, enquanto trabalhadoras do cuidado, ou seja, enquanto cuidadoras. Portanto, buscou-se levantar elementos iniciais que problematizem a convocação dessas mulheres nesse processo em que elas desconhecem a sua função e o papel político dessa ocupação.

Destaca-se que o presente estudo<sup>1</sup> encontra-se em andamento e em fase de pesquisa empírica, não podendo, ainda, apresentar dados sistematizados acerca do perfil dos cuidadores que trabalham nas residências terapêuticas. Assim, a metodologia aqui adotada foi a de revisão de literatura específica, em que se buscou realizar uma análise qualitativa acerca da temática.

### ***Caminhos introdutórios: compreendendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira***

A Reforma Psiquiátrica Italiana, em especial, foi e é a maior influência para o caso brasileiro. Cabe apontar que na Europa, a partir dos anos 1960, os hospitais psiquiátricos foram comparados a campos de concentração nazistas; isso é relevante, pois

<sup>1</sup> O presente artigo compõe a pesquisa da tese de doutoramento “Cuidados e cuidadoras: o care no contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira”, que se encontra em andamento no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo — PUC/SP. Portanto, apresento aqui, indagações iniciais acerca da temática que tem o objetivo de mapear o perfil das cuidadoras que atuam nos serviços residenciais terapêuticos do município do Rio de Janeiro e identificar quais elementos fundamentam a profissionalização do trabalho de care.

esse modelo assistencial, criticado nessa analogia política, vinculava-se a ideais libertários e a sentimentos de repúdio, vindos das famílias e de profissionais, o que estabeleceu um campo de lutas por uma reforma psiquiátrica. Portanto, assim se moveram lutas e desejos de construir um lugar de libertação das amarras e de reconstrução do mundo pessoal das pessoas em sofrimento psíquico:

Assim, quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetivar-se cada vez mais, até identificar-se com elas. Isto se dá porque as consequências da loucura – que constituem o centro das apreensões dos nossos legisladores – são mais valorizadas que o doente mental enquanto homem. (BASAGLIA, 2005, p. 25).

Durante a década de 1960, ocorreu a formação do movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como experiência o desmonte do hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia, organizado por Franco Basaglia e sua equipe. A proposta de intervenção de Basaglia era de recusar a instituição e de negar na prática seu caráter excludente: “agir no interior de uma instituição da violência nos remete à violência global de nosso sistema social – em última instância, a lógica que a Psiquiatria propõe é a mesma lógica de opressão e violência presentes na vida cotidiana” (NICÁCIO, 1989, p. 93). Onze anos de trabalho do hospital de Gorizia visaram negar “o conceito de doença mental como construção teórica” (AMARANTE, 2008, p. 70). A psiquiatria tradicional nega o louco, atribuindo-lhe a doença mental e enuncia uma série de consequências por sua condição de enfermo. Nega a liberdade do doente e defende sua cura pelo isolamento, reafirmando princípios de Pinel. A psiquiatria democrática vai dizer o inverso: a liberdade é terapêutica.

Não há perigosos. Os que gritam, se agitam, tentam atacar médicos, enfermeiros e visitantes não existem, porque como nesta comunidade não há grades, portões, camisas-de-força – meios de coerção geradores de violência - não se sente o clima de angústia e tumulto característico das instituições análogas. (COMBA, 1985, p. 23).

Nessa mesma experiência de Gorizia, no desenvolvimento do processo de questionamento político-cultural da estrutura e da existência manicomial problematizava-se o lugar social destinado à pessoa em sofrimento psíquico como objeto da questão social; a equipe solicitava à gestão local o fechamento do hospital e a abertura de centros externos.<sup>2</sup> O pedido foi negado e a equipe inteira pediu demissão, tendo uma grande repercussão na imprensa. O movimento democrático italiano foi o

<sup>2</sup> Para um estudo sob as experiências de Gorizia e Trieste, ver NICÁCIO (1989) e BARROS (1994).

único a nível internacional que abriu as portas do manicômio rompendo efetivamente com a Psiquiatria. “Ele se diferencia das reformas psiquiátricas que ocorreram na Europa e nos EUA, principalmente, a partir da década de 1960” (NICÁCIO, 1989:97).

Buscou-se, por meio dessas experiências, romper e renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria tradicional, saindo do território restrito e partindo para a construção em conjunto com a sociedade de um espaço real da vida humana. Cabe apontar que, na experiência de Gorizzia, um dos pavilhões tem destaque nos escritos de Basaglia: o pavilhão “C-mulheres”, o último a ser fechado, por apresentar determinadas especificidades. Encontravam-se nesse pavilhão as mulheres marginalizadas da nova história do hospital, como narrado (COMBA, 1985, p. 199):

A eficiência institucional congelou nessa ilha sem história as inválidas da enfermaria, as oligofrênicas graves, as anciãs dementes, algumas “notórias fujonas” e as mulheres com problemas sexuais, e injetou no setor algumas pacientes ‘bem-comportadas’, com condições de ajudar eficazmente nos trabalhos internos do pavilhão.

Tal setor tinha uma relação diferenciada do restante do hospital. Tanto que, quando foi oferecido para as mulheres do setor C a possibilidade de integrarem-se a outros setores, as mesmas se negaram. Preferiram um espaço fechado em troca da “liberdade”, ou seja, de uma dimensão nova, livre (COMBA, 1985, p. 202):

Em todas as suas modalidades, nas diferentes origens ou nas várias justificações, a carreira do doente do setor fechado confirma as modalidades de *violência e exclusão*. As internadas do ‘C-mulheres’, punidas por ‘culpas’ reais e imaginárias, ou simplesmente esquecidas, mantiveram-se, ativa e constantemente, separadas do movimento do hospital.

A loucura feminina era um desafio para a equipe. O manicômio reproduzia as relações externas, inclusive as de dominação masculina. O poder médico legitimava tal opressão ao longo de dois séculos. Tornou-se um desafio desconstruir não somente o manicômio, contudo era necessário desmontar um modelo de comportamento feminino sustentado por uma sociedade de consumo em que a mulher é “coisificada”. Observou-se a reprodução da violência, não sendo necessário trazer os valores de fora para dentro, mas “levando para fora o anti-institucionalismo, a anti-hierarquização dos papéis, a antividivisão do trabalho a que nos constringe a ambiguidade do nosso ser interno” (COMBA, 1985, p. 214). Outro desafio colocado para a Reforma Psiquiátrica Italiana: a opressão de gênero.

A violência institucional que foi percebida no pavilhão das mulheres reproduz-se cotidianamente. A busca pela desconstrução da hierarquização permite perceber que a moral tradicional perpetua-se no cotidiano, nos costumes e ideais conservadores, que precisam ser desmontados. Tem-se uma tensão cotidiana, inclusive com o novo modelo

proposto, já que o tradicional já sofria críticas.

Todavia foi em 1971 que Basaglia assumiu o hospital psiquiátrico de Trieste, propondo o seu desmonte. A proposta de Basaglia era de enxergar o sujeito e não simplesmente reduzi-lo à doença, tirando-o dos “parênteses” em que lá o colocaram e que foram postos pela doença mental. Era necessário repensar o lugar de doença, problematizando que local era esse reservado a ela e que condicionaria o sujeito a condições restritas, como observa Rotelli (1990, p. 30):

Mas se o objeto ao invés de ser a ‘doença’ torna-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.

O caminho italiano buscava sair do lugar reduzido para seguir a direção da complexidade, que só pode ser encontrada na desconstrução das instituições e na mudança do paradigma psiquiátrico. O tratar foi ressignificado, tomando o caráter de cuidado: “Cuidar significa ocupar-se aqui e agora de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta cotidiana” (NICÁCIO, 1989, p. 100).

Esse cuidado respeita a singularidade, já que um dos seus princípios é a liberdade, negando o isolamento. Essa liberdade implica em respeitar as escolhas dos sujeitos, sendo ele protagonista de sua história. Outro princípio é a integralidade: está em contraposição à seleção, fortalecendo os projetos de vida dos indivíduos. Não se está buscando uma cura, e sim a produção de vida, de sociabilidade e de convivência.

Um dos problemas apontados por Franco Rotelli acerca do desmonte do modelo manicomial deu-se pelas “possibilidades de vida dentro de um novo modelo cultural que não seja mais de custódia ou tutela, mas de participação na construção de projetos que aumentem as possibilidades e probabilidades de vida” (BARROS, 1994, p. 55). O desmonte não se deu simplesmente pelo fechamento da instituição e sim com a intervenção junto ao território, transformando o modelo cultural.<sup>3</sup> Houve uma descentralização de atendimento em muitas unidades, sendo construídos sete centros de saúde mental, um para cada distrito, cada qual abrangendo 40.000 mil habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias.<sup>4</sup> Logo, na dimensão jurídico/política, se teve a

<sup>3</sup> Tal conjuntura foi sendo alterada passo a passo, tendo como estratégia ações que se deram em diversas dimensões: jurídico/política, sociocultural, teórico/conceitual e técnico/assistencial (AMARANTE, 2007). Propõe-se um novo paradigma acerca da loucura, transformando o conceito tradicional e não mais enxergando a doença mental e sim a existência – sofrimento do indivíduo. Vemos, então, a transformação teórico/conceitual, o que irá implicar diretamente na dimensão técnico/assistencial. Buscaram-se novas formas de cuidar, não restritas ao tratar e sim à produção de vida. Isso implicou na elaboração dos modelos substitutivos aos manicômios.

<sup>4</sup> Cada centro tinha um número de leitos para aqueles que precisassem e, ainda, dois carros. No hospital geral, há os médicos psiquiatras e dezessete enfermeiros nos centros para rodízio. O antigo hospício foi ocupado com novas estruturas: apartamentos para ex-internos, escola infantil, teatro, laboratório artístico, pintura, ginástica, música, estética, alojamento de voluntários. Constituíram-se também as cooperativas de trabalho, que foram criadas não com o intuito terapêutico, mas sim como proposta de reinserção social e direito do cidadão (NICÁCIO, 1989, p. 102).<sup>5</sup>

conquista da “Lei Basaglia”, apesar de ele não ter feito parte da elaboração da mesma, suas ideias influenciaram essa elaboração.<sup>5</sup>

A perspectiva da volta para a casa se ampliou e se apoiou num processo de tomada de consciência sobre a doença e as possibilidades de tratamento. A diferença entre a experiência de Gorizzia e a de Trieste<sup>6</sup> foi o diálogo com a comunidade. A proposta não era de constituir outra comunidade e, sim, de participar da comunidade real. “O ponto de partida estava na eliminação da separação entre o ‘dentro e o fora’, e qualquer passo institucional deveria estar vinculado a esse princípio” (BARROS, 1994, p. 61). Foi de fundamental importância o diálogo externo, trazendo a comunidade para dentro e levando os pacientes para fora do hospício. A dimensão sociocultural demarcou seu impacto principalmente na experiência triestina.

Na verdade, os conceitos de saúde e doença assumem significado em relação a uma norma, na qual a doença é incidente, uma situação na qual se interrompe a vida ‘normal’ de trabalho. Para Basaglia, saúde e doença não são vistas como pólos, constituindo “dois importantes fenômenos humanos, ao mesmo tempo, relação de antagonismo e unidade, em equilíbrio e desequilíbrio que se movem entre a vida e a morte. (BARROS, 1994, p. 65).

Tão logo, no Brasil, vivenciava-se o regime militar, quando, segundo FERREIRA (2006, p. 132), era “época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção”. O início da Reforma deu-se ao mesmo tempo em que o país exigia transformações em seu panorama político, econômico e social ocorrendo, assim, “no contexto de reivindicações de mudanças concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais, na conjunção da sociedade civil e do Estado”. Para FERREIRA (2006) a Reforma Psiquiátrica segue passo a passo o processo de democratização do país.

No final da década de 1970, a partir da influência italiana, ocorreu em abril de 1978, o estopim do episódio do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, provocado pela “Crise do DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) (AMARANTE, 1995). Foi nesse período, que Basaglia e Foucault visitaram o Brasil, aquecendo os debates sobre as vinculações de poder existentes nas relações psicológicas/psiquiátricas. A interação entre os diversos atores colaborou para outras formas de conhecimento, práticas e questionamentos sobre o objeto loucura e trouxe a luta pelos direitos dos loucos a espaços não exclusivamente médicos.

A crise da DINSAM disparou-se após a denúncia de três médicos, residentes

<sup>5</sup> Ela não chega ao termo que Basaglia gostaria, contudo substitui a legislação em vigor que era de 1904. Contudo, a Lei n. 180 de 1978 apresenta importantes avanços: “(...) proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais aos doentes, garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado. (...)” (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 44).

<sup>6</sup> A experiência de Trieste deu-se de forma distinta da de Gorizzia. Em Trieste efetivou-se o desmonte do manicômio e da desinstitucionalização dos usuários por meio da desconstrução do pensamento manicomial junto à comunidade. Foram construídos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico na comunidade. Já em Gorizzia, as mudanças que foram possíveis se deram dentro do hospital, não tendo o desmonte da lógica manicomial.

do antigo Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), localizado no Rio de Janeiro, o mesmo cenário em que Nise da Silveira iniciou sua proposta de intervenção. Nasceram, a partir desse movimento, reuniões de diversos grupos interessados em transformar a saúde mental, reunindo sindicatos e outras formas de organizações da sociedade civil. Surgiu, em 1978, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) com o objetivo de um debate que pudesse proporcionar a transformação da assistência psiquiátrica.

De acordo com Amarante (1995, p. 52), o MTSM nasceu com o objetivo de tornar-se um “espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica”. Questionavam-se tanto as condições de trabalho às quais são submetidos os trabalhadores quanto a assistência prestada à população: denunciaram violências, negligências e o controle social que ocorriam dentro dos hospitais psiquiátricos.

A partir do final da década de 1980 e início da de 1990, iniciou-se um processo de mudanças legislativas em que começaram a circular projetos de lei estaduais e municipais, legislando sobre a questão dos direitos dos usuários da saúde mental. Ainda em 1980, o Ministério da Saúde redigiu o documento “Diretrizes para a área de Saúde mental”. A característica do documento era a substituição do modelo assistencial custodial por um mais abrangente, ou seja, a implantação do enfoque exclusivamente organicista para uma abordagem multicasual do transtorno mental. Incluía o debate sobre a integração das ações de saúde mental desenvolvidas na rede de serviços de saúde, com a criação de unidades intermediárias entre a internação e o ambulatório tradicional.

O auge do contexto reformista ocorreu em 1986, em Brasília, com a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, que inaugurou uma nova contextualização do processo de participação social, sendo aberta e consultiva, estimulando a inserção da sociedade civil. Reuniram-se em torno de quatro mil pessoas. Foi proposta a realização de conferências temáticas, ocorrendo, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse mesmo ano, aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM, na cidade de Bauru, o qual contou com 250 participantes. Nesse evento demarcou-se o lema do movimento da Luta Antimanicomial: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Portanto, em 1988, com a Constituição Cidadã, surgiu o SUS — Sistema Único de Saúde —, que apontava para a construção de um sistema universalista dentro dos parâmetros do Estado de Bem-Estar Social. Assim, em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Nesse cenário, demarcou-se o início do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

## *Dimensões interventivas e as estratégias de desmonte da lógica manicomial no caso brasileiro*

O novo modelo de cuidado em saúde mental, efetivado pelos dispositivos da RPB, propõe a superação do hospital psiquiátrico por meio de serviços substitutivos que dialogam junto à comunidade e à família, a fim de proporcionar uma gestão compartilhada do cuidado, procurando promover e viabilizar a cidadania e a emancipação.

A RPB estabelece-se enquanto política pública no início dos anos 1990, com o governo Collor de Mello, tendo nesse período a introdução do modelo neoliberal no Estado brasileiro.<sup>7</sup> Os militantes da RPB ocuparam espaços no interior do aparelho estatal, guiando-se da mesma forma que a Reforma Sanitária (YASUI, 2010). Com isso, tentou-se não afastar-se do movimento social procurando sempre trazer as questões do cotidiano para a gestão pública.

Apesar de já delineada como um movimento que reivindica mudanças na política de saúde, só em 1992 a Reforma Psiquiátrica ganha características mais definidas no campo sócio-político. Isto se faz evidente durante a 2.<sup>a</sup> Conferência, quando há uma grande representação dos usuários de serviços de saúde mental questionando o saber psiquiátrico e o dispositivo tecnicista a uma realidade que só eles conhecem e pedindo o fim do manicômio através da criação de equipamentos e recursos não manicomiais, tais como: centro de atenção diária, residências terapêuticas, e cooperativas de trabalho na rede pública de assistência à saúde. (FERREIRA, 2006, p. 137-138).

É nesse contexto que a RPB corroborou-se como estratégia voltada para o processo de desinstitucionalização<sup>8</sup> dos usuários de saúde mental. Como é uma política que está no campo da proteção social, a mesma sofreu impactos da redução de investimentos por parte do Estado e de suas responsabilidades sociais.

Nesse processo de transformação do modelo dominante, a RPB, além de abordar as mudanças dos serviços assistenciais, também destaca a desconstrução da abordagem clássica da psiquiatria, ou seja, propõe-se um novo olhar sobre o modelo conceitual e assistencial acerca da loucura, que agora visa à construção de uma ciência social crítica, que aponte à transformação do lugar social do louco. De acordo com Rotelli (1990, p. 30), com a transformação do “objeto” de intervenção, o processo de desinstitucionalização redefine referências e vê-se diante da complexidade do objeto, não mais se limitando ao processo de “cura”, mas, tão logo, do processo de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”.

<sup>7</sup> De acordo com Rosa (2009b, p. 115-116), o modelo neoliberal no Brasil deu-se “por meio da abertura da economia brasileira, da privatização e das medidas de desregulamentação em que o Estado é o epicentro”.

<sup>8</sup> “É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais de lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano, de forma positiva e concreta, ou seja, com a criação de serviços responsáveis pelo cuidado no território de moradia, sem gerar negligência social” (PASSOS, 2011, p. 52).

A nova perspectiva buscou compreender e relacionar-se com os sujeitos e não mais com a doença, que é colocada entre parênteses, permitindo e promovendo um deslocamento da identidade social doada a esse sujeito enquanto desprovido de razão. Essa mudança significa a necessidade de superação de intolerância em relação ao sujeito em sofrimento psíquico e de sua experiência subjetiva, considerada “loucura”, devendo ser respeitada já que é uma condição inerente ao homem.

Buscaram-se, dessa forma, estratégias e novas formas de cuidados com vistas à inserção social das pessoas em sofrimento psíquico institucionalizadas. De acordo com FERREIRA (2006, p. 138-139), “o movimento de reforma psiquiátrica assume assim, a partir de 1992, o desafio para expressar a ética em todos os domínios da vida”, sucedendo-se a partir da II Conferência de Saúde Mental três momentos importantes na Reforma:

- A fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas. No Rio de Janeiro, os velhos pavilhões dos três hospitais federais (Colônia Juliano Moreira, Centro psiquiátrico Pedro II e Hospital Philippe Pinel) transformaram-se em centros comunitários, hospitais-dia, clubes de lazer, etc.
- Com a implantação de serviços que substituem os manicômios surgem unidades de serviços hospitalares com investimento em ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades. Desse modo, é implantada uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa.
- A preocupação com a questão de moradia leva à criação de residências terapêuticas.

Contudo, foi apenas em 6 abril de 2001, que a Lei 10.216, considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica, foi regulamentada, dispondo da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e do redimensionamento do modelo assistencial em saúde mental. Já em dezembro do mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que trouxe como tema “Cuidar sim. Excluir não!”, tendo a participação de 1500 pessoas. Foi durante essa conferência que se potencializaram politicamente os personagens da reforma psiquiátrica. “Não se aprovou nenhuma recomendação que não fosse coerente com a nova lei antimanicomial e se constatou que tampouco ocorreu a abertura de novos hospitais psiquiátricos” (FERREIRA, 2007, p. 221).

Essas estratégias de intervenção compõem o que Amarante (2007) denomina de dimensões do campo da saúde mental e da atenção psicossocial, sendo elas classificadas em quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual corresponde à reflexão profunda sobre o saber

e as práticas psiquiátricas, desconstruindo as teorias e os conceitos da psiquiatria tradicional, sendo a base sobre a qual se constroem as novas práticas nesse campo. Já a dimensão técnico-assistencial diz respeito a três aspectos fundamentais: o planejamento de novas estruturas assistenciais, o tipo de atendimento às diferentes demandas de tratamento e finalmente ao modelo de atendimento. Em resumo, essa dimensão implica na substituição do modelo hospitalocêntrico por novas modalidades de atendimento, em que se utilizam mais recursos do território onde vivem os usuários (AMARANTE, 2007).

A dimensão jurídico-político equivale às transformações legais que favorecem o resgate da cidadania e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A última dimensão é a sociocultural. Ela diz respeito às mudanças no interior da sociedade, revendo valores e crenças excludentes e estigmatizantes, isto é, a transformação do imaginário social em torno da loucura, que foi construído historicamente como sinônimo de periculosidade, incapacidade ou irresponsabilidade (AMARANTE, 2007).

### ***Novos serviços, outros cuidados: um olhar para as residências terapêuticas***

Foi no contexto de transformação econômica, que a RPB ganhou força e corroborou-se enquanto estratégia de cuidado para a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico. Teve-se o questionamento do modelo da psiquiatria tradicional onde a centralidade do cuidado estava no manicômio e no isolamento. Procura-se assim, construir formas mais humanas de tratamento, pensadas como capazes de promoverem a liberdade, autonomia e evitar a cronificação de novos casos.

É importante destacar que os novos serviços se distinguem radicalmente em relação ao cuidado prestado pelo manicômio. Os Centros de Atenção Psicossocial — CAPS<sup>9</sup> — são o modelo estratégico que tem sido implantado na experiência brasileira e que vem substituindo progressivamente os hospitais psiquiátricos. Tais serviços possuem pressupostos distintos do modelo anterior estando situados na comunidade

---

<sup>9</sup> **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS.** Os CAPS I são de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços têm uma equipe mínima de 9 profissionais, com nível médio e superior, e uma clientela de adultos com transtornos mentais. Funcionam 5 dias na semana. Os CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica destes serviços é adulta, com transtornos mentais severos e persistentes. A equipe mínima é formada por 12 profissionais, com ensino médio e superior, funcionando cinco dias na semana. Os CAPS III são serviços de maior porte da rede CAPS, que dão cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Esta modalidade se faz presente hoje na maioria nas grandes metrópoles. CAPS III - São de alta complexidade, uma vez que funcionam 24 horas, todos dias da semana; têm, no máximo, cinco leitos para internações de curta duração e fazem acolhimento noturno. A equipe mínima é de 16 profissionais (com ensino médio e superior). Os CAPSi são serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. A equipe mínima é de 11 profissionais, com nível médio e superior. Os CAPSad são serviços especializados no atendimento a pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou por localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte da rota do tráfico de drogas). A equipe mínima é de 13 profissionais, com nível médio e superior.

e com as portas abertas<sup>10</sup>. É ele o dispositivo organizador de determinado cuidado em saúde mental no território.

Esses serviços têm como grande desafio a desinstitucionalização, ou seja, eles são a estratégia de tratamento da pessoa em sofrimento psíquico no território de sua residência. Para Leal e Delgado (2007, p. 137), o CAPS vai além do fato de ser um estabelecimento de saúde, ele deve ser entendido principalmente enquanto um modo de “operar o cuidado”. Ele é “um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, (...), proposições filosóficas, morais e filantrópicas”. O que demonstra o quanto a Reforma Psiquiátrica tem idealizado transformações éticas e morais em relação ao usuário da saúde mental e a produção do seu cuidado. Contudo, é no cotidiano que se localizam os desafios e os impasses desse novo modo de cuidar.

Os novos serviços vão incorporar ações para atender às demandas sociais, o que significa outras estratégias de intervenção diante da realidade complexa. Foi criado em 1996, pelo Programa de Saúde Mental de Angra dos Reis, o projeto “De Volta para Casa”, que tinha como objetivo a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, o retorno às suas residências de origem e o atendimento em uma ampla rede de recursos assistenciais e de cuidados. Segundo a autora, a prefeitura de Angra dos Reis criou políticas que pudessem viabilizar a alimentação, a reconstrução das moradias e prestar assistência social e de saúde a essas pessoas. “Dessa forma, houve o retorno para o núcleo familiar dos pacientes que estavam fora do município. Em decorrência deste trabalho pioneiro em Angra dos Reis, o Governo Federal criou, em 2003, a lei 10.708<sup>11</sup>, intitulada ‘De Volta para Casa’” (FERREIRA, 2006, p. 140).

Com a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos pelos CAPS, com os fechamentos dos leitos desses hospitais e com a criação de um programa que possibilite um auxílio assistencial a esses egressos tem-se uma nova tensão: a questão da moradia, que de acordo com Ferreira (2006), é um dos grandes motivos da ocupação dos manicômios ainda hoje. Segundo o Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2007-2010) são fechados ao ano 1.700 leitos psiquiátricos; já segundo o Informativo da Saúde Mental<sup>12</sup>, o Brasil tinha, no ano de 2002, 51.393 leitos psiquiátricos, sendo que em 2011 eram contabilizados 32.284 leitos. Isso demonstra quantos usuários ainda se encontram internados e quanto ainda é preciso investir na rede de atenção psicossocial.

<sup>10</sup> “O primeiro dispositivo do gênero foi o CAPS Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo, que iniciou suas atividades em 1987. Era gerido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e funcionava em regime de atenção diária – 8 horas/dia, de segunda a sexta-feira. Guljor (2003, p. 51) destaca que, em seu projeto de implantação, era possível observar “uma preocupação com o suporte a uma população excluída do exercício de uma contratualidade social. Esse projeto (...) introduziu a noção de ‘acolhimento’” (ALVES; GULJOR, 2004, p. 230).

<sup>11</sup> No artigo 1.º dessa Lei, “fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.”

<sup>12</sup> Ano VII, n.º 10, março de 2012. Acessado em 09/01/2014.

Desse modo criam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos<sup>13</sup> (SRT) ou Lares Abrigados<sup>14</sup>, sendo eles “casas assistidas para que as pessoas (comprometidas psicologicamente) com grave precariedade da rede social possam sair do hospital psiquiátrico” (ALVES; GULJOR, 2004, p. 233). Essas residências devem estar localizadas nas cidades, fora do espaço asilar, destinadas prioritariamente àquelas pessoas que têm longa data de internação e/ou que perderam o vínculo familiar. De acordo com Freire (2008, p. 3), esse “dispositivo produz novas modalidades de cuidado e acolhimento a ex-moradores de hospitais, além de proporcionar um espaço de reintegração psicossocial do paciente na sociedade, tendo como eixo o domicílio”.

A proposta de implantação de residências terapêuticas está diretamente articulada com a diminuição dos leitos psiquiátricos. Para cada paciente que é desinstitucionalizado e inserido na RT o leito deverá ser fechado e o recurso financeiro realocado do Sistema de Informação Hospitalar – SIH para o Sistema de Informação Ambulatorial – SAI. A inversão do modelo assistencial é acompanhada também pelo deslocamento do financiamento, desinvestindo no manicômio, para investir na rede de atenção psicossocial. O dinheiro acompanha o paciente. Nesse caso, não se trata de recurso novo, mas de uma reorientação de recurso financeiro. (FREIRE, 2008, p. 5).

Apesar da expansão acelerada do número de serviços, desde a regulamentação da portaria, o número ainda é reduzido. Segundo o Informativo de Saúde Mental<sup>15</sup>, no Brasil percebe-se um avanço durante os anos de 2002-2010, quando se tem implantados 625 SRT. Sendo assim, “em termos gerais, o direito ao cuidado inclui o direito de viver dignamente na sociedade, sendo cuidado também [a] inclusão social” (DELGADO, 2006 p. 29).

### ***Profissionalização do cuidado feminino: a presença do care na Reforma Psiquiátrica Brasileira***

Nos novos serviços residenciais terapêuticos e moradias assistidas, o significado maior do cuidado, como a atenção ou desvelo oferecido a algo ou alguém, implica uma série de ações cotidianas. O objeto tradicional da enfermagem, o cuidado, atualmente,

<sup>13</sup> De acordo com a Portaria 106/2000 que regulamenta tais dispositivos, “entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção.” Com a Portaria 857/2012 ficam instituídas duas modalidades SRT, que se dão de acordo com a complexidade da moradia e do financiamento, dividindo-se em SRT tipo I (que poderá ter até 8 moradores) e tipo II (que poderá ter até 10 moradores).

<sup>14</sup> Segundo Barros e Josephson (2001, p. 61), “os primeiros lares abrigados foram criados em São Paulo e no Rio Grande do Sul.(...) Seguindo os moldes da reforma, a proposta relativa aos lares abrigados objetivava, inicialmente, retirar as pessoas das enfermarias, deslocando a ênfase do tratamento, atrelada à lógica medicalizadora, para alternativas crescentes de maior participação do usuário na gestão de sua vida e na diversificação de contato com o espaço urbano.”

<sup>15</sup> Ano VII, n.º 10, março de 2012. Acessado em 09/01/2014.

envolve a participação de várias categorias profissionais. No cuidado ou assistência proporcionada pelos distintos tipos de moradias, destaca-se um trabalhador pouco conhecido, raramente mencionado na literatura especializada e até mesmo pouco reconhecido pela regulamentação legal dos serviços de moradia: *o cuidador*.<sup>16</sup> (SPRIOLI; COSTA, 2011, p. 3).

Com a criação das residências terapêuticas entendeu-se que para viabilizar aos usuários a construção progressiva de sua autonomia nas atividades da vida cotidiana, tornou-se fundamental a atuação de um profissional que não precisa ter necessariamente uma formação específica. De acordo com a Portaria n.º 1220/2000, que está relacionada ao SRT, estabelece-se a atividade de “Cuidador em Saúde” relacionado às residências terapêuticas. Segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 12):

O cuidador é um profissional importante no projeto. Ele passa a operar em uma residência e isso causa impactos importantes. Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar.

A partir dessas diretrizes apontadas pela legislação e pelas recomendações do Ministério da Saúde, observou-se que não há uma formação ou capacitação específica para a atuação do cuidador no campo da saúde mental. Segundo a pesquisa realizada por Spricoli e Costa (2011) realizada no Instituto Municipal Nise da Silveira, localizado no Rio de Janeiro, os cuidadores da residência terapêutica em sua maioria são técnicos de enfermagem, “embora não seja exigido, para ser cuidador, [é necessário] apenas [possuir] o ensino fundamental completo”. De acordo com as autoras, “depois de contratados, muitos receberam, no próprio Instituto, capacitação para o cuidado de pacientes psiquiátricos em moradias” (SPRIOLI e COSTA, 2011, p. 5).

Em relação à experiência de um SRT inaugurado no Espírito Santo em 2006, Ribeiro Neto e Avellar (2009) descrevem sobre o perfil dos cuidadores. Para a pesquisa participaram seis cuidadores, sendo cinco do gênero feminino e um masculino. “Dos seis participantes do estudo, quatro atuam no plantão diurno, em regime de duplas, e dois se revezam à noite, quando um cuidador por turno permanece na casa” (RIBEIRO NETO; AVELLAR, 2009, p. 112).

<sup>16</sup> Grifo da pesquisadora.

Os dois plantonistas noturnos, anteriormente à sua inserção no SRT, trabalhavam no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (HAB). Possuem histórico de 13 a 28 anos de serviço no Hospital, no setor de alimentação e na parte técnica administrativa, e experiência no SRT de dois meses e três anos, respectivamente. Ressaltamos que os cuidadores do plantão noturno não trabalhavam nas enfermarias do hospital. (...) Ao contrário dos trabalhadores do turno da noite que eram funcionários do HAB, os cuidadores do plantão diurno foram contratados de duas empresas terceirizadas: uma especializada em serviços gerais e outra do ramo de alimentação, localizadas no mesmo município do SRT. Os cuidadores do plantão diurno são provenientes de três ramos profissionais: comércio (balconista de loja), confecção de alimentos (salgadeiro) e serviços caracteristicamente domésticos (cuidado de criança e faxina). (RIBEIRO NETO; AVELLAR; 2009, p. 112).

Cabe destacar que os cuidadores que são contratados para atuarem na saúde mental não possuem experiência anterior na área e desconhecem a proposta da reforma psiquiátrica. Devido às transformações do mundo do trabalho e à reestruturação produtiva, as mulheres foram convocadas a atuarem na esfera da produção, o que gerou reflexos nas famílias, no trabalho e nas relações sociais. Assim, são elas que foram ocupar atividades no setor de serviços. A figura do cuidador se complexifica, nesse cenário, e torna-se fundamental na prestação do cuidado. Cabe sinalizar que a prestação do cuidado se altera frente às mudanças postas não apenas pela RPB, mas também pelo crescimento do envelhecimento no país.

Além disso, a RPB busca através da convocação da figura do cuidador, enquanto agente fundamental no processo de desinstitucionalização, por meio de um “saber/não saber”, desconstruir a tecnificação da atenção das atividades da vida cotidiana. Contudo, inúmeros atravessamentos se colocam no cotidiano desse profissional, que em sua maioria se constitui de mulheres com pouca escolaridade, negras e de classe social desfavorecida.

Já para Figueiredo e Frare (2008 apud Ribeiro Neto; Avellar, 2009, p. 114), “a não especialização dos cuidadores (...) é uma tentativa de evitar a patologização de comportamentos dos moradores, buscando um olhar não técnico sobre a população dos serviços”. Para as autoras, os cuidadores constituem um saber do não saber do possível cuidado a ser promovido na saúde mental.

Um dos atravessamentos que quero destacar é a centralidade do cuidar recair mais uma vez sobre as mulheres. Entretanto, esse “novo/velho” lugar do cuidar vai ser reconfigurado na esfera da produção, especificamente no setor de serviços. Elas não são mais especialistas do cuidado<sup>17</sup>, mas agora ocupam um lugar do “saber/

<sup>17</sup> “No Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel. “O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação

não saber”. Precisam utilizar de supostos atributos do gênero feminino e seus sentimentos do “amor materno” para responder à convocação da RPB. Com isso, as cuidadoras dão sentido ao seu trabalho através de sentimentos como carinho e paciência, onde “os significados [são] atribuídos às condições necessárias para que o cuidado se concretize”. (SPRIOLI; COSTA, 2011, p. 5)

O cuidado de pessoas é inserido mais enfaticamente na relação hierárquica e diferenciada da divisão sexual do trabalho como uma atividade subalterna, com valor social insignificante, pois como foi referenciado à condição biológica da mulher, naturalizou-se e apesar de produzir valor de uso, não foi incorporado no valor de troca, e, por isso, não se transformou em um trabalho reconhecido socialmente, e assim não se tornou remunerado. Ou seja, a mulher passou a ser ainda mais fortemente considerada uma “cuidadora amorosa por natureza”. (ROSA, 2009a, p. 188-189).

Esse lugar subalterno do trabalho doméstico exercido pelas mulheres, lembrando que essa categoria profissional “cuidador em saúde” tem atributos domésticos, localiza-se na esfera da reprodução e por isso não apresenta valor, permanecendo encoberto nas relações cotidianas. Isso permite que um dos atravessamentos que permeiam essa subalternidade seja encontrado na formação profissional, não precisando ter mais do que o ensino fundamental para promover o cuidado e assim, receber um salário que não ultrapasse o piso do salário mínimo, já que, tal atuação não representa valor de troca.

É relativamente precário o status do trabalho da “cuidadora”, da home helper ou da helper, da aide à domicile ou auxiliaire de vie sociale, independentemente do regime local adotado. Essa precariedade se expressa no baixo nível de qualificação requerida, no escasso reconhecimento social da competência profissional, assim como na falta de especialização e de formação profissional. No caso brasileiro, a insuficiente formação e precária formalização do status profissional acarretam a dificuldade de autorreconhecimento como “cuidadoras” (e não como trabalhadoras domésticas), mesmo entre aquelas que desempenham funções classificáveis como de “cuidado”, como vimos acima a partir dos dados da PED para São Paulo. O emprego de cuidado em domicílio se inclui entre as novas formas de emprego no setor terciário (“cuidadoras domiciliares” no Brasil, homehelpers registradas no Japão, auxiliaires de vie sociale na França”). (GUIMARÃES; HIRATA, 2011, p. 170).

---

dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (COSTA, 2007, p. 45). Essa profissionalização feminina surge antes da criação da Liga, lembrando que a psiquiatria fundará uma das escolas de enfermagem, onde serão formadas as monitoras de higiene mental. As funções atribuídas às mulheres sofriram, pois, transformações, sendo que, ao mesmo tempo, ao terem acesso a uma formação, aprenderiam a desempenhar atividades que lhes ensinavam, além de maternas, de cuidar de doentes mentais, ou seja, a profissionalização, ainda que na órbita do maternalismo, desloca-as para novos papéis públicos, sempre compatíveis com seus usuais, como casar, cuidar dos filhos, do marido. As escolas de enfermagem são criadas para que as mulheres possam ser monitoras dos médicos, cuidar dos doentes mentais, não fugindo ao caráter materno. Aos médicos era atribuída “a tarefa de preparar as mulheres para o exercício da maternidade, segundo a racionalidade científica” (FREIRE, 2008, p. 160). No caso dos hospícios, as mulheres teriam por função precípua as tarefas de cuidar, sempre subsidiárias das de tratar qualquer desvio de conduta, essa uma atividade masculina (LOPES, 1996; PASSOS, 2011, p. 20).

Outro atravessamento no trabalho do cuidador ocorre em relação à questão dos sentimentos de culpabilização que atingem os cuidadores. Os afetos atravessam as relações e nesse provimento do cuidado diário encontram-se limitações em localizar o que é pertencente ao processo de trabalho e suas obrigações, que se misturam com a construção de vínculos. E aí nessa “mistura” é que se localiza o *care*<sup>18</sup>.

A RPB defende a construção de vínculos e convoca o “cuidador em saúde” para ser mais um agente potencializador de afetos, contudo têm-se novos impasses para essa prática do cuidado que não está clara e definida para esse profissional. Por isso, esse profissional utilizará os conhecimentos adquiridos em sua experiência de vida, ou seja, buscará na “tradição dos cuidados” perpassados entre as famílias para lidar com esse modo de cuidar. Nesse sentido, são reproduzidos valores conservadores reproduzidos entre gerações nesse modo de operar o cuidado, o que pode produzir novas ações manicomiais.<sup>19</sup> É importante destacar que a lógica manicomial não é estritamente institucional, é também sociocultural, perpassando de geração em geração um “lugar social” para o louco: o de exclusão, do estigma, do manicômio, do isolamento etc.

É nesse caminho de utilizar um “saber/não saber” que a RPB tem convocado tais profissionais. É possível ocorrer mudanças com experiências do cotidiano sim, mas é preciso problematizar os caminhos que têm sido traçados nesse processo. Para Belmonte (2006, p. 190-191), o “trabalho de desinstitucionalização requer (...) uma dedicação e uma organização assistencial muito maior (...). Nesse sentido que se inclui o cuidador, tornando-se uma pessoa-chave nesta proposta”. Ou seja, são dadas responsabilidades a um profissional que desconhece os processos políticos que permeiam suas ações, os limites do seu processo de trabalho e da lógica cultural que perpassa tudo isso, inclusive seu modo de estar e enxergar o mundo.

No desvendar desse novo modo de operar o cuidado, vai ficando claro o quanto o trabalho do cuidado, aqui colocado enquanto *care* vai ocupando os espaços públicos expressos em forma de serviço. Portanto, percebe-se o quanto de questões envolvem o *care* e que precisam ser refletidas não só na equipe dos serviços residenciais terapêuticos, mas nas diretrizes do que se quer traçar no desmonte da lógica manicomial no campo sociocultural.

Os cuidadores são convocados a contribuir com esse processo, mas não são instruídos a compreender e a lidar com ele. Como desconstruir o pensamento manicomial social se não há indagação acerca dele no modo de como se opera o cuidado? A promoção do *care* é a mera reprodução do cuidar da esfera reprodutiva? Esse cuidar

<sup>18</sup> Para HIRATA (2010, p. 48), o *care* seria “o tipo de relação social que se dá tendo como objeto outra pessoa. Descascar batatas é *care*, mas de uma forma muito indireta: é *care* porque preserva a saúde do outro ser. Fazer com que outro ser continue com saúde implica cozinhar, alimentá-lo, pois precisa desse cuidado material, físico. Então, pode-se dizer que tudo faz parte do *care*, mas aí não teríamos mais uma definição rigorosa de *care*. (...) Então, é importante estudar o que é o trabalho doméstico remunerado e o que é a relação social de cuidado, quando ele se profissionaliza”.

<sup>19</sup> Segundo Ribeiro Neto e Avellar (2009, p. 116), “Amorim e Dimenstein (2009) argumentam sobre a necessidade de todos os envolvidos no processo de desinstitucionalização estarem atentos à presença dessas novas formas de captura, pois do mesmo modo com que são criadas as novas maneiras de cuidar, podem surgir também outras formas menos perceptíveis de aprisionamento da loucura”.

promove emancipação? Qual sentido tem essa emancipação? Assim, torna-se necessário refletirmos acerca das estratégias e dos discursos que têm sido adotados para a promoção do cuidado em saúde mental.

### *À guisa de conclusão*

Apesar dos limites postos relacionados ao artigo, já que a pesquisa ainda se encontra em desenvolvimento, torna-se fundamental trazer elementos iniciais para o debate, onde o discurso que envolve a convocação do cuidador na saúde mental, pelo menos na experiência do município do Rio de Janeiro, é um discurso pautado na psicanálise. Portanto, uma análise que parte do materialismo histórico dialético leva em consideração o trabalho enquanto categoria fundante do ser social e o localiza enquanto categoria central das relações sociais. Portanto, apesar das limitações, o presente artigo tem muito a contribuir com o debate acerca da profissionalização dos cuidadores, já que parte de outra concepção teórica para analisar a realidade.

O cuidador está inserido na divisão social e técnica do trabalho e sofre os impactos das mudanças advindas da reestruturação produtiva. Nesse sentido, ele é considerado pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, Emprego e Renda enquanto uma ocupação, não tendo reconhecimento enquanto profissão. Atualmente, a Associação dos Cuidadores da Pessoa Idosa, Saúde Mental e com Deficiência do Estado do Rio de Janeiro — ACIERJ — vem lutando em defesa dos direitos, das condições de trabalho e da regulamentação da profissão de cuidador.

A não profissionalização dessa ocupação permite que diversas pessoas possam exercê-la sem qualquer formação e informação acerca da ocupação, desqualificando um exercício específico e colocando em risco, inclusive, a vida dos usuários que recebem a prestação dos cuidados. Nesse sentido, a RPB coloca em risco o próprio direcionamento do seu modo de operar o cuidado, já que é atravessado pelas mudanças no mundo do trabalho e pela precarização que atinge os trabalhadores, e assim perpetua-se a convocação das mulheres na promoção do cuidado a pessoas que dele necessitam.

### *Referências*

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.). *Loucos pela Vida: Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SNE / ENSP, 1995.

\_\_\_\_\_. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

BARROS, Denise D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP/Lemos, 1994.

BARROS, Regina B.; JOSEPHSON, Silvia. Lares Abrigados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 57-69, maio/ago. 2001.

BASAGLIA, Franco. *Escritos Selecionados: em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica d' Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BELMONTE, Pilar. O Campo da Atenção Psicossocial: formar e cuidar no curso de qualificação diária em saúde mental (CBAD). *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 187-198, 2006. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Arca=NumeroAnterior&Num=133&Idioma=pt-br&Esp=26>>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 336/2002: Estabelece os CAPS enquanto modalidades de serviços ao atendimento das pessoas portadoras de transtorno mental*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10216/2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 106/2000: Cria os serviços residenciais terapêuticos, moradias ou casas inseridas na comunidade destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 1220/2000: Cria nas tabelas de serviços e de classificação de serviços SAI/SUS os serviços residenciais terapêuticos*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a área da Saúde Mental*. Brasília, DF: Divisão Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 1980.

COMBA, L. J. “C-mulheres”: o último setor fechado. In: BASAGLIA, Franco (Org.). *A Instituição Negada*. Tradução Heloisa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COSTA, J.F. *A História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamound Universitária, 2007.

FERREIRA, Gina. Desinstitucionalização e Integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: GULJOR, A. P.; GOMES, A.; MATTOS, S. A.

- (Orgs.). *Desinstitucionalização na Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO, 2007.
- FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio-política. *Psicanálise e Barroco: Revista de Psicanálise*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006. Disponível em: < <http://www.psicanalisebarroco.pro.br/revista/revistas/07/REFORMA.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2014.
- FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. Residência Terapêutica: inventando novos lugares para se viver. In: *Banco de Textos da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/residencia\\_terapeutica.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/residencia_terapeutica.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2014.
- GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko. “Cuidado e Cuidadoras: o trabalho do CARE no Brasil, França e Japão”. *Revista Sociologia e Antropologia*, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 151-180, 2011. Disponível em: <[http://revistappgsa.ifcs.ufrj.br/pdfs/ano1v1\\_artigo\\_nadya-guimaraes-helena-hirata-kurumi-sugita.pdf](http://revistappgsa.ifcs.ufrj.br/pdfs/ano1v1_artigo_nadya-guimaraes-helena-hirata-kurumi-sugita.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2013.
- HIRATA, H. Teorias e Práticas do CARE: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata (Org.). *Cuidado, Trabalho e Autonomia das Mulheres*. São Paulo: SOF, 2010. (Coleção Cadernos Sempreviva. Série Economia e Feminismo, 2). Disponível em: <[http://br.boell.org/downloads/SOF\\_cuidado\\_trabalho\\_e\\_autonomia\\_das\\_mulheres.pdf](http://br.boell.org/downloads/SOF_cuidado_trabalho_e_autonomia_das_mulheres.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2013.
- LEAL, Eroltides Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: GULJOR, A.P.; GOMES, A.; MATTOS, S.A. (Orgs.). *Desinstitucionalização na Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO, 2007.
- LOPES, M.J. Divisão do trabalho e relações sociais: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDW, V.R. (Orgs.). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- NICÁCIO, M. F. “Da Instituição Negada à Instituição Inventada”. In: LANCETTI, A. (Org.). 3. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989. (Saúde Loucura, n. 1).
- PASSOS, Rachel Gouveia. *Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história*. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.
- RIBEIRO NETO, Pedro Machado; AVELLAR, Luziane Zacché. “Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico”. *Revista Mental*, Barbacena, v.7, p. 109-126, 2009. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_ext&pid=S167944272009000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_ext&pid=S167944272009000200008)>. Acesso em: 06 jan. 2014
- ROSA, L. Provimento do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *Abordagens Psicossociais: perspectivas para o Serviço Social*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009a. v. 3.
- \_\_\_\_\_. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *Abordagens Psicossociais: perspectivas para o Serviço Social*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009a. v. 3.

ROTELLI, F. (Org.) Desinstitucionalização uma Outra Via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos 'Países Avançados. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

SPRIOLI, Neila; COSTA, Maria Cristina. Cuidar em Novo Tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, set./out., 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000500013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000500013&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 06 jan. 2014.

YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

*Artigo recebido em: 14 jan. 2014*

*Aceito para publicação em: 30 mar. 2015*