

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Dayse Lúcia Martins Cunha

MÃOS PARA CUIDAR, ASAS PARA VOAR!
**A formação dos cuidadores como instrumentalização do cuidar no Serviço de Residência
Terapêutica**

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Dayse Lúcia Martins Cunha

MÃOS PARA CUIDAR, ASAS PARA VOAR!

A formação dos cuidadores como instrumentalização do cuidar no Serviço de Residência Terapêutica

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Jéssica Adrielle Teixeira

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Asas para voar, mãos para cuidar!- A formação dos cuidadores como instrumentalização do cuidar no Serviço de Residência Terapêutica** de autoria da aluna **Dayse Lúcia Martins Cunha** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Jéssica Adrielle Teixeira Santos
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Àquelas pessoas que, mesmo traídas e roubadas por uma sociedade que as rejeitou e as fez cumprir uma pena de anos de prisão e tortura pelo crime de serem diferentes, ainda trazem consigo, poesia e ternura capaz inspirar o desejo de uma reforma verdadeira no cuidar da Saúde Mental.

AGRADECIMENTOS

Agradeço meu marido e filhas por me estimularem todo o tempo.

A Jéssica minha orientadora.

A Monica Lino do setor administrativo que não me deixaram desistir.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	02
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	06
3. MÉTODO	11
4. RESULTADO E ANÁLISE	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
6. REFERÊNCIAS	22
7. APÊNDICES E ANEXOS	23

RESUMO

O Residencial terapêutico (SRT) é um dispositivo essencial no processo de desinstitucionalização dos egressos de internação psiquiátrica, nesse contexto o profissional Cuidador é o agente indispensável desta ação. Dele, dependem as “grandes minúcias” do processo de ressocializar. Mas, até que ponto está pronto para esta ação? E, até que onde sua formação pode influenciar sua “práxis” e determinar a qualidade de um SRT?. Desta forma o presente estudo objetivou avaliar a relação entre a formação dos cuidadores e as condições de um SRT do município do Estado do Rio de Janeiro, através da análise das mudanças, ocorridas neste serviço, após a conclusão de um Curso de Formação Inicial de Cuidadores elaborado para este fim ministrado pela Escola de Formação Técnica Izabel dos Santos- ETIS/ FAETEC. As mudanças ocorridas decorrentes do preparo profissional foram tão evidentes e significativas, que deu margem a novas turmas para o curso em outros Municípios do Estado. O estudo deixa evidente a formação do cuidador do SRT como instrumento essencial de qualificação do serviço. Também fala da importância do uso de uma metodologia problematizadora como opção pedagógica, pois, esta promove formação de profissionais críticos capazes de se reinventar em sua “práxis” a cada dia e ilimitadamente. Não apenas conhecimento técnico, mas subjetividade e imaginação. Não apenas mãos para cuidar, mas asas para voar!

1 INTRODUÇÃO

“...Crime não é apenas matar o nosso semelhante. É também deixá-lo inútil, matando sua iniciativa e a vontade própria, transformando-o numa besta humana.”

Austragésilo Carrano Bueno

A Reforma psiquiátrica trouxe em seu bojo a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Neste processo de mudança de paradigmas surgiram os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), com o intuito de promover a assistência integral em saúde mental, a reabilitação psicossocial, a humanização do atendimento psiquiátrico, a integração ou reintegração social de pessoas portadoras de transtorno mental, contribuindo assim para a qualidade da assistência à saúde mental (AMARANTE, 2005; FONSECA; YOSHKAVA,2007).

Criado no ano de 2000, os SRTs são lares para pessoas portadoras de transtornos mentais, geralmente egressos de longas internações que perderam os vínculos familiares. É uma chance de reingresso a sociedade e reingresso a vida e chegam carentes de toda a forma de necessidades, mas principalmente a de afeto (SPRIOLI, 2010).

Embora o acompanhamento das SRTs caiba ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, aos ambulatórios especializados em saúde mental, ou ainda, a equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental), sua equipe técnica deve ser compatível com as necessidades dos moradores. E é desta forma, que o cuidador assume uma tarefa indispensável nestas moradias.

Vilipendiados em todas as esferas humanas os moradores de um SRT apresentam sequelas e dores por vezes irreparáveis, mas que sempre podem ser aliviadas mediante a atenção e o carinho que constitui o cuidar.

È neste ponto que surge a figura do cuidador dos SRTs, profissional que precisa atuar de forma a suprir as demandas do morador, mas mantendo sua autonomia. Dentre suas atribuições está despertar na pessoa portadora de transtorno mental, desejo de coisas que ele jamais desejou por não saber que existiam, sem forçá-lo a romper com seus valores. Precisa acolher, mas sem

coagir ou cercear a liberdade. Compreender as atitudes e medos que carregam por anos de institucionalização, mas sem alimentá-los.

Os profissionais cuidadores devem auxiliar na constituição de um lar evitando imprimir expectativas e anseios próprios. Possuem a tarefa de despertar e organizar hábitos e formas de ocupar os espaços próprios dos moradores da casa, estando sempre atento no sentido de evitar riscos e agravos e promover a saúde. As realizações de tarefas cotidianas tornam-se imprescindíveis para o processo de reabilitação psicossocial, pois é a constante negociação entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade da ação.

O primeiro SRT que foi criado no Município do Rio de Janeiro, onde se deu esta pesquisa. No início constituía-se apenas de uma moradia que chegou a abrigar dez pessoas, porém em março de 2011 foi substituído por seis residências para integrar o serviço, instaladas em um distrito pouco assistido em comércio e serviços.

As residências inauguradas que passaram a abrigar sete pessoas, cada, perfazendo um total de 42 moradores, e foram organizadas em forma de um condomínio, o que ainda hoje, dificulta extremamente a socialização de seus moradores com a comunidade por adotar “ares” de um manicômio. Cerca de quarenta pessoas sem um mínimo de postura para o convívio social quanto a higiene, uso de roupas e hábitos de convívio, sexuais ou de eliminação de excretas, cercadas por um muro e um portão que precisava se manter fechado para que não se evadissem e, por medida de proteção contra a investidas de uma comunidade que não os queria por lá, Mesmo após um ano da inauguração a comunidade comparecia ao SRT levando pessoas portadoras de transtorno mental para serem “internadas” por acreditar que se tratava de uma instituição que servia a este fim.

A Surpresa maior foi o fato de que muitos dos cuidadores do serviço compartilhavam desta opinião.

A organização das casas por tipo de moradia só foi conseguida com uma nova gestão iniciada em 2013 e caracterizou o SRT com três casas de RT tipo 1 e três de RT tipo 2. Os cuidadores também foram redirecionados para as residências conforme suas características e preferências.

Foram destinadas uma técnica de referencia para cada duas moradias, sendo estas responsáveis pela organização do serviço, cuidados clínicos e psiquiátricos dos moradores e orientação dos profissionais cuidadores nas residências que lhes compete.

A nova organização do serviço permitiu evidenciar deficiências no serviço que ia além da infraestrutura e, se instalara principalmente na atuação do cuidador que parecia não compreender que sua função de cuidar engloba o auxílio na apropriação do indivíduo como pessoa, capaz de crescer e obter toda a autonomia que sua condição lhe permite.

A organização estrutural em condomínio favorecia a formação de “grupinhos de cuidadores” o que estimulava as competições e o surgimento de “rixas” que prejudicava em muito o desenvolvimento do trabalho.

Os cuidadores adotavam posturas coercitivas, por vezes superprotetoras, por vezes de abandono, chegando em alguns casos ao mal trato de modo que cada moradia assumia características próprias conforme o plantão, o que atrapalhava em muito o processo de ressocialização de pessoas que começavam a conhecer seus próprios gostos e desejos adormecidos por tantos anos sob as cinzas da institucionalização.

Todos estes profissionais haviam sido aceitos no SRT sem qualquer preparo para o serviço, mas pareciam não perceber isto, pois haviam passado por um treinamento de 24h (das quais apenas seis foram ministradas) e acreditavam que fora o suficiente. Quanto ao nível de instrução dos cuidadores encontravam-se desde o primeiro seguimento do ensino fundamental incompleto ao 3º grau completo. Dentre estes se podiam encontrar Técnicos em Enfermagem e até mesmo Enfermeiros, porém a maioria, quando apresentava, eram experiências em serviço psiquiátrico hospitalar.

Todos estes fatos levaram aos seguintes questionamentos: grande parte das deficiências no serviço de SRT teria relação direta com a atuação do cuidador? A falta de preparo do cuidador para a atuação num SRT determinaria sua má atuação? A formação profissional do cuidador para atuação em SRT seria capaz de qualificar o SRT?

A partir destes questionamentos foi elaborado e executado um Curso de Formação Inicial em Cuidadores em Saúde Mental, ministrado pela Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) e chancelado pela FAETEC/RJ. A escolha da ETIS deveu-se ao fato de ser uma escola que atua com formação profissional em saúde no SUS desde a década de 80 e principalmente por adotar a metodologia da problematização

Os resultados obtidos a partir das avaliações do curso já deram margem para que este seja ministrado em outros SRTs contribuindo de forma eficaz na elevação do nível do cuidar destes serviços. Desta forma o presente estudo objetivou avaliar a relação entre a formação dos

cuidadores e a qualidade do SRT, através da análise das mudanças, ocorridas no campo da pesquisa, decorrentes da formação oferecida pelo Curso de Formação Inicial de Cuidadores.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Portanto, para ajudarmos o outro indesejado, devemos primeiro desistir da intenção de classificá-lo, curá-lo e controlá-lo”.

“Depois disto, devemos tentar ajudá-lo da mesma forma que procederíamos com qualquer pessoa por quem temos respeito...”

Thomas Szasz

A história das primeiras instituições sociais da humanidade se confunde com a história do cuidar e esta com o início de suas ações coercitivas. Teóricos consideram que a proteção materna instintiva foi a primeira forma de cuidar humano. Desde que o homem passou a viver em grupos em busca da sobrevivência e a constituir família, o cuidar esteve inerente em suas ações e, embutido nelas, regras e regulamentos que coagiam para um posicionamento que fosse aceito socialmente (AMARANTE, 2005; ARBEX, 2013).

Inicialmente o cuidar resumia-se a medidas que garantissem a subsistência, porém gradativamente evoluiu para as práticas instintivas de higiene, que minorassem os males físicos e suprimissem a dor, visando basicamente a sobrevivência (ARBEX, 2013).

Mais adiante surge a figura do cuidador como um Feiticeiro, um Pajé ou Sacerdote, pessoas que atuavam como detentoras de um saber “sobrenatural” que lhe conferiam o poder de determinar e ditar de forma inquestionável o tratamento adequado às enfermidades que diagnosticassem. Ao doente restava submeter-se (BUENO, 2001).

Com o tempo surgiram ações mais delimitadoras do cuidar. A princípio templos onde os doentes eram atendidos por escravos, porém, com o advento do cristianismo esta tarefa passou a ser exercida pelos monges, e mais tarde, com o surgimento dos hospitais, por religiosas ou prostitutas (BUENO, 2001; VAGHETTI, 2007).

Assim seja no cuidar de modo singular, instintivo ou num atendimento institucionalizado, o cuidador surge em todas as épocas com nomes e ações diferentes mas, com a mesma responsabilidade: o cuidar.

O cuidador, no entanto, assume em todas as épocas um poder que lhe é outorgado por sua ação de cuidar e esta muitas vezes suplanta a vontade da pessoa a quem ela é dirigida. Com a proposta da cura ou do alívio das dores podem se impingir tratamentos bem mais deletérios que a própria doença (FURTADO, 2004)

No campo da saúde mental, após sofrer anos de reclusão em cárceres, o cuidar foi a desculpa utilizada pelos idealistas da Revolução Francesa, que com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” teoricamente promoveriam a libertação dos alienados, para mantê-los reclusos, pois classificados como incapazes, não teriam condições de viver em sociedade (AMARANTE, 2005).

Amarante (2005) comenta:

“A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão”

Esta justificativa serviu por muito tempo até o advento da reforma psiquiátrica. Aqui cabe uma ressalva. Estudiosos discutem quando se iniciou a Reforma Psiquiátrica, no entanto, esta constitui um processo histórico dotado de propostas e medidas práticas que levem a transformação do modelo clássico do paradigma psiquiátrico e como tal não pode ser exata em sua designação cronológica.

A luz desta reforma diante de uma série de acontecimentos surgiu Projeto de Lei 10216/2001 de Paulo Delgado, que propondo a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados. E em 11 de fevereiro de 2000, através da Portaria nº 106/MS é oficialmente criado o Serviço de Residência Terapêutica, para atender a demanda de desinstitucionalização de internos de instituições psiquiátricas de longa duração que não possuem vínculo familiar.

No entanto a desinstitucionalização é um processo longo e trabalhoso, pois não se resume a retirar um indivíduo do manicômio, mas principalmente a retirar o manicômio do indivíduo. Amarante (2005) esclarece:

“Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução.

Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades.

O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.”

Durante anos, adultos rotulados de incapazes por uma sociedade elitista, obtusa, opressora e inflexível que não aceita a quebra de seus padrões sempre pautados em interesses capitalistas, aprenderam, ou antes, foram condicionados, através de toda a espécie de vilipêndio que são incapazes. Incapazes de trabalhar, estudar, conviver em sociedade e o pior: incapazes de desejar e definir o que é melhor para si (SPRIOLI, 2010; SZASZ, 1994).

Uma vez “libertos”, tendo cumprido a pena que a sociedade lhe impôs por sua “anormalidade” e devidamente instalados em suas residências, surge o outro problema: como pessoas que não conhecem suas próprias vontades, podem conviver em uma comunidade?

É neste momento que a figura do cuidador em SRT surge como a intercessão entre o egresso de manicômio e a comunidade na qual está inserido. No entanto a postura do cuidador embora venha se profissionalizando ainda trás consigo sequelas de sua evolução.

O cuidar assume proporções diferentes conforme a pessoa a ser cuidada mas:

“De todas as tiranias, a que é sinceramente exercida para o bem de suas vítimas pode ser a mais opressiva. Ser “curado” contra vontade, e curado de estados que não podemos considerar uma doença é ser nivelado junto com aqueles que ainda não atingiram a idade da razão, ou os que jamais chegarão a atingi-la; é ser classificado como infantil, imbecil e até como bicho. Se o crime e a doença devem ser considerados como a mesma coisa, depreende-se daí que qualquer estado mental que nossas autoridades decidam chamar de “doença” pode ser tratado como crime; e curado compulsoriamente. Ainda que o tratamento seja doloroso. Ainda que leve a vida toda. Ainda que seja fatal. Será apenas um lamentável incidente. A intenção foi puramente “terapêutica”.

(Lewis)

O trabalho do cuidador em um SRT é promover a socialização ou ressocialização do morador através do estabelecimento de relações com uma comunidade, pois para que haja esta entrada é necessário que se conheça e adote questões indispensáveis para um convívio social como higiene, uso de roupas, uso de talher, e uso de sanitário e etc., e nestes pontos o cuidador deve atuar.

Apesar de todas as evoluções a ação de cuidar no que diz respeito a transtornos mentais conforme aponta SZASZ (1994) continua arraigada a sua origem, quando suplantava seu próprio objetivo. Nas demais áreas de saúde quando se trata de adultos capazes sempre é dada a opção de tratamento. Assim, portadores de uma doença criada e mantida pelo preconceito e regras de uma sociedade obtusa, o portador de transtorno é considerado um adulto incapaz até mesmo de desejar e, continua recebendo a proteção coercitiva seja pela falta, ou pelo preparo inadequado de seus cuidadores que proíbem e em alguns casos até mesmo os agridem para obrigá-los a fazer “coisas para o seu próprio bem”.

Um exemplo comum, que se pode observar sem muito esforço é a maneira como cuidadores trocam posturas morais, medidas de higiene ou ingestão da medicação por prêmios, geralmente cigarros acreditando que são bons profissionais porque “conseguem tratar”

O preparo destes cuidadores precisa ser feito de a partir de suas vivencias para que possam refletir em suas ações e só então apropriar-se de conhecimentos que lhe permitam sistematizar e retomar sua conduta.

A proposta da metodologia problematizadora é adequada para a formação e preparo de trabalhadores da saúde, pois permiti a construção e organização de conhecimentos a partir de sua participação ativa e reflexões geradas pela correlação entre suas vivencias e conhecimentos teóricos apresentados. Nesta metodologia, o aprendente é o sujeito de sua própria aprendizagem o que lhe permite elaborar e tomar posturas que transformem de fato sua prática, pois são produtos de suas próprias conclusões.

3 MÉTODOLOGIA

Este é um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e com implantação de uma tecnologia assistencial, desenvolvido num SRT pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de um Município do Rio de Janeiro, entre julho de 2013 e março de 2014.

Inicialmente foi feita uma observação direta incluindo itens imprescindíveis para o bom funcionamento de um SRT como: infraestrutura, condições de trabalho, acesso à comunidade, condições clínicas e econômicas dos moradores e preparo dos cuidadores.

Todos estes itens foram observados e embora tenham sido feitas algumas intervenções pontuais como campanhas de higiene e contra as infestações em decorrência do descuido, a situação que se achava crítica, melhorou muito pouco. Com as mudanças políticas e o alarde da situação, do SRT, veio a intervenção da Secretaria Municipal de saúde, no que resultou a troca da Coordenadora geral.

Apesar das ideias novas, organização do espaço, melhora na infraestrutura e na condição de trabalho, resgate de ganhos econômicos por benefício da previdência social (BPC) e do programa de “volta pra casa” (PVC), não conseguiram ainda, a despeito dos esforços da nova equipe de coordenação, a mudança esperada. Longe disto, deixou clara a falha de um elemento determinante para a cidadania e socialização do morador: o cuidador!

Observou-se em discursos e atitudes que os cuidadores realizavam suas ações pautadas em duas categorias: coerção para as quais incluía vários tipos de maus tratos e a proteção coercitiva.

A partir deste ponto foi idealizado, planejado e executado um curso que fornecesse um preparo para cuidadores que atuam em dispositivos de saúde mental, não apenas para humanizá-los mas, para instrumentar suas ações, entendendo que em sua atividade não basta conhecer técnicas ou ser humanizado, mas precisa estar instrumentalizado quanto ao que seja a “emoção de lidar.

Em março de 2013 em parceria com a Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos - ETIS/FAETEC, deu-se início ao planejamento de um Curso de Formação Inicial em Cuidadores em Saúde Mental compostas por 200hs, ministradas de agosto de 2013 a fevereiro de 2014 cujo projeto se encontra em anexo (Apêndice 1). A escolha da instituição de ensino deveu-

se a sua longa experiência como escola do SUS e a adoção da educação problematizadora que possibilita a formação de trabalhadores críticos e cidadãos.

Após a avaliação do curso, os aprendentes considerados aptos que ainda não atuavam no SRT foram contratados ou passaram a compor um grupo a espera da contratação.

A partir deste ponto foi elaborado este estudo que visa avaliar a relação entre a formação dos cuidadores e a qualidade do SRT, através da análise das mudanças ocorridas no campo de pesquisa, decorrentes da formação oferecida pelo Curso de Formação Inicial para Cuidadores em Saúde Mental.

Participaram do estudo, os profissionais escolhidos de forma aleatória, atuantes neste serviço como cuidadores e o critério de inclusão estabelecido foi trabalhar há pelo menos um mês no SRT e ter concluído o Curso de Formação Inicial em Cuidadores em Saúde Mental.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi à entrevista semiestruturada, contemplando o tempo de atuação no SRT, o roteiro de entrevista propriamente dito, preservando suas identidades. Não houve necessidade de categorizar individualmente cada cuidador, visto que o objetivo maior da presente pesquisa era o relato de mudança em um contexto geral e não as percepções isoladas, desta forma utilizaram-se apenas as falas dos sujeitos mantendo-se o anonimato.

As questões norteadoras do instrumento foram: Como você se sentiu ao iniciar sua atuação neste SRT? Você observou mudanças no SRT após o Curso? Quais mudanças você considerou determinantes na qualidade do serviço?

Os cuidadores foram esclarecidos sobre os objetivos e finalidades do estudo e as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os dados significativos para análise foram apresentados em tabelas. Já os discursos sofreram a escuta detalhadas e foram agrupados segundo a semelhança de ideias, enquanto um artifício de análise.

Também foi utilizada a observação direta na avaliação das mudanças ocorridas no Campo de Pesquisa após a realização do curso.

4- RESULTADO E ANÁLISE

“Com o tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma.”

William Shakespeare

4.1 Contextualizando o ambiente da pesquisa

Para que seja possível analisar as mudanças ocorridas no campo de pesquisa decorrentes da formação dos cuidadores é indispensável esclarecer que este SRT, apresenta características marcantes e nada recomendadas para o que se propõe. Estruturalmente foi organizado em forma de condomínio composto por seis casas e cada uma delas abrigando sete moradores, perfazendo um total de 42 pessoas egressas, em sua maioria, de longa internação em hospitais psiquiátricos e em sua totalidade adultos indesejados que sofreram a privação de suas famílias e, que necessitam, portanto ressocializar-se.

A organização arquitetônica deste serviço, impõe o obstáculo de concentrar-se um número excessivo de pessoas a serem ressocializadas numa mesma comunidade. E esta é uma questão alarmante, pois se uma residência terapêutica precisa de muitas medidas para ser inserida em uma comunidade o que dizer de seis ao mesmo tempo?

Por sua vez o desempenho dos cuidadores passa por processos semelhantes. Ao passo que em outros SRTs o cuidador limita-se ao cuidado com os moradores e com a residência pela qual é responsável, neste serviço, ele se inter-relaciona com diversos cuidadores e moradores de outras residências durante seu período de trabalho, perdendo em muito suas referências e delimitações de responsabilidade. Isto interfere em sua conduta profissional, pois dá margem a formação de “grupinhos” com outros cuidadores, o que por sua vez facilita a discriminação dos moradores, que passam a pertencer a um grupo diferente e propicia conflitos entre os próprios cuidadores.

O ingresso dos cuidadores neste serviço deu-se perante a contratação de pessoas e seu nível de escolaridade foi considerado irrelevante, pois apresentavam do primeiro seguimento do ensino fundamental incompleto ao terceiro grau completo, indicadas sem que houvesse qualquer preparo para o serviço a não ser um curso com a proposta de 24hs que se resumiu a uma palestra conforme o relato deles mesmos.

Um ano depois de inaugurado, o SRT já estava em completo estado de penúria: excretas amontoadas no pátio e ao redor das casas, infestação de vetores, moradores andrajosos ou completamente nus, andando pelo pátio, infestados por diversos vermes, protozoários e escabiose inclusive infectada e em péssimas condições clínicas sendo encontrados dois portadores de tuberculose pulmonar e cinco de pneumonia.

A água que chegava a cisterna que abastecia o SRT era proveniente de um poço escavado próximo a um “valão” que comportava dejetos humanos, era escura e pegajosa e, por este motivo a coordenadora do serviço realizava a compra de galões de água mineral apenas para beber, deixando a água de poço para os outros usos. Isto não impedia que fosse ingerida, pois era hábito dos moradores beber água de uma mangueira que ficava solta no quintal.

A forma do cuidador se relacionar com os moradores parecia também sofrer de uma solução de continuidade. Gritos, ofensas, deboches, apelidos pejorativos, barganhas para coerção e em alguns casos até mesmo maus tratos físicos ocorriam no serviço sendo estes últimos com mais raridade

4.2 Descrevendo as mudanças

Através de observação direta foi possível elencar-se os principais problemas que o SRT enfrentava e estes em sua maioria pareciam ser relacionados a atuação do cuidador ou a infraestrutura, embora dessem margem para o surgimento de outros problemas em decorrência. O quadro abaixo indica estes problemas.

Quadro 1. Principais problemas encontrados no SRT – Maio/2012

Relacionados a:	Problema
Infraestrutura	Várias RTs em um só espaço (condomínio).
	SRT localizado ao lado de um rio poluído e matagal
	Casas muito quente e pouco ventilada, não possuem janelas, somente basculantes.
	Pátio em total abandono. Coberto de lixo mato e fezes. Mesmo na nova gestão quando se conseguia equipes de limpeza, junto a prefeitura, em pouco tempo retornava ao seu estado anterior

	Móveis quebrados ou inexistentes como camas (e colchões) e armários. Por mais que se comprassem móveis, não havia conservação.
	Ausência de fotos e espelhos dificultando da criação de uma identidade por parte dos moradores.
	Sanitários sem tampa e chuveiro, quando existente, eram de água fria. Mesmo que se consertasse, eram rapidamente quebrados ou roubados.
	Ausência de objetos de decoração. Mesmo que se colocasse, eram rapidamente quebrados ou roubados.
	Eletrodomésticos quebrados. Mesmo que se consertasse, eram rapidamente quebrados ou roubados.
Desempenho dos cuidadores	Moradores, andando pelo pátio, nus ou andrajosos.
	Aplicação de coerção, inclusive protetora.
	Violência psicológica e física aplicada aos moradores.
	Formação de “grupinhos “ de cuidadores que excluía os moradores de suas próprias casas para realizar almoços e “festinhas” entre eles.
	Moradores apresentando problemas clínicos, inclusive de maior gravidade como pneumonia e tuberculose.
	Isolamento dos moradores. Cuidadores não conversavam com moradores.
	Moradores não saíam do condomínio a menos que fugissem e quando o faziam “roubavam” bolos na padaria por não entenderem que precisava de dinheiro para pegar o que estava exposto no balcão
	Moradores comiam lixo e/ou comida estragada.
	Não utilizavam mesa ou talher, a menos que fosse colher, para sua refeição. As poucas facas que existiam ficavam escondidas.
	Moradores tinham relações sexuais no pátio diante de todos.

	Moradores não possuíam qualquer item, mesmo roupa, que fosse de sua propriedade.
	Moradores ociosos todo o tempo.

Analisando o quadro acima pode-se observar que os problemas relacionados a infraestrutura poderiam em muito ser amenizados por uma postura adequada dos cuidadores em sua ação de cuidar. A conservação e limpeza do espaço, por exemplo, poderiam ser efetuadas por moradores e cuidadores se estes entendessem sua função de ressocializar.

No entanto ao perguntar aos cuidadores que iniciaram com o SRT, como se sentiam ao chegara ao serviço, a resposta foi sempre relacionada a medo, insegurança e desconhecimento:

“O primeiro dia foi assustador porque fomos nós que recebemos eles e não eles que nos receberam, então agente não sabia quem vinha, como vinha, como era e a maioria de nós era leigo no trabalho (...) Não sabíamos se podíamos rir, se podia tocar, se podia falar, se podia obrigar a tomar banho... – Obriga a comer ou não obriga?...Deixa comer no chão ou não deixa? Obriga a sentar a mesa ou não? Pega a mão ou não pega? Pega eles pra dar banho? Você mesmo pega eles pra dar banho? Faz a higiene ou não? O que eles vão fazer? Qual será a reação deles? Era complicado e assustador mesmo!”

Outra cuidadora acrescenta:

“Eu não estava preparada e fiquei assustada pois nunca tinha trabalhado com pessoas com transtorno mental.”

E outra ainda justifica:

“Quando comecei me sentia perdida porque não tinha noção de como era o serviço direito, até porque tivemos uma palestra só, mais ou menos explicando o que era... e entramos aqui tentando entender um pouquinho e se achar...”

A percepção de que os problemas deste serviço eram diretamente relacionados ao processo de trabalho dos cuidadores é que levou a realização do Curso de Formação Inicial para

Cuidadores em Saúde mental que foi ministrado de agosto de 2013 a fevereiro de 2014. Foram montadas paralelamente duas turmas com 25 aprendentes cada. Dos 50 cuidadores inscritos no curso apenas 25 já atuavam como cuidadores no serviço.

A metodologia problematizadora empregada no curso é adequada ao ensino em serviço por este motivo e por algum apoio conseguido junto a Secretaria Municipal de Saúde e a Mudança de Coordenação do serviço, as mudanças no SRT começaram a acontecer antes mesmo de seu término. Além disto, por promover a reflexão a partir de vivências levava o aprendente a refletir em sua conduta e discuti-la em sala de aula para em seguida criar medidas que resultassem na transformação de sua ação no cuidar. Não apenas conteúdos técnicos, mas voos mais altos para ações transformadoras.

Desta forma, no término do curso o campo de pesquisa já apresentava mudanças bastante significativas, nas palavras de um cuidador:

“A mudança na forma de tratar que foi tanta, que eu acho que qualquer um enxerga: tem o antes do curso e após o curso, porque agente cuidava da maneira que agente achava que era correto; mas o curso ensinou a maneira certa da gente cuidar deles, tanto que agora dá pra ver claramente como eles estão 100% melhor e, a atenção que hoje em dia eles tem mais, né...? Usam os benefícios deles para comprar as coisinhas pra ele, tem médicos, estão sempre vendo a saúde deles que é o principal...

Pra mim melhorou tudo!

É incrível com depois do curso agente passou a ver tudo diferente, mesmo... É engraçado, né? Nós éramos assim... levantamos muita coisa mas muitas formas de fazer estavam erradas e nós descobrimos que estavam erradas e que tem outro jeito.”

Outra cuidadora aponta:

“Hoje em dia cada um tem suas coisinhas. Não tem aquela coisa de usar um do outro. Tudo em seu devido lugar!”

Analisando-se a fala dos entrevistados e observando o atual processo de trabalho dos cuidadores, denota-se que as mudanças ocorridas no serviço são, sem dúvida alguma, decorrentes

da nova forma do cuidador ver o morador mas, acima de tudo da compreensão de sua função no SRT.

“A RT melhorou bastante depois do curso porque nos ensinou como lidar com o cuidador, como devemos tratar com o morador, não o vendo como uma pessoa indefesa e incapaz, mas sim como uma pessoa capaz de um crescimento uma pessoa capaz.”

“Depois do curso vi muitas, muitas mudanças... Passei, a saber, auxiliar. Agente passou a deixar eles fazerem as coisas, pois até então agente não sabia que eles tinham capacidade mas, realmente, a casa é deles e eles tem que assumir (...) Agora até se vestem sozinhos. Agente não se ligava em coisas pequenas mas, enormes ao mesmo tempo como abrir uma gaveta para escolher a própria roupa para vestir. Ele não fazia porque as pessoas achavam que não precisava. Demoramos três anos para descobrir que um determinado morador não fazia isto..”

Interessante notar que todas as mudanças ocorridas na ação de cuidar, parecem ser decorrentes da nova forma de perceber o morador como um adulto digno de respeito que tem desejos e vontades e que tem direito a sua cidadania como qualquer um de nós.

Observa-se que a relação entre cuidadores e moradores também mudou perceptivelmente. A saída de moradores, seja para passeio ou compras é frequente e alguns já conseguem sair sozinhos. O espaço do condomínio mantém-se limpo e alguns moradores inclusive se responsabilizam por aparar a grama e pela limpeza das casas. Como se auto avalia a cuidadora:

“Passei a ter mais atenção e deixar eles mais livres mais na vontade deles, não mais o nosso querer... Eles também podem ter um sonho, um desejo e agente ajuda.”

É evidente a mudança do SRT, assim como é evidente que o fator primordial desta transformação deveu-se a formação dos cuidadores que lhes permitiu concretizar conhecimentos para atuar de forma adequada humana e eficaz. Nas palavras de uma cuidadora:

“O curso abriu um leque e mudou totalmente minha forma de cuidar, o nosso olhar para com eles, o se por no lugar deles em certas situações melhora para agente se autocorrigir, digamos assim: coisas que agente fazia e imaginava que era ter um cuidado com eles, que imaginava que estava fazendo um bem pra El... O curso ajudou agente a refletir que nem sempre agente pode tomar todas as iniciativas pensando que eles não têm um pensamento próprio, pois eles têm. E aí com o curso agente foi percebendo isto e foi muito válido.

Está mais fácil lidar com eles, eles estão mais acessíveis, agente conversa mais, eles entendem mais o que você tem a oferecer pra eles em matéria de cuidado, tem mais autonomia e cuidado com eles mesmos, que antes não tinham. Muitos comiam com aquela veracidade toda... Agora não, agora tem mais asseio, se gostam mais... Com o curso agente pode ensinar isto a eles: ter amor por eles mesmos e a se valorizarem com pessoa.

As mudanças se deram por termos mais conhecimento, porque o curso deu base pra gente com palestras, com muita dinâmica e a própria matéria em si.

Era o que agente não tinha pois tínhamos caído de paraquedas...!”

E deixemos que eles concluem:

“O curso foi imprescindível para o cuidador entender o que é ser um cuidador!”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Sede como os pássaros que, ao pousarem um instante sobre ramos muito leves, sentem-nos ceder, mas cantam! Eles sabem que possuem asas.”

Victor Hugo.

Instrumentalizar um profissional do cuidar é mais que humanizá-lo. É ajuda-lo a criar, descobrir e desenvolver instrumentos técnicos, filosóficos, humanos e emocionais que lhes permitam lidar com o sujeito e sua subjetividade e, acima de tudo lhes motivem a ação do cuidar de forma efetiva e recompensadora inclusive para o próprio cuidador.

A formação profissional exerce um papel determinante nesta instrumentalização pois é capaz de preparar o profissional de forma que se torne um agente transformador, não só de sua prática como a de sua equipe e conseqüentemente de seu ambiente de trabalho.

Lidar com o adulto indesejado é notoriamente uma tarefa difícil para qualquer pessoa, mas por isto mesmo precisa ser prazerosa, caso contrário será ineficaz e frustrante.

As mudanças, inclusive estruturais, que se deram no SRT deste estudo, aconteceram a partir da transformação da prática do cuidador que antes, indiferente ao ambiente e coercitivo no lidar, passou a perceber os moradores como cidadãos dotados de direitos e deveres e, como pessoas envoltas a emoções, medos, dúvidas, mas acima de tudo, pessoas que desejam e tem direito a sonhar.

No entanto fica claro que a formação do cuidador não deve e nem pode ser estanque. É indispensável que se faça uma educação permanente para que estes tenham a oportunidade de rever e recriar sua prática todos os dias.

Não basta dispensar cuidados, precisa alçar voo e refletir a cada dia sobre sua função que relaciona-se intimamente à ressocialização do adulto indesejado que por anos sofreu a privação de existir como pessoa. Foi privado de seu “eu”.

Mas não se poderia definir em um papel a ação de ressocializar. Ela estrutura-se em elementos infinitos e muitas vezes abstratos. Compõe-se de minúcias que só podem ser visualizadas vistas muito de perto, às vezes tão perto que chega a ser dentro...

Não basta ao cuidador, conhecimentos técnicos que permita o cuidar prático, ou o saber subjetivo que lhe permita perceber o que vai na alma da pessoa a ser assistida. É necessário que ambos os saberes estejam presentes reinventando a cada dia uma prática diferenciada e individualizada.

Assim o saber e a prática do cuidador se fundem em mãos que amparam apoiam e cuidam, mas também de asas que elevem e permitam voos mais altos e visões mais amplas na ação do cuidar subjetivo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: 2005. p. 491-494, Cad Saúde Publica, V. 11, n. 31995.

ARBEX, D. Holocausto brasileiro: 5ª Edição. São Paulo: Geração, 2013. 255p

BUENO, AC. Canto dos malditos. Rio de Janeiro: Rocco, 2001. 200p

FONSECA, RMGS, YOSHKAVA, E. Izabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, SP, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea1.9.pdf>> Acesso em: 30 de abril de 2014.

FURTADO, JP.(org). Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. Ministério da Saúde, DF, 2004. disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> acesso em: 30 de abril de 2014.

SPRIOLI, N. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores profissionais com pacientes psiquiátricos em moradias. 2010.112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2010. Disponível em: <www.teses.usp/teses/disponiveis/22/22131/Ftde/2Ftde-27092010-161621/Fpublico/2FNeilaSproli.pdsciELO.br/pdf> Acesso em:05 de maio de 2014.

SZASZ, T. Cruel compaixão. Trad. Ana Rita P .Moras. São Paulo: Papirus Editora, 1994. 352p

VAGHETTI, MH. et al. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. Artigos de revisão, Uerj, maio 2007. Disponível em: < www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a18.pdf > acesso em: 30 de abril de 2014.

APÊNDICES 1

Curso de Formação Inicial para Cuidadores em Saúde Mental

a) Justificativa e objetivos

Desde o advento da Reforma Psiquiátrica, novos dispositivos em Saúde Mental vêm surgindo para dar conta da ressocialização de pessoas portadoras de transtorno mental. Em 11 de fevereiro de 2000, através da Portaria nº 106/GM/MS, o MS cria o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este serviço dispõe residências localizadas no espaço urbano, para pessoas provenientes de longas internações psiquiátricas e sem vínculos familiares. Cada residência pode comportar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional diferenciado e sensível as suas necessidades.

Conforme instruções do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos não devem ser vistos como mais um “serviço de saúde”, mas como uma casa para moradores. Cada moradia deve ser considerada única buscando a individualidade, gostos e hábitos de seus moradores. O que diferencia uma residência da outra é a autonomia e as particularidades de seus habitantes. Há Residências de Cuidados Intensivos com a presença de cuidadores 24 horas, outras de Cuidado Parcial com cuidadores apenas durante o dia e outras ainda que podem prescindir de um cuidador.

Atendendo a esta premissa do Ministério da Saúde, o Município de Duque de Caxias dispõe hoje de 06 Residências Terapêuticas para assistir integralmente até 42 pessoas e tem previsão de mais 02 SRT uma para 2014 e outra para 2015.

Em 2011, a Portaria MS nº 1.220-00 resolve em seu Art. 2º, incluir na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 - Cuidador em saúde.

No entanto lidar com esta demanda, tão específica requer um preparo profissional que vai além do nível de instrução, requer entendimento quanto ao sofrimento psíquico e valorização de hábitos de vida diária como dispositivo de convívio social.

Desta forma faz-se premente um curso de Formação Inicial para Cuidadores em Saúde Mental, a fim de atender as necessidades e ressocializar os moradores do SRT, devolvendo a cidadania a estas pessoas que por anos experimentaram toda espécie de aviltes e vilipêndios, decorrentes de um transtorno que antes deveria ter provocado solidariedade e atenção, ao invés do cárcere, fruto de uma sociedade ignorante e excludente.

O objetivo deste curso é então formar cuidadores que atuem junto ao portador de transtorno mental, em dispositivos de Saúde Mental, respeitando seus padrões éticos, culturais e sociais e promovendo sua socialização.

b) Requisitos de acesso

Este curso atende a necessidade de formação do quadro de cuidadores/trabalhadores das Residências Terapêuticas, Coordenações de Saúde Mental das Secretarias de Saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Neste sentido, o acesso, do aprendente/trabalhador, dar-se-á através de seleção e indicação da Secretaria de Saúde do município demandante.

Para ter sua matrícula efetivada, o aprendente/trabalhador deverá apresentar comprovante de escolaridade (ensino fundamental), encaminhamento da Secretaria de Saúde, cópia de documentos pessoais e comprovante de residência.

c) Perfil profissional de conclusão

Profissional da área da saúde, de nível fundamental, integrante de equipe multidisciplinar de saúde, com exercício regulamentado através da Portaria MS nº 1.220-00, que desenvolve, sob a supervisão da coordenação do SRT ações voltadas para as atividades de vida diária do morador, fornecendo auxílio e orientação com vista a promoção da saúde e desenvolvimento da autonomia e ressocialização do indivíduo, desempenha suas atividades profissionais pautando-se nos princípios éticos, políticos, técnico-científicos, socioculturais e educativos que contribuem para o alcance do cuidar em saúde mental.

d) Organização curricular

A organização curricular adotada pela ETIS está estruturada em um módulo único de 200h composto por oficinas, visitas técnicas e atividades socioculturais.

Apresenta como temas transversais: cidadania, integralidade, ética e humanização do cuidar em saúde mental.

Competências

- * Prestar cuidados integrais em saúde a moradores de Residências Terapêuticas;
- * Conhecer o processo de Reforma Psiquiátrica – Mudança de paradigma (CAPS, leitos em HG, HD, SRT); - legislação em saúde mental – Transtornos psíquicos pela CID_10;
- * Promover a inserção dos moradores de SRT na comunidade;
- * Promover hábitos saudáveis nas atividades de vida diária do morador.
- * Promover ambiente terapêutico.

Habilidades

- * Prestar cuidado e/ou auxílio a pessoa nas atividades de vida diária, orientando e educando com vistas a saúde, autonomia e reinserção social;
- * Conversar e ouvir o morador auxiliando no desenvolvimento de sua autoestima e autovalorização;
- * Mostrar-se afetuoso e responsável nas atividades desenvolvidas com o morador.
- * Ministrando medicamento e cuidados prescritos, com responsabilidade.
- * Aferir sinais vitais sempre que necessário ou prescrito
- * Aplicar cuidados básicos prescritos, conforme sua competência.
- * Preparar e/ou auxiliar no preparo adequado de alimentos, orientando sempre que possível com vistas a autonomia ou reinserção social
- * Observar e notificar sinais indicativos de impregnação ou intoxicação medicamentosa assim como o surgimento de sinais que indiquem agravos ou risco para a pessoa;
- * Ministrando medicamentos prescritos com responsabilidade;
- * Ministrando alimentação adequada com higiene, atenção e cuidado, auxiliando e orientando com vistas a autonomia possível;

e) Aproveitamento de estudos

f) Avaliação

A necessidade de assegurar os princípios de uma avaliação da aprendizagem diagnóstica e inclusiva em face da proposta pedagógica adotada pela ETIS, demandou a implementação de um Sistema de Avaliação da Aprendizagem adequado à metodologia de ensino crítico-reflexiva proposta.

Esta tem como pressuposto a avaliação de processo e de produtos (parciais e totais), sendo expressa através de conceitos **APTO e NÃO-APTO** com base no critério de autonomia para o desenvolvimento das competências e habilidades esperadas, por meio de instrumentos próprios para avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como frequência e pontualidade.

As atividades didáticas que promovam novas oportunidades de reconstrução e apreensão de conteúdos teórico-práticos, deverão ocorrer ao longo do processo, sendo implementadas conforme a necessidade de cada educando, especialmente para aqueles que não dominarem os conteúdos relevantes previstos para a unidade desenvolvida.

Os instrumentos utilizados neste Sistema de Avaliação deverão ser arquivados em pastas que ficarão à disposição da Supervisão Escolar, no decorrer do curso e integrar as pastas individuais dos educandos no final da mesma.