

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

GIZELE DA CONCEIÇÃO SOARES MARTINS

Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental: contribuições no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011)

Rio de Janeiro
2013

Gizele da Conceição Soares Martins

Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental: contribuições no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011)

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro
2013

M379p Martins, Gizele da Conceição Soares.
 Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental:
contribuições no processo de implantação das Residências
Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011)/
Gizele da Conceição Soares Martins. – Rio de Janeiro: UFRJ/ Escola de
Enfermagem Anna Nery, 2013.

156 f., 31cm

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRJ/ Escola de
Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem. 2. História da Enfermagem. 3. Moradias Assistidas. 4. Saúde Mental. – Dissertação. I. Antonio José de Almeida Filho (orient). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação, Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

Gizele da Conceição Soares Martins

Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental: contribuições no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011)

Dissertação de Mestrado apresentada em dezembro de 2013 à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de Defesa de Dissertação.

Aprovado por:

Professor Doutor Antonio José de Almeida Filho – EEAN/UFRJ
Presidente da Banca (EEAN/UFRJ)

Professora Doutora Maria Lelita Xavier – FENF/UERJ
1ª Avaliadora

Professora Pós-Doutora Maria Angélica de Almeida Peres – (EEAN/UFRJ)
2ª Avaliadora

Professora Doutora Lucia Helena Silva Correa Lourenço – (EEAN/UFRJ)
1ª Suplente

Doutora Maria Cristina Frères de Souza – (INCA/MS)
2ª Suplente

Dedicatória

Dedico primeiramente a **Deus**, por sempre iluminar meus caminhos e minhas escolhas. Aos meus queridos pais **Neusa** e **Zaide**, que são meu alicerce e aos meus avós **Dalva** e **Gilson** (*in memoriam*), que sempre me incentivaram.

Agradecimentos

A Deus, criador de todas as coisas, por orientar meus passos, me proteger e me dar forças para segui adiante.

Aos espíritos de luz, protetores espirituais, que através das intuições tornam a missão de vida menos dolorosa e mais serena.

Aos meus pais, Neusa e Zaide, que nunca mediram esforços para apoiar minhas escolhas, com muito amor em todos os momentos.

Ao querido Professor Antonio José, por me dar oportunidade de ser sua aluna há tantos anos, por me fazer acreditar que sou capaz e por ser um amigo leal e sincero em todos os momentos.

Ao NUPHEBRAS e seus membros, por permitir que houvesse grande aprendizado para construção de conhecimento, em todas as reuniões.

Aos professores do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery, com brilhantes ensinamentos, aos quais devo minha formação, em especial: Márcia de Assunção Ferreira, Maria Angélica de Almeida Peres, Marléa Chagas, Manuela Cardoso, Marcos Brandão, Maurício Peixoto e Carla França.

Aos membros da Banca Examinadora pela disponibilidade e excelentes contribuições.

Aos funcionários da EEAN/UFRJ, sempre solícitos e dispostos a ajudar, especialmente Jorge Anselmo, Sonia Xavier e Teles.

A Coordenação do Curso de Enfermagem e Obstetrícia – UFRJ Campus Macaé, meu local de trabalho, que muito colaborou para que eu conseguisse terminar este trabalho, nas pessoas de Gláucia Valadares e Patrícia Siqueira.

As colegas de trabalho do Curso de Enfermagem e Obstetrícia – UFRJ Campus Macaé, pelo encorajamento, apoio e suporte, em especial: Leila Bergold e Beatriz Dias.

A Enfermeira Ana Emília Cardoso Moraes, por ter me incentivado, ser depoente deste trabalho e ter auxiliado no contato com os serviços e demais profissionais em Volta Redonda.

Aos profissionais da Secretaria de Saúde de Volta Redonda, por ter me recebido tão bem e proporcionar totais condições para desenvolver a pesquisa.

Aos depoentes, com suas ricas memórias, pois sem eles este trabalho não aconteceria.

A minha avó Dalva e minha tia Irani, por sempre me proporcionar carinho e conforto, me estimulando nos momentos de cansaço.

Ao meu namorado e companheiro de todas as horas, Carlos Eduardo, por toda a compreensão, pelo incentivo, carinho e dedicação em me proporcionar momentos felizes.

As minhas queridas tias Sueli e Marlene, por dividirem suas casas comigo no momento em que tive a primeira experiência profissional como Enfermeira e cursava o Mestrado.

As meninas queridas com quem morei bastante tempo em Niterói, por muitas vezes, compreenderam minha ausência, sempre me dando força: Clara, Thaine e Natália.

As minhas queridas amigas de longa data, que sempre torceram por mim e estiveram a postos para tudo, em especial para: Dilly Justino, Nathalia Martins, Juliana Arrieta, Monique Casartelli, Caroline Martins, Camila Alvarenga.

E, aquelas que além de amigas especiais vivenciaram comigo todas as experiências, tensões e emoções do curso de Mestrado: Mariane Cesáreo, Carolina Pacheco, Isis Chernicharo, Rosa Ferreira, Regina Muniz. Não seria tão especial se não fosse com vocês!

***“ A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumados a ver o mundo”.***
(Albert Einstein)

Lista de siglas:

AUFASSAM - Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAIS – Centro de Atenção Integrado à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CSVR – Casa de Saúde Volta Redonda

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

HSJB – Hospital São João Batista

LOAS- Lei Orgânica de Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NURC - Núcleo Regional da Corregedoria

PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PV- Partido Verde

RT- Residência Terapêutica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda Fundação Oswaldo Aranha

Resumo

Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental: contribuições no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011)

Estudo histórico – social, que tem como objeto a participação do enfermeiro no processo de implantação de Residências Terapêuticas para portadores de transtornos mentais no município de Volta Redonda – RJ. Objetivos: descrever as circunstâncias de implantação das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ; analisar a participação do enfermeiro na rede de apoio às Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ e discutir como a enfermagem, envolvida com as Residências Terapêuticas, contribuiu para o processo de reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico no município de Volta Redonda – RJ. As fontes primárias se constituíram de documentos escritos e orais, enquanto que as fontes secundárias, de acervo bibliográfico existente sobre a referida temática. Os achados foram classificados, contextualizados e analisados à luz dos conceitos de Norbet Elias em sua obra *“Os Estabelecidos e os Outsiders – Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade”*, na qual traz as noções de seres individuais e grupais, processo estigmatizante e relações de poder. Além destes, foram utilizados para fundamentar a análise os conceitos que nortearam a Reforma Psiquiátrica: desospitalização, desinstitucionalização, reinserção social, reabilitação psicossocial e cidadania. Os resultados evidenciaram que o processo de implantação de Residências Terapêuticas, como consequência do fechamento da instituição manicomial Casa de Saúde Volta Redonda possibilitou transformações para usuários, profissionais e sociedade de Volta Redonda. A participação do enfermeiro foi importante para a implantação, consolidação e expansão do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Volta Redonda. Contudo, a enfermagem apenas conseguiria de fato contribuir se sua atuação estivesse pautada no paradigma da atenção psicossocial. Para lidar com os enfrentamentos necessários para o desmonte do manicômio, no que se refere a cultura e aos valores imputados na sociedade pela psiquiatria tradicional, foi imprescindível haver um discurso reabilitativo afinado com as atitudes desinstitucionalizadas para não transformar o Serviço Residencial Terapêutico em mini-hospícios. Assim, buscar orientar os estabelecidos sobre a real condição dos outsiders, evidenciando suas potencialidades, favoreceu a redução do processo de exclusão e da estigmatização. É importante ressaltar o trabalho em equipe, com caráter interdisciplinar, e o suporte dado pelas enfermeiras aos técnicos de enfermagem para desenvolver as atividades no cotidiano das Residências Terapêuticas, com a finalidade de transformar os outsiders em cidadãos.

Descritores: Enfermagem; História da Enfermagem; Moradias Assistidas; Saúde Mental

Abstract

Possibilities of action of mental health nursing : contributions in the deployment process of Therapeutic Residences in Volta Redonda - Rio de Janeiro (2006-2011)

Historical - social study , which focuses the participation of nurses in the implementation of therapeutic residences for people with mental disorders in the city of Volta Redonda process - RJ . Objectives: To describe the circumstances of deployment of Therapeutic Residences in Volta Redonda - RJ ; analyze the participation of nurses in supporting the Therapeutic Residences in Volta Redonda network - RJ and discuss how nursing involved with Therapeutic Residences, contributed to the process of psychosocial rehabilitation and recovery of citizenship of the person in psychological distress in the city of Volta Redonda - RJ . The primary sources are comprised of written and oral documents , while secondary sources , existing bibliographic collection on that theme . The findings were classified , contextualized and analyzed in the light of the concepts of Norbet Elias in his work " The Established and the Outsiders - Sociology of power relations from a small community ," which brings the notions of individual and collective beings process stigmatizing and power relations . Besides these , were used to support the analysis concepts that guided the Psychiatric Reform : deinstitutionalization , institutionalization , social reintegration , psychosocial rehabilitation and citizenship . The results showed that the process of implementation of therapeutic residences as a result of the closure of mental hospital Home Health Volta Redonda possible changes to users , and Volta Rendonda professional society. The participation of nurses was important for the implementation , consolidation and expansion of the Therapeutic Residential Service (SRT) in Volta Redonda . However , nursing could actually contribute only if its actions were guided in the paradigm of psychosocial care . To deal with the clashes necessary to disassemble the asylum , as regards culture and values in society charged by traditional psychiatry , was essential to be a tuned rehabilitative discourse and attitudes desinstitucionalizadas not turn Therapeutic Residential Service in mini hospices . So , get set to guide about the real condition of outsiders , demonstrating its potential favored the reduction process of exclusion and stigmatization . It is important to emphasize teamwork , interdisciplinary character, and the support given by nurses to nursing staff to develop activities in the daily therapeutic residences , for the purpose of transforming outsiders into citizens .

Keywords: Nursing , History of Nursing , Assisted Living Facilities , Mental Health

Resumen

Las posibilidades de actuación de la enfermería en salud mental : aportaciones en el proceso de implementación de residencias terapéuticas en Volta Redonda - Río de Janeiro (2006-2011)

Estudio social, que se centra la participación de las enfermeras en la aplicación de las residencias terapéuticas para las personas con trastornos mentales en la ciudad de Volta Redonda - proceso - Histórico RJ . Objetivos: Describir las circunstancias del despliegue de las Residencias Terapéuticas en Volta Redonda - RJ ; analizar la participación de las enfermeras en el apoyo a las Residencias Terapéuticas en red Volta Redonda - RJ y discutir cómo la enfermería involucrados con Residencias Terapéuticas , contribuyó a la proceso de rehabilitación psicosocial y recuperación de la nacionalidad de la persona en los trastornos psicológicos en la ciudad de Volta Redonda - RJ . Las fuentes primarias se componen de documentos escritos y orales, mientras que las fuentes secundarias , fondo bibliográfico existente sobre ese tema . Los resultados fueron clasificados , contextualizados y analizados a la luz de los conceptos de Norbet Elias en su obra " La fundación y los Outsiders - Sociología de las relaciones de poder de una pequeña comunidad ", que reúne los conceptos de proceso de los seres individuales y colectivos relaciones estigmatizantes y potencia. Además de estos, fueron utilizados para apoyar los conceptos de análisis que guiaron la Reforma Psiquiátrica : desinstitucionalización , de institucionalización , de reinserción social , rehabilitación psicosocial y de ciudadanía . Los resultados mostraron que el proceso de implementación de las residencias terapéuticas como resultado del cierre de hospital mental Home Health Volta Redonda posibles cambios en los usuarios y la sociedad profesional Volta Rendonda . La participación de las enfermeras era importante para la aplicación , consolidación y expansión del Servicio Residencial Terapéutico (SRT) en Volta Redonda. Sin embargo , la enfermería podría realmente contribuir sólo si sus acciones fueron guiados en el paradigma de la atención psicosocial. Para hacer frente a los choques necesarios para desmontar el asilo , en cuanto a la cultura y valores de la sociedad cobrados por la psiquiatría tradicional , era esencial tener un discurso y actitudes de rehabilitación sintonizado desinstitucionalizadas No gire Servicio Residencial Terapéutico en mini hospicios . Así , listos para orientar acerca de la verdadera condición de los extranjeros , lo que demuestra su potencial a favor del proceso de reducción de la exclusión y la estigmatización . Es importante hacer hincapié en el trabajo en equipo , de carácter interdisciplinario , y el apoyo brindado por las enfermeras para el personal de enfermería para desarrollar actividades en las residencias terapéuticas diarias , con el fin de transformar los extranjeros en ciudadanos.

Palabras clave: Enfermería, Historia de la enfermería, instalaciones de vida asistida, Salud Mental

Sumário

Capítulo I	15
1.1 Introdução	15
1.1.1. Questões norteadoras	25
1.1.2. Objeto de estudo	25
1.1.3. Objetivos	26
1.2 Motivação e Relevância / Justificativa do estudo	26
1.3 Contribuições do estudo	28
1.4 Estrutura do estudo	29
Capítulo II	30
2.1 Abordagem Teórico – Metodológica	30
2.1.1 Conceitos teórico- filosóficos	30
2.2 Percurso Metodológico	34
Capítulo III	43
3.1 As circunstâncias de implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda	43
3.1.1 Revisitando pontos principais da Reforma Psiquiátrica no Brasil	43
3.1.2 As Residências Terapêuticas e a rede de atenção em saúde mental no Brasil	50
3.1.3 O processo de criação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda e a participação da enfermagem	55
Capítulo IV	74
4.1 A participação da enfermagem no desenvolvimento das Residências Terapêuticas enquanto serviços da rede assistencial substitutiva ao modelo manicomial no município de Volta Redonda - RJ	74
4.1.1 A locação dos imóveis, transferência dos outsiders da Casa de Saúde Volta Redonda para as Residências Terapêuticas e a configuração inicial das casas	74
4.1.2 Recursos Humanos para atuar nas Residências Terapêuticas do município de Volta Redonda	86

4.1.3 A dinâmica de funcionamento inicial e a rede de atenção psicossocial em Volta Redonda como suporte às Residências Terapêuticas	96
Capítulo V	110
5.1 O processo de reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania dos outsiders em Volta Redonda: contribuições da enfermagem	110
5.1.1 Os dilemas no cotidiano dos profissionais e usuários das Residências Terapêuticas em Volta Redonda	110
5.1.2 As ações da enfermagem frente à reação social dos estabelecidos sobre a implantação e o funcionamento das Residências Terapêuticas em Volta Redonda	124
5.1.3 A solicitação de credenciamento das três primeiras Residências Terapêuticas e a criação da quarta Residência: a consolidação de um processo	132
Referências Bibliográficas	143
Cronograma	148
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mestrado	149
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Graduação	151
APÊNDICE C - Autorização para acesso e uso de documentos	153
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista Semi- Estruturada	154
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	156

Capítulo I

1.1 Introdução

A psiquiatria tradicional constituiu-se como uma ideologia pautada no paradigma biomédico. Nessa perspectiva, compreendida enquanto ideologia, não favorecia a construção de discussões sobre seus saberes e práticas (ROTELLI et al, 1990).

Este modelo hospitalocêntrico, traduzido pela instituição manicomial, se fez presente no Brasil a partir do século XIX. Visava principalmente a díade doença/cura, tinha como foco a medicalização – compreendida, nesse caso, tanto pela figura principal do médico, quanto pelo uso desenfreado de medicamentos, a partir da segunda metade do século XX (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Logo, corroborando com as assertivas de Alves (2010, p. 65), “a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram no hospício”. Neste modelo manicomial, a enfermagem tinha como papel principal cumprir as ordens médicas, e estimulava-se a dependência das pessoas em sofrimento psíquico pelos profissionais de saúde, uma vez que aquelas pessoas eram desconsideradas em sua existência e enxergava-se apenas sua doença. Dessa forma, tornaram-se passivas aos tratamentos e terapêuticas adotadas (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Nessa lógica, pode-se considerar o manicômio como um produto do sistema da psiquiatria tradicional. Segundo Rotelli et al (1990, p.61) “O manicômio é o lugar zero de troca. A tutela, a internação tem esta única finalidade: subtração das trocas. Estabelecer relações de mera dependência pessoal”.

Para Saraceno (1999) o hospital psiquiátrico é o reduto e a principal consequência da ideologia psiquiátrica, impregnado de limitações e obstáculos à reabilitação. Considerado, inclusive, como ferramenta mantenedora dos processos de exclusão e como reforço à estigmatização.

Além disso, a institucionalização desse paciente levava à exclusão social devido às longas internações, nas quais os profissionais de enfermagem eram vistos como “executores da ordem disciplinar emanada dos médicos” (ALVES, 2010, p. 65). E, para tanto, possuíam uma postura disciplinadora com a finalidade de aproximar, cada vez mais, os comportamentos do que se considerava como normal. Algumas estratégias para tal aproximação era a coação, a punição e castigos

àqueles que desviavam das regras e normas institucionais, como recursos para tratamento (PERES; BARREIRA, 2011).

Uma das características que apontaram a ineficácia dos saberes e práticas da psiquiatria tradicional foi a cronicidade dos pacientes, os quais, muitas vezes, perdiam a autonomia e a cidadania. Desta forma, depreende-se que a psiquiatria tradicional se ocupava da doença mental, considerada neste caso, como algo à parte da existência do indivíduo em suas complexidades e singularidades (ROTELLI et al, 1990). Logo, seriam necessárias mudanças nesse contexto assistencial.

Nesse sentido, com o passar dos anos, começou-se a questionar não só as práticas assistenciais desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos, mas também os conceitos da ideologia psiquiátrica. Assim, na década de 1980, teve início o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, o qual criticava o modelo anterior e os profissionais que realizavam suas funções, pautados na estrutura biologicista e organicista da psiquiatria tradicional.

É importante destacar que as iniciativas do líder Franco Basaglia, na Itália, influenciaram fortemente as ações da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a construção de políticas públicas para o campo da saúde mental, conforme o trecho a seguir:

[...] desejamos demonstrar que as experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, Inglaterra, França, EUA e Brasil encontram-se relacionadas – e ao mesmo tempo marcadas – por singularidades [...]. Tal particularidade não exclui a possibilidade de que tenhamos marcos históricos comuns – por exemplo, as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar [...] (AMARANTE, 2011, p.45).

Nessa perspectiva, delineou-se no Brasil o campo da saúde mental, que incita questionamentos sobre a construção dos saberes e ações. Entendido por Amarante (2011, p. 19) como um campo “polissêmico e plural” que pôde ser traduzido através do paradigma da atenção psicossocial. Este autor, apoiado nas propostas de Franco Rotelli, não resume a saúde mental a atenção psicossocial como um saber estático e definitivo, compreende como “um processo social que é complexo [...]. Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente (AMARANTE, 2011, p. 63).

No paradigma da saúde mental, considera-se o indivíduo como um ser complexo e multidimensional – biopsicossocial, espiritual, econômico e cultural - que encontra-se em sofrimento psíquico. Logo, necessita de um cuidado integral, no qual

curar ou aproximar dos critérios de normalidade não são as premissas que regem o cuidado, mas a finalidade seria evitar a cronicidade (ROTELLI et al, 1990). Ainda segundo Rotelli et al (1990, p.86), uma das propostas para obter êxito seria “talvez apenas reconstruir a identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder e sujeito social;”.

As mudanças referidas foram possíveis graças ao movimento da Reforma Psiquiátrica, aliado às conquistas da Reforma Sanitária. No que concerne a Reforma Psiquiátrica, o foco passou a ser a reabilitação psicossocial tendo em vista atender as seguintes diretrizes: desospitalização, desinstitucionalização, reinserção social e a cidadania da pessoa em sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005).

Sendo assim, é válido destacar o importante papel de eventos como as Conferências Nacionais de Saúde Mental, bem como suas deliberações, as quais influenciaram com veemência na construção do amparo legislativo e conceitual no campo da saúde mental.

Portanto, vislumbrou-se uma possibilidade de transformação paradigmática ao focar a pessoa em sofrimento psíquico e não apenas a etiologia da doença, tendo a reabilitação psicossocial como uma das ferramentas para operacionalização das mudanças conceituais e assistenciais. Assim, o modelo de atenção psicossocial não preza por reestabelecer a normalidade e enfrentar a doença mental enquanto objeto de intervenção, conforme o modelo biomédico previa (ROTELLI, et al, 1990; SARACENO, 1999).

Portanto, o campo da saúde mental não se baseia em apenas um conhecimento, como era a hegemonia do saber médico da psiquiatria tradicional. Logo, o modelo de atenção psicossocial pressupõe a necessidade de uma equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar (ALVES, 2010).

Contudo, Alves (2010) e Rocha (2005) apontam para o desafio do enfermeiro na definição do seu papel enquanto membro da equipe de saúde mental, no contexto da interdisciplinaridade. Podendo, muitas vezes, o enfermeiro dedicar-se a atividades burocrático-administrativas, culminando com distanciamento assistencial e crise de identidade profissional.

Nesse sentido, o enfermeiro em saúde mental deve compreender que a interdisciplinaridade, enquanto princípio assistencial do modelo promocional de saúde do SUS requer dos profissionais a manutenção das suas especificidades.

Porém, estabelecendo compartilhamento de saberes e intercâmbio de conhecimentos entre os membros da equipe, favorecendo a percepção global do usuário em sua complexidade e multidimensionalidade (ROCHA, 2005).

Logo, vale destacar que todos os membros da equipe devem ter como prioridade estimular habilidades e capacidades das pessoas em sofrimento psíquico de modo que as permitissem obter melhorias na qualidade de vida e no convívio social, respeitando as limitações individuais. Buscou-se com isso, enfatizar a necessidade de acolhimento, vínculo e autonomização dos usuários, considerando suas subjetividades e singularidades a fim torná-los ativos e corresponsáveis no tratamento e terapêuticas adotadas (JORGE et al, 2011).

Tais transformações foram respaldadas pelo aparato legislativo e jurídico construído ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil que se configurou em resguardar os direitos e redirecionar a assistência às pessoas em sofrimento psíquico para um modelo de base territorial.

Contudo, as mudanças no modelo assistencial não poderiam levar à desassistência, e, se fizeram necessárias, redes de atenção psicossociais, compostas por diversos dispositivos, como suporte para o campo da saúde mental, no sentido de prestar assistência integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Estas redes de atenção extra hospitalares, compostas por diversos serviços e de diferentes maneiras não podem ser compreendidas como complementares ao hospital psiquiátrico. São, na verdade, serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e prezam pelos direitos dos usuários e atuam, através da reabilitação, como mecanismos de reinserção dos mesmos no território (BRASIL, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o dispositivo cujo papel é estratégico na organização da rede de atenção extra hospitalar e na articulação entre esses serviços, tais como: leitos em Hospitais Gerais, Estratégia Saúde da Família (ESF), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Associação de Moradores, Instituições de Defesa dos Direitos dos Usuários, Programa de Volta para Casa, entre outros (BRASIL, 2005).

A proposta central, desde os primórdios do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil era a substituição das instituições manicomiais por dispositivos da rede de atenção psicossocial, buscando articulações de cunho intersetorial

(Brasil, 2005). Nesse sentido, estudos apontaram algumas iniciativas de modelos para moradia de pessoas em sofrimento psíquico provenientes de longas internações em hospitais psiquiátricos (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009; MOREIRA, 2007).

Historicamente, no que se refere às moradias para pessoas em sofrimento psíquico, pode-se destacar a experiência de Basaglia, em 1971, na Itália, através do processo de constituição de novos espaços a fim de romper com o modelo de institucionalização. Desta forma, criou espaços como os grupos-apartamento que eram considerados as moradias das pessoas em sofrimento psíquico, egressos de hospital psiquiátrico, com acompanhamento de técnicos e/ou pessoas voluntárias. (AMARANTE, 2009, p. 49)

No Brasil, na década de 1980, como uma das alternativas para alocação de pessoas em sofrimento psíquico, fora do ambiente institucional hospitalar, surgiu a proposta dos Lares Abrigados, para humanizar o tratamento feito em instituições asilares e, com isso, descaracterizar os aspectos hospitalares e buscar autonomia e novos contatos em espaços sociais (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Essa iniciativa consistia da retirada do portador de transtorno mental da enfermagem e sua inserção em um Lar, cabendo às equipes que neles atuavam, intermediar a relação entre o Lar, a rede de assistência local e os profissionais de saúde da rede. Logo, tal proposta não caracterizava os Lares Abrigados como local de atendimento de saúde e sim de moradia, porém vinculado a um hospital psiquiátrico (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Com o passar dos anos, as propostas de moradias para pessoas em sofrimento psíquico ganharam novas nomenclaturas, tais como: Moradias Assistidas; Moradias extra-hospitalares; Pensões Terapêuticas, entre outras. Apesar das mudanças de nomenclatura, um ponto comum é que todos esses modelos buscavam a substituição da internação psiquiátrica por uma alternativa de moradia, ainda que, em algumas das propostas, houvesse acompanhamento por profissionais dos hospitais psiquiátricos (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Conforme apontam alguns autores (Amorim; Dimenstein, 2007; Moreira, 2007), muitos modelos surgiram como iniciativas de políticas públicas municipais, iniciativa de universidades e, muitas vezes, vinculadas a hospitais psiquiátricos.

Logo, é notório que tais propostas não possuíam suporte legislativo, em âmbito nacional, para integrar a Política Nacional de Saúde Mental.

O Serviço Residencial Terapêutico foi uma proposta de moradia, pelo Ministério da Saúde, amparada legislativamente, através da Portaria/GM Nº 106 de 11 de fevereiro de 2000¹. Portanto, considerado como uma política pública que integra a Política Nacional de Saúde Mental, no tocante às moradias para pessoas em sofrimento psíquico.

As Residências Terapêuticas tem como principal finalidade o morar, podendo beneficiar portadores de transtornos mentais egressos ou não de hospital psiquiátrico, que não possuam suporte familiar; egressos de Hospitais de Custódia, através de decisão judicial; pessoas acompanhadas pelo CAPS que possuem problemas de moradia identificados pela equipe interdisciplinar e, a demanda externa proveniente de moradores de rua portadores de transtorno mental (BRASIL, 2004).

As Residências Terapêuticas vão de encontro ao modelo de reclusão dos usuários e tem como propósito a humanização da assistência ao portador de transtorno mental, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, deve ter como objetivos: reduzir as internações em hospitais psiquiátricos, incentivar a autonomia, promover o resgate da cidadania e a reinserir estes indivíduos na sociedade, através da reabilitação psicossocial (BRASIL, 2000).

Podem ser entendidas como moradias, articuladas aos demais dispositivos que integram a rede de atenção à saúde mental do município. A supervisão e assistência de seu funcionamento é feito por uma equipe técnica dos serviços dos CAPS, não devendo ser consideradas como locais onde são realizados serviços de saúde. Além disso, buscam incentivar a autonomia, promover o resgate da cidadania e a reinserção destes indivíduos na sociedade, através da reabilitação psicossocial (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

De acordo com a Portaria Nº 106/00, as Residências Terapêuticas não podem estar vinculadas às instituições de internação hospitalar, de cuidados gerais ou especializados. Portanto, é no contexto da ampliação dos recursos no processo da Reforma Psiquiátrica, que se deve considerar a criação do Serviço Residencial Terapêutico no Brasil.

¹ Portaria Nº 106/00 - Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos

Logo, pode ser caracterizado como um dispositivo que contribuiu para a mudança de paradigma da psiquiatria tradicional para o modelo de atenção psicossocial em saúde mental, o qual poderia proporcionar nos municípios, o rompimento definitivo com a ideologia manicomial. Portanto, a Residência Terapêutica passou a ser uma possibilidade de resgate à cidadania através da inserção de um outsider no meio social.

Tais mudanças no sentido da estruturação de redes de atenção substitutiva às instituições psiquiátricas ocorreram em diversos municípios brasileiros, em seus processos de implantação da Reforma Psiquiátrica. Este fato se deu através da implantação de serviços substitutivos, como CAPS e SRT, cuja cobertura territorial em diversas localidades se mostrou quantitativamente satisfatória ao longo da última década (BRASIL, 2012).

No que se refere ao modelo assistencial para pessoas em sofrimento psíquico, o município de Volta Redonda, localizado na região sul do estado do Rio de Janeiro, foi afetado pelas portarias e programas do Ministério da Saúde, bem como pela Lei 10.216/01, cuja consequência foi a gradual reestruturação da lógica assistencial em saúde mental no município. (MORAES, 2008; 2010; MARTINS et al, 2012)

Em 1993, o município de Volta Redonda possuía dois hospitais psiquiátricos, a Clínica Santo Antônio e a Casa de Saúde Volta Redonda (CSV), ambos particulares, conveniados ao SUS, destinados a internação de pessoas em sofrimento psíquico. As duas instituições não tinham boas condições de funcionamento, passavam por problemas no setor financeiro e possuíam muitos entraves para adequação às condições de funcionamento estabelecidas pela Portaria Nº 88/93 do Ministério da Saúde (MORAES et al, 2010). Logo, de acordo com esta portaria, a instituição que não se adequasse às normas seria descredenciada do SUS e sofreria sanção pecuniária (BRASIL, 1993).

Sendo assim, diante do fechamento da Clínica Santo Antônio, em 1994, e do risco de descredenciamento da CSV, as autoridades municipais se encontravam com uma questão a ser resolvida: como ficaria a assistência psiquiátrica às pessoas em sofrimento psíquico no município?

Com a justificativa de não permitir a desassistência dos pacientes, as autoridades municipais realizaram, em 1994, uma intervenção na CSV, que

poderia ser considerada a primeira medida efetiva, por parte das autoridades municipais, no sentido de implementação da Reforma Psiquiátrica naquele município. (MORAES et al, 2010).

Portanto, houve a necessidade de criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, para formar uma rede de assistência extra hospitalar em saúde mental. Assim, um ano após a intervenção, em 1995, foi criado o primeiro CAPS de Volta Redonda. À medida que a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no município avançava, ocorria a expansão dos dispositivos extra hospitalares. (MORAES et al, 2010)

Embora não tenha sido feita nenhuma ação direta para retirada dos pacientes do hospital psiquiátrico desde a intervenção, ao considerar a necessidade de fomentar a desospitalização e desinstitucionalização dos mesmos, houve, em 2006, a criação do Projeto de Implantação de Residência Terapêutica para o município de Volta Redonda – RJ. (MARTINS et al, 2012)

Cabe destacar que a CSVR, instituição privada conveniada ao SUS, esteve durante 15 anos sob intervenção municipal, enquanto tramitava na justiça o processo movido pelos acionistas majoritários da instituição contra o poder municipal de Volta Redonda, para reaverem o direito de posse do imóvel. (MARTINS et al, 2012)

Assim, o Projeto de Implantação de Residência Terapêutica para o município de Volta Redonda somente foi implantado em 2009, em caráter de urgência, uma vez que a justiça decidiu, em janeiro deste mesmo ano, que a CSVR deveria retornar aos seus proprietários. Desse modo, interrompeu os longos anos que ficou sob intervenção municipal.

O prazo para que os proprietários reavessem seu patrimônio foi junho de 2009. Com isso, as autoridades municipais estavam, novamente, diante de um impasse, ou seja, a necessidade de realocar os pacientes da CSVR e garantir a assistência psiquiátrica no município, dentro dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica (MARTINS et al, 2012).

Nesta perspectiva, para atender as determinações judiciais e dar continuidade à implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, as autoridades municipais se viram na iminência de acelerar o processo de criação de Residências

Terapêuticas. Este dispositivo seria uma alternativa para realocar os pacientes que, até então, se encontravam na CSVR (MARTINS et al, 2012).

Como toda mudança, esse processo de transformação social que ocorreu no município de Volta Redonda passou por movimentos de resistência e de apoio que serão descritos e analisados nos próximos capítulos. Para se minimizar os efeitos das resistências e tornar viável a implantação e funcionamento das Residências Terapêuticas, foi necessária a participação dos usuários, dos seus familiares, dos profissionais que atuavam no campo da psiquiatria e das autoridades municipais.

Na perspectiva das mudanças de paradigma e do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, as Residências Terapêuticas fazem parte do fenômeno histórico da Reforma Psiquiátrica. São, portanto, dispositivos, da rede de atenção extra hospitalar, importantes no processo de desinstitucionalização, desospitalização e reinserção psicossocial da pessoa com transtorno mental.

No entanto, seu processo de criação e implantação nos municípios brasileiros são muito distintos entre si, com desafios diferenciados, que evidenciam avanços e retrocessos, e exigem suporte de demais serviços da rede de atenção extra hospitalar.

A classificação inicial das Residências Terapêuticas em tipo I e II, nos quais, se adequaria conforme seu maior grau de autonomia dos usuários (tipo I) ou maior cronicidade e/ou dependência de cuidados (tipo II), se deu através de uma Cartilha, de cunho explicativo, lançada em 2004, pelo Ministério da Saúde. Portanto, não possuía caráter legislativo.

Tendo em vista a proposta desta Cartilha, o profissional indicado para atuar diretamente nas Residências com a responsabilidade de supervisionar as atividades diárias e auxiliar o funcionamento é o cuidador. (BRASIL, 2004)

De acordo com o Ministério da Saúde, o cuidador é uma ocupação cuja definição seria (BRASIL, 1999, p.8):

“alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.”

Na saúde mental, o cuidador é uma pessoa que deve receber capacitação para apoiar os usuários na aquisição de autonomia para realizar atividades de vida diária, como parte da proposta reabilitativa e, na reinserção social. Inclusive, poderia ser um empregado doméstico, caso haja autonomia suficiente para decidir e interesse dos usuários em custear com seus benefícios pecuniários. Logo, a partir de tal definição, pode-se perceber que o cuidador não é um profissional de saúde (BRASIL, 1999; 2004).

Apesar dos cuidadores não serem profissionais de saúde, devem receber suporte através dos profissionais dos serviços de saúde nos quais a Residência Terapêutica estiver vinculada, ou seja, CAPS, ESF, Hospital Geral. Assim, uma das funções do cuidador é informar à equipe de saúde sobre o estado de saúde dos usuários (BRASIL, 1999; 2004).

A presença da enfermagem era prevista apenas em Residências tipo II, através dos técnicos de enfermagem, conforme Portaria N° 106/00 e a Cartilha do Ministério da Saúde. O técnico de enfermagem foi designado para atuar neste tipo de Residência, pois os usuários demandariam cuidados diários intensivos (BRASIL, 2004).

Vale destacar que nas Residências tipo II, o técnico de enfermagem deve atuar em conjunto com cuidadores. Portanto, há que se atentar para possíveis conflitos de identidade profissional devido ao modo peculiar de cuidado que deve ser desenvolvido por todos os profissionais que atuam na saúde mental, uma vez que o enrijecimento das funções vai de encontro ao paradigma da atenção psicossocial (ALVES, 2010; MARTINS, 2013).

Logo, a proposta do Serviço Residencial Terapêutico não prevê a atuação do enfermeiro no interior dessas Residências, intervindo no cotidiano das mesmas. Contudo, o enfermeiro integra as equipes multiprofissionais dos dispositivos que compõem a rede extra hospitalar em saúde mental que oferece suporte para o funcionamento das Residências Terapêuticas, bem como respaldo para os técnicos de enfermagem que nelas atuam diretamente, conforme consta no Art. 7 da Portaria N° 106/00².

² “Definir que os serviços ambulatoriais especificados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades”

Estudos preliminares apontam que a participação do enfermeiro foi importante para o processo de implantação de Residências Terapêuticas, no que se refere ao enfrentamento de obstáculos para concretização de tal processo, tais como: resistência da sociedade estabelecida, processo de estigmatização, cronicidade dos usuários, articulação dos serviços em rede substitutiva de saúde mental, fechamento de instituição manicomial, recursos humanos para atuar nas Residências Terapêuticas, entre outros. (MARTINS et al, 2012, 2013). Nessa trajetória, nos interessa conhecer como se deu a participação do enfermeiro no processo de implantação das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda - RJ.

1.1.1 Questões norteadoras

Diante dessa conjuntura, e dando continuidade às pesquisas para maior compreensão dos fenômenos históricos acerca da ampliação das estratégias para atender as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, surgiram questionamentos de como se deu a participação do enfermeiro no processo de implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e quais foram as possibilidades de atuação do enfermeiro no que concerne a dinâmica de funcionamento adequado deste Serviço no município de Volta Redonda – RJ.

1.1.2 Objeto de estudo

Para tanto, apresento como objeto de estudo a participação do enfermeiro no processo de implantação de Residências Terapêuticas para portadores de transtornos mentais no município de Volta Redonda – RJ.

O recorte temporal compreende os anos de 2006 a 2011. O marco inicial refere-se à criação do Projeto de Residência Terapêutica para o município de Volta Redonda, região sul do estado do Rio de Janeiro. O marco final refere-se ao ano de credenciamento das Residências Terapêuticas ao SUS, uma vez que segundo Martins et al (2012), à época da implantação, as Residências não foram credenciadas devido à superlotação e, permaneceram sob financiamento da prefeitura. Além disso, devido à saída da enfermeira da condição de Coordenadora do Programa de Saúde Mental do município de Volta Redonda.

1.1.3 Objetivos

Este estudo apresenta os seguintes objetivos: descrever as circunstâncias de implantação das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ; analisar a participação do enfermeiro na rede de apoio às Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ e discutir como a enfermagem, envolvida com as Residências Terapêuticas, contribuiu para o processo de reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico no município de Volta Redonda – RJ.

1.2 Motivação e Relevância / Justificativa do estudo

Enquanto acadêmica do Curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), tive a oportunidade de participar do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), na qualidade de Bolsista de Iniciação Científica, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ e, com isso, iniciar estudos sobre a participação do enfermeiro no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A pesquisa que realizei teve como foco o processo de implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda, região sul do estado do Rio de Janeiro, intitulada “Participação do Enfermeiro na implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda – Rio de Janeiro (2009)”. Esta pesquisa foi encaminhada para publicação, teve seus resultados parciais apresentados em vários eventos científicos de enfermagem e, além disso, foi apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso.

O relatório parcial da pesquisa de iniciação científica, encaminhado ao órgão de fomento (FAPERJ), em dezembro de 2010, gerou a necessidade e o interesse em dar continuidade aos estudos sobre esta temática, com o desenvolvimento de outro estudo que permitisse entender o funcionamento das Residências Terapêuticas enquanto dispositivo extra hospitalar e possibilidades de atuação do enfermeiro nesse ambiente.

Concomitante a isso, a realização do estágio curricular, no sétimo período da graduação, cujo campo de atuação é o enfermeiro na saúde mental, reforçou meu

interesse em dar continuidade aos estudos nessa temática. No estágio, tive a oportunidade de atuar em um Centro de Atenção Psicossocial onde pude perceber as importantes funções exercidas pelo enfermeiro, tanto com relação aos pacientes e aos demais membros da equipe quanto para a articulação com os outros dispositivos da rede de saúde mental.

O desenvolvimento da pesquisa e, paralelamente, a atuação no campo assistencial foi importante, pois pude observar semelhanças e diferenças entre os resultados do estudo realizado no município de Volta Redonda e a realidade que eu vivenciava durante o estágio em Bangu, bairro da zona oeste do município do Rio de Janeiro. Ainda que não tenha atuado diretamente nas Residências Terapêuticas articuladas ao CAPS nesse bairro, as discussões de casos durante as reuniões de equipe elucidaram, de forma satisfatória, como era feita essa articulação da rede territorial de atenção à saúde mental.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), “precisamos aumentar o investimento em saúde mental e destinar os recursos disponíveis para formas mais eficazes e mais humanitárias de serviços”. No Brasil, as Residências Terapêuticas se encontram em franca expansão, com um salto quantitativo de 63 Residências Terapêuticas cadastradas ao SUS, em 2002, para 779, em 2011. (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, e tendo em vista as buscas bibliográficas sobre o campo da saúde mental, disponíveis em bases de dados, notou-se uma escassez nas pesquisas científicas sobre Residências Terapêuticas. Corroborando, assim, com a pertinência do desenvolvimento deste estudo e, gerar novos questionamentos acerca de um tema tão vasto que, por ainda encontrar-se em desenvolvimento, possui muitas lacunas que devem ser preenchidas.

O estudo se justifica também pela necessidade de (re) conhecer a importância do profissional enfermeiro no campo da saúde mental, com destaque para a forma de atuação no apoio às Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – RJ.

Desta maneira, no que concerne a transformação do modelo paradigmático da assistência de enfermagem em saúde mental, a utilização da história da enfermagem no tempo presente justifica-se na medida em que evidencia a

pertinência de reflexões para melhor fazermos o presente e gerar benefícios para o futuro.

1.3 Contribuições do estudo

Esta pesquisa dará continuidade aos demais estudos concluídos, em torno da mesma temática, uma vez que outros estudos estão sendo investigados pelo Grupo de Pesquisa cadastrado no CNPq, intitulado “Trajetória do Cuidado de Enfermagem em espaços especializados”, o qual se insere este projeto.

Espero contribuir, com fonte documental para pesquisadores e profissionais envolvidos no campo da saúde mental e da história da enfermagem brasileira, com ênfase na divulgação das transformações que ocorreram no modo de atuação do profissional enfermeiro durante o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no município em questão.

Contribuir, também, como subsídio aos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros, por elucidar a viabilidade de implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a importância da atuação do enfermeiro neste contexto. Possibilitando, assim, ao acadêmico, em seu processo de formação, maior compreensão acerca das possibilidades de atuação do enfermeiro na rede extra hospitalar em saúde mental, através de uma perspectiva histórica.

Para os profissionais que atuam na assistência, pretendo auxiliar através da construção de um conhecimento acerca das possibilidades de atuação do enfermeiro no apoio às Residências Terapêuticas, a partir de experiências vivenciadas pelos profissionais enfermeiros do município de Volta Redonda – RJ e, analisadas historicamente. Evidenciando, desta forma, o movimento da enfermagem em prol das mudanças oriundas da Reforma Psiquiátrica.

Logo, o ensino de enfermagem dentro deste novo paradigma em saúde mental e as possibilidades de modificação e/ou atualização da prática assistencial, podem facilitar o resgate à cidadania e a reabilitação psicossocial dos usuários da rede de atenção extra hospitalar, através da reinserção social.

Além disso, esta pesquisa pode se configurar como um referencial para profissionais da saúde e gestores municipais envolvidos na implantação do Serviço Residencial Terapêutico em seu município, visto que trago experiências vividas por

atores sociais de Volta Redonda, apresentando dificuldades e avanços que podem ser comuns a outras localidades, com a singular participação do enfermeiro neste processo.

1.4 Estrutura do estudo

Este estudo está estruturado em cinco capítulos, sendo os capítulos 3, 4 e 5 apresentam os resultados, as análises e discussão. No capítulo 3 buscou-se descrever a trajetória brasileira do movimento de Reforma Psiquiátrica, evidenciando a transição do modelo hospitalocêntrico, para a lógica territorial de assistência. Nessa perspectiva, explicita a criação de diversos dispositivos para compor a rede substitutiva de atenção psicossocial, com ênfase nas Residências Terapêuticas. Por conseguinte, caracterizou-se o fechamento da CSVR e o processo de criação das Residências Terapêuticas, com foco para contribuições da enfermagem em Volta Redonda.

O capítulo 4 analisa e provoca reflexões sobre os enfrentamentos para viabilizar o funcionamento adequado das Residências Terapêuticas em Volta Redonda e quais impactos da participação da enfermagem neste processo, tendo em vista as diretrizes da reabilitação psicossocial. Portanto, vislumbrou-se explorar os detalhes desde como se deu a locação dos imóveis, passando pelos recursos humanos para atuarem em tal serviço até a conformação e articulação da rede de atenção psicossocial.

O capítulo 5 está configurado de modo a discutir a possibilidade de resgate da cidadania e o alcance de uma reabilitação psicossocial possível para cada usuário das Residências Terapêuticas, considerando suas singularidade e multidimensionalidade. Essa discussão perpassa os dilemas profissionais para atuar em um novo paradigma de assistência, a reação social da sociedade estabelecida e a consolidação do Serviço Residencial Terapêutico, através do credenciamento, que implicou em aprendizagem para a replicação do modelo assistencial.

Capítulo II

2.1 Abordagem Teórico – Metodológica

2.1.1 Conceitos teórico- filosóficos

A presente pesquisa se propôs a estudar a participação do enfermeiro na implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda, como citado anteriormente. Para possibilitar a análise e discussão dos dados, além do referencial teórico adotado, utilizei como suporte a literatura sobre saúde mental e os conceitos que sustentam a Reforma Psiquiátrica, como: desospitalização, desinstitucionalização e reinserção social; além dos conceitos de cidadania e reabilitação psicossocial.

Como referencial teórico utilizei o pensamento de Norbert Elias, mais precisamente, em sua obra *“Os Estabelecidos e os Outsiders – Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade”* (2000).

Esta obra etnográfica, que se baseou em uma comunidade na Inglaterra, teve sua primeira edição em Londres, no ano de 1965, intitulado *“The Established and the Outsiders: A sociological Enquiry into Community Problems”*. A versão em português que foi utilizada neste estudo, derivou da edição realizada, em 1994, que contém o posfácio acrescentado pelo autor. Norbert Elias era um sociólogo alemão, de grande destaque no século XX e, passou 40 anos da sua vida na Inglaterra, onde foi professor da Universidade de Leicester.

Este autor traz em sua obra as noções de seres individuais e grupais, processo estigmatizante e relações de poder; as quais utilizei para analisar os resultados parciais desta pesquisa.

No que se refere ao modo de entender os membros da sociedade como indivíduos ou grupos, o autor elucida o fato de que os grupos sob configuração de estabelecidos-outsiders são compostos por seres individuais. Destaca ainda como “os indivíduos percebem uns aos outros como pertencentes a um mesmo grupo e se incluem mutuamente dentro das fronteiras grupais” e, concomitante a isso, de que maneira “excluem outros seres humanos a quem percebem como pertencentes a outro grupo e a quem se referem coletivamente como ‘eles’”. (ELIAS, 2000, p.37)

O autor afirma com base em sua pesquisa “que os problemas em pequena escala do desenvolvimento de uma comunidade e os problemas em larga escala do desenvolvimento de um país são inseparáveis”. Logo, para o entendimento de questões que envolvem comportamento humano e seus desdobramentos sociais, há um elo na escala de análise entre macro e micro, e não uma divisão entre eles. Ainda diz que “não faz muito sentido estudar os fenômenos comunitários como se eles ocorressem num vazio sociológico” (ELIAS, 2000, p.16)

De acordo com esta visão do autor, pode-se compreender que as mudanças na comunidade do município de Volta Redonda devem ser entendidas a partir do desenvolvimento do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois as ações desenvolvidas no âmbito municipal são pautadas no modelo assistencial estabelecido na esfera federal.

Elias (2000, p.19) descreveu uma comunidade na qual ocorria uma explícita divisão entre um grupo estabelecido desde muito tempo numa determinada localidade e outro grupo recente de residentes, que recebeu a alcunha de outsiders pelo primeiro grupo. O autor ainda cita que “o grupo estabelecido cerrava fileiras contra eles e os estigmatizava, de maneira geral, como pessoas de menor valor humano”.

A partir do estabelecimento desta “figuração formada pelos dois [...] grupos implicados ou, em outras palavras, a natureza de sua interdependência” é que se faz necessário discutir a questão da estigmatização social através de uma abordagem em que se perceba o plano individual e a nível de grupo. Logo, é importante distinguir e relacionar entre si o que é preconceito individual e estigmatização grupal. (ELIAS, 2000, p.23)

Os estabelecidos “recusavam-se a manter qualquer contato social com os outsiders, exceto o exigido por suas atividades profissionais”, logo, os excluídos eram vistos “como pessoas de uma espécie inferior” (Elias, 2000, p.20). Contudo, o estigma acontecia “por eles pertencerem a um grupo coletivamente considerado diferente e inferior ao próprio grupo” e não pelas características e qualidades individuais de seus membros. (ELIAS, 2000, p.23)

Partindo deste princípio, a realidade vivenciada no Brasil, no modelo psiquiátrico hospitalar, ou seja, anterior as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, não

difere do que foi exposto pelo autor no trecho acima, no que se refere à relação de convivência entre os profissionais e as pessoas em sofrimento psíquico.

Isso pode ser notado através das relações que a população externa ao hospital psiquiátrico, tida como “normal”, estabelecia com as pessoas em sofrimento psíquico, institucionalizados. Não havia convívio social, apenas os integrantes da sociedade que possuíam vínculo empregatício em hospitais psiquiátricos estabeleciam relações, estritamente profissionais, com os usuários.

O fato de não ter havido interação social entre as pessoas em sofrimento psíquico de Volta Redonda com a população estabelecida, fortalecia a dicotomia entre esses dois grupos e fomentava a manutenção do primeiro grupo na condição de aliado do convívio social e até em espaços públicos. Esta forma de pensar da sociedade pode ter sido reforçada pelos profissionais, dentro do espaço de reclusão do outro grupo.

Essa estigmatização remete a uma relação de poder da qual o grupo estabelecido exclui o grupo outsiders, com as tensões e conflitos inerentes ao equilíbrio instável de poder. Independente do caso, desde que haja dois extremos em que um grupo represente os estabelecidos e o outro os excluídos, ambos exercem pressões, porém em sentidos opostos. Os estabelecidos prezam pela manutenção ou aumento do poder frente aos excluídos, que, por sua vez, primam pela redução dos “diferenciais de poder responsáveis por sua situação inferior”. (ELIAS, 2000, p.37)

Essa condição pode ser evidenciada ao perceber a insatisfação referida por alguns membros da sociedade, “os estabelecidos” do município de Volta Redonda – RJ, frente a necessidade de conviver com os egressos da Casa de Saúde Volta Redonda, “os outsiders”, durante o processo de implantação das Residências Terapêuticas nos espaços urbanos deste município.

No que se refere aos conceitos que caracterizam os pilares da Reforma Psiquiátrica, estes são fundamentais para a análise no campo da saúde mental e, na transição do paradigma manicomial de assistência para um modelo de base comunitária.

Desta maneira, compreende-se como desospitalização, a retirada da pessoa em sofrimento psíquico do hospital psiquiátrico, ou seja, encerra-se aquela internação (SARACENO, 1999).

A desinstitucionalização, por sua vez, caracteriza-se pelo abandono às propostas e conceitos da psiquiatria tradicional. Logo, propõe incorporar os conceitos e a prática assistencial fora da lógica do isolamento, opressão e dependência. Deve ocorrer com usuários, profissionais, familiares e membros da sociedade, tendo como um dos focos a diminuição do estigma. Pôr em prática este conceito é importante tanto para o encerramento de um laço com a instituição hospitalar, que de certo modo gerava segurança e pertencimento, quanto para a qualidade da receptividade pela sociedade (ROTELLI et al, 1990; AMARANTE, 2009).

A reinserção social consiste em o usuário desfrutar de espaços sociais e atuar de forma ativa na dinâmica social, através do convívio com demais membros da sociedade, além de objetivar desenvolver o sentimento de pertencimento àqueles espaços (ROTELLI et al, 1990; AMARANTE, 2009).

A reabilitação psicossocial visa minimizar os efeitos prejudiciais da exclusão, tais como, redução das limitações e, com isso, aumento das possibilidades para desempenho de funções sociais, através do desenvolvimento da sua autonomia, respeitando suas singularidades e limitações. Portanto, tem como objetivo estimular as habilidades e desenvolver capacidade de enfrentamento às situações de vida diária, cujas metas são a diminuição da dependência pelo profissional e autonomia social. (SARACENO, 1999)

E, por cidadania, no que tange as pessoas em sofrimento psíquico, principalmente aquelas que passaram por longas internações, entende-se que ultrapassa a ideia de restituição dos direitos e cumprimento dos deveres. Está diretamente relacionada com a criação de direitos que nunca existiram, havendo a necessidade de enfatizar a construção de um compromisso com o exercício da autonomia de maneira a contemplar as multidimensões de cada indivíduo (SARACENO, 1999; AMARANTE, 2011).

Buscando a interlocução entre estes conceitos, é possível considerar que para atingir a proposta de reinserção social e resgate da cidadania, é fundamental o desenvolvimento de medidas de desinstitucionalização, inclusive antes da etapa de desospitalização. E, que a reabilitação psicossocial, compreendida como um processo e não uma técnica, perpassa todas estas fases.

Dessa forma, pode-se inferir que ao realizar a desospitalização sem estar apoiada nos demais conceitos pode refletir em desassistência. E, a reabilitação psicossocial, que é um processo transversal e contínuo deve ocorrer de modo concomitante às medidas de desinstitucionalização, como o estímulo à autonomia, por exemplo. Logo, essas medidas possibilitariam o êxito na proposta de reinserção social e, conseqüentemente, no resgate à cidadania.

2.2 Percurso Metodológico

É um estudo qualitativo de cunho histórico-social. A história social surgiu como uma possibilidade, em oposição às limitações da historiografia tradicional, de utilização da abordagem histórica por outras ciências humanas e disciplinas, viabilizando tanto a ampliação de objetos bem como aprimoramento metodológico. Além disso, a autora afirma que “a história social passa a ser encarada como perspectiva de síntese, como reafirmação do princípio de que, em história, todos os níveis de abordagem estão inscritas no social e se interligam (CASTRO, 1997, p.46)”.

As categorias profissionais, grupos sociais e suas relações que configuravam as estruturas sociais fazem parte, como problema central, do enfoque dado por essa postura historiográfica. Assim, a história social pode ser entendida como uma abordagem, a fim de formular problemas sobre os atores coletivos, que engloba as relações e o comportamento entre os diversos grupos sociais, com ênfase, também, na dinâmica social (CASTRO, 1997, p. 47-48).

Este estudo está incluso no âmbito da micro-história, que se insere no campo da história social, uma vez que a escala de análise reduz-se ao recorte temporal proposto, em conformidade com as pesquisas recentes neste campo. Destina-se, através de um nível de observação, à formulação de novos problemas baseado na reconstituição parcial de vivências históricas, com a finalidade de “um ponto de partida para um movimento mais amplo em direção a generalização” (CASTRO, 1997, p. 53-54).

Revel (1998) afirma que à definição de um projeto baseado na micro-história, é essencial a mudança de escala de observação. Contudo, “variar a objetiva não significa apenas aumentar (ou diminuir) o tamanho do objeto no visor, significa

modificar sua forma e sua trama” (REVEL, 1998, p.20). Sendo assim, ao estudar determinadas situações em sua singularidade e em uma escala reduzida, é possível compreender tais situações, atores e comportamentos de maneira mais profunda.

O autor ainda destaca que ao levar em consideração as singularidades não constitui privilegiar o individual, mas demonstrar que “essas vidas minúsculas também participam, à sua maneira, da “grande” história da qual elas dão uma versão diferente, distinta, complexa (REVEL, 1998, p.12)”. Dessa forma, a questão principal não é opor as escalas de observação em que os fenômenos são estudados, e sim “reconhecer que uma realidade social não é a mesma dependendo do nível de análise [...] em que escolhemos nos situar” (REVEL, 1998, p.12).

Este estudo está compreendido no conceito de história do tempo presente. Sendo assim, Chauveau (1999, p.15) afirma que “a história não é somente um estudo do passado, ela também pode ser, com um menor recuo e métodos particulares, o estudo do presente”.

Apesar do fator cronológico não ser suficiente para definir história do tempo presente, alguns aspectos legitimam tal definição e passa a ser considerada como uma abordagem científica, tais como: os métodos utilizados, a natureza e a forma de análise dos arquivos, a presença do historiador em seu tempo e a aproximação com o acontecimento (CHAUVEAU, 1999).

Segundo Chauveau (1999, p.36) “A epistemologia da história do presente consiste, portanto, em interrogar a história a fim de propor novos dados que aumentarão sua capacidade de explicitação e sugestão”. Além disso, a história do tempo presente, através da mudança de perspectiva, visa abandonar objetos de estudo considerados obsoletos, ao buscar no passado objetos que estejam de acordo com a demanda contemporânea.

As fontes primárias utilizadas no desenvolvimento deste estudo foram compostas por documentos escritos e entrevistas orais. Os documentos utilizados foram: leis, decretos, portarias, resoluções e relatórios que englobam o campo da Saúde Mental e as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, disponíveis no site do Ministério da Saúde; Projeto de Implantação de Residências Terapêuticas para o município de Volta Redonda – RJ, localizado na Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.

As fontes primárias localizadas na Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda estão listadas a seguir:

- Projeto para Implantação de Residência Terapêutica do Município de Volta Redonda – 2006
- Planejamento Estratégico da Casa de Saúde Volta Redonda – 2007
- Plano Municipal de Saúde – 2007
- Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda – 2007
- Projeto para Supervisão Clínico-Institucional – 2007
- Ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde – 16/01/2008
- Ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde – 22/01/2008
- Folder de divulgação de evento do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda: “ Os direitos dos portadores transtornos mentais em debate: A interface entre as Políticas de Saúde Mental, a Previdência Social e o Poder Judiciário. - 2008
- Ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde – 02/09/2009
- Termo de Registro de Reunião do Ministério Público com a Enfermeira Anna Beatriz de Avellar Melo – 29/10/2009.
- Ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde – 07/10/2009
- Decreto Municipal Nº 11.274 para nomeação de Secretário Municipal de Saúde – 2009
- Folder informativo do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda: “Por uma sociedade sem manicômios!!! Como assim, o fim dos manicômios?” - 2010
- Projeto Terapêutico individual dos usuários de cada Residência Terapêutica - 2010

- Ata do I Fórum Intersetorial da Saúde Mental – 07/04/2010
- Termo de Registro de Reunião do Ministério Público com a Enfermeira Anna Beatriz de Avellar Melo – 13/05/2010.
- Ata de reunião do Ministério Público sobre a saúde mental no Município de Volta Redonda – 22/09/2010
- Boletim de ocupação e funcionamento da Residência Terapêutica Casa de Pedra – 2010
- Boletim de ocupação e funcionamento da Residência Terapêutica Vila Santa Cecília – 2010
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - da Residência Terapêutica Vila Santa Cecília – 2010
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da Residência Terapêutica Casa de Pedra – 2010
- Programa de Saúde Mental em Volta Redonda – 2010
- Projeto Residência Terapêutica em Volta Redonda – 2010
- Ofício Nº 1139/2010 – Solicitação de credenciamento das Residências Terapêuticas.
- A rede de atenção Psicossocial de Volta Redonda – 2011
- Ofício à Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva Núcleo de Volta Redonda – 2011
- Listagem de documentos necessários para o credenciamento dos serviços de saúde pela Secretaria Estadual de Saúde – s/d

Esta pesquisa também utilizou onze entrevistas realizadas com profissionais que tiveram participação fundamental no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda. As seis primeiras entrevistas foram

realizadas por ocasião da pesquisa de Iniciação Científica (IC), após esclarecimento dos respondentes sobre os objetivos do estudo e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual previa sua utilização em uma Dissertação de Mestrado sobre o mesmo tema. As outras cinco foram realizadas com o intuito de obter mais informações, bem como esclarecimentos acerca do fenômeno histórico em estudo.

Para selecionar os profissionais que participaram das entrevistas, utilizei como critérios de inclusão:

- Profissionais que atuaram em serviços de apoio, através de suporte direto ou indireto, para o funcionamento das Residências Terapêuticas.
- Profissionais que tiveram participação no processo de criação e implantação das Residências

E, como critérios de exclusão:

- Os profissionais que se negassem a participar do estudo estariam excluídos da pesquisa.

Esses profissionais foram captados através de indicação dos profissionais já entrevistados anteriormente, à época da construção do Trabalho de Conclusão de Curso e por indicação da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Não houve posicionamento contrário de nenhum dos profissionais selecionados para participar da pesquisa.

A seguir, apresento as entrevistas realizadas no período de 29 de dezembro de 2009 a 5 de dezembro 2010, juntamente com a caracterização do vínculo profissional dos sujeitos e respectiva duração. A identificação dos entrevistados está de acordo com o nome da profissão, para melhor esclarecer o leitor na identificação dos trechos das entrevistas utilizadas:

Profissão	Vínculo com a rede de saúde mental	Duração da entrevista	Atuação em Volta Redonda – RJ	Identificação dos entrevistados
Técnica de Enfermagem	Atuava diretamente em uma das Residências, durante os primeiros meses do processo de implantação;	32' 48''	Profissional assistencial	TENF
Assistente social	Responsável pela elaboração do projeto de criação de Residências Terapêuticas para o município de Volta Redonda	58' 08''	Autoridade municipal	AS
Recreadora	Exercia atividades na Casa de Saúde Volta Redonda	56' 42''.	Profissional assistencial	REC
Enfermeira	Coordenadora do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda (agosto 2008 até março de 2011)	1h 42' 04''.	Autoridade municipal	ENF1
Enfermeira	Atuava na ESF, cuja área adscrita incluía uma das Residências Terapêuticas deste município.	27' 11''	Profissional assistencial	ENF2
Enfermeira	Atuava em um dos CAPS do município	1h 8' 13''	Profissional assistencial	ENF3
Enfermeira	Atuou diretamente nas Residências Terapêuticas de Volta Redonda	52'11''	Profissional assistencial	ENF4
Terapeuta Ocupacional	Coordenadora das Residências Terapêuticas de Volta Redonda	56'43''	Autoridade municipal	TO
Procurador de Justiça do Ministério Público	Responsável por acompanhar os casos dos usuários e a qualidade dos serviços prestados	48' 57''	Autoridade municipal	MP
Assistente administrativo	Administração na CSVR e das Residências Terapêuticas	40'53''	Profissional assistencial	ADM
Psicóloga	Coordenadora da Área técnica de Saúde Mental de Volta Redonda (a partir de abril 2011)	40'25''	Autoridade Municipal	PSI

É importante destacar que ao longo dos capítulos alguns entrevistados foram considerados como autoridades municipais, esta classificação se deu de modo a caracterizar os profissionais que estavam, à época, em cargos com poder decisório ou participando diretamente da gestão municipal em Volta Redonda – RJ. Para além

dos entrevistados, a gestão municipal no papel do Prefeito e da Secretária Municipal de Saúde também são tratados neste estudo como autoridades municipais.

Os demais profissionais foram classificados como assistenciais, uma vez que realizavam funções de prestação de serviços ao município e poderiam, em algumas situações, participar de discussões sobre questões referentes ao seu campo de atuação. Contudo, não havia poder de decisão sobre o direcionamento das políticas públicas municipais.

A possibilidade de recorrer à história oral como um dos recursos metodológicos é válida, uma vez que as experiências individuais se relacionam entre si através da criação de uma identidade comum. A entrevista é utilizada na história oral como o primeiro passo para gerar uma fonte documental, conhecida como fonte oral, que deve resultar em um documento escrito através de transcrição (MEIHY, 2007). Além disso, as fontes orais compõem as fontes que fazem parte da história do tempo presente (CHAUVEAU, 1999).

A história oral se insere no contexto da história social, pois somente se constrói uma identidade coletiva, a partir da coerência estabelecida através da observação do conjunto de fatores que se repetem dentre as diferentes vivências individuais sobre o tema (MEIHY, 2007).

O trabalho com a entrevista justifica-se à medida que a memória coletiva fornece elementos, através dos traços comuns, capazes de gerar melhor entendimento dos fatos. Com isso, é possível ter acesso a aspectos não revelados, subjetivos e, além disso, complementar documentos escritos pelo diálogo documental que deve ser estabelecido entre as fontes (MEIHY, 2007).

Então, a história oral é entendida como um “processo de registro de experiências que se organizam em projetos que visam a formular um entendimento de determinada situação destacada na vivência social”, e, portanto, não se restringe apenas à obtenção da entrevista (MEIHY, 2007)

As fontes secundárias foram compostas de artigos, indexados na base SciELO e em revistas científicas disponíveis na Internet; livros, dissertações e teses, localizados na Biblioteca Setorial da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) e na Biblioteca do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB/UFRJ).

O confronto entre diversas fontes pode gerar algumas abordagens para reflexão do historiador e, o rigor da análise e a capacidade de síntese são cruciais para legitimar a veracidade dos fatos, considerando o contexto no qual se insere as informações (CHAUVEAU, 1999).

Para melhor entendimento e compreensão dos dados coletados, estes foram consideradas a partir dos seguintes passos propostos por Minayo (2004, p. 234 – 238): ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final, com a finalidade de traduzir tais dados em informações relevantes para o estudo.

- Ordenação dos dados: este é o primeiro passo e irá considerar todos os documentos escritos e as entrevistas, ou seja, as fontes primárias. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura atenta de todos os materiais que compõem as fontes primárias. Esta leitura permite a organização em determinada ordem e, em seguida, gerar uma classificação inicial. Para a organização das fontes primárias desta pesquisa, os documentos foram catalogados em uma pasta, separados pelo respectivo ano de elaboração do documento, com uma lista constando o título e o ano dos mesmos. E, as entrevistas foram organizadas pelas categorias profissionais dos entrevistados para gerar uma classificação do que seria mais relevante sobre o tema.
- Classificação dos dados: nesta segunda etapa, o material transcrito e os documentos escritos foram submetidos à repetidas e exaustivas leituras dos textos de forma a criar um diálogo com essas fontes. Esse processo permite ao pesquisador apreender as ideias centrais que as fontes tentam transmitir, as estruturas de relevância dos agentes e seus principais momentos de experiência sobre o tema em foco. Assim, após as sucessivas leituras foram destacados alguns trechos das entrevistas em cor diferenciada e sinalizado ao lado quais outras fontes primárias estariam relacionadas àquele trecho, através do número de identificação do documento. Este é um passo importante, uma vez que gera a possibilidade de uma relação dialética ao confrontar as categorias empíricas estabelecidas e as categorias

analíticas estabelecidas teoricamente como norteadoras da investigação.

- Análise final: esta etapa compreendeu a articulação entre o material empírico e teórico, e que transitou entre o particular – município de Volta Redonda -, e o geral – Brasil. Buscou-se estabelecer as relações com o contexto histórico social em que estavam inseridos e que, ao mesmo tempo, permitiu elucidar o contexto, através da utilização do referencial teórico e dos conceitos que fundamentaram o campo da saúde mental.

De acordo com essa proposta (Minayo, 2004), as entrevistas foram transcritas e organizadas, assim como os documentos escritos. Em seguida, foi realizada uma leitura exaustiva de toda fonte primária, que levou a um entendimento das questões mais relevantes levantadas por tais fontes, e foram confrontadas às referências teóricas e às demais fontes secundárias, onde se buscou estabelecer um movimento dialético.

Visando atingir a confiabilidade do estudo, o material transcrito foi submetido à validação dos dados pelo entrevistados. Os documentos escritos utilizados como fonte primária, foram documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda – RJ. E, realizei a triangulação dos dados através da confrontação entre fontes primárias e secundárias.

É oportuno comunicar que este projeto foi aprovado, em consonância com a Resolução nº 196/96, no Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/UFRJ – HESFA, sob o Protocolo nº 015/2011. Foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda – RJ e obteve aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos do Departamento de Educação em Saúde em 10 de abril de 2012.

CAPÍTULO III

3.1 As circunstâncias de implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda

Este capítulo é composto de três subcapítulos. O primeiro busca resgatar fatos emblemáticos no escopo da Reforma Psiquiátrica Brasileira que influenciaram, direta ou indiretamente, os acontecimentos no município de Volta Redonda – RJ. O segundo se propõe a tratar das Residências Terapêuticas enquanto dispositivo da rede assistencial extra-hospitalar em saúde mental no Brasil, além de delinear a estrutura em rede. O terceiro descreve o início do processo de Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda e seus desdobramentos até a criação das primeiras Residências Terapêuticas no município.

3.1.1 Revisitando pontos principais da Reforma Psiquiátrica no Brasil

O contexto político e social que fomentou o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha força a partir do processo de redemocratização, em 1985, com o fim da ditadura militar e início do período conhecido como Nova República, com o governo do presidente José Sarney. (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2009, p. 76)

Porém, pode-se considerar como marco inicial dessa Reforma, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em 1978 (PAULIN, 2004). Esta Divisão era um órgão do Ministério da Saúde responsável, à época, pelas políticas de Saúde Mental no Brasil (AMARANTE, 2009, p.51).

Como consequência de tal crise, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ainda em 1978, criticando o modelo tradicional de psiquiatria e, por conseguinte, os desvios e práticas desumanas cometidas pelos profissionais de saúde nas instituições psiquiátricas. Dessa forma, objetivava discutir e formular novas propostas para a assistência psiquiátrica. Esses fatos foram importantes para que as reivindicações, mais adiante, integrassem uma ação antimanicomial (TENÓRIO, 2002)

É necessário destacar a importância da experiência de desinstitucionalização italiana, liderada por Franco Basaglia, como inspiradora para a mudança de paradigmas no campo da psiquiatria no Brasil, desde os primeiros movimentos nesse sentido (BRASIL, 2005).

A partir da década de 1980, várias mudanças ocorreram no Brasil com o propósito de alcançar melhores condições de vida e tratamento para as pessoas que estavam, há longos anos, tuteladas pelo modelo organicista e medicamentoso da psiquiatria tradicional. Alguns ganhos foram obtidos através de movimentos produzidos pelos profissionais de saúde engajados em ultrapassar o modelo obsoleto vigente e reafirmados, posteriormente, através de legislação.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi um marco importante para o projeto de Reforma Sanitária brasileira, uma vez que teve como seu principal resultado a emenda popular que gerou subsídios para elaboração do Art. 196, da Constituição Federal de 1988, que determina:

[...] a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo este garantido a partir de políticas sociais e econômicas que visariam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Buscava-se para todos os seguimentos de saúde gerenciamento e planejamento dos serviços, de modo a ampliar o acesso e a qualidade. Nessa conjuntura, é válido afirmar que a Reforma Psiquiátrica surgiu dentro do contexto da Reforma Sanitária e, cada progresso deste movimento refletia diretamente no campo psiquiátrico (TENÓRIO, 2002).

Nesse sentido, vários eventos ocorreram rumo às novas propostas. Contudo, destacarei aqueles de impacto nacional, emblemáticos para a história da psiquiatria e para as reformulações no campo da saúde mental. É necessário elucidar a interseção de tais eventos com conquistas no âmbito legislativo e, conseqüentemente, implicações em mudanças do paradigma assistencial. Portanto, eventos, como as Conferências Nacionais de Saúde Mental, incitavam a criação de legislações que respaldassem seus objetivos e metas, à medida que as legislações aprovadas direcionariam as ações e os modelos a serem implantados nos municípios.

Assim, como consequência direta da VIII Conferencia Nacional de Saúde, realizou-se a I Conferencia Nacional de Saúde Mental, em 1987, cujos temas básicos eram: economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental. E, proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2009, p. 75).

Em meio à revisão legislativa que ocorria no contexto político, o deputado Paulo Delgado apresentou, em 1989, o Projeto de Lei 3657/89, mais conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. Este projeto tramitou por longos anos no Congresso Nacional e foi objeto de diversas modificações, todavia, representou, à época, mais um avanço no âmbito político contra o modelo hospitalar vigente (TENÓRIO, 2002).

A criação do modelo assistencial em rede, substitutiva à institucionalização em hospitais psiquiátricos, ganhou força no Brasil na década de 1990, com a assinatura da Declaração de Caracas. Passo importante para legitimar a necessidade de revisão das abordagens conceituais e assistenciais as quais se inseriam as pessoas com transtornos mentais. Com relação à assistência em rede, baseio-me nas assertivas de Rotelli et al (1990, p. 20), “esta transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da Psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico”.

Tal Declaração foi assinada pelo Brasil, como membro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e, considerada documento norteador e referência para a reestruturação do modelo assistencial nas Américas. Esta Declaração alertava enfaticamente que o hospital psiquiátrico, como única modalidade de assistência da psiquiatria tradicional, não permitia alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva (OPAS, 1990).

Para tanto, previa o documento, que as legislações dos países envolvidos deveriam ajustar-se de modo que assegurassem o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento psíquico, além de promover a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantissem seu cumprimento, ou seja,

seria fundamental a criação de uma rede de assistência extra hospitalar (OPAS, 1990).

A rede de assistência extra hospitalar em saúde mental visa à transição efetiva para uma assistência com base no convívio dos usuários na sociedade, a fim de possibilitar a aquisição de autonomia e exercício da cidadania. Desse modo, se faziam necessárias ações das esferas municipais, estaduais e federais de governo, além, dos movimentos sociais (BRASIL, 2005).

Tendo como base o Art. 198³ da Constituição Federal, foi sancionada a Lei nº 8080/90, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Esta lei, de abrangência nacional, estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, resolutividade, descentralização e participação popular.

Pode-se notar que a década de 1990 foi contemplada por propostas de modificação política, social e assistencial no campo da saúde. Corroborando com estas iniciativas foram aprovadas algumas portarias pelo Ministério da Saúde, as quais apontavam possibilidades de avanços no campo da saúde mental.

A Portaria Nº 189/91 do Ministério da Saúde incluía os seguintes procedimentos ambulatoriais em saúde mental, financiados pelo SUS: atendimento grupal e visita domiciliar realizados por profissionais dos níveis superior e médio; atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e oficinas terapêuticas.

As medidas citadas na Portaria acima foram regulamentadas pela Portaria Nº 224/92, cujas diretrizes previa a organização dos serviços baseadas nos princípios da Lei nº 8080/90. Logo, ao regulamentar a possibilidade de novas formas de atendimento ao portador de transtorno mental, com foco em nível ambulatorial, fomentava um conjunto de novas práticas a serem desenvolvidas pela equipe multiprofissional, com vistas a atender aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A partir da elaboração da rede de assistência extra hospitalar, centrada no CAPS, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica passaram a ser exequíveis em vários

³ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;III - participação da comunidade.

municípios brasileiros. Contudo, cada município possui especificidades próprias para atender as necessidades dos usuários.

Houve, também, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que contribuiu sobremaneira para a reformulação das diretrizes políticas sobre a assistência em saúde mental, uma vez que, segundo Amarante (2009, p. 84) “foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial”. Este evento teve como base os princípios gerais da saúde, estabelecidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e a Declaração de Caracas (BRASIL, 1992).

Tomando por base as recomendações provenientes da II Conferência Nacional de Saúde Mental, no sentido de definir mecanismos de supervisão e avaliação dos hospitais psiquiátricos, houve a aprovação em 1993, da Portaria Nº 88/93. Esta Portaria considerou a necessidade de se estabelecer critérios explícitos para um adequado processo de credenciamento dos hospitais autorizados no âmbito do SUS.

Havia a necessidade de dar continuidade às mudanças políticas em saúde mental e, assim, assegurar o suporte assistencial aos usuários. O incentivo para a reestruturação do modelo assistencial em saúde de forma geral e a aprovação e regulamentação de serviços substitutivos em saúde mental foram fatores facilitadores desse processo.

Todavia, a possibilidade de descredenciamento era iminente para os hospitais psiquiátricos que não estivessem de acordo com as normas e/ou não conseguissem fazer as modificações necessárias. Isso implicaria na disponibilização de alternativas compatíveis com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica para abrigar as pessoas portadoras de transtorno mental. Assim, o modelo instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 106/00, foram os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), mais conhecidos como Residências Terapêuticas (BRASIL, 2004), com a finalidade de moradia àqueles que se enquadravam no perfil de beneficiário.

Paralelamente a adoção dessas medidas, com vistas a assegurar uma condição digna ao cidadão com transtorno mental, teve-se aprovada em 2001 a Lei Nº 10.216⁴. Esta lei tramitou no Congresso Nacional por longo período e sofreu

⁴ A Lei Nº 10.216 dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

sucessivas alterações em seu projeto original, de autoria do Deputado Paulo Delgado (TENÓRIO, 2002).

Por conseguinte, intensificava-se cada vez mais o discurso e as iniciativas de valorização dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico enquanto cidadãos e, as estratégias para reorientação do serviço prestado. Este entendimento é fortalecido por Saraceno (1999, p.25) ao afirmar que “o maior conhecimento dos direitos dos internados diz respeito a todos os atores: os técnicos, os administradores, os políticos, os familiares e os próprios pacientes”.

Nesse mesmo ano ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental cujos objetivos eram: demonstrar as possibilidades de implantação do novo modelo; discutir o que poderia ser feito para estendê-lo pelo país, seu financiamento, fiscalização, a formação de recursos humanos de acordo com o novo paradigma conceitual e assistencial, entre outros. Portanto, foi um passo à frente à proposta de um novo modelo, verificado na Conferência anterior.

A fim de prosseguir no curso das propostas oriundas do movimento de Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde implementou em 2002, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). Este Programa serviria de instrumento de avaliação com as seguintes finalidades: vistoriar a qualidade da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos de acordo com as normas do SUS e encaminhar para o descredenciamento aqueles considerados de baixa qualidade (BRASIL, 2005).

Como incentivo à aquisição de autonomia dos usuários e a reabilitação psicossocial, em 2003, foi promulgada a Lei n.º 10.708, que definiu critérios de regulamentação do Programa de Volta para Casa, com previsão de auxílio financeiro para pessoas portadoras de transtorno mental. Para isso, os mesmos deveriam possuir histórico de, pelo menos, dois anos ininterruptos de internação e acompanhamento fora de unidades de internação hospitalar.

Apoiado em tais acontecimentos e com a intenção de obter mais subsídios para a reformulação do paradigma assistencial em saúde mental, o Ministério da Saúde aprovou, em 2004, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), cuja finalidade era reduzir, progressivamente, os leitos de hospitais psiquiátricos de grande porte, no âmbito do SUS, e redirecionar os recursos financeiros para serviços de base comunitária (BRASIL, 2005).

A articulação do PNASH/PSIQUIATRIA com o PRH se dava através da avaliação de qualidade do serviço prestado e a efetiva redução dos leitos destes hospitais, que passavam a receber mais verbas do SUS à medida que se aprimorava o atendimento e diminuía a quantidade de leitos. Os Programas lançados visavam, portanto, fomentar a desospitalização e a desinstitucionalização propostas pela Reforma Psiquiátrica, desde que ocorressem de maneira planejada, evitando, assim, a desassistência (BRASIL, 2005). Por conseguinte, já haviam sido instituídos recursos normativos suficientes para uma assistência com base no atendimento em rede territorial, respaldados pelo arcabouço legal citado anteriormente.

Em 2010, foi convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental cujo lema foi: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Esta considerou os ganhos obtidos desde a Conferência anterior, como a expansão das redes substitutivas em Saúde Mental, porém foram destacados obstáculos que deviam ser transpostos para a consolidação e melhor integração dos seus dispositivos. (BRASIL, 2010, p. 7)

Vale destacar que diversas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental, bem como as normatizações propostas pelas portarias e leis do Ministério da Saúde implicaram diretamente na implantação da Reforma Psiquiátrica nos municípios brasileiros, inclusive em Volta Redonda. Nesse sentido, as mudanças propostas pela esfera federal repercutiram, ainda que lentamente, no redirecionamento do modelo assistencial nesse município, da perspectiva manicomial para a atenção psicossocial de base territorial.

A evolução ocorrida desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica Brasileira implicou na necessidade de criação de serviços cuja finalidade fosse permitir aos usuários desfrutarem dos seus direitos em prol de uma vida mais digna, através da reabilitação psicossocial. Nesse aspecto, é pertinente destacar a assertiva de Saraceno (1999, p.26):

O maciço fenômeno da desospitalização e o crescimento dos direitos dos doentes mentais constituem, portanto, dois fatores determinantes da instauração de uma necessidade de reabilitação (ou seja, de resposta tanto às necessidades quanto aos direitos antes ocultados pela internação).

3.1.2 As Residências Terapêuticas e a rede de atenção em saúde mental no Brasil

A rede de assistência extra hospitalar em saúde mental visa à transição efetiva para uma assistência com base no convívio dos usuários na sociedade, com a finalidade de possibilitar a aquisição de autonomia e exercício da cidadania. Para tanto, se fazem necessárias ações das esferas municipais, estaduais e federais de governo, além, dos movimentos sociais (BRASIL, 2005).

Dessa forma, as Residências Terapêuticas fazem parte de uma trama de interlocuções com os demais serviços, oferecendo informações sobre seus moradores e buscando suporte para seu funcionamento.

As Residências Terapêuticas vão de encontro ao modelo de reclusão dos usuários e tem como objetivo condições dignas de moradia, sem características de internação à pessoa com transtorno mental. Busca, também, incentivar a autonomia, promover o resgate da cidadania e a reinserção destes indivíduos na sociedade, através da reabilitação psicossocial.

Assim, de acordo com a Portaria Nº 106/00, as Residências Terapêuticas não poderiam estar vinculadas às instituições de internação hospitalar, de cuidados gerais ou especializados. A estrutura física não seguia modelo, contudo poderia comportar, no máximo, oito usuários e possuir três dormitórios. As demais acomodações da casa deveriam estar de acordo com as necessidades dos usuários, a fim de uma condição mínima de conforto, além da garantia de três refeições por dia, no mínimo.

No que se refere à casa em si, ênfase o ponto de vista de Saraceno (1999, p. 120) o qual afirma que “a casa é um direito e, a partir desse direito, se constroem políticas que geram casas para os usuários”. Todavia, o autor destaca que no contexto da reabilitação, é imprescindível considerar as trajetórias individuais que perpassam o processo de apropriação subjetiva da casa enquanto viés da construção da cidadania do usuário.

Não existe um modelo prescrito de funcionamento das Residências Terapêuticas. Seu funcionamento depende diretamente das singularidades de seus moradores, da conduta dos profissionais que acompanham o cotidiano das casas e, de fatores externos como a aceitação da comunidade, além de programas municipais que incluíssem esses moradores em suas atividades.

Além de definir e caracterizar os Serviços Residenciais Terapêuticos, tal Portaria determinava que à medida que os pacientes fossem transferidos de um hospital psiquiátrico para uma Residência Terapêutica, seria descredenciado do SUS o número equivalente de leitos no respectivo hospital, a fim de realocar os recursos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o respectivo estado ou município, que proveria a assistência no âmbito extra hospitalar (BRASIL, 2000). Incentivava-se, dessa forma, a substituição do modelo hospitalocêntrico e a descentralização da assistência.

Cada município possui suas especificidades, podendo apresentar diferenciações na composição dos dispositivos oferecidos nas redes assistenciais em saúde mental, uma vez que os serviços são montados para dar conta das complexidades e singularidades dos usuários de cada território.

Entende-se por território não apenas o espaço geográfico delimitado, mas as potencialidades e saberes advindos dos membros da comunidade em questão. Deve-se levar em consideração o senso comum, os saberes científicos e as possibilidades provenientes de seus recursos para construção coletiva de objetivos e soluções (BRASIL, 2005). Portanto, cada território organiza as ações dos dispositivos da rede para atender com qualidade a demanda, de modo que não há um modelo rígido estabelecido de atividades a serem desenvolvidas nos serviços.

Ao fazer alusão à noção de território, no contexto da Reforma Psiquiátrica, posso citar a comparação expressa por Rotelli et al (1990, p. 47): “se a relação com “a doença” tem sempre como referência um hospital, ambulatório etc..., a relação de desinstitucionalização requer a relação com um ‘território’”.

De acordo com Gondin (s/d) as redes de serviços de saúde baseiam-se na ideia de horizontalidade. Então, entre os dispositivos das redes de saúde mental não há o estabelecimento de hierarquias e a construção das relações é realizada, longitudinalmente, entre os serviços. Nessa extensão, prioriza-se a integralidade, o acesso ampliado e a resolutividade.

Por conseguinte, as Residências Terapêuticas compõem a rede de saúde mental e, devem estar articuladas aos demais dispositivos que integram a rede municipal de assistência, para supervisão, suporte e orientação das atividades por uma equipe técnica dos CAPS.

Os CAPS têm como uma de suas funções prioritárias articularem os demais serviços da rede, tendo papel estratégico e organizacional no território, através de uma equipe multiprofissional. O número de habitantes e o perfil da clientela assistida em cada município é que determina o tipo de CAPS a ser implantado, podendo o mesmo ser classificado como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (criança e adolescente), conforme disposto pela Portaria/GM nº 336/02.

Sendo assim, CAPSI destina-se a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, para municípios de 70.000 e 200.000 habitantes e; CAPS III para municípios com número de habitantes acima de 200.000 habitantes. O horário de funcionamento dos tipos de CAPS são diferenciados, uma vez que o CAPS I funciona em horário comercial, o CAPS II pode funcionar com horário estendido e o CAPS III, deve funcionar 24 horas por dia, todos os dias da semana (BRASIL, 2004).

Tendo os CAPS essa função de regulação da rede de saúde mental, cabe buscar parcerias com demais setores que podem auxiliar no atendimento das demandas provenientes dos usuários. Sendo assim, potencializar suas ações de forma intersetorial, por exemplo, em serviços: educacionais, jurídicos, socioculturais e lazer, de cada território. (BRASIL, 2004)

Embora este direcionamento faça parte da Política Nacional de Saúde Mental, a efetivação de tais medidas está condicionada às iniciativas do gestor municipal e coordenadores dos serviços de cada território.

Como a rede de atenção a saúde mental conta com diversos recursos do território, é importante esclarecer que os serviços de saúde podem ser divididos em: serviços de urgência e/ou emergência e, serviços de acompanhamento, promoção da saúde, tratamento e reabilitação dos usuários.

Nos casos de urgências ou emergências psiquiátricas, o usuário pode ser encaminhado aos leitos reservados em Hospitais Gerais, para períodos de curta internação e controle da crise. Esse serviço é indispensável principalmente em municípios que não possuem CAPS III. Este CAPS deve estar referenciado a um Hospital Geral e deve oferecer alguns leitos para estabilização de crises. (BRASIL, 2005)

Nos casos de acompanhamento dos usuários, portadores de transtornos mentais, os cuidados são voltados para a patologia psiquiátrica bem como para o

tratamento de demais patologias clínicas. Dessa forma, os serviços que estão disponíveis na rede são, respectivamente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) (MARTINS, 2012).

Cabe ressaltar que cada tipo de CAPS possui um perfil quantitativo de profissionais para composição da equipe mínima para seu funcionamento. De maneira geral, os CAPS contam com as seguintes categorias profissionais para compor a equipe multiprofissional: psiquiatra; enfermeiro; psicólogo; terapeuta ocupacional; assistente social; técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo. Além destes, profissionais de serviços gerais e cozinheiro (BRASIL, 2004).

Com relação à questão assistencial dos CAPS, estes devem oferecer suporte para demandas sociais, acompanhamento médico e psicológicos, com foco nas questões psiquiátricas, tendo como função a elaboração de projeto terapêutico individualizado, dispensação de medicações e, buscar, sempre que possível, uma participação ativa do usuário no seu tratamento, tanto nas atividades terapêuticas individuais quanto em grupo. Além disso, o atendimento integrado com outros serviços da rede de saúde mental.

A Estratégia Saúde da Família, aprovada pela Portaria Nº 648/06, do Ministério da Saúde, faz parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Derivou do Programa Saúde da Família (PSF), cuja nomenclatura foi alterada, pois passou a ser compreendido como um conjunto de estratégias para mudança nos moldes de assistência à população, portanto, sem caráter programático (NEVES, 2010).

Esta proposta visa ultrapassar o modelo centrado no hospital e em patologias, para alcançar melhorias na qualidade de vida através de um atendimento integral aos sujeitos, famílias e comunidade, com foco na prevenção de agravos e doenças, promoção da saúde, tratamento e reabilitação. (NEVES, 2010).

Portanto, a Estratégia Saúde da Família, situada em Unidades Básicas de Saúde, atua mais especificamente em necessidades gerais de saúde do usuário, ou seja, não possui como foco o atendimento através de especialidades, contudo faz parte da rede de apoio a saúde mental, devendo, portanto, estar integrada com os demais dispositivos para prestação de cuidados aos usuários.

O atendimento da população baseia-se na equipe multiprofissional, cuja composição mínima se dá por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde preconiza que haja integração da saúde mental no contexto da atenção básica. Esse processo se torna vantajoso, uma vez que a equipe de saúde da família possui conhecimento do perfil populacional da sua área adscrita, maior proximidade com a comunidade e, muitas vezes, a porta de entrada para os serviços de saúde. Esses fatores podem contribuir para o reconhecimento precoce de pessoas em sofrimento psíquico e de possíveis agravos em casos já detectados (BRASIL, 2004).

Embora as equipes da atenção básica não possuam capacitação específica para lidar com portadores de transtornos mentais, estas podem se beneficiar do matriciamento, no qual equipes da saúde mental apoiam equipes da atenção básica através de capacitações, supervisão, discussão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos. Tendo, assim, como finalidade a responsabilização compartilhada com os serviços de saúde mental e integralidade das ações (BRASIL, 2003).

Os profissionais das equipes multidisciplinares tanto do CAPS quanto da ESF podem promover assistência através de consultas, nas quais o usuário vai até o serviço, ou através de visita domiciliar, fortalecendo a construção do vínculo com a comunidade. Nessa perspectiva, a visita domiciliar pode ser vista como uma prática criativa, a qual exige dos profissionais de saúde e, principalmente do enfermeiro, novas estratégias para o cuidado e enfrentamento de situações inesperadas. (OLIVEIRA, 2006).

Assim, é oportuno reiterar que a Política Nacional de Saúde Mental possui como eixo norteador a assistência de base territorial, substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, medicamentoso, punitivo e tutelado. Portanto, a ideia de reclusão ia de encontro a tais diretrizes, que visavam à reinserção na sociedade, através da reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, aliados do convívio social, devido às longas internações.

A diversidade de serviços, que emergiram a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, para compor a rede de atenção psicossocial possibilitou a circulação do

usuário, ultrapassando a sedimentação imposta pelo manicômio. Esta afirmativa ratifica o posicionamento de Rotelli et al (1990, p.23):

Particularmente a imagem do circuito coloca em evidência o fato de que na psiquiatria reformada a “estática” da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas.

Assim, é possível alegar que o direito à assistência em rede substitutiva ao hospital psiquiátrico foi um enorme avanço em prol da reabilitação psicossocial. Embora o funcionamento de todos os dispositivos, anteriores à criação do Serviço Residencial Terapêutico, caracterizasse a substituição da forma de assistência oferecida nos manicômios, havia dependência do espaço físico de tais instituições para abrigar os usuários de longa internação. Isto não significa que os outros serviços eram menos importantes, porém, devido à ausência de alternativa de moradia, com suporte legislativo, o funcionamento dos demais dispositivos ocorria concomitante à existência do manicômio.

Desse modo, pode ser apropriado apontar que o auge da assistência em rede se concretizou com a criação do Serviço Residencial Terapêutico, uma vez que suas diretrizes de funcionamento não permitiam nenhum tipo de relação com instituições manicomiais. Portanto, este seria o dispositivo que possibilitaria a extinção efetiva do manicômio, mas é válido enaltecer que a Residência Terapêutica passa a ser inviável se isolada dos demais serviços que oferecem suporte essencial ao seu funcionamento.

3.1.3 O processo de criação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda e a participação da enfermagem

O município de Volta Redonda teve, durante décadas, a assistência psiquiátrica calcada no modelo hospitalocêntrico da psiquiatria tradicional, ou seja, excludente, privativa de direitos dos usuários como cidadãos, com excesso de intervenção medicamentosa e, muitas vezes, práticas desumanas como argumento de cuidado.

Anteriormente ao início do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, o município contava com dois hospitais psiquiátricos para a prestação de assistência

a pessoas em sofrimento psíquico. Esses hospitais eram a Clínica Santo Antônio e a Casa de Saúde Volta Redonda (CSV), ambas instituições privadas conveniadas ao SUS (MOARES, 2008).

A Clínica Santo Antônio, em 1993, foi alvo de denúncia sobre maus tratos aos pacientes e, após inspeção realizada por uma comissão municipal responsável pelas avaliações acerca do funcionamento, estrutura, recursos humanos e materiais da instituição, recebeu a indicação de encerramento das atividades, por não oferecer condições mínimas necessárias ao atendimento dos internos (MOARES, 2008). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria N° 88/93, a qual estabeleceu critérios de funcionamento a serem seguidos pelas instituições asilares para permanecerem credenciados ao SUS.

A inviabilização para executar propostas para o cumprimento das normas da Portaria N° 88/93, culminou em 1994, com o fechamento da Clínica Santo Antônio. Como consequência, as pessoas em sofrimento psíquico internadas neste hospital foram transferidas para a CSV, que passou então a ser a única possibilidade de assistência psiquiátrica no município (MOARES, 2008).

Por sua vez, a CSV também se encontrava em situação precária de funcionamento, com inúmeras dívidas, escassez de medicações e alimentos. Além disso, contrariando as determinações daquela Portaria, foi constatado que havia número insuficiente de profissionais, incluindo o despreparo destes com relação às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, demonstrada através da utilização de cela forte, grades nas janelas, entre outros aspectos desfavoráveis (MOARES, 2008).

Nessa perspectiva, as autoridades municipais estavam preocupadas com o risco de desassistência às pessoas em sofrimento psíquico no município, tendo em vista que uma instituição já havia sido fechada e, no caso de não adequação às normas no prazo estabelecido pela Portaria N° 88/93, a CSV também teria que encerrar suas atividades (MORAES et al, 2010).

Outro aspecto importante de se considerar é que a Portaria N° 88/93 extinguiu a classificação dos hospitais psiquiátricos em Psiquiatria I no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e exigiu dos hospitais credenciados nessa classificação, mudanças para permanecerem credenciados ao SUS. Estes passariam a ser considerados no critério de Psiquiatria III, desde que cumprissem as exigências mínimas estabelecidas, dentre elas: inexistência de celas-fortes, número

de profissionais adequado e prontuário único para os pacientes. A reclassificação de categoria de classificação hospitalar para Psiquiatria III implicava diretamente em aumento de verbas repassadas pelo SUS aos hospitais psiquiátricos que se adequassem às solicitações de mudança para melhoria da qualidade do serviço prestado (BRASIL, 1993).

Diante dessa conjuntura, as autoridades municipais fizeram uma intervenção na CSV, como podemos evidenciar no trecho extraído de matéria jornalística de um diário local:

A Casa de Saúde era privada, mas foi assumida pela prefeitura em 1994, depois de uma portaria do Ministério da Saúde, que regulamentava a assistência em saúde mental. Como os donos não tinham condições de se adequar às novas normas, o município fez uma intervenção e assumiu a responsabilidade para impedir o fechamento do local. (Diário do Vale, 2009)

Tais circunstâncias foram a justificativa que as autoridades municipais utilizaram para realizar, em 1994, uma intervenção na CSV, através do Decreto Lei n.º 5.343/94. De acordo com o grupo interventor, tal atitude tinha como objetivo adequar essa instituição às normas estabelecidas em legislação vigente a fim de resgatar a cidadania dos internos daquela instituição e a qualidade no atendimento prestado (MORAES, 2008).

Conforme exposto, através de legislação municipal que amparava a administração pela equipe interventora na CSV, o processo de administração pública naquele estabelecimento se encerraria assim que os objetivos traçados fossem alcançados. Entretanto, não havia prazo máximo para a instituição permanecer sob intervenção (MORAES, 2008).

Com relação às intenções da equipe interventora, pode-se afirmar que apesar das estratégias de reformulação institucional havia a compreensão de que tais mudanças eram balizadas pelo obsoleto paradigma da psiquiatria tradicional que deveria ser ultrapassado, conforme o trecho abaixo:

[Casa de Saúde Volta Redonda] Deveria ser um espaço dinâmico, aberto, criativo, gerador de possibilidades novas de construção do dia-a-dia para pessoas com graves acometimentos mentais, mesmo assim, já não tínhamos a ilusão da possibilidade da construção do “bom hospício”, e entendíamos a intervenção na Casa de Saúde como um processo de transição extremamente delicado e difícil. (Projeto de Residência Terapêutica Volta Redonda; 2006, p.5)

Comprometido com a realização de mudanças no funcionamento, na estrutura do hospital e, com o discurso de ultrapassar a modalidade de assistência centrada no hospital psiquiátrico, o governo municipal de Volta Redonda foi beneficiado com a reclassificação da CSVR no SIH/SUS. Isso significava que, através da AIH, a quantia repassada pelo SUS seria maior. Este incremento financeiro serviria para auxiliar a recuperação da CSVR e propiciar meios para realização das demais alterações necessárias para que a mesma se mantivesse credenciada ao SUS (MORAES, 2008).

Para efetivar as mudanças foi preciso reconfigurar a assistência de enfermagem, fazer novas contratações e modificar os cargos de chefia e direção da CSVR, pois as práticas adotadas até então se configuravam como obstáculos ao processo de implantação da Reforma Psiquiátrica e à atenção às subjetividades dos usuários. (MORAES, 2010). O trecho abaixo ilustra algumas estratégias da equipe interventora:

[...] a Casa de Saúde Volta Redonda, buscou diversificar as modalidades terapêuticas oferecidas. Seu objetivo, após a intervenção, foi de constituir-se no espaço transitório ativo, onde os usuários, famílias outros integrantes das diversas redes sociais implicadas pudessem ser igualmente agentes terapêuticos, em cooperação com os técnicos. (Projeto de Residência Terapêutica, Volta Redonda; 2006, p.7)

Apesar de a intenção da equipe interventora da CSVR explicitar uma expectativa terapêutica de tal abertura para a sociedade, os internos permaneciam reclusos e, assim, afastava-se o risco de circulação do desconhecido, do louco, do excluído. Desta forma, por melhor que pudesse parecer essa atitude, foi uma ação que reiterava o controle que os “normais” desejavam exercer sobre aqueles que desviavam desta classificação.

O trecho citado acima remete a uma noção de liberdade de mão única, na qual a sociedade pode ter acesso ao espaço físico e até intervir em algumas atividades institucionais, por opção, retornando aos espaços sociais livremente. Mas, os internos não possuíam direito de escolha no que se refere a transitar em espaços públicos. “Diz Aristóteles que é livre aquele que tem em si mesmo o princípio para agir ou não agir, isto é, aquele que é causa interna de sua ação ou da decisão de não agir”. (CHAUI, p. 464). Ao contrário do que se observava nos espaços manicomial, ilustrado por Rotelli et al (1990, p.72):

O manicômio não é uma casa: a “hospitalidade” representa o modo claro que se vai ou se está no manicômio por falta de alternativas de casas, de dinheiro, de relações e de apoio, de recursos para viver e para se reconhecer no tecido das trocas sociais.

Portanto, de uma maneira geral, as pessoas institucionalizadas e cronificadas pelas internações, estavam nessa condição por determinação do modelo hospitalocêntrico, que não considerava para a assistência a subjetividade do usuário. Nessa conjuntura recorro a Rotelli et al (1990, p.68) que diz: “a subjetividade do paciente existe verdadeiramente apenas no momento em que ele pode sair do manicômio, ou seja, somente quando lhe são restituídos e reconstituídos aqueles recursos e condições materiais, sociais, culturais [...]”.

Concomitantemente às reformulações a níveis estruturais e de funcionamento, em Volta Redonda, que ocorriam intramuros, houve, em 1995, a criação do primeiro CAPS, atendendo a Portaria Nº 224/92, e, posteriormente, foi credenciado como CAPS II, conforme a Portaria Nº 336/02 . (MORAES et al, 2010). Esta ação inicial se ajusta às interpretações de Rotelli et al (1990, p. 20) em âmbito geral e pode ser considerada como o “deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas”.

O dispositivo criado foi chamado de CAPS Usina dos Sonhos e tinha como finalidade o tratamento de egressos da CSVR. Ainda que estivesse localizado anexo ao hospital psiquiátrico, este foi o primeiro passo para construção do modelo em rede substitutiva ao manicômio naquele município (MORAES et al, 2010).

Contudo, a ausência do direito de escolha permitia, no máximo, que os usuários circulassem sob vigia e acompanhamento dos profissionais em espaços reservados, como o CAPS. Logo, permaneciam ainda suprimidos o direito de ir e vir, a relevância das subjetividades e, conseqüentemente, as possibilidades de trocas em espaços sociais.

O município contava, à época, com outros serviços que poderiam vir a compor a rede de atenção extra hospitalar, tais como: hospital municipal, denominado Hospital São João Batista (HSJB/PMVR), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Centro de Atenção Intermediária em Saúde (CAIS), localizado no bairro Aterrado, mais conhecido como CAIS Aterrado. (MORAES et al, 2010).

O CAIS Aterrado era um serviço de saúde que possuía leitos para internações de urgências e emergências psiquiátricas nas 24 horas. Tinha como foco a estabilização de crises e, portanto, internações de curta permanência.

Apesar das condições destes serviços, à época, estarem precárias, a articulação dos mesmos em rede poderia fomentar a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e priorizar melhor assistência ao usuário (MORAES et al, 2010).

A partir de 2003, o Programa de Saúde Mental de Volta Redonda passou a contar com a parceria do Ministério Público, representado pelo promotor de justiça da vara de família. Não obstante a receber solicitações dos profissionais no espaço físico onde se localizava o Ministério Público de Volta Redonda, o promotor ainda realizava visitas na CSVR, para inteirar-se melhor da situação de cada usuário. (Projeto de Residência Terapêutica, Volta Redonda; 2006, p.5)

De uma forma geral, o papel do Ministério Público é de garantir os direitos civis às pessoas em sofrimento psíquico, dentre eles: fornecer documentos de identificação, através do resgate de certidão de nascimento ou registro tardio de nascimento; instaurar processos administrativos e de interdição, buscando a garantia de aquisição de benefícios pecuniários (BRASIL, 2010).

Estas ações compuseram para os usuários a possibilidade de reconquista de sua personalidade jurídica e, por meio desta, a busca pela restituição da vida digna, uma vez que “a superação da relação de tutela institucional impõe reconhecer no doente um sujeito portador de necessidades e de direitos”. (ROTELLI et al, 1990, p. 72). Além disso, realizava a localização de famílias de algumas pessoas institucionalizadas na CSVR e, diligenciava com vistas ao retorno dos usuários, munícipes de outras localidades, ao seu local de origem (Projeto de Residência Terapêutica, Volta Redonda; 2006, p.5).

Seguindo o curso dos acontecimentos, é válido lembrar que a CSVR, mantida sob intervenção, havia sido alvo de ação judicial por parte dos donos do imóvel. Estes moveram ação contra o poder municipal, na condição de interventor do hospital, a fim de reaverem a posse da propriedade. Diante dessa iniciativa dos proprietários da CSVR, fazia-se premente que as autoridades municipais pensassem em possibilidades para afastar o risco de desassistência às pessoas em sofrimento psíquico, caso a justiça concluísse de forma favorável ao direito de propriedade pelos acionistas (MARTINS et al, 2012).

Como a Portaria N° 106/00 já estava em vigor, o projeto de Residência Terapêutica para o município seria uma alternativa de garantir a assistência em saúde mental e seria o dispositivo da rede extra hospitalar que possibilitaria efetivamente a desconstrução do paradigma da psiquiatria tradicional.

Com o decorrer dos anos, ainda que a Casa de Saúde sob intervenção fosse o pilar de sustentação da assistência psiquiátrica no município, criou-se em 2006, o “Projeto para Implantação de Residências Terapêuticas para o município de Volta Redonda”, cuja organizadora, à época, foi a Coordenadora Técnica da CSVR.

Esse Projeto considerava a dificuldade de reinserção comunitária e falta de suporte familiar dos usuários de longa permanência da CSVR. Sendo assim, para atender a demanda institucionalizada de 28 usuários seria necessário criar, no município, quatro Residências Terapêuticas, tendo como documento norteador a Portaria N° 106/00 do Ministério da Saúde (Projeto de Residência Terapêutica, Volta Redonda; 2006, p.5).

A utilização da Portaria N° 106/00 pode ser considerada parte do aporte legislativo brasileiro para direcionamento das ações para reabilitação. Vislumbrando estabelecer a conexão entre a realidade do município de Volta Redonda e as proposições amplas de Saraceno, tem-se que:

[...] se vê bem como o contexto legislativo de uma comunidade constitui um fator de notável importância para orientar a reabilitação em direção a determinadas soluções mais do que em direção a outras ou ainda para tornar mais ou menos realista um projeto. (SARACENO, 1999, p. 108).

No Projeto de Residência Terapêutica para o município de Volta Redonda constava um breve panorama histórico da assistência psiquiátrica naquele município, no qual explicitava que a Residência Terapêutica seria uma estratégia pertinente e apontava diversos itens necessários à implantação do novo serviço. Indicava, também, a provável divisão das moradias em tipo I e tipo II, conforme previa o Ministério da Saúde.

No que se refere aos recursos humanos, estavam previstos: um coordenador, auxiliares de serviços gerais, cuidadores e motorista, além de expor a necessidade de acrescentar um técnico de enfermagem e um profissional de nível superior aos CAPS adulto que dariam suporte às moradias. Ademais, previa a realização da assistência clínica aos moradores através dos recursos territoriais que a Secretaria

Municipal de Saúde (SMS) de Volta Redonda dispunha nas áreas adscritas onde seria instalada cada moradia (Projeto de Residência Terapêutica, Volta Redonda; 2006, p.5).

Além disso, elencava fatores como: locomoção dos usuários, que poderia ser pelo passe livre municipal ou viatura da SMS; provisão e custeio de alimentação, serviço de limpeza, mobiliário, utensílios e aluguel das casas, que seria realizado inicialmente pela prefeitura, considerando também a possibilidade dos usuários contribuírem com algumas despesas através dos benefícios do Programa de Volta para Casa e do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC- LOAS), que seriam pleiteados (Projeto de Residência Terapêutica, Volta Redonda; 2006, p.5).

Dando prosseguimento às ações que visavam à continuidade da Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda, constava no Plano Municipal de Saúde, do ano de 2007, avaliar as possibilidades de desativação gradual da CSVR e, simultaneamente, rever o projeto de implantação das Residências Terapêuticas, para implantá-lo de forma progressiva (Plano Municipal de Saúde, Volta Redonda; 2007).

Sobretudo, devo ressaltar que a preparação do Projeto para Implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda não implicou em execução imediata do mesmo.

Nesse panorama, a rede extra hospitalar em 2007, estava disposta da seguinte forma: 2 CAPS adulto; 1 CAPSi; 1CAPS ad; leitos reservados no CAIS Aterrado e as Unidades Básicas de Saúde.

Ainda em 2007, a CSVR recebeu a visita do PNASH/ Psiquiatria. Apesar de não constar no Relatório de Gestão desta instituição o resultado da avaliação do programa do Ministério da Saúde, pode-se inferir que a mesma foi satisfatória, uma vez que a instituição permaneceu credenciada ao SUS (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Embora os recursos territoriais estivessem em expansão, desde o início da implantação da Reforma Psiquiátrica no município, a assistência no campo da saúde mental estava configurada, prioritariamente, na CSVR. Logo, não estava caracterizado o estabelecimento de uma política assistencial centrada no território. Apoio estas conjecturas no discurso de Saraceno, (1999, P.119): “A questão é que

não existe política territorial crível, se não existe política simultânea de superação do manicômio”.

De acordo com o Relatório de Gestão da CSVR, divulgado em 2007, a equipe trabalhava com o intuito de diminuir a taxa de ocupação hospitalar. Para isso, buscava estratégias para desinstitucionalização e desospitalização dos usuários da CSVR (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

À época, algumas ações específicas foram citadas de acordo com o perfil do usuário da CSVR. Assim, para os usuários agudos, ou seja, de reinternações frequentes, era previsto suporte nos leitos do CAIS Aterrado, almejando a diminuição da taxa de reinternação. Já para os internos de longa permanência, os projetos terapêuticos visavam promover a desospitalização e desinstitucionalização e, para estes casos, havia a perspectiva de criação de Residências Terapêuticas (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Tal Relatório apontava, inclusive, que a atuação dos CAPS era fundamental tanto para os internos quanto para aqueles usuários de reinternações frequentes. Observa-se que embora neste momento o modelo de assistência municipal ainda estivesse pautado na lógica manicomial, buscava-se apoio nos serviços extramuros (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Ainda sobre esse Relatório, o mesmo apresentava, em anexo, o Planejamento Estratégico da Casa de Saúde Volta Redonda, cuja meta era desospitalizar e tinha como público alvo os internos de longa permanência da instituição. Sua missão era “potencializar as ações da equipe técnica a fim de tornar mais eficaz os processos internos com vistas a alcançar o objetivo geral do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda: a desospitalização”. (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Para operacionalização deste Planejamento, que apontava como colaboradora a equipe de enfermagem, possuía metodologia que presumia a gestão por processos e cada qual possuía um plano de ação correspondente para que fosse obtido o êxito esperado. Estes processos estavam estruturados e ordenados da seguinte forma: providenciar documentação dos pacientes residentes; inserção dos usuários nos CAPS; preparação para as atividades de vida diárias; grupo de escuta (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Assim, em um fluxograma apresentado no documento, após a aplicação dos quatro processos, com previsão para implantação até fevereiro de 2008, teria como consequência a desospitalização. A saída dos usuários da CSVR se daria através da reinserção familiar e do retorno às cidades de origem dos internos que não eram munícipes de Volta Redonda. Este retorno a outras cidades já estava em andamento desde 2003, conforme referido anteriormente, pela ação do Ministério Público (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Pelos fatos expostos, foram investidos esforços no sentido de desinstitucionalizar os usuários através das tentativas de mudanças no funcionamento da CSVR e a utilização de serviços extramuros para a assistência das pessoas em sofrimento psíquico.

Contudo, é oportuno enfatizar que o termo em destaque no Planejamento Estratégico era desospitalização, uma vez que o objetivo da equipe interventora era de reduzir consideravelmente a taxa de ocupação dos leitos daquela instituição. Logo, em muitos casos, pode ter ocorrido apenas a desospitalização, sem que o egresso, necessariamente, tenha sido desinstitucionalizado.

Ao atentar para a questão conceitual dos termos – desospitalização e desinstitucionalização – utilizados tanto no Relatório de Gestão da CSVR quanto no Planejamento Estratégico, percebo que o município de Volta Redonda poderia esbarrar na possibilidade de um erro conceitual que abrange diversas realidades descrito por Saraceno (1999, p. 70):

O grande equívoco se encontra no uso sinonímico, sempre mais difundido, das noções de desospitalização e desinstitucionalização, a desospitalização sendo um ato administrativo que faz sair um paciente da instituição-hospital, enquanto a desinstitucionalização é um processo que faz sair um paciente da instituição-psiquiatria.

Em outras palavras, aproximando os pontos de vista do autor com os acontecimentos, à época, em Volta Redonda, pode-se afirmar que a prioridade era a desospitalização, enquanto ato administrativo de retirada dos usuários da CSVR, porém como havia estímulo à realização de atividades que buscavam afastar o usuário da rotina institucional, é possível alegar que desinstitucionalização foi um dos caminhos traçados na busca para alcançar a reabilitação psicossocial e o resgate à cidadania.

É importante destacar, em circunstâncias gerais, que a desospitalização desarticulada do processo de desinstitucionalização pode gerar carência assistencial de grande parte dos egressos das instituições psiquiátricas. Portanto, a responsabilidade dos profissionais, comprometidos com o cuidado de tais pessoas é de “evitar o abandono do paciente a si mesmo, em nome de sua liberdade abstrata” (ROTELLI et al, 1990, p.34).

Para efetivar a desospitalização dos usuários da CSVR tentou-se a reaproximação com os familiares daqueles internos que possuíam alguma relação de parentesco identificada pela equipe, com vistas à reinserção do mesmo no seio familiar.

Entretanto, não é possível, tampouco salutar, impor ao familiar à convivência e retirada do usuário da instituição. As famílias que não estão preparadas para lidar com seus entes portadores de transtornos mentais, por vezes, não conseguem oferecer o apoio necessário para que haja inserção nos serviços disponíveis no seu território, aumentando, desta forma, o risco de abandono e perpetuação do processo de exclusão (OLIVEIRA, 2004).

Paralelamente a estes acontecimentos, foi divulgado que a Associação de Usuários, Familiares e Amigos do Serviço de Saúde Mental (AUFASSAM) estava em funcionamento (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007). Esta Associação não tinha fins lucrativos e pretendia ser reconhecida como entidade civil, primando pelos direitos respaldados por lei, das pessoas com transtornos mentais. Inclusive, através de reuniões, debates e discussões, firmando seu compromisso com o resgate da cidadania e construindo propostas de melhoria à assistência em saúde mental (MORAES, 2008).

Sua criação ocorreu após a intervenção na CSVR e era composta por usuários e familiares. Teve suas atividades interrompidas durante um período, contudo não foram encontrados registros sobre o motivo e a duração dessa interrupção. Foi divulgado através do Relatório de Gestão da CSVR que a AUFASSAM havia reestabelecido suas atividades (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Outrossim, devido a participação dos membros da AUFASSAM na VIII Conferência Municipal de Saúde do município de Volta Redonda, em 2007, foi

assegurada a efetivação de um representante da Associação como membro do Conselho Municipal de Saúde.

Foi possível observar que no decorrer da implantação da Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda alguns recursos relacionados ao usuário, como família e membros da sociedade, foram incorporados como estratégias na tentativa inicial rumo à reabilitação. Este fato é reiterado pelo discurso em âmbito geral de Saraceno (1999, p.30) o qual diz que essas estratégias que consideram o contexto social do usuário “se encontram distantes das estratégias comuns propostas pelo modelo psiquiátrico biomédico”.

O Relatório de Gestão da CSVR citava, inclusive, a possibilidade de implantação de Residências Terapêuticas. Nesse documento constava um calendário de reuniões fora do município de Volta Redonda, dentre as quais, um encontro com a Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, para discussão do projeto de Residência Terapêutica para o município (Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, 2007).

Em janeiro de 2008, constou em ata de reunião, de caráter extraordinário, do Conselho Municipal de Saúde do município, a preocupação referente à possibilidade de desativação da CSVR e quais seriam as alternativas para a realocação e tratamento das pessoas portadoras de transtorno mental, cronificadas pela institucionalização. (Ata Nº 242, Conselho Municipal de Saúde; 2008)

Compartilhando da mesma preocupação, consta nos registros de ata da reunião citada acima, que um enfermeiro, representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) manifestou sua opinião ao afirmar que a viabilização efetiva da Reforma Psiquiátrica poderia se dar através da criação de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: CAPS III e Residências Terapêuticas. Acrescentou, ainda, que a implantação de serviços substitutivos é uma diretriz a nível nacional e havia necessidade de os municípios se organizarem no sentido de executá-la. (Ata Nº 242, Conselho Municipal de Saúde; 2008)

Diante da assertiva feita pelo representante da ABEn, a representante da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda referiu que haveria condições para implementação da proposta de Residência Terapêutica para as pessoas em sofrimento psíquico, egressas da CSVR, que não possuíam suporte familiar. (Ata Nº 242, Conselho Municipal de Saúde; 2008)

Com relação à assistência clínica e tratamento destas pessoas, ponto questionado durante a reunião, a representante da SMS informou que o CAPS III estava em fase de delineamento do projeto, no que tange os recursos humanos e que teria havido expansão dos leitos para atendimento em saúde mental no CAIS Atterrado.

Para dar continuidade aos fatos é significativo evidenciar a trajetória política de alguns personagens da cidade de Volta Redonda. Antonio Francisco Neto (PSB) exerceu dois mandatos consecutivos (1996-2000 e 2000-2004), como prefeito. Nesse último mandato, teve como vice-prefeita Suely das Graças Alves Pinto. Nas eleições de 2004, apoiou a candidatura de Gothardo Lopes Neto (PV), seu primo, que logrou êxito nesse pleito (UOL Eleições, 2012). Durante essa gestão de Gothardo Lopes Neto (2004 – 2008), como prefeito, a ex- vice-prefeita Suely das Graças Alves ocupou o cargo de secretária municipal em Nova Iguaçu (Projeto de Resolução Nº 1261/2005).

Com as eleições de 2008, Antonio Francisco Neto, então no PMDB, concorreu novamente ao cargo executivo municipal em Volta Redonda e foi eleito. Desta vez, Suely das Graças Alves Pinto, retornou ao cenário político de Volta Redonda, sendo nomeada em 2009, secretária municipal de saúde através do Decreto Municipal Nº 11.274. (Decreto Municipal Nº 11.274; Volta Redonda, 2009)

Assim, ainda em 2008, no mês de maio, foi promovido na Câmara Municipal de Volta Redonda, um evento cujo tema central era “Os direitos dos portadores de transtorno mental em debate: a interface entre as Políticas de Saúde Mental, a Previdência Social e o Poder Judiciário”. O evento foi organizado pelo Programa de Saúde Mental de Volta Redonda; o Curso de Serviço Social do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) e, equipes de Serviço Social e Psicologia do 5º Núcleo Regional da Corregedoria (NURC) – Volta Redonda. (Folder de divulgação de evento; Programa de Saúde Mental de Volta Redonda, 2008)

Para a mesa de abertura estava prevista a presença de autoridades municipais e representantes de diversos setores, tais como: Prefeito de Volta Redonda; Secretária Municipal de Saúde; Coordenador Estadual de Saúde Mental; Coordenadora do Programa de Saúde Mental da SMS; Promotor de Justiça do Ministério Público de Volta Redonda; Chefe da Procuradoria Federal Especial do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); Reitor do UniFOA; Pró-reitora de

extensão do UniFOA ; e, representante da AUFASSAM. (Folder de divulgação de evento; Programa de Saúde Mental de Volta Redonda, 2008)

Há que se atentar para o fato de não haver registro de outros eventos que envolvessem discussões sobre a saúde mental com a participação dos gestores municipais, a partir do recorte temporal inicial (2006) desta pesquisa. Este ocorrido pode suscitar estranheza com relação ao comparecimento do prefeito Gothardo Lopes Neto de Volta Redonda em tal evento, considerando que o mesmo antecedeu poucos meses às eleições municipais de 2008, cujo prefeito eleito de Volta Redonda nesse pleito foi Antonio Francisco Neto, primo de Gothardo Lopes Neto.

Na programação constava, além composição de uma mesa de abertura, a realização de quatro mesas temáticas para discutir o tema central do evento. Além disso, em seu folder de divulgação, o Programa de Saúde Mental destacava a intenção daquele evento: "Promovendo a Reinserção Social". (Folder de divulgação de evento; Programa de Saúde Mental de Volta Redonda, 2008)

É possível afirmar que as ações municipais não se baseavam apenas em cumprir exigências normativas proveniente de legislação federal. Preocupavam-se com o planejamento, informação à comunidade, discussão em conjunto com diversos setores sociais e governamentais, no sentido de esclarecer e buscar alternativas para expandir as ações da Reforma Psiquiátrica, já em andamento no município.

Não obstante o processo de Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda ter ocorrido vagarosamente, este município apresentou propostas que podiam ser consideradas como estimuladoras ao resgate da cidadania daquelas pessoas institucionalizadas há anos, na CSVR. Ao considerar importante incentivar as discussões que tratavam dos direitos destas pessoas, pode-se afirmar que este passo foi de encontro ao processo de exclusão e negação da pessoa com transtorno mental na sua condição de cidadão.

Nesse aspecto, recorro à proposição de Saraceno (1999, P. 18), a partir de uma realidade geral, na qual evidencia que o processo de reabilitação está intimamente relacionado às etapas de (re)construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais:

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro

de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível (SARACENO, 1999, p. 18).

Independente do setor de cada representante do evento, citado anteriormente, - social, político, jurídico, administrativo ou assistencial – as discussões pautadas nos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental afastam a ideia de rótulo pela doença ou sequelas da mesma. O olhar passa a ter como foco outras necessidades que, muitas vezes, não são identificadas ou reconhecidas pelos usuários institucionalizados, devido à privação de vivenciar situações cotidianas. Isso é passível de ser dito, uma vez que na realidade intramuros o direito é de sobreviver e o dever é de obedecer regras e critérios que os aproximem da normalidade.

Igualmente, evidenciou-se a possibilidade de dar visibilidade às expressões dos excluídos, impregnados pela clausura e com anseios de liberdade. O folder do evento descrito acima, ratificava a posição política de difundir a importância de se garantir espaço à expressividade dos internos da CSVR, e acrescenta o grifo de uma usuária: “Vamos querer liberdade, vida saudável. Lutamos: para que os nossos sejam iguais. Para que não haja tantas injustiças. Vamos lutar”. (Folder de divulgação de evento; Programa de Saúde Mental de Volta Redonda, 2008)

Nesse caso, foi entendido liberdade, através de concepções aristotélicas, como sendo também a possibilidade da pessoa fazer escolhas, a partir de alternativas. Entendida, inclusive, como ausência de constrangimentos externos e, de submissão por algo e/ou alguém, com possibilidade plena de exercer seus direitos e deveres. (CHAUI, 2000)

O processo de implantação da Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda prosseguiu e, em agosto de 2008, o cargo de Coordenação do Programa Municipal de Saúde Mental passou a ser ocupado por uma enfermeira. Além disso, ainda em 2008 houve a expansão da rede extra hospitalar, através da implantação de mais um CAPS adulto. (A rede de atenção psicossocial de Volta Redonda, 2011) No entanto, nenhuma ação concreta havia sido feita no sentido de extinguir o manicômio da cidade. Nesse momento, a estrutura da rede extra hospitalar era suficiente para dar suporte básico à criação dos dispositivos de moradia, conforme depoimento a seguir:

[...] aí foi montando a estrutura de rede de saúde mental para que pudesse então estar preparada para fechar o hospital psiquiátrico. Toda a rede montada para dar suporte para a saída desses usuários.(AS)

Desta forma, o município em 2009 contava com os seguintes serviços da rede de saúde mental: CAIS Aterrado, para atendimento de emergências psiquiátricas; leitos em Hospitais Gerais; 3 CAPS adulto; 1CAPS ad (álcool e drogas); 1 CAPSi (criança e adolescente) e a Estratégia Saúde da Família, localizada nas UBS. (MARTINS et al, 2012). Pode-se atribuir significação aos serviços como variáveis que podem influenciar diretamente o processo de reabilitação, uma vez que o serviço, em si, é um tratamento, através de características como flexibilidade, diversificação e integração (SARACENO, 1999).

O recorte temporal final desta pesquisa se insere na última gestão de Antonio Francisco Neto, na condição de prefeito do município de Volta Redonda. Pode-se justificar, através da história de sucessão política na cidade, a manutenção da forma de assistência às pessoas em sofrimento psíquico no município, uma vez que mudanças radicais não estavam previstas, pois poderia afetar interesses e desestabilizar o equilíbrio político alcançado. O depoimento abaixo ilustra a realidade descrita:

[...] a gente teve muitas lacunas na política de saúde mental de Volta Redonda por falta de uma atitude mesmo da gestão. A política está dada pelo Ministério da Saúde, nós temos que fazer Residência Terapêutica, ou nós temos que abrir leitos em hospital geral, nós temos que ampliar a rede de atenção psicossocial [...]. Tudo isso depende da atitude da gestão, acho que com a RT foi isso". (PSI)

Desse modo, é relevante enfatizar que o fato de o município dispor de subsídios suficientes para desmontar o manicômio, tais como: rede de serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico e o Projeto para implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda, não foi a força motriz para efetivar a Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à superação do modelo manicomial, conforme depoimento a seguir:

[Residência Terapêutica] foi uma grande discussão na época, em vários momentos ficou de tomar uma decisão. [...] Algumas implicações de cunho político na cidade para se fechar um hospital e atitude mesmo do gestor de bancar isso dentro do município. Eu acho que isso era uma discussão que me chamava muito à atenção na época. Quem que vai bancar de fato o

fechamento de um hospital e a abertura das Residências Terapêuticas, com todo esse cunho de cuidado extra hospitalar de território? (PSI)

Ao passo que se reconfigurava, paulatinamente, a estrutura de funcionamento interna do manicômio, delineava-se o processo de desinstitucionalização baseado em três características:

A construção de uma nova política de saúde mental; trabalho terapêutico com o objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes; e a construção de estruturas externas que fossem totalmente substitutivas da internação no manicômio. (Plano Municipal de Saúde, Volta Redonda; 2007)

Diversos fatores corroboraram para a transição do modelo de assistência municipal em saúde mental, pautado no paradigma de internação hospitalar, para o novo modelo de base comunitária. Contudo, o fator determinante que legitimou a necessidade de se criar as Residências Terapêuticas no município foi o direito de reaver a posse da CSVR pelos proprietários, obtido judicialmente, após 15 anos de intervenção.

A justiça concedeu, em 2009, o prazo de seis meses – janeiro a junho – para que a propriedade onde funcionava a CSVR fosse devolvida aos donos. Sendo assim, as autoridades municipais, perceberam-se na iminência de desocupar o imóvel e, na premente necessidade de realocar os egressos de tal instituição. Entretanto, a alternativa não poderia transgredir os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Então esse projeto já existia, já havia a rede consolidada e ficou tudo mais fácil, juntou três coisas úteis: o ganho de causa dos proprietários, o projeto montado e a rede consolidada. (AS)

Isto posto, devido à obrigação de cumprir a ordem judicial e, à prioridade em atender as diretrizes da Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda, houve a necessidade de mobilizar esforços para implantar as Residências Terapêuticas, como estratégia para realocar os egressos da CSVR. Neste processo, a profissional que liderava as ações da equipe de trabalho no sentido de viabilizar a implantação das Residências Terapêuticas era a enfermeira, coordenadora do programa de saúde mental de Volta Redonda.

Assim, a implantação das Residências Terapêuticas poderia alavancar o processo de reabilitação em Volta Redonda, pois habitar uma casa possibilitaria a subjetivação da moradia como um local de pertencimento, ao contrário do que promovia a exclusão manicomial. Este ponto de vista está pautado no discurso de Saraceno (1999, p. 114):

A reabilitação tem muito a ver, seja com a ideia de casa, seja com aquela de morar, frequentemente estas duas ideias vem sobrepostas e confundidas entre si. [...] o manicômio (como o cárcere) é o lugar por excelência onde é negado o habitar e firmado o estar.

É possível extrair do histórico processo de implantação, dos recursos que operacionalizariam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que a implantação das Residências Terapêuticas ocorreu tardiamente, uma vez que já havia um projeto em condições de ser implantado previamente à decisão judicial.

Então, a devolução da Casa de Saúde Volta Redonda por uma decisão judicial, a cessação da intervenção do município fez com que se acelerasse o processo de criação das Residências Terapêuticas (MP).

[...] eu acredito que o município não estava ajudando de nenhuma forma para que isso [criar Residências Terapêuticas] acontecesse. Eles não foram pegos de surpresa porque a Casa de Saúde estava há 15 anos sob intervenção (REC).

Apesar de todas as ações no sentido de prosseguir com as investidas antimanicomiais no município, as moradias foram executadas pelo dever de atender uma ação determinada por uma instância superior, nesse caso, o poder judiciário. Assim, o discurso do poder público acerca da criação das Residências Terapêuticas como garantia de melhores condições de vida às pessoas com transtorno mental e resgate à cidadania e reabilitação psicossocial, era também proveniente da necessidade imposta por uma decisão jurídica que obrigava a devolução patrimonial da Casa de Saúde Volta Redonda a seus proprietários.

Os argumentos que fundamentaram a manutenção da atuação da equipe interventora passaram a ser questionáveis na medida em que o município conseguiu implantar em seis meses, o projeto que já estava concluído há três anos.

Então, em junho de 2009 foram inauguradas três Residências Terapêuticas em Volta Redonda com a finalidade de moradia para os egressos da CSVR. Este passo constituiu o término da assistência pautada no modelo psiquiátrico tradicional, uma vez que a principal marca deste modelo – o manicômio- havia sido extinto.

Para tanto, no próximo capítulo estarão delineadas cada etapa para a efetiva inauguração das Residências Terapêuticas, tendo como ponto de partida a sentença judicial favorável aos donos da propriedade da CSVR.

Nessa nova etapa, muitas transformações deveriam ocorrer em prol da desinstitucionalização dos usuários, dos profissionais e da sociedade. Esta preocupação deriva da necessidade de não repetir ações que remetessem ao modelo de exclusão e privação de direitos das pessoas em sofrimento psíquico nos novos dispositivos assistenciais de saúde mental. Esta preocupação se aproxima com as colocações de Saraceno (1999, p.25) o qual afirma que:

A interrupção do controle duro e visível do manicômio e de sua oferta de soluções simplificadas às necessidades habitacionais e de existência cotidiana determina a necessidade de respostas que possam se organizar, seja em torno da simples lógica da contenção extramural ou, enfim, à lógica da reconstrução da cidadania plena.

No que diz respeito à enfermagem, foi relatado neste capítulo sua atuação nos momentos em que se discutia a proposta de implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda. Destes momentos, é possível destacar a colaboração na confecção do Planejamento Estratégico da CSVR; na participação do representante da ABEn no sentido de esclarecer aos membros do Conselho Municipal de Saúde acerca da importância do Serviço Residencial Terapêutico, respaldado pelo Ministério da Saúde, e a necessidade de implantação deste serviço no município de Volta Redonda.

Capítulo IV

4.1 A participação da enfermagem no desenvolvimento das Residências Terapêuticas enquanto serviços da rede assistencial substitutiva ao modelo manicomial no município de Volta Redonda - RJ

Este capítulo foi dividido em três subcapítulos, nos quais perpassa a atuação da enfermagem frente suas temáticas centrais. No primeiro foram abordadas questões sobre enfrentamentos necessários para a definitiva desocupação da CSVR e o perfil das Residências Terapêuticas em implantação. No segundo, destacaram-se os recursos humanos para desenvolver as atividades no cotidiano das Residências Terapêuticas. No terceiro, são vistas dificuldades e possibilidades relacionadas ao funcionamento inicial das Residências Terapêuticas como dispositivo da rede de saúde mental de Volta Redonda.

4.1.1 A locação dos imóveis, transferência dos outsiders da Casa de Saúde Volta Redonda para as Residências Terapêuticas e a configuração inicial das casas

A decisão judicial que determinou a reintegração de posse da CSVR aos seus proprietários colocava fim em um período de quinze anos de intervenção municipal. Tal situação expôs as autoridades do município à iminência de providenciar ações com reflexos diretos na vida dos usuários que, até então, tinham naquele espaço uma trajetória longa de ações psiquiátricas e excludentes. O impacto imediato dessas medidas foi assim percebido pelos depoentes, a seguir:

Fizemos uma assembleia com eles [usuários] em janeiro [2009], começamos a falar do fechamento do hospital e eles começaram a ficar muito nervosos e ansiosos com o que ia acontecer com eles, mas tudo o que a gente decidia, decidia junto com eles. (AS)

Por mais que se fale, que se trabalhe, o processo de mudança física é muito grande, assusta muito, então isso criou uma confusão muito grande no início. (ENF1)

A reação dos usuários expressada pela fala dos entrevistados acima pode ser uma evidência de características da institucionalização, na qual pode ter gerado complexidade maior para o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização, bem como reflexo na assistência de enfermagem.

A iniciativa de estimular os usuários na tomada de decisões compõe ações de reabilitação psicossocial e resgate da cidadania, na medida em que oportunizava o desenvolvimento de projetos de vida em conjunto com os profissionais e, assim, as ações não ocorreriam de forma arbitrária, além de se considerar as subjetividades dos usuários. Logo, a passividade imposta pela ideologia psiquiátrica tradicional era substituída pela atuação do usuário enquanto sujeito ativo no planejamento e entendimento das novas condições de vida.

No entanto, alguns entraves ocorreram para a desocupação da CSVR. Fazia-se necessário localizar as casas que deveriam ser locadas e a posterior transferência dos usuários. A primeira dificuldade era a de encontrar imóveis que possuísem estrutura física que comportassem os futuros moradores conforme disposto na Portaria 106/00.

Os profissionais da Casa de Saúde se dividiram para ficar cada um com uma tarefa e começamos a ir às imobiliárias, fazer visitas nas casas. Também ia a coordenadora do programa, a coordenadora da Casa de Saúde Volta Redonda, e alguns profissionais. (REC)

[...] foi uma dificuldade tremenda em arranjar casa com três quartos, arejada, grande. (AS)

Ficamos um bom tempo escolhendo os bairros que queríamos, os mais bem localizados, os mais próximos dos serviços, e aí resolvemos alugar a primeira casa que encontrássemos, que fosse num lugar acessível e que fosse um imóvel em condições de moradia. (ENF1)

Ainda que a estrutura física dos imóveis estivesse em conformidade com a Portaria Nº 106/00, algumas características não eram funcionais, conforme o trecho abaixo:

Então foi tudo corrido, por isso que foram implantadas assim as Residências e, os imóveis nem são assim tão adequados funcionalmente. Existem casos, por exemplo, nessa casa que a gente está, aqui tem três andares, casas com escadas. Então, na época foi o que apareceu. (TO)

[...] eu não sei se por causa da correria da implantação, mas a única que não tem escada é a última que foi inaugurada, porque as três primeiras Residências possuem escada e tem gente com dificuldade de andar. Eu acho impróprio. (ENF4)

A força tarefa para se conseguir imóveis adequados e em boas condições para locação envolveu profissionais e usuários, pois o tempo para esse investimento era curto, ou seja, apenas seis meses e, exigia visitas aos imóveis selecionados.

Contudo, conseguir a locação dos imóveis foi uma tarefa complexa. Por parte das imobiliárias havia a resistência em firmar um contrato com a prefeitura.

[...] Tinha uma dificuldade muito grande pra alugar essas casas [...]. Segundo as imobiliárias, a prefeitura não pagaria os aluguéis em dia e eles não podiam tirar por conta de atraso de aluguel por ser um órgão público e por isso esse processo foi tão difícil.(REC)

O imóvel estava para ser alugado e íamos lá ver o imóvel, atendia às necessidades da Residência [...], mas quando falávamos que o imóvel seria alugado pela prefeitura, as pessoas já não queriam mais e enfim, a gente perdia o imóvel porque para prefeitura ninguém queria alugar.(ENF3)

Contudo, após diversas tentativas uma imobiliária aceitou realizar o contrato de locação com a prefeitura. O trecho evidencia esta situação:

E aí a gente conseguiu com uma imobiliária alugar as primeiras casas. [...] Então, a gente conseguiu uma que topava, e aproveitamos (ENF1)

Parte da resistência das imobiliárias em estabelecer um contrato de locação com um órgão público advém da existência de um dispositivo legal que assegurava à administração pública o poder de modificação unilateral do contrato e prorrogação do mesmo por anos, conforme disposto no Art. 58 da Lei Nº 8666/93⁵ (Brasil, 1993b). No caso específico com a prefeitura municipal de Volta Redonda, tal fato se justificava tendo como base a consideração de que as Residências Terapêuticas seriam, neste município, serviço essencial à população.

Vencida a primeira resistência, os profissionais e as autoridades municipais envolvidas com a missão de alugar um imóvel, outro obstáculo se evidenciou e estava relacionado ao fato de os moradores serem pessoas com transtornos mentais. Os depoimentos a seguir ilustram bem esse aspecto:

Quando a imobiliária aceitava alugar para o serviço público, a maioria dos proprietários não aceitavam, porque era para paciente psiquiátrico[...] (ENF1).

[...] dificuldade da imobiliária que não queria alugar para o município ou quando eles [proprietários] descobriam que eram pacientes de saúde mental que iam morar na residência (AS).

⁵ Lei Nº 8666/93 - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

[...] o proprietário veio até nós com o processo todo fechado só faltando a assinatura dele, dizendo que não queriam aquelas pessoas morando na casa dele porque iam destruir, iam quebrar, aquelas coisas todas que as pessoas tem por falta de conhecimento. [...] As pessoas tem muito medo, preconceito e a dificuldade de aceitar a saída dessas pessoas do hospital.(ENF1)

O rótulo universalizante da doença reforça o imaginário da sociedade estabelecida de que as pessoas em sofrimento psíquico são agressivas, libertinas, incapacitadas, ou seja, impróprias para a vida comunitária. E, que suas necessidades se resumem à cura da doença ou diminuição da manifestação dos sintomas, prescindindo, assim, a ideia de moradia como necessidade e direito de cidadão. Esta concepção encontra respaldo na manutenção de pensamentos retrógrados, os quais consideram que os outsiders precisam (sobre)viver excluídos.

De acordo com as concepções de Elias (2000, p.35), a relação entre estabelecidos e outsiders tem como fator constituinte a estigmatização, a qual emerge da criação de uma “fantasia coletiva” pelos primeiros em relação aos últimos. A impregnação por este imaginário social transparece o preconceito e ratifica o estigma social. Então, esta reação dos proprietários pode ser compreendida no sentido de preservação da sua identidade grupal, enquanto membros do grupo estabelecido, com vistas a afirmar a condição de superioridade, balizando suas afirmativas na prerrogativa dos outsiders possuírem “menor valor humano”, devido a seus atributos associados à anomia (Elias, 2000, p19).

A enfermeira que coordenava o processo de implantação das Residências Terapêuticas teve papel de destaque no enfrentamento dos obstáculos referentes ao aluguel das casas e, contou com auxílio de demais profissionais que participaram do processo de locação das casas. Para contornar tais adversidades, a estratégia utilizada pela enfermeira foi realizar reuniões de cunho explicativo, sobre o novo modelo assistencial em saúde mental.

[...] Eu conversei com ele [proprietário], mostrei fotos e depois de todo esse processo ele resolveu alugar, mas não são todas as pessoas que depois desse processo de interação de conhecimento, dessa conversa, que decidem alugar. (ENF1)

Dessa forma, o esclarecimento promovido pela enfermeira refletiu os contrastes entre o paradigma centrado na doença e o paradigma de atenção integral

à pessoa em sofrimento psíquico, podendo ser considerada uma atitude de desinstitucionalização da população estabelecida.

Desenvolver ações de desinstitucionalização com a sociedade pode refletir o desenvolvimento de educação popular em saúde, como uma atividade assistencial da enfermeira. Este modelo de educação em saúde valoriza os saberes do senso comum, as crenças e valores, e promove discussões sobre temas vivenciados pela comunidade a fim de atingir melhorias na qualidade de vida. (MACIEL, 2009)

A atuação da enfermeira ao explicar e evidenciar as vantagens desta transição de modelo possibilitava a criação de caminhos para descaracterizar a ideologia psiquiátrica tradicional. Além disso, ampliava as possibilidades de abordagem às diversas demandas provenientes da singularidade de cada pessoa e atenuava o estigma acerca da loucura, instituído culturalmente.

A enfermeira, nesse caso, considerada porta-voz dos interesses dos usuários, os “outsiders”, ao defender e lutar pelos direitos destes junto aos proprietários, os “estabelecidos”, criava-se uma situação de desestabilização na relação de poder, uma vez que a enfermeira também era reconhecida como membro do grupo de estabelecidos. Este fato, a meu ver, influi positivamente na possibilidade de aceitação da proposta de locação pelos proprietários.

Nesse aspecto, Elias (2000, p.8) contribui ao esclarecer que as pessoas que se relacionam com ambas as classificações, “estão, ao mesmo tempo, separados e unidos por um laço tenso e desigual de interdependência”. Nessa condição, a enfermeira evidenciava que as pessoas em sofrimento psíquico possuíam condições plenas de habitar o espaço urbano e apropriar-se deste, tanto materialmente, através da casa em si, quanto subjetivamente, considerando-a como um lar.

O grupo de profissionais envolvidos no processo de implantação das Residências Terapêuticas conseguiu locar três casas em condições de moradia para os usuários egressos da CSV. Não obstante a Portaria Nº 106/00 prever o quantitativo máximo de moradores por Residência, o que somente seria atendido com o investimento em quatro casas, conforme definido no projeto elaborado pelas autoridades municipais para implantar o Serviço Residencial Terapêutico naquele município. As dificuldades para locação de imóveis adequados inviabilizaram o êxito desta diretriz.

[...] na verdade iam ser quatro Residências, mas nós não conseguimos alugar a quarta casa.(REC)

Pela quantidade de usuários que a gente tinha na Casa de Saúde, a gente precisava de quatro Residências Terapêuticas para poder suportar esses pacientes. (AS)

[...] E aí a gente teve inicialmente três Residências Terapêuticas, nós conseguimos alugar só três, nós precisaríamos de quatro. [...] Estamos em busca de mais uma casa para alugar e estamos encontrando dificuldade muito grande em relação às imobiliárias e aos proprietários. (ENF1)

Os depoimentos abaixo evidenciam a localização das casas em áreas nobres dos bairros conforme exposto no trecho a seguir:

Nós encontramos três imóveis em excelentes condições, [...] todos eles em áreas extremamente central do bairro [...].São bairros nobres. Se fosse periferia não teria problema, o que teria problema é o acesso extremamente ruim e o imóvel não estar em condição de moradia. (ENF1)

As Residências estão nos melhores bairros de Volta Redonda. As casas são as melhores de Volta Redonda, [...] casas espaçosas, com quintal, com frente. Então houve esse cuidado de toda a equipe em procurar lugares de excelência, que pudesse ter comércio perto, shopping perto, feira perto pra que essas pessoas pudessem de verdade conviver (ENF3)

É possível notar que houve preocupação dos profissionais sobre a localização e a estrutura dos imóveis, de modo que se buscou atender as solicitações da Portaria Nº 106/00. Além disso, tal preocupação refletiu a atenção para que a localização das casas pudesse contribuir para a reinserção social efetiva, devido a proximidade com espaços de trocas sociais, favorecendo, então, a reabilitação social.

Indo ao encontro, portanto, com o que foi preconizado pela OMS (2001), o processo de exclusão deve ser evitado e as políticas habitacionais para pessoas em sofrimento psíquico devem estimular a integração das moradias nos espaços sociais urbanos, conforme o trecho abaixo:

É preciso, e isto é muito importante, que a legislação sobre a habitação inclua disposições para impedir a segregação geográfica das pessoas mentalmente doentes, o que exige disposições específicas para impedir a discriminação na localização e distribuição de habitações tanto como serviços de saúde para pessoas com perturbações mentais. (OMS, 2001, p. 176)

Com relação ao aspecto de localização dos imóveis para implantação das Residências Terapêuticas, pode-se afirmar que o padrão habitacional era similar

entre os membros do grupo estabelecido e aqueles que configurariam o grupo de recém-chegados, os outsiders. Estas circunstâncias poderiam caracterizar uma iniciativa de ruptura com o processo de exclusão, uma vez que houve a preocupação em instalar as Residências Terapêuticas em locais de fácil acesso aos espaços de trocas sociais, contribuindo, inclusive, com o processo de reabilitação psicossocial.

Superada esta etapa, com o ajuste possível para o momento, o grupo envolvido com a implantação das Residências Terapêuticas precisavam providenciar as condições necessárias para habitação, com vistas à transferência dos usuários da CSVR, na condição de novos moradores dos bairros. Para tanto tinham que mobilhar as casas e, mais uma vez, alguns usuários puderam participar, juntamente com os diversos profissionais, de mais uma etapa de estruturação da proposta de Residências Terapêuticas para o município.

Apresentamos para eles todas as etapas, que a gente ia procurar casa, ia comprar móveis, que eles iam participar da compra dos móveis, da montagem das casas.[...] Tudo foi comprado desde cama, mesa e banho até televisão, DVD.(AS)

Alugou-se as casas, comprou-se os móveis, essa parte foi até feita pela Secretaria. Mobilhou tudo direitinho. Houve um período de arrumar, a gente trazia alguns moradores que tinham essa autonomia de ajudar (ADM).

A participação ativa de alguns usuários para viabilizar o funcionamento das Residências Terapêuticas reforça a ideia de Saraceno (1999) de desenvolver atividades que estimulassem a reinserção social e o sentimento de pertencimento. Além disso, tal atitude poderia ser encarada como parte do processo de reabilitação psicossocial, na qual as atividades de vida diária, como fazer escolhas – possibilitado pelas compras -, enaltece a importância da dinâmica das trocas sociais de todo cidadão.

É nítido que os profissionais envolvidos com estas etapas para viabilização das Residências Terapêuticas estavam desinstitucionalizados, podendo ser considerados reabilitadores. Possuíam seu discurso apoiado nas premissas da saúde mental e reconhecia a pessoa em sofrimento psíquico como cidadã.

Concluída a compra dos móveis e demais utensílios, foi registrado em reunião com o Ministério Público que o material que equipava as Residências Terapêuticas estava adequado para mantê-las em funcionamento, com a finalidade de conforto e

acolhida aos usuários.(Termo de Registro de Reunião do Ministério Público; Volta Redonda, out/2009)

À medida que as providências no sentido de que as Residências Terapêuticas estivessem em condição de funcionamento, também se aproximava o prazo determinado judicialmente para a devolução da CSVR a seus proprietários. Assim, em junho de 2009, foi realizada a transferência dos usuários para as três Residências Terapêuticas.

Neste contexto, a citação abaixo reforça a relação entre a Residência Terapêutica e a cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. Inclusive, a Residência Terapêutica poderia ser um dispositivo que encerraria em definitivo as atividades em hospitais psiquiátrico, desde que articuladas em rede de apoio extra hospitalar, preferencialmente, de modo intersetorial.

De um modo geral, os serviços residenciais podem responder à diversas necessidades vislumbradas no processo de saída do hospital: local para morar, suporte social, composição de rede social, responsabilização diferenciada de serviços e equipes de saúde mental, possibilitando assim o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a condução de processos de reabilitação psicossocial baseados na comunidade e comprometidos com o resgate da cidadania.(MANGIA, 2002, p. 72)

O momento de transferência pode ser considerado um processo repleto de subjetivação e significados individuais. Este fato é salientado pelo registro no Projeto Residência Terapêutica em Volta Redonda (2010, p.7): “ Chega então o dia da mudança, alguns usuários desconfiados, outros alegres, outros resistindo a saída do hospital, enfim, cada um reagindo de acordo com suas individualidades”.

Cada usuário construiu, ao longo dos anos de internação, sua própria história nas dependências da CSVR e tinha o entendimento de que aquela instituição era um local seguro, enquanto familiar. Estas situações foram expressas nos trechos a seguir:

No dia do fechamento a gente teve pacientes que resistiram à saída do hospital. É, eu lembro assim como se fosse hoje, uma paciente segurou uma lata de lixo, aqueles latões de lixo grande. [...] Isso me marcou muito quando disse: a lata de lixo não vai entrar no carro, então como é que vão me tirar daqui? Então foi uma situação bem difícil pra todos, mas necessária eu acredito. (ENF1)

O momento que o hospital foi fechado e feito essa passagem, a princípio uma passagem simplesmente física, com o passar do tempo foram construindo outras coisas. (ENF1)

A desospitalização pode gerar um sentimento de subtração deste espaço, incorporado como propriedade dos outsiders por longos anos. Inclusive, fazer emanar o medo do desconhecido e a angústia derivada da necessidade de reaprender a usufruir de espaços sociais e do convívio com os estabelecidos. Sobre isso, Saraceno (1999) afirma que a subjetividade de incorporação da casa enquanto lar e local de pertencimento são individuais, o que pode agregar valores singulares a cada pessoa.

Pela coletividade, estabelecida nos espaços sociais, esse processo de transferência deveria ser visto como um passo importante para a reabilitação psicossocial e firmamento da cidadania daquelas pessoas. Então, com a finalidade de minimizar o preconceito, os profissionais que estavam à frente da desativação das instalações da CSV, optaram pela transferência dos usuários através de carros particulares.

[...] a gente foi em carro particular, então a gente carregou eles nos nossos carros, embora a Casa de Saúde tivesse uma combi, a gente resolveu fazer isso de uma forma menos dolorosa possível, ou que a gente achava que seria menos dolorosa na verdade. Mas, quem estava passando por isso eram eles. (ENF1)

O fato de não utilizarem veículos públicos da Secretaria Municipal de Saúde ou até mesmo ambulâncias, expressava a intencionalidade em não caracterizar aquela situação como realocação de doentes/pacientes para um novo serviço de saúde e, dessa forma esperavam que tal estratégia diminuísse o foco de atenção à doença e suas limitações.

Esta atitude pode ser considerada como uma ação demonstrativa da inserção de pessoas que passariam a ser parte integrante do meio social de cada bairro, ou seja, da comunidade estabelecida. Além disso, pode ser vista como mais uma estratégia de desinstitucionalização, e de enfraquecimento da estigmatização, uma vez que amenizou o impacto da chegada dos outsiders nos bairros estabelecidos. Com isso, objetivando a reabilitação psicossocial, cuja ênfase foi, simultaneamente,

conter o processo de exclusão social, através da reintegração de pessoas, e a (re)construção da cidadania.

Logo, pode-se afirmar que o modo conforme se operacionalizou a transferência dos usuários para as Residências Terapêuticas, buscava estimular habilidades para o enfrentamento de questões sociais das pessoas em sofrimento psíquico, para lidar com as questões da vida cotidiana e, paralelamente, enfraquecer a visão depreciativa dos estabelecidos sobre os outsiders.

As Residências Terapêuticas receberam um quantitativo de 28 egressos da CSV. De acordo com o número de moradores por casas, as mesmas apresentavam superlotação.

[...] o número de pessoas estava acima do que a portaria previa, justamente por isso precisávamos de mais uma casa, estávamos com um usuário a mais em cada Residência". (ENF1)

[...] quando foi inaugurada, quando eu cheguei aqui em 2009, tinha Residência que tinha 10 pessoas e pela antiga portaria nós não podíamos ter 10 pessoas, nós só podíamos ter 08 pessoas. Então a gente já sabia que ia ter que implantar mais uma Residência (TO)

O excesso de moradores contrariava a Portaria N^o 106/00, sendo um obstáculo à solicitação de credenciamento ao SUS. Portanto, a manutenção do financiamento e os custos do Serviço Residencial Terapêutico ficariam sob responsabilidade da prefeitura, uma vez que o repasse de verbas para manutenção do serviço ocorre apenas após a efetivação do credenciamento.

"O município sempre arcou com todas as despesas das casas". (TO)

A superlotação das Residências implicava na necessidade de locação de mais um imóvel, a quarta Residência Terapêutica, de modo que os moradores de todas as Residências pudessem dispor de uma política que de fato apoiasse a implantação do Serviço Residencial Terapêutico, conforme previsto na referida Portaria. Esse aspecto foi mencionado na reunião do Conselho Municipal de Saúde, ocorrida em 07 de outubro de 2009, nas palavras da enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, conforme se pôde constatar em consulta à Ata dessa reunião. (Ata N^o 268, Conselho Municipal de Saúde, out/ 2009).

Alguns dias após a referida reunião com o Conselho Municipal de Saúde, as questões referentes à superlotação das Residências Terapêuticas e à necessidade de locação de uma quarta casa também foram tratadas em reunião com promotores do Ministério Público, representantes das varas de família e tutela coletiva, ocorrida em 29 de outubro de 2009. A finalidade desta reunião era a de esclarecer os diversos aspectos que envolviam as Residências Terapêuticas. Nesta oportunidade, a enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental elucidou aos Promotores de Justiça os objetivos do Projeto das Residências Terapêuticas, o perfil dos beneficiários, fazendo alusão à Portaria Nº 106/00. (Termo de Registro de Reunião do Ministério Público; Volta Redonda, out/2009)

No termo de registro desta reunião, foi informado pela enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, que estavam sendo tomadas as medidas necessárias para a locação do quarto imóvel. Este imóvel se destinaria tanto para realocar o excedente de usuários das primeiras Residências em funcionamento, quanto para receber usuários que eram munícipes de Volta Redonda, mas estavam internados em instituições asilares em outros municípios. (Termo de Registro de Reunião do Ministério Público; Volta Redonda, out/2009)

Dando continuidade às questões ainda pendentes que envolviam as Residências Terapêuticas no município, a enfermeira e Coordenadora do Programa de Saúde Mental, reuniu-se com a promotoria de justiça no dia 13 de maio de 2010 para tratar de como se acompanharia o funcionamento destas, além de assuntos referentes aos seus moradores. O registro de tal reunião, que ocorreu no Ministério Público, acrescentou que a locação do quarto imóvel – assunto tratado na reunião anterior – não havia sido efetivada. Logo, no que se referia ao quarto imóvel, manteve-se a imprecisão de data para funcionamento, contudo, se afirmava a manutenção de investimento para sua locação. (Termo de Registro de Reunião do Ministério Público; Volta Redonda, mai/2010)

Foi possível notar a organização das reuniões entre a Coordenação de Saúde Mental e o Ministério Público, através dos termos de registros das mesmas. Principalmente, no que tange aos assuntos que suscitavam maiores esclarecimentos e, portanto, deveriam ser retomados em reunião subsequente, e assim era feito.

As políticas de intercâmbio e cooperação entre órgãos governamentais e o Ministério Público são previstas no Art. 14 da Portaria Nº 106/00. Dessa forma, teria como objetivo:

[...] ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos pessoas em sofrimento psíquico, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Entretanto, a atitude da promotoria em estabelecer reuniões frequentes caracterizava uma iniciativa dos profissionais da rede de saúde mental em conjunto com os profissionais do Ministério Público de Volta Redonda, uma vez que não foi instituído pela portaria citada a frequência obrigatória para realização das reuniões. Logo, é mérito dos profissionais do município o estabelecimento de parcerias intersetoriais, condizente com a Política Nacional de Saúde Mental, fato que poderia favorecer a viabilização da reinserção dos outsiders no contexto de vida dos estabelecidos.

Eles pedem orientação, o Ministério Público pede informações sobre os casos e para ver quais encaminhamentos a serem dados para os casos.
(MP)

[...] gente conversava muito com os promotores. Mas, especificamente com um promotor que foi nosso parceirão [...] muito legal desses profissionais, mas, um ou outro também, não é todo mundo também que tem essa disponibilidade e esse desejo. Mas eu acredito que a gente teve uma parceria muito legal, com o Ministério Público sim. (ENF1)

Na verdade o Ministério Público com a Residência Terapêutica é nosso grande parceiro. [...] Muitas vezes, ele me chama lá, vamos conversar.(TO)

Estas reuniões podem caracterizar a mobilização de uma parcela dos estabelecidos em prol daqueles considerados outsiders e considerada como uma oportunidade de discutir melhorias para as condições de vida dos outsiders, buscando através de medidas reabilitativas, garantir a cidadania após longo processo de exclusão.

No que tange a conformação das Residências Terapêuticas implantadas, inicialmente, receberam nome dos respectivos bairros e ficaram divididas da seguinte forma: a Residência Terapêutica Vila, era feminina, composta por nove moradoras; a Residência Terapêutica Casa de Pedra era mista, composta por 10

moradores; e, a Residência Terapêutica Tiradentes, era masculina, composta por nove moradores.

Com relação à distribuição dos usuários nas Residências Terapêuticas, conforme mencionado no capítulo anterior, os usuários que tinham alguma autonomia puderam manifestar suas vontades dizendo, inclusive, com quem gostariam de morar. Essas escolhas basearam-se nas afinidades de convívio dentro da CSVR. Os profissionais buscaram atender às solicitações dos moradores, contudo também tinham que considerar as condições individuais e estruturais das Residências, de modo a atender as necessidades de conforto e bem estar dos moradores.

Pôde escolher até a casa que queria ir. Algumas pessoas escolheram. Trouxeram aqui para ver se iam gostar, se queriam. Levou nas outras casas. Houve isso, a pessoa pôde escolher. Quem tinha condições é claro. (ADM)

Como, a Portaria Nº 106/00 não definia critérios para divisão dos moradores por sexo, a conformação das casas pode ser de acordo com a maneira de trabalho da equipe de implantação de Residências Terapêuticas. A divisão realizada em Volta Redonda considerou as subjetividades dos usuários e as afinidades entre os membros do grupo outsider, egressos da CSVR, bem como os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sobre os tipos I e II, em que deveriam ser considerados o grau de autonomia e as necessidades de cuidados dos usuários.

4.1.2 Recursos Humanos para atuar nas Residências Terapêuticas do município de Volta Redonda

Na fase de encerramento das atividades da CSVR e viabilização das condições para possibilitar o funcionamento das Residências Terapêuticas, houve a necessidade de se definir os recursos humanos que atuavam diretamente nas casas. Houve direcionamentos da Secretaria Estadual de Saúde nesse sentido:

[...] O Estado não indicava que técnicos de enfermagem ou enfermeiros que trabalhassem no hospital psiquiátrico fossem aproveitados nas Residências Terapêuticas. [...] o medo que o Estado tinha é que eles fossem reproduzir um mini-hospício dentro das Residências Terapêuticas (AS)

Foi interessante que a gente pôde fazer uma avaliação dos profissionais que foram para Residência, poderia fazer uma avaliação e uma seleção e dizer que não dava, que ele foi muito bom mas apenas na Casa de Saúde, mas não encaixava na Residência. (REC)

A busca de pessoas que tinham de certa forma um desejo de trabalhar com essa clientela não foi uma situação fácil. Então, todas as dificuldades que você possa imaginar, a gente passou por elas. (ENF1)

Compartilhando das ideias de Waidman (2005) há dificuldades para encontrar profissionais de saúde que estejam desinstitucionalizados, ou seja, com a transformação dos seus pensamentos e ações nos caminhos apontados pelo paradigma da atenção psicossocial. Logo, esta questão de recursos humanos para saúde mental está muito além de encerrar as atividades nos manicômios e compor equipes multiprofissionais.

Criar dispositivos que substituam os manicômios não implica em substituição da cultura, dos conceitos e das práticas que deram origem e consolidaram a psiquiatria tradicional. Assim, o manicômio de fato só se encerra, quando a base do paradigma psiquiátrico tradicional é desmontada na forma de pensar e agir dos profissionais que atuam diretamente com os usuários. E, isso só é possível quando o profissional está disposto a reconfigurar seus saberes, práticas e seus valores, rejeitando a cultura de exclusão da loucura.

O fato de terem sido contratados apenas técnicos de enfermagem para atuarem nas Residências Terapêuticas de Volta Redonda, reforçou o impedimento do credenciamento das mesmas ao SUS, uma vez que a superlotação por si só já havia sido o motivo inicial. Esta situação foi destacada no trecho abaixo:

Então, ela [Residência Terapêutica] ia ser montada sem ser credenciada, porque se ela fosse credenciada essas pessoas não iam ser contratadas como técnicos de enfermagem dentro da Residência e sim como cuidador [...] (AS)

Alguns profissionais que se manifestaram a favor de atuar neste novo cenário passaram por avaliação da equipe que coordenava o processo de implantação das Residências Terapêuticas, que contava com a enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, em sua composição.

Então por que não esses profissionais que estiveram dentro do hospital e viveram essa historia também não tivesse a oportunidade de passar por um processo de desinstitucionalização? [...] esses técnicos de enfermagem

para serem os cuidadores da Residência, que a gente achava que tinha o perfil pra trabalhar, que tinha uma historia construída dentro de um hospital e que já fazia um trabalho essencialmente de estimular a autonomia do usuário dentro do hospital. Então essas pessoas eram pessoas chave que tinham o perfil para trabalhar dentro das Residências Terapêuticas e que estavam dentro do hospital naquele momento. (AS)

Logo, parece não ter havido interesse em buscar pessoas com perfil de cuidadores, dando preferência em manter os profissionais que se identificavam com a função e possuía um perfil de acordo com as expectativas da equipe.

Deu-se, inicialmente, preferência para atuar no interior das Residências, os técnicos de enfermagem devido ao alto grau de dependência dos usuários e as limitações decorrentes da dependência causada pela doença, conforme depoimento a seguir:

[...] necessidade de colocar esses cuidadores como técnicos de enfermagem devido ao pouco grau de autonomia que esses usuários das Residências Terapêuticas tinham (ENF3)

Cabe lembrar que o cuidador não é considerado um profissional de saúde, logo, não se deve confundir suas funções com aquelas do técnico de enfermagem. O depoimento acima parece expressar uma incompreensão conceitual no que se refere às qualificações do que seria a ocupação de cuidador e a profissão de técnico de enfermagem. Tal equívoco conceitual pode implicar em questões de conflitos de identidade profissional.

Para as Residências Terapêuticas de Volta Redonda seria realmente necessário a contratação de técnicos de enfermagem, uma vez que as mesmas estavam classificadas como tipo II. Contudo, apesar do técnico de enfermagem em saúde mental necessitar de uma visão reabilitadora e expandir suas funções para além das técnicas, visando o estímulo da autonomia no usuário, não é prudente que ocorra agregação total das atribuições dos cuidadores. Deste modo, o cuidador continuaria com o seu papel importante e sem perspectiva de substituição por outra categoria profissional.

Os profissionais que trabalhavam na CSVR, se encontravam em uma condição delicada por ocasião do encerramento das atividades naquela instituição, pois foi-lhes imposta a condição de que para permanecerem atuando na área de saúde mental do município haveriam de solicitar a demissão. De outro modo, ou seja, caso optassem pela manutenção do vínculo trabalhista vigente, deveriam atuar em outra área da saúde que não contemplasse a saúde mental.

Esta condição foi dada, uma vez que a administração dos serviços prestados no campo da saúde mental passaram para a responsabilidade da Cruz Vermelha, uma empresa que passou a gerenciar alguns serviços de saúde de Volta Redonda. Logo, para permanecer na área da saúde mental, o vínculo empregatício com a prefeitura seria rompido e o funcionário perderia todos os benefícios trabalhistas decorrentes do pedido de demissão.

Desse modo, os profissionais que optaram por trabalhar nas Residências Terapêuticas deveriam pedir demissão de seus cargos para serem, imediatamente, recontratados pela Cruz Vermelha, que estava como empresa responsável pela contratação de recursos humanos para os serviços de saúde mental do município. Aqueles profissionais que optaram por não perder o vínculo trabalhista em curso foram realocados em serviços de saúde do município, excetuando-se os da área de saúde mental.

Vim [para a Residência Terapêutica] pelo fechamento [Casa de Saúde Volta Redonda] e depois fui readmitida pela Cruz Vermelha. [...] Pedi as contas [...] Porque para continuar na Residência Terapêutica a gente teria essa opção de pedir contas para continuar trabalhando. (TENF)

Eles [representantes da prefeitura] reuniram com todas as pessoas escolhidas para continuar na rede de saúde mental e aí foi oferecido que a gente pedisse o desligamento e continuasse e era interesse deles que a gente continuasse na rede de saúde mental. Então foi proposto que a gente pedisse o desligamento e automaticamente a gente foi contratado pela Cruz Vermelha. E, as pessoas que não tinham interesse de trabalhar na rede de saúde mental, em qualquer outra unidade ou serviço de saúde ou da prefeitura, iriam ser desligados da Casa de Saúde; iam receber suas indenizações com a demissão. (AS)

[...] com o fechamento da Casa de Saúde Volta Redonda, foram realizadas varias reuniões com o RH da prefeitura e os profissionais. Esses profissionais , eles iriam estar se desligando da Casa de Saúde Volta Redonda e automaticamente sendo admitidos pela Cruz Vermelha pra trabalhar nas Residências Terapêuticas. (ADM)

Como reflexo da necessidade de fechamento da CSV, houve grande desconforto à maioria dos técnicos de enfermagem e demais profissionais envolvidos. De certa maneira, pode ter prejudicado o processo de seleção daqueles que gostariam de fazer parte da nova proposta assistencial aos usuários com transtorno mental, lotados nas Residências Terapêuticas, pois, aspectos financeiros e de manutenção do vínculo profissional e de direitos trabalhistas passaram a nortear a decisão desses profissionais.

[...] alguns profissionais estavam em uma situação muito delicada, porque tinha os profissionais que eram da Casa de Saúde e que teriam que sair [do campo da saúde mental do município], pois ou ele pedia demissão ou então não eles viriam para Residência. Pra eles virem para Residência eles tinham que pedir demissão. (TO)

Teve uma proposta: os profissionais que quisessem ficar teriam que pedir demissão e ser recontratado por outra empresa da prefeitura e os que não quisessem ficar seriam demitidos que foi a minha situação. Eu não queria pedir demissão e ir pra outra empresa aí eles me demitiram. (REC)

Com isso, frente à insegurança dos profissionais que se identificavam com a nova lógica de assistência, estes não foram aproveitados nessa etapa fundamental para o êxito da implantação das Residências Terapêuticas.

Nós estávamos muito inseguros também, muito magoados. Então pessoas como eu decidiram não ficar. (REC)

Mas, muito interessante que uma grande maioria não se manteve no vínculo, [...] não ficaram satisfeitos com a nova contratação que foi via Cruz Vermelha, e a grande maioria pediu demissão. (ENF3)

Portanto, os profissionais que solicitaram demissão da CSVR, para atuarem nas Residências Terapêuticas foram: técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, auxiliares de serviços gerais, cozinheiro, motorista e agente administrativa (Planilha de demissão/contratação dos funcionários dos serviços de saúde de Volta Redonda, 2009). Todavia, o quantitativo de funcionários egressos da CSVR não era suficiente para o funcionamento adequado das Residências Terapêuticas, conforme o a fala a seguir:

[...] falta de funcionário também, processo de transição de contratação foi uma situação difícil, muito difícil. (ENF1)

Assim, conforme os depoimentos abaixo, foram convocados candidatos classificados em um Processo Seletivo Simplificado para a contratação temporária de Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem para atuarem nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da Secretaria Municipal de Saúde, embora não especificassem no edital a possibilidade de atuar em saúde mental. A prova deste concurso foi agendada para o dia 6 de maio de 2009 (Portal de Notícias de Volta Redonda, 2009).

E o município fez um concurso público de emergência e selecionou profissionais para aquela situação de emergência. Os profissionais [técnicos de enfermagem] dessa seleção para as UPA's foram aproveitados pra Residência Terapêutica. Isso foi outro caos, porque as pessoas que se candidataram para o concurso, não esperavam que fossem ser chamadas pra trabalhar numa casa com usuários de saúde mental. Então, inicialmente, foi um susto. Uns aceitaram, outros não aceitaram. Alguns que aceitaram, logo de imediato foram embora, mas mesmo hoje a gente ainda tem profissional dessa seleção que se identificaram com a casa, se identificaram com o usuário (ENF2).

Na verdade isso é uma coisa que eu acho interessante de falar, que na verdade nessa época nós não tínhamos cuidadores. Foram aproveitados de um concurso técnicos de enfermagem (TO).

O trabalho em saúde mental requer preparo para todos os profissionais, independente do nível de escolaridade – fundamental, médio e superior - que pode ser obtido através de capacitações para todos os profissionais que desejassem trabalhar em saúde mental, uma vez que o senso comum reflete a cultura segregacionista da loucura, na qual os estabelecidos imprimem aos outsiders condição inferior e hostilidade, o que reforçaria o processo de estigmatização.

Nesse ínterim, as Residências Terapêuticas ficaram sem profissional que as coordenassem especificamente, uma vez que a pessoa que ocuparia este cargo optou por atuar em outro serviço na estrutura de saúde municipal, porém não relacionada ao campo da saúde mental.

[...] coordenadora técnica da Casa de Saúde Volta Redonda, uma assistente social, que seria a coordenadora das Residências Terapêuticas e ela disse que não faria mais parte da saúde mental e foi trabalhar num hospital do município.(ENF1)

Eu [assistente social] fui até o ponto que os usuários saíram da Casa de Saúde [...] pedi demissão (AS)

Esta situação gerou uma sobrecarga de trabalho para a enfermeira Coordenadora de Saúde Mental, uma vez que houve a necessidade de se debruçar sobre as demandas provenientes das adequações para o funcionamento das Residências Terapêuticas, bem como dar conta das demais questões da rede de saúde mental do município.

Então a Residência Terapêutica ficou sem coordenação e aí eu meio que fui obrigada a abandonar um pouco a questão do programa de saúde mental e a me dedicar mais especificamente a Residência Terapêutica (ENF1)

Logo, durante os três primeiros meses de funcionamento, a coordenação das Residências Terapêuticas ficou a cargo da coordenadora do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda. Com vistas a sanar este problema, a Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda, Suely das Graças Alves Pinto, convidou a terapeuta ocupacional, Severina Maria Silva de Oliveira, para coordenar as Residências Terapêuticas do município, três meses após a inauguração das primeiras unidades.

A então secretária municipal de saúde, Suely das Graças Alves Pinto, havia acumulado experiência relacionada ao Serviço Residencial Terapêutico, pois atuou como Secretária de Saúde do município de Nova Iguaçu, anos antes, quando em seu mandato pôde acompanhar a implantação de Residências Terapêuticas naquele município, sob a coordenação de Severina Maria Silva de Oliveira, fato que justificou a contratação da mesma para realizar a coordenação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda, conforme depoimento abaixo:

Na verdade eu fui convidada, eu era coordenadora das Residências no município de Nova Iguaçu. As duas primeiras Residências de Nova Iguaçu foi na gestão da Secretária de Saúde que hoje é a secretaria aqui de Volta Redonda. Então calhou que ela me conhecia de lá que foi do período que ela implantou essa Residência lá em Nova Iguaçu, ela estava como secretaria e aqui tinha acabado de ser implantada. (TO)

Então, liderando o processo de implantação das Residências Terapêuticas estava uma enfermeira, no cargo de Coordenadora do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda e, no tocante ao funcionamento, a terapeuta ocupacional, como Coordenadora das Residências Terapêuticas.

O propósito de funcionamento das Residências Terapêuticas em Volta Redonda era de que não se tornassem depósitos de pessoas, ou seja, local sem função reabilitativa. Menos ainda, que se assemelhasse a rotina hospitalar. A partir desta constatação percebeu-se a necessidade de se orientar os profissionais que atuavam com os usuários nas Residências, de modo que não reproduzissem o modelo de trabalho exercido nos períodos de internação. Buscando, assim, delinear a construção do cotidiano das casas, sem um molde pré-estabelecido de funcionamento.

Para isso, seria necessário que os profissionais envolvidos passassem por capacitações, através de cursos e/ou palestras, para discutir sobre as possibilidades

de atuação e interação com a pessoa com transtorno mental, cujo cenário seria uma casa.

[...]Os profissionais que estavam lá e que foram até o fim nessa reunião ampliada que era uma momento que a gente reunia todos os funcionários para falar e discutir sobre a política de saúde mental e as propostas que se tinham em relação a Casa de Saúde. Ali, eu entendo que as pessoas ouviam falar sobre o fechamento da Casa de Saúde, sobre trabalho de autonomia de usuário, sobre diversas coisas que estavam relacionadas com a política de saúde mental do município e do país. Ali eu considerava que era um treinamento, então esses profissionais que iam trabalhar na Residência Terapêutica, alguns antigos e outros mais novos que também pegaram, sempre participaram da reunião ampliada e sempre ouviram falar do trabalho de autonomia, de desinstitucionalização, montagem de Residência Terapêutica. Então ali se configurava e pode ser considerado como treinamento para esses profissionais (AS)

Teve um fórum aqui, não sei se posso chamar de fórum, são oficinas. Eu coordenava as Residências de outro município e aí fui convidada para participar dessas oficinas que as Residências tinha sido recém inauguradas. Então, na verdade em junho de 2009 foram inauguradas as Residências e eu fui convidada em setembro, quando vim pra essa oficina (TO)

A gente fez as capacitações, apresentamos toda a política de saúde mental, fizemos oficinas, inclusive alguns desses treinamentos os profissionais dos CAPS também participaram, de todos os CAPS: infantil, adulto e ad, juntamente com os cuidadores e, já nessa época, eram os cuidadores novos porque ficaram poucos da Casa de Saúde Volta Redonda e o restante eram todos novos. Então, participou a coordenação dos CAPS, das Residências, o Estado, pessoas envolvidas da Secretaria de Saúde que puderam estar nessa oficina. A gente não chamou de capacitação, chamou de oficina. (ENF1)

É válido destacar o discurso desinstitucionalizado das profissionais que estavam à frente do processo de implantação das Residências Terapêuticas de Volta Redonda, que tinha como objetivo preparar profissionais para atuar nas casas.

Apesar de ter havido algumas oficinas para abordar como seria o funcionamento do novo Serviço, em Volta Redonda, e as possibilidades de atuação das pessoas envolvidas com a dinâmica interna das Residências, os funcionários alegaram que muitas vezes as ações dos profissionais remontavam a lógica de exclusão, tal como representado no trecho abaixo:

Quando eles chegam, os próprios profissionais os colocam como usuários de saúde mental, como pessoas que agridem, como pessoas que não podem viver na comunidade. Isso, pra mim, parte dos profissionais e os usuários são pessoas que deveriam ser respeitadas onde quer que estejam. (REC)

Os profissionais de saúde que atuavam de acordo com a lógica ultrapassada da psiquiatria tradicional, na CSVR, realizavam todas as tarefas para o usuário, inclusive aquelas de autocuidado que, muitas vezes, o usuário tinha condições de exercê-las. Isto reflete o modo de funcionamento da psiquiatria tradicional, na qual se generaliza os portadores de algum transtorno mental como incapacitados sob quaisquer aspectos e subtraí-se desses, as mínimas possibilidades de ações sobre o cuidado de si.

É claro que de vez em quando a gente se pega com alguns técnicos ainda tentando [impor rotina], mas isso assim é trabalhado o tempo todo. [...] Acho que gente já conseguiu avançar bastante com relação a isso. Que eles já conseguiram compreender que é uma casa, não tem que levantar as pessoas cinco horas da manhã, para tomar banho seis horas da manhã e que nem todo mundo tem que tomar café às sete da manhã. (TO)

Contudo, pode-se afirmar que no período do recorte temporal desta pesquisa as oficinas de capacitação de profissionais não obtiveram êxito plenamente. Isso pode ser justificado tanto pela excessiva demanda aos profissionais que lideravam o processo, bem como pela repetição de práticas institucionalizadas.

Nesse contexto, ainda que possa ter havido alguma falha na estruturação das oficinas, isso não ocorreu em seu conteúdo, mas na forma como foi desenvolvido e/ou na quantidade de atividades realizadas. Deve-se atentar para o fato da desinstitucionalização ser um processo ativo, ou seja, que depende da vontade individual do profissional reestruturar seus saberes e reinventar suas práticas.

Portanto, o processo de aquisição e desenvolvimento da autonomia pelos usuários da Residência Terapêutica pode ser compreendido em etapas de superação de restrições impostas pelos longos anos de internação. Para isso, é necessário que ocorra a desinstitucionalização do profissional e a compreensão de que o real sentido do cuidado não seria fazer para o outro, e sim construir com o outro, respeitando suas limitações e estimulando suas potencialidades.

Um fato curioso foi a contratação de uma enfermeira para participar da supervisão das Residências Terapêuticas de Volta Redonda, em outubro de 2010. Alegou-se que sua contratação teve influência de questões políticas, conforme o trecho a seguir:

[...] Assim, de repente falam pra você sair de férias, o outro governo entra e você sabe como é política. Enfim, fizeram a proposta de eu trabalhar com saúde mental, que estavam precisando de uma enfermeira no papel de supervisão na equipe e eu fui. (ENF4)

Sim, teve uma época que nós tivemos uma enfermeira aqui, mas ela veio para cá porque ela precisava estar em algum local. (ADM)

Esta enfermeira teria experiência na Estratégia Saúde da Família e desenvolveu um trabalho que abordava a saúde mental e a ESF, que foi apresentado em um evento estadual.

Na verdade tinha na Secretaria de Saúde uma enfermeira lotada lá que ela era gerente, uma pessoa com muita experiência na atenção básica, mas que já tinha feito um trabalho, inclusive tinha apresentado um trabalho em saúde mental e ela veio. (TO)

[...] enquanto era Enfermeira de ESF, eu fiz um trabalho com equipe de CAPS. [...] Era um trabalho de Estratégia de Saúde da Família com a equipe de saúde mental. E foi bom. (ENF4)

A contratação desta enfermeira foi em outubro de 2010, próximo ao término do mandato da enfermeira Ana Beatriz como Coordenadora do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda. O trecho a seguir aborda esse acontecimento:

[...] no final da minha gestão, na verdade por uma questão de remanejamento de pessoal foi uma enfermeira trabalhar nas Residências Terapêuticas. Mas, isso nos últimos meses da minha gestão. Pelo menos eu não acompanhei o processo de desenvolvimento, de evolução, entendeu? Mas, ela começou a trabalhar apoiando a Severina nas Residências Terapêuticas. Então era a Severina e ela para todas essas Residências (ENF1)

A ausência do conhecimento da enfermeira no que se refere às características do Serviço Residencial Terapêutico, destacado no depoimento abaixo, evidenciou falta de preparo para atuar na supervisão do funcionamento deste dispositivo.

[...] Eu não sei se existe um padrão específico pra fazer Residência, mas eu acho que não é do jeito que foi feito. (ENF4)

O fato de ter realizado um trabalho que envolvia saúde mental não se mostrou suficiente para lidar com as questões das Residências Terapêuticas, conforme depoimento abaixo:

[...] eu acho que também ela não entendeu muito bem, na época, a proposta. Foi uma pena, porque era uma pessoa hiper competente, com conhecimento, que a gente poderia ter feito uma dupla assim, mas não deu certo. [...] ela ficou exatamente um ano. (TO)

Considerando o exposto sobre as circunstâncias de contratação desta enfermeira, é possível fazer reflexões sobre como contratações, influenciadas por motivos políticos, podem refletir em assistência de saúde de qualidade duvidosa. Pois, era necessário que houvesse conhecimento sobre o serviço e quais conceitos e práticas deveriam ser desenvolvidos. Além disso, as entrevistas evidenciaram que sua participação não logrou impactos significativos.

4.1.3 A dinâmica de funcionamento inicial e a rede de atenção psicossocial em Volta Redonda como suporte às Residências Terapêuticas

Conforme previsto na legislação vigente, cada Residência Terapêutica deveria estar articulada diretamente a um CAPS de referência (BRASIL, 2000). Em Volta Redonda, as três Residências estavam articuladas da seguinte forma: até dezembro de 2009, os CAPS Vila e Usina dos Sonhos eram referências das casas. Após dezembro de 2009, começou a funcionar o CAPS Belvederi, que passou, também, a ser referência para suporte às Residências. (Programa de Saúde Mental em Volta Redonda, 2010)

Algumas situações inerentes à adaptação inicial ao novo modelo emergiram como dificuldades que precisavam ser enfrentadas à luz das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e, assim, serem solucionadas através da ressignificação do cuidado em saúde mental. Portanto, dependiam da articulação com os demais serviços da rede substitutiva em saúde mental e do suporte dado pelos profissionais destes serviços.

No início do funcionamento as três Residências Terapêuticas passaram por problemas que afetavam os próprios moradores, os profissionais que atuavam nas casas, os serviços que davam suporte às moradias e a vizinhança.

Nos dois primeiros meses, foi muito complicado tanto para os usuários quanto para os profissionais. Os usuários com questão de adaptação, agressividade aos próprios profissionais e familiares, rejeição muito grande [...] (ENF1).

Quando eu cheguei era um momento assim muito difícil ainda, as pessoas em adaptação [...] Então, assim, foi um período muito mexido para as pessoas que estavam lá, para os moradores, um período muito conturbado. (TO)

Com relação aos moradores, havia queixas sobre a adaptação ao novo espaço físico. As dimensões das Residências eram bem diferentes da área ocupada na CSVR. Ainda que as Residências possuíssem instalações confortáveis e atendessem as normas da Portaria N^o 106/00, houve estranhamento ao espaço reduzido, comparado às dimensões do hospital psiquiátrico.

O espaço que é pequeno, já que eles saíram de um hospício grande; a convivência com os outros, dentro do hospício eles ficavam juntos mas, não tão juntos, devido ao espaço pequeno às vezes acontecia algum atrito. (TENF)

Conforme exposto acima, a convivência com um número reduzido de usuários também foi objeto de queixa, assim como a redução de espaço. Apesar de terem participado do processo de divisão de moradores por Residências Terapêuticas, nem todas as solicitações puderam ser contempladas e os usuários manifestaram sentimento de falta do convívio com alguns daqueles que estavam em outra Residência.

No que diz respeito ao espaço físico, a estrutura das casas eram bem menores que o espaço disponível aos usuários na CSVR, que podiam circular em grandes áreas e dormiam em enfermarias com diversos leitos. Assim percebe-se que a divisão da casa em cômodos e a organização de usuários por dormitório causou estranheza no processo inicial de adaptação.

Assim, no contexto que abarca as dificuldades de lidar com o processo de mudança, de encarar suas subjetividades, da aquisição do poder de escolha, ou seja, de fazer parte de uma nova lógica assistencial, diferente para todos, deflagrou um processo de agudização das patologias psiquiátricas de alguns usuários, levando a crises e surtos psicóticos no interior das Residências Terapêuticas.

A dificuldade de manter o paciente em crise dentro da casa, os outros moradores não entendem a crise. A gente não quer que o paciente fique

internado, mas como dentro de uma Residência você segura um paciente em crise? (TENF)

Foi muito difícil, muita agressão, houve muita crise nesse período [...] houve muita agressão por parte de alguns usuários. Só que tinham alguns profissionais que não eram agredidos, eu acredito que fosse até mesmo pela conduta, pela fala, ou seja, da maneira que eles se dirigiam aos usuários. Eles sabem perfeitamente o que as pessoas querem dizer pra eles [...]. Foram 30 dias de muito trabalho que nós repensamos se valeria a pena, mas não pelos usuários e sim pela falta de suporte da equipe (REC).

Por sua vez, os profissionais que atuavam nas Residências Terapêuticas, também estavam em um momento complicado, no qual enfrentar o novo – Serviço Residencial Terapêutico – requeria subsídios estratégicos que derivam não apenas de conhecimentos teóricos prévios, mas também das experiências pessoais anteriores. (LUCCHESE; BARROS, 2009)

Logo, os profissionais se viram em dificuldades para o manejo da crise no interior da casa, uma vez que não havia recursos hospitalares para solucionar a crise, como acontecia na CSV. E, ainda não dominavam como deveria ser a dinâmica de funcionamento da rede extra hospitalar que daria o suporte às Residências.

No primeiro mês era praticamente diário isso, até por medo dos profissionais. Até porque assim, no hospital psiquiátrico o cara agitou, chama o enfermeiro, o médico, dá medicamento, amarra e pronto. Na Residência é o vínculo, é o processo, é todo um diferencial do hospital.(ENF1)

O fato de lidar com questões psiquiátricas com abordagem diferente de coação ou imposição de poder através de contenções e medicamentos expõem o profissional ao “não saber/fazer diante de uma situação e o convoca para a construção coletiva de novas possibilidades”. (LUCCHESE; BARROS, 2009, p.155).

Observou-se assim que os profissionais da saúde mental não deveriam esperar um modelo prescritivo para suas ações, comumente encontrado na psiquiatria tradicional. Portanto, seria necessário contar com o apoio da rede de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico que foi sendo construindo ao longo dos anos no município de Volta Redonda.

[...] para mim não era surpresa as dificuldades que eu estava passando, porque eu já tinha passado por outros desafios assim. Eu via que era só com o tempo mesmo, é que a partir do momento que a equipe começasse a perceber do que era possível, de ver a mudança dos moradores que eles tinham saído como pacientes, e agora que eles estavam vivendo uma vida diferente, podendo escolher a comida, podendo realmente de fato ter aquele espaço da casa como um espaço de construção, de poder se expressar, de mostrar seus desejos. Não ter aquele espaço só como uma casa, mas um espaço que eles pudessem se apropriar daquilo ali como casa deles, espaço deles, que eles não perdessem isso. Eu acho que foi isso no dia-a-dia, fazendo com que eles participassem desse cotidiano, escolhendo. (TO)

A articulação entre Residências Terapêuticas e CAPS está prevista pelo Ministério da Saúde, uma vez que há a exigência de cada Residência implantada estar referenciada a um CAPS do território. Entretanto, segundo Amorim (2009) esta articulação entre RT e CAPS muitas vezes se mostra fragilizada, levando prejuízos aos usuários, uma vez que a integralidade das ações estaria comprometida.

Esta constatação se estende ao contexto de Volta Redonda, principalmente quando o usuário apresentava estado de crise, os depoimentos abaixo evidenciam tal situação:

[...] isso [articulação entre os serviços] foi um processo muito difícil. A gente hoje ainda tem, ainda vê dificuldade nessa questão dos CAPS [...] Os profissionais dos CAPS acusavam os da Residência Terapêutica e vice-versa: “Ah, ele está assim porque ele não foi. Ah, manda para o CAPS, o CAPS manda de volta, porque ele não está legal. Onde que ele tem que ficar quando ele não está legal?”. Todas essas questões. [...] mas, a gente tentava direcionar isso para os serviços, para os CAPS. E a dificuldade também dos CAPS, a questão de faltar funcionário, do medo, do não desejo, da dificuldade mesmo do manejo com aqueles pacientes. Porque o paciente em crise não é muito fácil. (ENF1)

Era exatamente nesses momentos de crise, a gente realmente não ter com quem contar. Na verdade nesse período a equipe da Residência é que tinha que sustentar. [implantação das Residências] um momento que eles [CAPS] também tinham suas dificuldades, equipe reduzida nos CAPS, mudanças constantes de profissionais, uma dificuldade mesmo. E, acabava a gente tendo que dar conta aqui na Residência e se não desse, fosse ficar assim insuportável, tinha que levar pra emergência mesmo. (TO)

A necessidade de melhorias nas condições de articulação entre os serviços da rede foi vivenciada pelos profissionais que atuavam na dinâmica inicial de funcionamento das Residências Terapêuticas, conforme exposto através do relatado a seguir:

Eu acho que tem que melhorar os CAPS, unir mais os CAPS e os funcionários da Residência Terapêutica fazer uma equipe, ser mais unido, receber mais apoio um do outro no momento de crise. (TENF)

Iniciativas para contrapor tais circunstâncias são imprescindíveis na medida em que “pela precariedade de espaços de discussão entre os serviços, há a falta de clareza em relação às atribuições de cada serviço para com aqueles usuários, produzindo uma precária co-reponsabilização pelo cuidado” (AMORIM, 2009, p.198).

As atitudes desenvolvidas pela coordenação do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda foram no sentido de integrar os representantes dos serviços a fim de discutirem em conjunto os problemas e melhorias para os serviços, através de supervisão técnica e reuniões de colegiado. Tais ações estão expressas no trecho que segue:

A gente implantou a supervisão que até então a gente não tinha. Pela primeira vez o município arcou com uma supervisão.[...] Então no processo da Residência Terapêutica foi a primeira vez que a gente conseguiu implantar de fato a supervisão técnica, pra Residência Terapêutica e para os CAPS. A gente tinha também uma reunião de colegiado, onde todos os coordenadores de todos os serviços participavam, todos os CAPS, Residência Terapêutica, inclusive o hospital geral que tinha uma coordenação específica para saúde mental. Então, a gente foi tentando caminhar nesse sentido. (ENF1)

O funcionamento de um sistema em rede implica na articulação de diversos dispositivos, inclusive intersetoriais, que possam auxiliar e dar suporte para o funcionamento um dos outros, visando o atendimento integral dos usuários e melhorias na qualidade de vida. Desse modo, pode-se afirmar que, no que se refere a articulação de uma rede de saúde mental, se não houver intercâmbio e trocas de informações entre dispositivos, gestores e profissionais da assistência direta aos usuários, sua eficácia em prestar um cuidado integral pode ficar prejudicada. No que diz respeito à saúde mental, esta rede deve ser composta essencialmente por serviços de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Em reunião do Conselho Municipal de Saúde, realizado em 07 de outubro de 2009, a enfermeira, coordenadora do Programa de Saúde Mental, ao ser questionada sobre a forma de tratamento e atendimento médico dos usuários das Residências Terapêuticas, citou de forma resumida como funcionava a rede de

saúde mental, conforme constou na Ata Nº 267, Conselho Municipal de Saúde, set/2009:

As Residências foram criadas para acolher pessoas que estavam dentro do hospital, existem cuidadores dentro das Residências e os residentes precisam reaprender a conviver com a sociedade. Quanto aos tratamentos, eles são feitos nos CAPS e assistidos pelo Programa Saúde da Família.

No caso de Volta Redonda, apesar da maioria dos usuários passarem o dia no CAPS, muitas vezes este serviço não possuía condições de conter uma crise mais grave, havendo a necessidade de solicitar internação no Centro Integrado de Atenção a Saúde (CAIS) Aterrado.

Este dispositivo destinado a urgências/emergências psiquiátricas foi muito utilizado na fase inicial de adaptação dos usuários à nova moradia, conforme exposto nos depoimentos a seguir:

[...] Os usuários com a questão de adaptação, agressividade aos próprios profissionais e familiares, rejeição muito grande, a gente utilizou muito o serviço do CAIS Aterrado no primeiro mês, por conta da insegurança muito grande. Imagina para um paciente que morava no hospital a mais de vinte anos, [...] então imagina o choque para essas pessoas, essa mudança.(ENF1)

[...] Logo após a implantação, nesse período basicamente nós contávamos com o CAIS Aterrado, era quem dava muito suporte. Às vezes assim, na casa não dava mesmo e aí a gente contava com a emergência. (TO)

Ainda que não houvesse um fluxo oficial instituído para circulação do usuário pela rede, preconizava-se que em caso de crises no interior das casas, após tentar contornar o quadro na própria Residência, através de recursos próprios do saber/fazer de cada profissional, o usuário deveria ser levado ao CAPS de sua referência. Contudo, no caso de estar fora do horário de funcionamento deste serviço, deveria ser encaminhado diretamente ao CAIS Aterrado.

[...] precisa acionar o CAPS que é o primeiro que precisa avaliar junto com esses cuidadores o caso, essa situação. Podendo levar até o CAPS a gente levava pra ser avaliado, mesmo uma conversa via telefone já se combina de levar e, dependendo da situação, direto pra emergência. (ENF2)

O Ministério Público Estadual estava ciente de como era previsto o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico no município:

[...] quando existe situação emergencial os pacientes são encaminhados ao CAIS Aterrado para atendimento de urgência. Contudo, existe equipe médica, inclusive psiquiatra, disponibilizado junto ao CAPS para prestar assistência médica ambulatorial também aos usuários das Residências (ADM).

O dispositivo para urgências e emergências psiquiátricas, o CAIS Aterrado, deveria ofertar o controle da crise através de internação de curta permanência, para o qual era previsto apenas 72 horas. Este serviço continha à época 9 leitos para adultos, 1 para adolescente e 7 para desintoxicação. (Termo de Registro de reunião do Ministério Público; Volta Redonda, out/2009) Todavia, devido à cronicidade dos usuários, a dificuldade de controlar a crise e o despreparo dos profissionais das Residências Terapêuticas para lidar com a pessoa em crise, o prazo de internação estendia-se para além do previsto, de acordo com a necessidade. Inclusive, havia acompanhamento dos CAPS aos usuários internados e, após alguns dias de internação, voltavam para suas respectivas Residências.

[...] leitos de curta permanência que acabaram ficando um pouco de maior e longa permanência para alguns usuários depois do fechamento do hospital. (ENF1)

Foi possível constatar a difícil situação em uma das Residências, no que se refere a contenção dos episódios de crise. A solução adotada nesse caso foi disponibilizar uma ambulância para remoção de usuários nessa condição e facilitar de integração com a rede assistencial.

Então, nos dois primeiros meses a gente liberou uma ambulância 24h, então qualquer coisa que a Residência precisasse acionava o CAIS que ia buscar o indivíduo para levar pro CAIS Aterrado. Isso não foi num primeiro momento, isso foi umas duas semanas de Residência Terapêutica. E antes, a gente não liberou até porque quando libera todo mundo usa isso a todo momento, mas a coisa estava se tornando muito complicada. Então qualquer coisa que eles tinham eles acionavam o CAIS Aterrado com a ambulância que era específica do CAIS e ia buscar essas pessoas, e ficava lá um dia, passava e no outro dia retornava.(ENF1)

Diante do exposto pela enfermeira, coordenadora do Programa de Saúde Mental, a ambulância não foi colocada à disposição no momento da transferência dos usuários de forma a exigir que os profissionais que estavam em contato direto com os usuários ampliassem o seu repertório de recursos para lidar com situações

adversas. Com a ambulância disponível seria mais fácil encaminhá-los diretamente para uma internação do que fazer o exercício de rever suas práticas assistenciais. Nesse sentido, Saraceno (1999, p. 17) contribui com a seguinte ideia:

Os contextos onde o tratamento se dá, as motivações e as expectativas de quem oferece o tratamento, os “modos” afetivos e materiais que constituem a assistência, a continuidade e a perspicácia com que são construídas propostas de vida para o paciente são elementos suficientemente mais decisivos para a evolução do paciente.

Como os moradores das Residências Terapêuticas integravam territórios de abrangência de equipes da Estratégia Saúde da Família, era necessário que usufríssem desse direito como os demais cidadãos. O que se tinha em vista era a aquisição do direito de acompanhamento de questões referentes à saúde de uma forma geral, sem ligação direta a patologia psiquiátrica.

Isso [articulação com a ESF] foi grande e também ajudou muito, não especificamente no cuidado, mas na segurança dos profissionais que trabalhavam já com saúde mental de estar cuidando dessas pessoas, porque sabiam que de certa forma podia contar com aquelas outras estruturas.(ENF1)

Embora aquelas pessoas possuíssem um atributo diferente – a doença psiquiátrica – que poderia ser usada como objeto manipulador de prioridades, fragilizando a integridade da pessoa enquanto usuário do serviço de saúde perante outros indivíduos do território, não foram conferidos privilégios ou diferenciações na forma de atendimento para os moradores das Residências Terapêuticas.

Se está passando mal, ele [usuário] vai à nossa unidade, é atendido e é feita a referência de acordo com a necessidade. Não tem assim nenhum trabalho diferente porque eles são especiais, a gente vê como uma Residência normal.[...] então quando eles vêm a necessidade de estar indo na unidade, eles vão marcam consulta e tem o agendamento normal como se fosse outra residência qualquer. (ENF2).

A gente tem um usuário que vai fazer cirurgia, ele entrou da forma comum, como todo mundo (PSI)

Era previsto a visita domiciliar nas Residências Terapêuticas como nas demais casas dos bairros, ou seja, esporadicamente para estabelecimento de vínculo com o profissional de saúde do serviço responsável por aquela população

adscrita. E, para acompanhamento com maior frequência, geralmente mensal, nas situações em que o indivíduo não possui condições de comparecer à Unidade de Saúde.

Portanto, uma vez que uma das propostas das Residências Terapêuticas era a de tentar inserir os usuários ao máximo no seu contexto social e fazê-los usufruir das possibilidades que os cercam, para os usuários com mais autonomia, era incentivado que fossem até às Unidades de Saúde para atendimento.

No depoimento abaixo, a enfermeira que atuava em uma das equipes da ESF, deixou claro que a visita domiciliar era uma estratégia de estabelecimento de relação de confiança e maior chance de conhecer a realidade e as necessidades dos usuários. Ainda reforçou a questão de as visitas serem realizadas de acordo com a demanda e/ou solicitação por parte dos técnicos de enfermagem.

[visita domiciliar] é para ter o controle de dar maior qualidade de vida pra essas pessoas, de orientação, de vínculo, para eles saberem que podem estar junto com gente então é um trabalho que a gente faz pra não perder isso. A minha atuação é a visita domiciliar, que eu faço de acordo com o que eles também estão pedindo (ENF2)

A visita domiciliar é um recurso muito útil para integração e criação de vínculo do profissional com o usuário, deve acontecer de forma igualitária, na qual a condição psiquiátrica, por si só, não se justifica como geradora de vantagens. Além disso, é importante o relato dos profissionais que estão em contato direto com os usuários para que se percebesse o vínculo e o sentimento de pertencimento às Residências Terapêuticas.

E, eles tem isso viu, eu sinto isso, é muito legal estar indo lá na casa, é como se fosse a casa deles mesmo. Tem quadrinho que eles colocam, vaso de planta, é um quadro da família, então eles se sentem como se fosse a casa deles. (ENF2)

A visita domiciliar é atribuição dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família que possibilita a aproximação com a realidade do usuário, que é complexa e dinâmica. Pode ser considerada como uma estratégia de longitudinalidade do cuidado. Além disso, poder ser aplicadas as tecnologias leves do cuidado, ou seja, aquelas que se efetivam através das relações interpessoais, como o vínculo e o acolhimento. (SAKATA, 2007; SALLES, 2011)

A possibilidade da visita domiciliar pode gerar a oportunidade de desenvolver outras atividades assistenciais do enfermeiro, tais como: a educação em saúde e a consulta de enfermagem. Nessa perspectiva, além do reconhecimento do contexto de vida e saúde dos usuários, o enfermeiro pode avaliar a apropriação dos mesmos pela Residência Terapêutica, enquanto lar.

A enfermeira do CAPS esclarece que havendo necessidade, as visitas domiciliares eram realizadas, mas que se devia priorizar a ida dos usuários ao serviço:

[...] Então a assistência do enfermeiro, a prioridade é no CAPS e não nas Residências Terapêuticas, a não ser que haja necessidade de fazer isso [visita domiciliar].(ENF3)

[VD] Só quando necessário, quando a gente precisa de alguma coisa. Mas, a gente prefere levá-los, tem que inseri-los na sociedade, não a sociedade ser inserida aqui dentro (ADM)

A postura das profissionais em reforçar a saída dos usuários para serem atendidos nos serviços do território pode ser considerada como uma proposta de reabilitação psicossocial na medida em que considera a necessidade de funcionamento e circulação social do sujeito. Recorro a Saraceno (1999, p. 56) para ratificar a ideia de que “os sujeitos passem frações de tempo sempre maiores na comunidade externa, empenhados em desenvolver papéis sociais normais”.

Apesar disso, cada profissional assume uma postura diante de situações em que pode envolver o preconceito pré-estabelecido, pelo reforço do imaginário de que uma pessoa com transtorno mental é perigosa e que deve ser excluída. Desta forma, houve uma profissional médica, membro de uma equipe da ESF que se recusava a realizar visita domiciliar nas Residências Terapêuticas que possuíam usuários mais debilitados fisicamente e, portanto, não tinham possibilidades de comparecer à Unidade Básica de Saúde.

[...] lembro que teve um caso que a gente tava com o morador que na época ele estava com DPOC e ele vivia internado. Era constantemente internado, e ai ele ia pro [Hospital] São João Batista. Nós precisávamos de uma avaliação, porque a gente achava que não tinha que todas às vezes ele ir, que poderia fazer um acompanhamento. E eu fui ao PSF e a gerente de lá me disse que a médica de lá tinha medo deles. [alguém] falou que naquela casa tinha pessoas que eram agressivas. Então a médica ficou com medo de ir lá (TO).

[...] a médica do PSF não fazia visita domiciliar na Residência porque tinha medo [...] Acho que se o médico tem que fazer visita para todos os acamados, eu acho que ele tem que ter Residência Terapêutica na área de abrangência dele. (ENF4)

Esta situação refletiu a dificuldade de alguns profissionais, ainda que fossem da área da saúde, para compreender que as pessoas em sofrimento psíquico possuíam os mesmos direitos de usufruir de serviços de saúde, portanto, não havendo necessidade de ser alijado do contato social. Este caso poderia significar um obstáculo para reinserção social, o exercício dos direitos e à construção do fluxo dos usuários na rede, bem como um entrave ao funcionamento e articulação dos serviços.

Após alguns membros da equipe tomar conhecimento acerca do fato que envolvia aquela profissional, foram feitas reuniões entre a Terapeuta Ocupacional, a Enfermeira da ESF e a médica em questão, no intuito de esclarecer e contornar tal situação. A atuação das profissionais no sentido de minimizar o estigma mostraram resultados favoráveis:

Então eu fui lá, em três reuniões de equipe e hoje quando nós temos uma emergência, essa médica vai lá à casa. Recentemente nos tivemos um caso que é um morador que ia fazer uma cirurgia e ele tava se negando a sair e a médica foi lá e foi ela [médica] que fez a primeira consulta, fez a solicitação dos exames. Ela que foi lá. (TO)

[...] a médica com toda dificuldade no início, mas já esta melhor. O medo também porque a gente não é preparado pra isso. Mas ela foi fazer ate uma VD lá e com essa VD lá que eu fui junto com ela. (ENF2)

Segundo Waidman (2005) e Lucchese (2009), o curso de graduação não prepara os enfermeiros para atuar na saúde mental, que muitas vezes não encontram seu papel na equipe multiprofissional. Capara (2004) e Nunes (2007) afirmam que a formação dos médicos não possui enfoque para pensar o sujeito em suas dimensões psicossociais, com dificuldades claras do profissional médico da atenção básica em atuar com pessoas em sofrimento psíquico, evidenciando certa estigmatização, logo, dissonante do modelo de Reforma Psiquiátrica.

Assim, concordando com os autores acima, estes profissionais com formação acadêmica generalista precisariam de cursos de especialização e capacitações para

se sentirem preparados para atuar no campo da saúde mental, considerando a necessidade de por em prática o paradigma da atenção psicossocial.

Outro dispositivo utilizado em menor frequência, contudo sem apresentar entraves ao atendimento dos usuários das Residências Terapêuticas eram os hospitais gerais municipais, como o Hospital São João Batista e o Hospital do Retiro para as demandas clínicas referentes a outras patologias. Este serviço atendeu as solicitações de forma satisfatória, conforme cita depoimento abaixo.

Só ia pro [Hospital] São João Batista se tivesse alguma intercorrência clínica, mas com isso não nunca tivemos nenhum problema, com relação a problemas com um de nossos moradores de ter que ir pro [Hospital] São João Batista. Nunca tivemos problema nenhum.[...] Com relação a isso nós nunca tivemos dificuldades nenhuma com relação a internação, alguma intercorrência clínica ou mesmo crise. (TO)

Em todos os serviços de saúde citados, havia algum profissional enfermeiro conduzindo tratamentos e buscando atender às necessidades de cada usuário, estivesse relacionado às questões psiquiátricas ou não. Contudo, os enfermeiros das equipes dos CAPS e da ESF davam suporte e acompanhavam o cotidiano das Residências Terapêuticas, tanto para os profissionais que atuavam diretamente nas casas como para os usuários.

[...] porque aí eles [técnicos de enfermagem] estão vendo que a gente também está junto, é valorizar o serviço. [...] Então também é feito esse trabalho dentro do serviço, essa conscientização dessa responsabilidade. E isso a gente cobra mesmo, a gente está junto lá. (ENF2)

[...] então, a própria coordenadora do Programa de Saúde Mental estava dando esse suporte, estava indo fazer as visitas, ela e a Coordenadora dos Programas de Volta Redonda. Elas estavam dando esse suporte, iam todos os dias. Ela [coordenadora do Programa de Saúde Mental] é enfermeira também. (REC)

Para atender as necessidades da pessoa com transtorno mental, relacionadas ao reestabelecimento da cidadania era necessário que instituições de diversos setores integrassem a rede.

Assim, o Ministério Público se fez grande parceiro dos usuários e das Residências Terapêuticas enquanto serviço apoiador e fiscalizador da rede de saúde, mantendo reuniões regulares com a enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental.

Ademais, o promotor deu continuidade ao trabalho inicialmente realizado na CSVR, segundo registro de ata de reunião do Ministério Público, datando de 02 de setembro de 2009:

Identificar cada abrigado e verificar se existe processo de interdição em favor de cada qual, adotando, se for o caso, as providências pertinentes a fim de regularizar a situação de cada caso, inclusive no tocante à reintegração social e reaproximação familiar.

O depoimento do promotor de justiça reforçou estas ações:

Então no meu caso específico eu atuo nos casos individuais com pessoas portadoras de algum problema mental.[...] então se há um processo judicial que esteja em tramite na justiça de interdição, pra ver se é o caso se a pessoa é incapaz ou não, quem seria a pessoa mais indicada pra exercer a curatela, eventuais encaminhamentos [...]Se a pessoa não tem identificação, a gente procura primeiro fazer uma pesquisa nos bancos de dados a que o Ministério Público tem acesso pra ver se a pessoa já teve algum registro, [...]Então a gente procura recuperar e localizar esse registro, caso realmente a gente após diligências razoáveis não consiga localizar o registro de nascimento, o Ministério Público também é legitimado a propor o pedido de registro tardio de nascimento (MP).

Após quase um ano da inauguração das Residências Terapêuticas ocorreu o I Fórum Intersetorial da Saúde Mental. Neste evento, a discussão inicial se deu acerca da “Saúde Mental e a Integralidade da Atenção em rede: pactuar caminhos intersetoriais”. Estavam presentes à mesa de abertura: a secretária de saúde, Suely das Graças Alves Pinto; a enfermeira, Anna Beatriz de Avelar Melo, coordenadora do Programa de Saúde Mental; a Assessora Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, Tânia Regina Veloso Tavares; o presidente do Conselho Municipal de Saúde, Elias José da Silva; e a vereadora, pelo Partido Verde (PV) e médica Neuza Maria Ferreira Jordão.

Outros convidados estavam elencados na programação do evento, como, o promotor do Ministério Público Estadual, Luciano Arbex Sarkis; representante da Ordem dos Advogados do Brasil, João Ribeiro da Rocha e; um defensor público, João Helvécio de Carvalho. Este fato pôde ser indicativo de importantes possibilidades de trocas de saberes e informações que visavam beneficiar o usuário e sua integração no contexto social e na rede de serviços extra hospitalares.

A preleção sobre o tema teve início com a fala da Assessora Estadual de Saúde Mental, que discorreu sobre a necessidade de ações intersetoriais e

interdisciplinares que agregassem a saúde mental e a Atenção Básica de Saúde, condizentes com as diretrizes nacionais, primando pelo “vínculo, o acolhimento, a integralidade e a humanização”. (Ata Nº 1 do I Fórum Intersetorial da Saúde Mental, abr/2010)

Em outro assunto abordado, corroborando com a ideia de intersetorialidade, o representante da Coordenação Pedagógica, Bruno Brandão Augusto, da Secretaria Municipal de Educação, falou sobre o tema “Educação, Inclusão e Cidadania”, no qual destacou a função da educação enquanto ferramenta de inclusão.

Na função de moderadora das discussões estava a enfermeira, Inês Leoneza de Souza, à época, membro do grupo de Gestão e Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, que ao final das apresentações sintetizou os assuntos abordados e deu prosseguimento ao debate.

No que tange a participação da enfermagem, referida neste capítulo, diversas medidas reabilitadoras e estratégias de cuidados criativos foram implantados no sentido de minimizar o processo de exclusão e a estigmatização dos outsiders pelos estabelecidos, tendo em vista a nova configuração do Serviço de Saúde Mental da cidade de Volta de Redonda, com a desativação completa da CSVR. Embora a participação do profissional enfermeiro tenha se mostrado de grande valia ao longo do processo, é necessário conhecimento teórico-prático e desejo de atuar em saúde mental para que se realizasse um bom trabalho, logo, influências políticas podem interferir negativamente neste processo. Há que se reforçar a dificuldade de articulação em rede dos serviços, não só como uma característica da cidade de Volta Redonda, mas também como uma realidade extensa a nível nacional.

Capítulo V

5.1 O processo de reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania dos outsiders em Volta Redonda: contribuições da enfermagem

Este capítulo está dividido em três subcapítulos, nos quais se buscou destacar as contribuições da enfermagem no enfrentamento das situações expostas. O primeiro trata de alguns dilemas vivenciados no cotidiano das Residências Terapêuticas, com suas dificuldades e possibilidades para usuários e profissionais. O segundo aborda os meandros da relação entre estabelecidos e outsiders durante o processo de implantação das Residências Terapêuticas. O terceiro refere-se aos investimentos de esforços no sentido de expandir o Serviço Residencial Terapêutico em Volta Redonda e a sua consolidação através do atendimento das demandas para credenciamento.

5.1.1 Os dilemas no cotidiano dos profissionais e usuários das Residências Terapêuticas em Volta Redonda

O Serviço Residencial Terapêutico pode ser compreendido como dispositivo fim no que se refere a abrigar usuários, uma vez que a Residência pode representar local de pertencimento, apropriação de subjetividades, aquisição de autonomias, descobrimento de vontades próprias. Ainda que as normas estabelecidas em legislação possam sofrer alterações, a finalidade de aproximar ao máximo com um lar, sem qualquer indício de serviço de saúde é, por si só a interrupção do processo de exclusão.

Nesse sentido, vale evidenciar o registro sobre o histórico de implantação das Residências Terapêuticas:

Começam as atividades do cotidiano, uma exposição que não existia dentro do hospital, um enfrentamento que antes podia-se recuar, mas agora estamos diante de uma transformação sem volta, uma transformação de vidas, de possibilidades para todos, agora não só para os usuários e sim para a sociedade (Projeto Residência Terapêutica, 2010)

Este trecho traduz em algumas palavras a concepção de desinstitucionalização, uma vez que o término da CSVR e o conseqüente

funcionamento das Residências Terapêuticas representavam uma transformação no sentido de afastar o paradigma da psiquiatria tradicional como modelo assistencial às pessoas em sofrimento psíquico naquele município.

Nas Residências Terapêuticas, no município de Volta Redonda, buscava-se minimizar quaisquer resquícios de características hospitalares. Contudo, algumas situações que serão expostas a seguir evidenciavam a conjuntura contraditória que reflete dilemas no cotidiano das Residências, envolvendo profissionais e usuários.

Preconizava-se que nas Residências Terapêuticas houvesse estímulo à autonomia através do auxílio dos cuidadores na realização de tarefas como lavar algumas roupas, arrumar a cama, fazer café, ou seja, atividades de vida diária. Estas ações deveriam ser executadas desde que o morador expressasse desejo em realizá-las, supervisionadas pelos profissionais que atuam na Residência, para evitar acidentes, condizente com o disposto pelo Ministério da Saúde. Assim, haveria como premissa respeitar as limitações e estimular as potencialidades de cada usuário nas atividades de vida diária no município de Volta Redonda.

Para que tais atividades pudessem ser desenvolvidas seria necessária a presença do cuidador, considerado como um facilitador no processo de aquisição de autonomia e na construção compartilhada com o usuário de possibilidades de desenvolvimento das atividades de vida diária, conforme indica o depoimento a seguir:

Com o cuidador como se fosse uma pessoa que iria ajudar os usuários na atividade diária da vida, ou seja, tomar conta de casa, fazer comida, lavar roupa, ir ao mercado fazer compras (AS).

No contexto da reabilitação psicossocial, as tarefas devem possuir um propósito e o usuário deve compreender a real necessidade de desenvolvê-las. O depoimento a seguir demonstra que a enfermeira, que estava à frente das questões de saúde mental no município, possuía conhecimento para que os desenvolvimentos das tarefas tivessem cunho terapêutico.

[...] A questão é a gente estimular, porque viveu uma vida toda, 30, 40 anos dentro de um hospital e nunca lavou um banheiro, por que agora ele tem q lavar um banheiro? Primeiro ele tem que acreditar que é importante lavar um banheiro, pra que serve lavar um banheiro e fazer junto. Não adianta falar: vai lá faz e pronto e acabou (ENF1).

[...] uma vez ou outra eles lavam alguma vasilha, lavam o prato que comeu, mas eu não vejo autonomia, e tem uns que eu até concordo que não vão ter mesmo (ENF4).

Desta forma, é válido reiterar o fato de os profissionais que estavam à frente do processo de implantação das Residências Terapêuticas demonstraram estar imbuídos dos conceitos da Reforma Psiquiátrica, que se refletiu através do discurso reabilitador e desinstitucionalizado, bem como no desenvolvimento de estratégias para torná-los concretos na realidade de Volta Redonda.

Além disso, a fala da enfermeira coordenadora do Programa de Saúde Mental indica orientação e suporte aos profissionais técnicos de enfermagem que atuavam no cotidiano das Residências Terapêuticas. Evidencia-se, assim, o saber/fazer da enfermeira enquanto competência para potencializar a condição de serviço reabilitador das Residências Terapêuticas.

As situações descritas acima fizeram parte do projeto terapêutico das Residências Terapêuticas que se pode considerar reabilitativo, conforme a visão de Saraceno (1999, p.42):

Idealmente, o projeto reabilitativo prevê: focalização sobre o desenvolvimento das competências, mais do que sobre a redução dos sintomas; acentuação do elemento de escolha do paciente, visto como coparticipante do programa reabilitativo e como portador do direito de escolher o ambiente de vida futuro e do direito de obter a ajuda necessária para viver naquele ambiente com sucesso.

Seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, procurou-se não estabelecer rotinas rígidas para o funcionamento das Residências Terapêuticas de Volta Redonda. Portanto, não havia horários estabelecidos para situações como dormir, acordar, tomar banho, alimentar-se, prevalecendo, desta forma, as características individuais e as vontades pessoais, ao contrário do que acontecia no antigo estabelecimento de normas e rotinas coletivas obrigatórias.

[...] e, alguns deles que levantavam lá [no manicômio] obrigados já estavam se sentindo melhor porque poderiam dormir um pouco até mais tarde. [...] alguns usuários queriam arrumar cozinha, começaram a lavar seu próprio talher, ajudavam a colocar a mesa para almoço (REC)

Dentro de onde eles estavam tinha hora de tomar banho, de tomar café e a gente tenta não fazer a mesma rotina. Então eles levantam alguns tomam banho, outros tomavam mais tarde; eles tem direito de escolher o que eles querem fazer. (TENF)

Porque, assim, eles vão levantar a hora que eles quiserem, lógico que até mesmo a gente em casa tem uma norma, tem um horário de almoço, de café, de banho, mas não necessariamente 6 ou 7 horas da manhã ter que levantar todo mundo pra tomar banho. (REC)

Inclusive, no que se refere ao vestuário e roupas de cama, não havia padronização, como ocorria em instituições hospitalares:

Eles tinham tudo direitinho, suas roupas de cama, nada era padronizado com nome, era tudo diferente, edredom, travesseiro, lençol (ADM)

A padronização pode ser considerada característica institucional, uma vez que em instituições totais a subjetividade perde espaço para organização e disciplina. A manutenção dos usuários em um padrão favorece a perda da identidade pessoal e passa a refletir o rótulo universalizante da doença, favorecendo o processo de exclusão. Além disso, é uma forma de diferenciação entre os estabelecidos – profissionais da instituição hospitalar – e os outsiders – usuários internados nas instituições psiquiátricas. Portanto, romper com esse processo pode ser uma forma de estimular a desinstitucionalização bem como de diminuição do processo de estigmatização.

Ainda que tivesse havido grande esforço por parte dos profissionais em não repetir as normas e rotinas da CSVR, na sua condição de instituição manicomial, é necessário evidenciar que a institucionalização deixou marcas no comportamento dos usuários das Residências Terapêuticas, os depoimentos a seguir revelam esta constatação:

[...] Lógico que a princípio eles estavam levantando nesse horário porque é o horário que eles estavam acostumados durante muitos anos na Casa de Saúde Volta Redonda. (REC)

[...] O deitar no chão, essa coisa assim de não escolher o lugar mais aconchegante. Não diria nem mais apropriado porque isso é uma questão de cultura. Os índios, por exemplo, deitam no chão e qual é o problema disso? Mas, a nossa cultura ela não favorece a isso, mas a cultura da instituição ela favorece isso. Então essas coisas, às vezes o chão queimando e ali continua. Fulano você tá deitado no chão, o chão está quente. Ai põe a mão: ah é está quente. Essas coisas assim que você via dentro da instituição. (ENF1)

Nota-se que havia entendimento sobre as características da institucionalização por parte de alguns profissionais, conforme apontou os trechos acima. E, a enfermeira foi além e demonstrou pelo seu discurso como procedeu com um usuário, através do acolhimento, considerando, assim, tal fato uma estratégia de cuidado de modo a fazer com que o usuário percebesse que aquela não era a condição mais confortável.

Entretanto, esse entendimento não era comum a todos os profissionais envolvidos no funcionamento das Residências Terapêuticas. O trecho a seguir evidencia a indignação de outra enfermeira frente uma situação que salientava as marcas da institucionalização:

[...] eu fiquei lá na Vila, que era [a Residência] mais central, elas dormiam no chão, eu falava: "gente, mas não tem um colchão?". (ENF4)

É possível afirmar que essa indignação não tenha sido terapêutica, uma vez que não objetivou estimular a percepção do usuário em sua condição de ausência de conforto e, tampouco serviu como oferta de alternativa para que ele compreendesse que havia a possibilidade de escolha pelo colchão. Portanto, essa atitude da profissional, não favoreceu o processo de desinstitucionalização e pôde evidenciar pouca habilidade no trato com usuários no que se refere ao relacionamento terapêutico e utilização das tecnologias relacionais do cuidado.

Os usuários eram estimulados a comprar as próprias roupas, ir ao mercado, padarias, feiras. Alguns conseguiam e gostavam de realizar essas atividades. Inclusive, para aqueles em condições de deambular, ainda que houvesse veículo para transporte até os CAPS, eram incentivados a utilizar transportes públicos, vislumbrando maior integração social. Sendo que, na maioria dos casos, essas atividades eram acompanhadas pelos profissionais que atuavam nas Residências.

[...] Já temos vários usuários indo e voltando de ônibus para o CAPS sozinhos (ENF3)

[...] Por exemplo, aqui em Volta Redonda, tem todo ano, uma feira tipo festa junina, eles vão. Eles vão à feira livre (PSI).

Essas atividades podem ser consideradas como medidas reabilitativas, uma vez que auxiliam na construção da capacidade de enfrentamento a situações reais,

cuja meta deve ser também a diminuição da dependência dos usuários pelos profissionais. (SARACENO, 1999)

Porém, alguns não conseguiam devido ao alto grau de dependência proporcionado pela institucionalização. Essa situação, inclusive, evidenciou a dependência pelo profissional que os acompanhava no dia - a - dia:

[...] Por exemplo, o medo de não ir: ah, vamos ali na padaria? Não, não, vou ficar aqui. Vai ficar sem pão? Não, você busca. Mas por que você não quer ir? Não, não, não quero não. E assim, não tem uma justificativa específica [...] Escolha de roupa, a compra de roupa, porque depois eles conseguiram os benefícios. Então assim: quem vai escolher a roupa? Não, vai lá compra pra mim. Essas coisas assim, mas ainda há aqueles com maior dificuldade.(ENF1)

O trecho acima suscita algumas reflexões sobre aqueles usuários que não possuem autonomia para fazer escolhas, ou seja, os mais cronificados ou com acometidos com outras patologias clínicas. Nesse particular, ratificaria o que está explícito na Cartilha sobre as Residências Terapêuticas do Ministério da Saúde. Esta afirma que o usuário gravemente comprometido mentalmente e/ou fisicamente deve estar em Residências tipo II, na qual deve ser oferecido cuidados substitutivos aos de um familiar. Sendo assim, não seria possível reabilitar estas pessoas?

A meu ver, este questionamento perpassa pelos ensinamentos de Rotelli et al (1990) e Saraceno (1999), nos quais reabilitar não significa aproximar da normalidade. E sim, possibilitar melhores condições de vida social, reduzindo limitações impostas pela internação hospitalar.

A oferta de diversas opções para entrar em contato com o meio social que o cuidador e/ou o técnico de enfermagem podem oferecer no contexto de uma Residência Terapêutica aos outsiders pode ser contemplada em alguns exemplos: festas de aniversário dos usuários da casa, nas quais os familiares e vizinhos com afinidade podem ser convidados; festas comemorativas, como natal; passear nas praças da cidade; ser transportado até os demais serviços de saúde para acompanhamento do processo saúde-doença.

Portanto, a diminuição da dependência pelo profissional e aquisição de autonomia não seriam metas estabelecidas para esses casos, logo não seria viável atingir a reabilitação psicossocial plena. Contudo, haveria a possibilidade de aproximação desses outsiders de uma reabilitação psicossocial possível.

Portanto, ainda que estes usuários mais graves estivessem dependentes das atividades que o cuidador e/ou técnico de enfermagem poderiam proporcionar-lhes, certamente, o leque de possibilidades seria maior, quali-quantitativamente, estando fora dos muros – concretos dos manicômios e subjetivos do processo de exclusão.

A necessidade de reinventar o cuidado se mostrou premente no contexto da saúde mental, uma vez que não deve haver protocolos de ações, e sim, planejamento flexível de estratégias de cuidados reabilitadores, ajustados e revistos constantemente, de forma corresponsável com o usuário. Nessa perspectiva é interessante salientar que a enfermeira, atuando no CAPS, criou estratégias de cuidado de modo a estimular a autonomia e favorecer a circulação dos usuários pelos bairros, conforme depoimento abaixo:

Por exemplo, nessa Residência que fica mais próxima eu tenho um trabalho lá com uma usuária até para a gente resgatar essa autonomia dela, ela fica na Residência Terapêutica e eu comecei a conversar com ela, fazer abordagem no sentido de que quanto mais a gente confiasse nela para ir e voltar do CAPS ela ia ganhar essa autonomia para estar passeando na cidade, indo nos lugares, pra estar indo visitar sua antiga Residência. Então, eu combinei com a funcionária da Residência Terapêutica que quando ela fosse, me mandasse um envelope pra ela me entregar então ela chegou no CAPS o primeiro dia com esse envelope e disse Ana Emilia a Maura pediu para te entregar esse envelope. Eu agradei muito disse que era documento muito importante, obrigada, vou ligar pra ela dizendo que recebi e você não saia aqui da unidade sem eu devolver o envelope pra você entregar pra Maura. Eu vou responder o documento e você vai entregar para Maura. Porque essa usuária está na Residência Terapêutica não porque ela era da Casa de Saúde Volta Redonda, mas porque ela morava sozinha. [...] Então a gente tem feito esse trabalho, ela vai e volta com esse envelope e tem dado certo, ela traz para mim o envelope e eu ligo pra Residência Terapêutica e aviso que ela chegou no CAPS e assim ela volta com o envelope e eu aviso: olha ela saiu daqui com o envelope, qualquer coisa ela liga. Mas, a gente tem feito isso somente na segunda e terça - feira por conta de se ela fugir tem um carro pra gente fazer a busca, até isso é difícil porque se ela desviar o caminho, ela vai pra casa dela, a gente tem o carro pra buscá-la. (ENF3)

As estratégias estabelecidas pela enfermeira do CAPS, com apoio dos demais membros da equipe, denotou preocupação em desenvolver a autonomia dos usuários que apresentavam tais possibilidades. Estas atitudes encontram respaldo nas concepções de Saraceno (1999, p. 50) ao propor que “o objetivo fundamental do tratamento [...] deveria ser a de promover um enriquecimento do repertório das habilidades e comportamentos sociais do paciente”.

O ideal é que não se estabelecesse determinadas atividades para serem desenvolvidas dentro da casa, por exemplo, atividades lúdicas, oficinas ou, até

mesmo, socialização com os membros da comunidade que quisessem interagir. Estas atividades deveriam ser feitas em espaços pertinentes, ou seja, nos CAPS e em espaços públicos de convivência, buscando resguardar ao máximo a conotação de lar que aquelas moradias deveriam ter. O depoimento a seguir explicita esta situação:

Bom, na casa a gente nunca propôs nenhuma atividade, dentro da casa sempre falavam disso. Eu sempre acreditei que eles não tinham que ficar dentro da casa, que eles tinham que sair. Tinha várias propostas da comunidade, de trazer atividades para dentro de casa. Eu sempre achei que tudo tinha que ser pra fora, que eles pudessem sair. Nós temos um horto aqui, fazer piquenique no horto, participar das atividades que tem nas praças. Volta Redonda está cheia de praças que tem atividades, tem uma gama de programa, eu não acho que tem que ser na casa. (TO)

Então, esses usuários acompanhados pela equipe, familiares ou até mesmo sozinhos, dependendo do grau de autonomia, compareciam, por exemplo: às igrejas dos bairros; ao zoológico de Volta Redonda; shopping da cidade; mercados; passeios, inclusive na cidade do Rio de Janeiro. (Projeto Terapêutico Individual dos usuários das Residências Terapêuticas, 2010) Os relatos a seguir explicitam tal situação de convívio com os estabelecidos:

Sei que eles saem, por exemplo, para passear, sei que eles vão para eventos de cultura que o município oferece, shows, pra que as pessoas da comunidade vejam que eles são capazes de viver socialmente, não precisam ficar excluídos em hospitais, dentro de muros. Que eles saiam, que uma das atividades terapêuticas deles é provida pela própria Residência Terapêutica, é sair pra dar volta pelo bairro, (MP)

Essa casa [Residência da Vila] que elas ficavam é no centro de Volta Redonda, tem um shopping pertinho, tem feira da roça, tem várias atividades. [...] a Severina levava às terças-feiras, quando possível, algumas usuárias para um evento cultural que tem em Volta Redonda para assistir a shows. (ENF4)

Eu acho que objetivo é de trabalhar a autonomia dessas pessoas e reinseri-la de fato na sociedade pra que elas não percam mais tempo de exercer de fato sua cidadania. Que possam ir e vir, ir a show, viajar, ir pra onde quiser. [...] que faça o que desejar da vida. E, a gente permitir que eles possam usufruir de tudo que a sociedade oferece pra eles. É isso que eu acredito. É trabalhar essa autonomia deles. (TO)

A realidade das Residências Terapêuticas de Volta Redonda acerca da cronificação das patologias psiquiátricas implicou em uma relação de dependência dos usuários com relação aos profissionais. Apesar de alguns autores afirmarem

que o ideal seria Residências em que não houvesse profissionais atuando em seu interior, ou seja, uma moradia gerida pelos próprios moradores, esta era uma utopia ao considerar as circunstâncias do processo de implantação e o perfil dos usuários no município de Volta Redonda.

As Residências Terapêuticas, compreendidas como moradias, não possibilitava recursos como medicações extras para contenção química, ou contenção física no leito. O desafio era criar estratégias para lidar com as situações mais triviais do dia-a-dia, sem incorporar a rotina hospitalar na vida daquelas pessoas. Objetivava diminuir a dependência dos usuários com relação aos profissionais, através do processo de aquisição de autonomia e reinserção daqueles moradores no contexto social daquele território.

As oficinas realizadas no sentido de esclarecer as possibilidades de atuação no cotidiano das Residências Terapêuticas, evidenciaram que as funções deveriam ser flexíveis na formação ou enquadramento de cada profissão, conforme trecho a seguir:

Quando eu fiz o treinamento eu deixei bem claro que o profissional da limpeza não iria trabalhar só na questão da limpeza, o profissional da cozinha não ia mexer apenas com comida e o técnico que ia ficar como cuidador, não tinha tão rígido essas funções, poderiam até se mesclar. Às vezes, a pessoa da cozinha podia estar com um usuário fazendo comida e faltou um tempero, o profissional da limpeza poderia ir ao mercado com outro usuário e comprar o que estivesse faltando. Assim como o técnico de enfermagem que estava como cuidador poderia estar ajudando na cozinha. Essa era a grande polêmica e achavam que eu estava doida quando falava isso. (AS)

Os profissionais técnicos de enfermagem que foram atuar diretamente no cotidiano das Residências Terapêuticas encontraram dificuldades em entender sua função na casa e seu papel junto aos usuários. Esse processo pode ser caracterizado como uma crise de identidade profissional, uma vez que apesar de possuírem qualificação de técnicos de enfermagem se viam na necessidade, por exemplo, de realizar tarefas domésticas e auxiliar os moradores na realização das mesmas, conforme as atribuições do cuidador.

No paradigma da atenção psicossocial, cada profissional traz a sua especificidade, mas não deve haver cristalização das funções, uma vez que a abordagem interdisciplinar de uma equipe multiprofissional deve prezar pela

integração dos conhecimentos e a construção conjunta de ações compartilhadas em prol da reabilitação psicossocial dos usuários. (JORGE, 2011)

Contudo, há que se resguardar as diferenciações de cada ocupação/profissão. No sentido de esclarecer a não caracterização do cuidador como profissional da saúde, o Ministério da Saúde explicita que (BRASIL, 1999, p.8-10):

“Não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem [...], portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc.”

De acordo com o Ministério da Saúde, o cuidador pode desenvolver as seguintes tarefas: cuidados com moradores dependentes físicos no que se refere ao conforto dos mesmos, auxílio para medicação de uso diário, estímulo e auxílio para alimentação, higienização de usuários (BRASIL, 2008). Os técnicos de enfermagem, de acordo com o Decreto Nº 94.406/87⁶, devem realizar cuidados de enfermagem a pacientes em estado grave. Assim, na realidade de uma Residência Terapêutica o técnico desenvolveria funções mais complexas que o cuidador, prevenção e curativos de úlceras por pressão, mudança de decúbito daqueles que possuíssem limitações físicas, por exemplo.

Considerando a situação de Volta Redonda, o problema estava em não contratar cuidadores e fazer com que o técnico de enfermagem assumisse tal função, baseado na justificativa de que os usuários eram muito crônicos e demandavam cuidados intensivos. Contudo, pela fala dos depoentes pode-se destacar que seria necessária a contratação de cuidadores e, para as Residências de maior complexidade, o técnico de enfermagem.

Os depoimentos a seguir revelam o conhecimento dos profissionais acerca da necessidade de contratação de cuidadores e o esclarecimento sobre possíveis consequências da não contratação:

O ideal seria que contratássemos todos os cuidadores, mas a gente não pode fazer isso oficialmente. Então, a gente acabou fazendo algumas

⁶ Regulamenta a Lei Nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.

adaptações, o que causou muitas confusões e estranheza em relação aos próprios profissionais.(ENF1)

[...] porque as pessoas que vieram pra cá como técnicos de enfermagem, eles não queriam fazer as atividades que um cuidador faz, porque ele é técnico, outra formação. (TO)

Tendo em vista os depoimentos acima, é salutar que haja uma reflexão sobre a contratação de técnicos de enfermagem ao invés de cuidadores. Inicialmente, os técnicos de enfermagem contratados eram provenientes da CSVR e, apesar das oficinas de capacitação terem sido realizadas, estas não lograram êxito pleno. Aumentava-se, assim, o risco de reprodução do modelo de cuidado institucionalizado que era desempenhado na CSVR.

Este risco justificava-se devido ao tipo de vínculo que havia entre os profissionais e os usuários na CSVR, caracterizado pela dependência e pelo cumprimento de normas e rotinas por ambos.

Então, a partir da reclassificação de categoria profissional do técnico de enfermagem para cuidador é que se estabeleceu um dilema profissional, na medida em que houve a necessidade de acumular e desenvolver as atribuições da ocupação de cuidador, mesmo tendo qualificação profissional técnica.

Esses cuidadores não necessariamente precisavam ser profissionais formados [...]. O cuidador era [...] aquele que estaria facilitando uma convivência e algumas atividades de vida diária dentro da Residência (AS)

O cuidador tem que dar banho no dia a dia, ele tem que fazer a comida, tem que sair. Ele pode dar um comprimido, o técnico não, o técnico já não se acha no direito de ter que fazer isso. (ADM)

Ainda que o cuidador e o técnico de enfermagem possuíssem suas especificidades, havia interseção de muitas atribuições. Então, no caso de Volta Redonda, o fato de que a maioria dos técnicos de enfermagem estava incutida da cultura hospitalocêntrica e da cristalização das atribuições profissionais, refletiu na recusa do técnico em desenvolver atividades reabilitadoras para aquisição de autonomia dos usuários, as quais julgavam ser apenas do cuidador.

O técnico de enfermagem em saúde mental deve estar disposto a compreender que o foco do tratamento em saúde mental não é a medicalização e a assistência que exime a capacidade do usuário cuidar de si. A ênfase deveria ser dada para uma visão reabilitadora e compreender que faria parte da assistência

auxiliar no desenvolvimento das atividades de vida diária, ainda que houvesse o cuidador. Essas atividades de vida diária seriam: arrumar a cama, lavar a louça, limpar a casa, sair para passear.

Além disso, a Cartilha que à época norteava a constituição de Residências Terapêuticas tipos I e II salientava a necessidade de contratação de cuidadores e técnicos de enfermagem, resguardando, assim, as especificações de cada trabalhador (BRASIL, 2004). Entretanto, para atuarem na perspectiva da interdisciplinaridade seria necessário que o técnico de enfermagem desenvolvesse uma visão reabilitadora e que os cuidadores fossem devidamente capacitados para ambos contribuírem para o processo de desenvolvimento da autonomia.

Alguns técnicos de enfermagem questionaram esta situação, bem como alguns não se adaptaram ao modelo de atuação nas Residências Terapêuticas de Volta Redonda, como mostra os depoimentos a seguir:

Alguns técnicos estavam em questionamento: bom, eu sou técnico de enfermagem e serei contratado como cuidador? Como se fosse um desmerecimento da profissão deles. (AS)

Percebi que ninguém [técnico de enfermagem] estava satisfeito, até faz uma coisa ou outra, mas principalmente, por exemplo, à noite, se tiver que dar janta, até faz, mas eu percebo má vontade, não vai com aquela coisa do cuidador, entendeu? (ENF4)

Depois com o tempo, nós fomos realmente vendo quem tinha mais esse perfil de aceitar, de perceber que o trabalho na Residência era um trabalho diferenciado. O técnico de enfermagem ia desenvolver um trabalho diferenciado. E assim, quem teve esse perfil, suportou, ficou, outros saíram. (TO)

É fundamental destacar que nas Residências Terapêuticas de Volta Redonda, o impacto para os profissionais foi grande à medida que se somava ao perfil do técnico de enfermagem que não passou pela desinstitucionalização, o sentimento de desprestígio e diminuição de capacidade gerados ao assumir o cargo de cuidador.

É importante destacar o papel da enfermeira, o enfrentamento das dificuldades de compreensão sobre a atuação dos técnicos de enfermagem no atual paradigma de saúde mental, de modo que contemplasse as propostas da Portaria Nº 106/00. Nessa perspectiva, a enfermagem deveria compreender que coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, a atuação da equipe ultrapassa o modelo prescritivo e cumpridor de tarefas, conforme acontecia nos espaços manicomiais.

Os trechos a seguir apontam para a atuação de profissionais enfermeiros de um dos CAPS do município, da Estratégia Saúde da Família e de uma autoridade municipal, no cargo de Coordenação do Programa de Saúde Mental. Desta forma, observou-se que a saúde mental não era considerada setor isolado dos demais serviços de saúde, uma vez que havia participação de outros serviços, contemplando a formação de rede de atenção psicossocial.

[...] é uma experiência muito nova para todos nós, para a enfermagem principalmente, que sai de uma prática executora de tarefas para uma prática criativa, para uma prática inovadora (ENF3).

[...] porque aí eles [técnicos de enfermagem] estão vendo que a gente também está junto, é valorizar o serviço. [...] Então também é feito esse trabalho dentro do serviço, essa conscientização dessa responsabilidade. E isso a gente cobra mesmo, a gente está junto lá (ENF2).

[...] então, a própria coordenadora do Programa de Saúde Mental estava dando esse suporte, estava indo fazer as visitas, ela e a Coordenadora dos Programas de Volta Redonda. Elas estavam dando esse suporte, iam todos os dias. Ela [coordenadora do Programa de Saúde Mental] é enfermeira também (REC).

Em contrapartida, a enfermeira que atuou diretamente nas Residências Terapêuticas de Volta Redonda pareceu não ter compreensão no que tange a interdisciplinaridade. Esta afirmativa é válida uma vez que o trecho do depoimento a seguir remete a questão da divisão da responsabilidade e do questionamento incessante sobre a definição dos papéis de cada profissional.

Ou ele é técnico ou ele é cuidador. Ou a responsabilidade é do técnico ou é do cuidador, vocês tem que saber o que vocês querem, eu não to certa? Então aquilo é muito confuso, o que é o papel do técnico? O que é o papel do cuidador? O que é o papel do servente? O que é o papel da cozinheira? (ENF4)

Mais uma vez emerge a situação da necessidade de capacitação do profissional enfermeiro para atuar em saúde mental, caso contrário aumentavam-se as chances de uma visão distorcida e uma atuação sem muito proveito no que diz respeito à saúde mental. Neste campo, os profissionais se tornam corresponsáveis com o serviço e com o usuário, uma vez que se deveria buscar a construção coletiva do cuidado e não restringi-lo à oferta de soluções prontas. E, embora cada profissional tenha suas especificidades, não se deve permitir o engessamento dos papéis profissionais.

Segundo informações citadas anteriormente, além dos profissionais egressos da CSVR que foram atuar nas Residências, houve um quantitativo de profissionais que nunca havia atuado no campo da saúde mental, sendo a Residência Terapêutica seu primeiro contato nesse campo.

Desse modo, profissionais que nunca atuaram efetivamente no campo da psiquiatria, mas foram impregnados pelo discurso da ideologia psiquiátrica como recurso único de assistência, que atingiu o senso comum desde o surgimento da psiquiatria, poderiam ser mais receptivos à desinstitucionalização se comparado àqueles profissionais que passaram anos reproduzindo o discurso da psiquiatria tradicional e executando práticas ultrapassadas.

É válido enfatizar que o processo de desinstitucionalização de profissionais não é passivo, deve contar com estes repensando suas práticas, questionando seus saberes, discutindo possibilidades de ação, para evitar a reprodução do modelo manicomial.

Dentre todas as dificuldades que envolveram os profissionais que atuavam diretamente nas Residências Terapêuticas, um termo de registro de reunião explicitou a dificuldade de adaptação de um técnico de enfermagem ao cotidiano de uma Residência Terapêutica, tendo este profissional sofrido denúncia sobre maus-tratos e dificuldades internas na Residência Terapêutica, em 2010.

Esta reunião com o técnico de enfermagem foi conduzida pela Enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental do município, e acompanhada pela Terapeuta ocupacional, Coordenadora das Residências Terapêuticas em Volta Redonda. É válido destacar que os três profissionais assinaram o registro dessa reunião, tomando ciência do conteúdo do registro.

O registro sobre a fala do técnico de enfermagem sobre as acusações foi o seguinte: *“Nega situações de maus tratos e expõe dificuldades de relacionamento com outros profissionais. Diz procurar fazer o possível para cuidar dos moradores, que não são fáceis e que tem muita dificuldade de adaptação”*. (Registro de reunião da Residência Terapêutica referente à denúncias de maus tratos, ago/2010)

Além disso, foi orientando pela Terapeuta Ocupacional sobre a forma de tratar e falar com as pessoas em sofrimento psíquico. E, a Enfermeira informou que o caso seria levado a uma reunião com os coordenadores dos setores de média complexidade, tendo como sugestão o remanejamento para outro serviço e que os

plantões do técnico de enfermagem na Residência Terapêutica estariam suspensos até a definição do caso. (Registro de reunião da Residência Terapêutica referente à denúncias de maus tratos, ago/2010). Até o momento, não foi encontrado registro dos encaminhamentos dados posteriormente para esta situação.

De acordo com a Lei N° 7498/86, que regula o exercício profissional da Enfermagem, o técnico de enfermagem não pode atuar em serviços de saúde sem a supervisão e orientação de um enfermeiro, de maneira direta ou indireta. Assim, a enfermeira exerceu seu papel, condizente com as normas estabelecidas pela lei, através da sua condição de profissional de nível superior, detentor de conhecimento técnico científico diferenciado e responsável pelos demais membros da categoria de enfermagem.

Outrossim, agiu de acordo com as responsabilidades, deveres e direitos estabelecidos pelo Código de Ética da Enfermagem, o qual prevê uma assistência livre de danos (COFEN, 2007).

5.1.2 As ações da enfermagem frente à reação social dos estabelecidos sobre a implantação e o funcionamento das Residências Terapêuticas em Volta Redonda

O início da trajetória de qualquer serviço que procura romper com questões ideológicas concretizadas culturalmente, bem como instaurar um novo paradigma de cuidado, está sujeito a críticas, nem sempre para auxiliar o funcionamento, mas, na maioria das vezes, para resisti-lo.

[...] as pessoas tem muito medo, preconceito e a dificuldade de aceitar a saída dessas pessoas do hospital (ENF1).

Acho que o que mais enfrentamos foi o preconceito das pessoas (TENF).

Passados dois meses do início do funcionamento das Residências Terapêuticas em Volta Redonda, houve reunião com o Conselho Municipal de Saúde para discutir, dentre outras questões, o novo serviço em saúde mental. A proposta de um dos membros do Conselho Municipal de Saúde era o de que houvesse “um enfermeiro, do sexo masculino, para trabalhar nas Residências

Terapêuticas e que as mesmas tivessem armários com chave para guardar objetos cortantes”, conforme consta da ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de 02 de setembro de 2009. (Ata Nº 267, Conselho Municipal de Saúde, set/ 2009).

Pode-se extrair deste fragmento da ata da reunião, que o transtorno mental ainda caracterizava a pessoa como perigosa ou agressiva, uma vez que objetos cortantes disponíveis poderiam sugerir uma ameaça, ainda que naquelas pessoas não fosse evidente traços de agressividade.

A solicitação da presença de profissional de saúde, de nível superior, desconfigura a conotação de moradia e denota um significado de serviço de saúde. Portanto, poder-se-ia inferir a possibilidade de emergência da reprodução da lógica hospitalar diferenciando apenas o cenário.

O fato de expor que o enfermeiro deveria ser do sexo masculino poderia ser considerado demonstração de controle e possível contenção, talvez pela força, com vistas a reproduzir relações de submissão entre profissional e usuário. Desconsiderando, assim, a Residência Terapêutica como espaço de construção de relações de confiança com os moradores.

Os egressos da CSVR, em sua maioria, eram cronificados devido aos longos anos institucionalizados. Estas pessoas, além da condição de serem novos moradores em espaços simbolicamente pertencentes ao grupo estabelecido, o que já os caracterizaria como outsiders, possuíam também o agravante de carregarem consigo o estigma acerca da doença mental. Assim, a condição de outsiders era reforçada pelo desvio da normalidade, através das manifestações da doença, do diagnóstico e das sequelas de cronificação, fomentando o processo naturalizante de exclusão.

Ao considerar a circulação dos moradores das Residências Terapêuticas nas ruas da cidade, outro membro do Conselho Municipal de Saúde, sugeriu em uma das reuniões, conforme registro em ata, que os usuários das Residências Terapêuticas passassem a ter algum tipo de identificação. (Ata Nº 267, Conselho Municipal de Saúde, set/ 2009). Esta atitude configurava claramente a intenção de excluir, ou seja, manter na condição de outsider aqueles que não eram reconhecidos como iguais, como estabelecidos. A identificação das pessoas em sofrimento psíquico seria como cerrar fileiras para qualquer possibilidade de integração com os demais atores sociais, reiterando, portanto, a lógica institucionalizante.

Dependendo do tipo de tratamento em que aquele morador foi submetido ao longo de sua internação psiquiátrica, podem ocorrer algumas modificações físicas consequentes ao uso de determinadas medicações. Para estes moradores, o apelo da aparência poderia servir como identificação de pertencimento ao grupo de outsiders. Contudo, também havia moradores que não possuíam o apelo visual que pudesse caracterizar qualquer indício de transtorno mental e, neste caso, seria considerado dificultador da identificação dos outsiders pelos estabelecidos nos cenários das trocas sociais, reduzindo, portanto, a efetividade da reinserção social.

As situações mencionadas acima podem ter caracterizado possíveis maneiras de perpetuar o pensamento cristalizado na díade outsiders/processo de exclusão, a qual reproduz a instituição manicomial através da resistência direcionada à aceitação e entendimento do novo paradigma assistencial em saúde mental, onde a pessoa é entendida e respeitada enquanto um ser integral e não apenas sua parcela limitada pela doença e suas sequelas.

Anteriormente ao funcionamento das Residências Terapêuticas, apesar de alguns vizinhos terem afirmado que não houve esclarecimentos e reuniões sobre a implantação de tal serviço nos bairros, essas atividades foram feitas pela enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, à época, conforme o depoimento a seguir:

[...] tinha um vizinho lá que disse que não foi feito nenhum trabalho. Não foi verdade, foi feito um trabalho sim. Na época, a antiga coordenadora de saúde mental [enfermeira] fez reunião sim com a associação de moradores, com algumas pessoas é claro. De repente, não estava todos os vizinhos, mas assim o presidente da associação estava alguns moradores estavam, mas foi feito sim. (TO)

As falas da enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, e da técnica de enfermagem reforçaram a realização de tais atividades em conjunto com a comunidade:

[...] como já estávamos fazendo um trabalho, intensificamos fazendo diversas reuniões na comunidade, utilizando os espaços de igrejas para que pudéssemos deixar as pessoas da comunidade mais tranquilas no sentido de conhecer um pouco os pacientes (ENF1).

[...] houve intervenção da Secretaria de Saúde, reunião com a associação de moradores desses bairros para que eles entendessem um pouco, ajudasse, colaborassem também com a chegada dos usuários nesses bairros (TENF)

Certa da importância de esclarecer a população, a enfermeira, Coordenadora da Saúde Mental, apresentou em outubro de 2009, o Programa de Saúde Mental do município, em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde na qual estavam presentes diversos representantes de instituições: da saúde, religiosas, da Associação de Usuários, Familiares e Amigos de Saúde Mental (AUFASSAM), Associação de moradores do bairro Retiro, entre outros. (Ata Nº 269, Conselho Municipal de Saúde, out/ 2009).

Tendo em vista os registros de reuniões citados acima é possível compreender que informar a população estabelecida sobre as novas propostas, à época, para o campo da saúde mental no município, fez parte do modelo de educação popular em saúde. Esta afirmativa é válida na medida em que tais registros apontaram para uma exposição dialogada entre a enfermeira e os membros do Conselho Municipal de Saúde, que considerava o senso comum como ponto de partida para a condução da construção de novos conhecimentos e formas de enfrentamentos.

Como um dos recursos para desenvolver a discussão sobre o Projeto de Saúde Mental do município, a enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, exibiu o filme, feito pela equipe de saúde mental de Volta Redonda, no qual se retratava o momento de transferência dos egressos da CSVR para as Residências Terapêuticas. (Ata Nº 267, Conselho Municipal de Saúde, set/ 2009).

Com estilo próprio, um profissional pode desenvolver estratégias de enfrentamento a situações complexas. Sendo assim, diante de determinado contexto o profissional pode lançar mão de seus saberes e habilidades a fim de contornar obstáculos. As diferentes combinações de estratégias e recursos aplicados no contexto explicitam a competência profissional, conforme reitera Lucchese e Barros (2009, p. 153):

Aborda-se competência numa concepção dialógica que aborda o desenvolvimento de capacidades ou atributos, sejam eles intelectuais, psicomotores e/ou afetivos que, quando articulados, resultam distintas

maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional.

A resistência inicial que ocorreu em um dos bairros onde implantou-se o Serviço Residencial Terapêutico pode ser compreendida como um reflexo do preconceito e a estigmatização grupal direcionada aos outsiders pelos estabelecidos. Esta situação foi registrada pelos profissionais em documentação, como parte do histórico de implantação das Residências Terapêuticas, conforme o trecho a seguir:

“Conseguimos perceber que cada bairro tinha uma especificidade e entre eles, um com total desconhecimento do que era a loucura e o não desejo de aproximação”. (Projeto Residência Terapêutica, 2010, p.6)

Além disso, tal fato foi mencionado nos depoimentos a seguir:

[bairro jardim Tiradentes] Foi a única vez que a gente teve problemas, nas demais não. (TO)

Com as três Residências Terapêuticas em funcionamento, houve problema apenas em um dos bairros, nos quais os moradores, estabelecidos há tempo naquela localidade, evidenciaram sua insatisfação através da elaboração de um abaixo-assinado com o intuito de transferir a Residência Terapêutica daquela localidade.

Eles [vizinhos] falaram que iam fazer [abaixo-assinado],(TO)

Eles [vizinhos] estavam se mobilizando com abaixo assinado para que esses usuários fossem tirados de lá [...] (REC).

Teve abaixo assinado dos vizinhos, os vizinhos ficavam na grade olhando, ficavam na janela olhando, ficavam na escada olhando pra dentro das casas, enfim... [...] (ENF3).

Além disso, alegavam que os imóveis do bairro seriam desvalorizados com a implantação de uma Residência Terapêutica, uma vez que seus usuários eram pessoas em sofrimento psíquico, conforme aborda o fragmento abaixo:

E também disseram que ali, por ser um bairro muito nobre, as casas próximas perdiam valor de mercado por conta da Residência Terapêutica (ENF4).

Uma das formas mais prática de contrapor qualquer novidade pode ser torná-la semelhante, em algum aspecto ao modelo considerado ultrapassado. Assim, não é surpreendente que os estabelecidos buscassem argumentos para afastar os outsiders do convívio social. Se antes, o que os mantinham distante eram os muros do hospício, quando estes são libertados, surge então um movimento para transferência das Residências Terapêuticas para bairros distantes do centro da cidade.

Eu fui chamada por uma pessoa da pastoral, falando que ia ter uma reunião em uma igreja e eu fui ingenuamente. Fui achando que eles poderiam ajudar e tudo. Na verdade, tinha várias pessoas da pastoral, da igreja, o padre, onde o discurso era altamente discriminatório. [Disseram] que eles aprovavam, que achavam muito bonito a proposta do prefeito. Mas, sem entender. Dizendo que achava muito legal, mas que o prefeito devia fazer uma vila lá no Roma, um bairro bem distante.[...] E até eu fui assim muito otimista porque uma dessas pessoas que estava nessa reunião ela tinha entregado uma carta na ouvidoria da secretaria, então dava algumas sugestões. Mas, quando chegou lá não foi nada disso. (TO)

O comportamento desviante das pessoas em sofrimento psíquico, os outsiders, repelia os indivíduos de tal grupo da reinserção social plena, devido à incompatibilidade com as regras sociais do grupo estabelecido. Conforme consta no registro da Ata Nº 267 (Conselho Municipal de Saúde, set/ 2009), a representante do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) falou sobre ter encontrado usuários descalços. Em resposta, a representante da Secretaria Municipal de Saúde explicou que durante a implantação das Residências Terapêuticas houve organização de roupas e calçados para todos os usuários. Contudo, afirmou que algumas questões não conseguiram ser trabalhadas e que o processo de socialização é difícil e demorado.

Conseqüentemente, eram considerados como inabilitados ao convívio social, reiterando o processo de exclusão, conforme reforça os trechos a seguir:

[...] Que podia fazer uma vila porque as casas [do atual bairro] foram feitas para CSN [Companhia Siderúrgica Nacional], então são aquelas casas coladinhas, geminadas. E eles diziam que tinha um morador que xingava e que o morador urinava, que botava o pênis para fora, sabe. Uma coisa assim muito moralista. Um senhorzinho que urinava no portão e deram ideia de colocar tapumes. Que eles achavam que eles eram coitadinhos. E foi assim um momento muito difícil. Assim, tinha hora que eles detonavam a situação, só falavam de discriminação, só disso. Era um coitado que

precisava ficar num lugar adequado, como se a casa não fosse um lugar adequado. (TO)

[...] Nessa Residência tinha usuários mais debilitados, então tinha um que ele urinava na frente da casa e a casa de grade, é. E, alegavam que estavam destruindo a imagem do bairro, [...]. Como se ele ficasse 24 horas assim. (ENF1)

A implantação das Residências Terapêuticas, ainda em sua fase inicial, impôs aos técnicos de enfermagem e autoridades municipais outro problema, qual seja, a dificuldade anunciada pelos vizinhos das moradias, principalmente quando os usuários entravam em crise, como ilustra o depoimento a seguir:

[...] alguns vizinhos não entendem, acham que nós estamos maltratando [...] porque eles [vizinhos] não entendem quando o paciente está em crise, acham que é a enfermagem que está maltratando eles [...]. Então eu acho que é um preconceito porque se fosse uma casa normal, você pode gritar, pode brigar porque você está na casa, mas sendo paciente psiquiátrico em Residência Terapêutica tem esse preconceito (TENF).

[...] Fizeram [vizinhos] denúncias, várias denúncias que pacientes estavam gritando dentro da casa, que deviam estar sendo maltratados e foi muito difícil (ENF3).

Houve a necessidade de contornar os obstáculos surgidos na vizinhança com o funcionamento das Residências Terapêuticas. Então, além das reuniões e o trabalho desenvolvido na comunidade, a enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, traçou a seguinte estratégia:

Então, a gente fez um trabalho mais intenso [com a vizinhança], disponibilizei os meus celulares especificamente para os vizinhos (ENF1)

É possível considerar fundamentais os investimentos e estratégias da enfermeira no sentido de minimizar a estigmatização que fomentava o processo de exclusão, pois mobilizou recursos próprios e do serviço em prol da melhoria da qualidade da reinserção social daqueles entendidos como outsiders, bem como daqueles que se enunciavam como os estabelecidos, ao aumentar o grau de conhecimento e esclarecimento acerca do imaginário coletivo sobre a loucura. No sentido das lutas para enfrentamento do processo de exclusão, Saraceno (1999, p. 26) contribui da seguinte forma: “é evidente por outro lado que o aumento da tolerância (ou a diminuição do estigma) depende também das lutas que são

conduzidas para se aumentarem os direitos e dinamizar os fenômenos de inclusão/exclusão”.

Com nove meses de funcionamento das Residências Terapêuticas, a persistência na dificuldade de aceitação dos novos moradores foi proferida pela Secretária Municipal de Saúde, durante o I Fórum Intersetorial de Saúde Mental.

Logo, contrariava as propostas de reinserção social e dissipava as possibilidades de reabilitação psicossocial, uma vez que se destacava na maioria dos estabelecidos, apenas as contingências da doença dos outsiders, através das manifestações de alguns representantes do seu grupo.

Também foi a única, nas outras [vizinhanças] foi muito acolhido, no outro bairro, por exemplo, na casa de pedra que é bem próximo desse bairro que to falando que era o Jardim Tiradentes, os vizinhos fazem festa e convidam, a porta fica aberta, eles vão lá, quando tem festa eles participam, totalmente diferente. (TO)

[...] Mas enfim, a gente teve essa reunião, depois nos tivemos outra reunião, eu fiz um relatório, mandei para Secretaria de Saúde e foi convocado o responsável pelo distrito, onde está localizado a Residência; a equipe da Unidade Básica que cobre lá e nós fizemos uma reunião [...]. Mas assim, acabou que a gente conversou isso junto com os serviços no distrito. (TO)

No entanto, em apoio às mudanças no campo da saúde mental, houve manifestação positiva à Residência Terapêutica realizada por uma representante do grupo de estabelecidos, na mesma reunião do Conselho Municipal de Saúde, ocorrida em, 02 de setembro de 2009. Esse episódio constou da ata na qual tal representante “*fez relato de caso em sua família e colocou que os pacientes saíram para uma melhor*” (Ata Nº 267, Conselho Municipal de Saúde, set/ 2009).

Nesse caso, o fato de haver uma pessoa com transtorno mental – outsider, pelo desvio da condição de normalidade – em sua família, pode ter influenciado o entendimento da proposta de forma favorável. Pois, os familiares, quando se fazem presentes na vida destas pessoas tem maiores chances de afastar o olhar sobre a doença e perceber as diversas demandas da pessoa de forma integral (OLIVEIRA, 2004). O município de Volta Redonda passou, então, a proporcionar atividades de reabilitação psicossocial:

Estamos fazendo um trabalho com a secretaria de ação comunitária, secretaria de esporte e lazer, vamos iniciar um agora com a secretaria de

cultura, estamos fazendo um trabalho de educação. [...] porque essa questão de lidar com o louco não é muito simples para a população e, hoje, já vemos pessoas da própria comunidade defendendo a causa, pessoas da própria comunidade, temos uma associação de moradores que estamos envolvidas com ela. Então assim, comprou a causa no sentido de acreditar que é possível restabelecer um indivíduo que ficou anos isolado da sociedade (AS).

Em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em 2010, o município reproduziu cópias de um panfleto informativo para distribuição, intitulado: “Por uma sociedade sem Manicômios !!! Como, assim, o fim dos manicômios?” (Folder informativo da Prefeitura municipal de Volta Redonda, 2010).

O objetivo do panfleto pareceu ser estimular o sentimento de aceitação pela sociedade e dar visibilidade às transformações ocorridas no campo da saúde mental. Algumas frases expressas no panfleto reiteravam essa afirmativa:

“[...] não basta que o Governo Municipal faça sua parte. É necessário que a sociedade veja os usuários da saúde mental como pessoas com direitos e deveres. Junto a toda sociedade, buscamos a superação do estigma, do preconceito e da exclusão das pessoas com sofrimento psíquico [...]. Queremos garantir o amplo exercício de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental e a conquista do direito de uma vida digna através da sua integração social”.

5.1.3 A solicitação de credenciamento das três primeiras Residências Terapêuticas e a criação da quarta Residência: a consolidação de um processo

Para que as Residências Terapêuticas já em funcionamento desde 2009 pudessem ser financiadas pelo SUS era necessário o atendimento de diversos itens, conforme listagem dos documentos necessários para o credenciamento, cedida pela Secretaria Estadual de Saúde. Além da listagem, tal documento descreve o fluxo de tramitação do processo de credenciamento, que devia anexar a documentação solicitada e seguir conforme a ordem:

O município provido de um Ofício de seu respectivo secretário de Saúde para a Subsecretária de Desenvolvimento em Saúde, solicita o credenciamento da Unidade em questão (CAPS, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA) [...], anexando as documentações. (Listagem solicitada pela Secretaria Estadual de Saúde para o credenciamento, s/d)

Um dos documentos solicitados na listagem foi o Projeto Terapêutico do Serviço, que foi intitulado de "Projeto Residência Terapêutica em Volta Redonda". O documento foi elaborado, em 2010, pela Enfermeira, Anna Beatriz de Avelar Melo, Coordenadora do Programa de Saúde Mental e pela Terapeuta Ocupacional, Severina Maria Silva de Oliveira, Coordenadora das Residências Terapêuticas. Este projeto substituiu aquele desenvolvido em 2006, apesar de terem muitos pontos em comum, trouxe dados atualizados da saúde mental em Volta Redonda.

Este Projeto reforçava que o número de usuários nas casas era adequado, ou seja, possuíam oito usuários em cada Residência, totalizando vinte e quatro usuários em 2010. Vale destacar que o documento citava que a possibilidade de reconstrução e estreitamento dos laços sócio-familiares era um desafio que estava sendo trabalhado com todos os envolvidos naquele novo processo de desinstitucionalização.

Além disso, citava a importância da Residência Terapêutica como uma tentativa de efetivar a reinserção social e garantir a cidadania dos usuários, utilizando como uma das ações o acolhimento dessas pessoas e a inserção dos mesmos nos demais serviços da rede de apoio extra hospitalar e em algumas atividades na comunidade.

Em seu objetivo geral, o documento trazia a necessidade de reinserção social e familiar, já que 80% dos usuários das Residências Terapêuticas possuíam familiares identificados, e melhorar a qualidade de vida desses. Os objetivos específicos refletiam a preocupação em desenvolver a autonomia dos usuários; articular as Residências com outros serviços e dispositivos intersetoriais, estabelecer parcerias com a comunidade, dentre outros.

Estava registrado que o município até aquele momento possuía três Residências Terapêuticas e a quarta estava em fase de implantação, com prazo de quinze dias para inauguração. Considerando estas informações, é válido ressaltar que a enfermeira, coordenadora do Programa de Saúde Mental, também esteve à frente de todo processo para implantação da quarta casa. O depoimento a seguir reitera tais informações:

Então, a quarta Residência a gente conseguiu na verdade achar no finalzinho do meu mandato, eu tava saindo. Porque nesse processo a gente continuou procurando casa. [...] O próprio responsável da imobiliária já

sabia que a gente ainda precisava de mais uma casa, então tudo que ele achava ele: olha, tem uma casa, querem ir lá ver? (ENF1)

A Enfermeira, Coordenadora de Saúde Mental, foi responsável pela reunião dos documentos exigidos pela Secretaria Estadual de Saúde para efetivar o credenciamento de serviços de saúde. Nessa etapa, contou com o auxílio dos demais profissionais do município, envolvidos no processo de credenciamento das Residências Terapêuticas. Com todos os documentos necessários e os critérios da Portaria Nº 106/00 referentes ao quantitativo de usuários atendidos, foi enviado em 29 de novembro de 2010 o Ofício Nº 1139/2010 que solicitava o credenciamento dos três Serviços Residenciais Terapêuticos que estavam em funcionamento. O depoimento a seguir ratifica a condição do credenciamento das casas.

Em 2010 as três foram credenciadas, nós inauguramos [a quarta RT] em 1 de abril de 2011. (TO)

É importante destacar que o processo de credenciamento ao SUS exigia o cumprimento das normas estabelecidas pela Portaria Nº 106/00. O fato é que a equipe que estava responsável se dedicou para o cumprimento de tais exigências de modo a buscar a melhor assistência a ser prestada, ainda que houvessem algumas dificuldades.

Buscando dados comparativos, as três Residências Terapêuticas credenciadas em Volta Redonda, faziam parte estatisticamente do total de 106 Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento no estado do Rio de Janeiro e integravam o quantitativo de 625 em funcionamento no Brasil, no ano de 2011.

Portanto, quando houve a inauguração da quarta Residência Terapêutica, datando de primeiro de abril de 2011, já havia encerrado as atividades da Enfermeira no campo da Saúde Mental naquele município.

A Enfermeira Anna Beatriz Avellar Melo, que ocupou o cargo de Coordenação do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda, de agosto de 2008 à março de 2011, saiu do cargo por motivos não esclarecidos nos depoimentos. Então, houve a indicação da Secretária de Saúde do município de Volta Redonda, Suely das Graças Alves Pinto, para que o cargo de Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental fosse preenchido pela Psicóloga Lilian Carvalho Varela.

Foi no início da nova gestão da coordenação de saúde mental do município de Volta Redonda que houve a inauguração da quarta Residência Terapêutica.

A gente achou essa casa, que assim, era muito boa, a melhor casa entre todas as outras. E a gente começou a alugar, e nesse processo eu sai. [...] a casa já estava alugada, mas na transição eu já tinha saído. (ENF1)

Então, quando eu cheguei isso [implantação da quarta RT] já estava praticamente pronta, a divisão das casas [...] o imóvel alugado, os moradores já estavam mais ou menos divididos quanto quem iria para casa [...] O mobiliário já estava lá, quando eu cheguei isso já estava andado da gestão passada (PSI).

O legado deixado pelo processo de implantação das três primeiras Residências Terapêuticas para os profissionais envolvidos nesse processo serviu como aprendizado para efetivar a implantação da quarta casa. O conhecimento adquirido pelas vivências e experiências que permearam o processo de implantação preparou os profissionais no sentido de constituir competências para desenvolver a expansão do serviço e melhorar a qualidade de vida e de assistência aos usuários.

Os depoimentos a seguir demonstram que houve planejamento e um trabalho desenvolvido com a comunidade estabelecida para melhor aceitação dos outsiders no meio social.

[processo para implantação da quarta casa] Foi muito legal porque nós pudemos procurar o imóvel. Quando achamos o imóvel fomos ao bairro, fomos várias vezes na casa. Nós fomos com os futuros moradores já no PSF do bairro, fomos na associação de moradores. Depois, fizemos uma reunião no PSF onde estava a gerente da Unidade, a associação de moradores, membros da pastoral. Nessa casa a gente não teve nenhum problema, eles podiam andar no bairro, ou seja, antes de mudar nos pudemos explorar todo o território ali com eles, foi muito legal (TO)

As aproximações com a associação de moradores e com dispositivos do território denotaram um movimento de construção da rede, indispensável ao supor a consolidação de um processo em saúde mental no âmbito da saúde coletiva, contrapondo, assim, o modelo hospitalocêntrico.

Então, a implantação da quarta Residência Terapêutica deve ser compreendida como a replicação de um modelo assistencial, ainda que em necessidade de constantes ajustes, com sua base sedimentada em um grupo de

profissionais atuantes e, em sua maioria, imbuídos dos conceitos de reabilitação psicossocial, cuja finalidade era ultrapassar a classificação do usuário de outsider para cidadão.

Essa condição é explicitada em um trecho extraído do Projeto Residência Terapêutica em Volta Redonda (2010, p.7), que ao se remeter à existência da Residência Terapêutica afirmava: “agora estamos diante de uma transformação sem volta, uma transformação de vidas, de possibilidades para todos, agora não só para os usuários e sim para a sociedade.”

Com isso, é possível afirmar pelas considerações feitas neste capítulo que os técnicos de enfermagem tiveram grande importância no cotidiano das Residências Terapêuticas, porém a dificuldade de compreensão do seu papel em saúde mental e o conflito de identidade profissional pode ter influenciado na assistência prestada no funcionamento das casas. A participação da enfermagem no enfrentamento à reação social de alguns membros do grupo estabelecido representou a necessidade de um planejamento de cuidado de acordo com a demanda e que o mesmo fosse criativo, exigindo dos profissionais competências pessoais para mediar tais conflitos. No que tange a consolidação do modelo de SRT em Volta Redonda, o aprendizado com as três primeiras casas foi de suma importância para facilitar os caminhos de expansão do serviço, que culminou na quarta Residência implantada.

Considerações Finais

A assistência de enfermagem às pessoas em sofrimento psíquico sofreu alterações ao longo de sua existência, iniciada em âmbito asilar no século XIX. Até o surgimento dos ideais da Reforma Psiquiátrica, tais transformações acompanhavam o modelo biomédico de assistência.

Com o advento das propostas de reformulação da assistência através da Reforma Psiquiátrica, vislumbrou-se a possibilidade de substituir o manicômio, enquanto única forma de tratamento, para o atendimento em rede de base territorial, que prezava por focar as multidimensões de cada cidadão, muito além do que se prestava a psiquiatria tradicional, voltada apenas a patologia.

Afirmo cidadão, pois na perspectiva da emergência de um novo paradigma, alterando práticas, saberes e conceitos, os outsiders passaram a ter seus direitos, ainda que os mais básicos, legitimados por instrumentos oficiais como as portarias do Ministério da Saúde e a Lei 10.216/01.

No que se propunha a mudança no modelo assistencial discutida neste estudo, a atenção psicossocial é paradigma atual da saúde mental, baseado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Considera o aspecto biológico, mas possui enfoque para o campo psicológico, social, cultural, econômico e espiritual. Constituiu-se a partir de experiências surgidas no processo de negação do paradigma biomédico, que respaldava a psiquiatria tradicional. Tem como exigência a interdisciplinaridade, logo, critica o fechamento das especialidades profissionais em funções engessadas.

Portanto, com todo o aporte legislativo que criava e regulamentava os serviços – CAPS, Residência Terapêutica, ESF, Leitos em Hospitais Gerais - era possível, desde que com interesse dos gestores, implantar um modelo assistencial que prezaria pela promoção da assistência, reinserção social, resolutividade, intersetorialidade e integralidade das ações.

Mudar a lógica assistencial do município de Volta Redonda não foi importante apenas para os usuários, que ganharam mais dignidade, que passaram a ser vistos por suas individualidades, mas para toda a comunidade, uma vez que alterou o equilíbrio social de uma sociedade estabelecida.

As Residências Terapêuticas foram os dispositivos que abriu o precedente da moradia sem conotação hospitalar, para finalmente, extinguir o hospital psiquiátrico. Não poderia afirmar que o fim do hospital psiquiátrico, enquanto instituição especializada em um ramo da saúde seria a solução para uma assistência humanizada, mas, certamente, o fim do manicômio tal qual o conhecemos, estruturado na psiquiátrica tradicional, cujo foco era o isolamento deveria ser extinto.

Em Volta Redonda, apesar das Residências Terapêuticas não terem sido implantadas inicialmente como transformação da proposta político-assistencial do município, a obrigatoriedade da sentença judicial em fechar a Casa de Saúde Volta Redonda marcou uma nova fase de enfrentamentos para o município e de transformações importantes.

A partir deste momento, a enfermagem esteve presente percorrendo os caminhos para se chegar à viabilização de funcionamento das casas, mas para isso foi necessário, primeiramente, conseguir as casas, assim, estava posta a dificuldade inicial. Essa situação foi explicitada na busca por casas para locação e no contato com os proprietários, cuja estratégia de cuidado utilizada com êxito para driblar tais obstáculos foi a educação em saúde, reinventada para a demanda em saúde mental, com a finalidade de reduzir o estigma a partir de medidas de sensibilização dos estabelecidos, com vistas a perceberem a importância da implantação de um novo modelo assistencial.

O processo de exclusão dos outsiders exigiu dos profissionais de saúde, envolvidos no processo de reinserção social, muita cautela para que a lógica manicomial não perpetuasse no interior das Residências. Para tanto, a desinstitucionalização era o instrumento real para enfrentar a ideologia psiquiátrica que contaminou a todos os atores sociais com sua cultura e seus valores.

No que tange ao viés reabilitador da assistência em saúde mental, há a necessidade de lançar mão da criatividade, da inovação, da sensibilidade e da compreensão de que a pessoa em sofrimento psíquico é muito mais do que a continência da doença. Eram pessoas que precisavam se redescobrir e, embora com as limitações da doença, eram cidadãos que deveriam viver em sociedade, buscando constantes avanços no processo de contratualidade social.

Incapazes? Todos somos incapazes de realizar diversas coisas, mas a Residência Terapêutica gerou possibilidades antes não previstas para essas pessoas. Cada um com a roupa que escolheu, colocando sua própria comida, aprendendo a lavar um banheiro, assistindo televisão, fazendo churrasco em casa, comprando pão. Tarefas simples? Não para aqueles que precisavam reaprender a viver, a buscar sua identidade enquanto ator social. E a reabilitação se ocupou disso, de dar vida a essas pessoas.

Para tanto, foi necessário a busca por metas viáveis em que a Residência Terapêutica estivesse como parte do Projeto Terapêutico Individual dos usuários, considerando as propostas da Clínica Ampliada. Pois, a partir da articulação dos serviços, através de reuniões, poder-se-ia chegar a consensos no que seria a reabilitação possível para cada usuário, considerando limitações e potencialidades e desconsiderar a utopia da reabilitação psicossocial plena para todos os usuários.

Contudo, dever-se-ia atentar para o entendimento de que, não atingir a reabilitação psicossocial plena, não o desprivilegia da condição de cidadão, e não deve ser interpretada apenas como forma de amenizar o sofrimento do profissional devido à expectativa intangível, característica que indica resquício da necessidade de cura imputada pela psiquiatria tradicional, pela qual todos foram um dia contaminados.

Nesse contexto, para percorrer os caminhos iniciais para o funcionamento das Residências Terapêuticas, a enfermeira teve grande influência nesse processo. Esta profissional estava instrumentalizada com recursos reabilitadores, tanto no seu discurso quanto nas suas ações, quando se foi possível perceber o sentimento de desinstitucionalizar os estabelecidos e reinserir os outsiders no meio social.

Os recursos para nortear cada ação no que se refere ao cotidiano das Residências Terapêuticas, existiam em livros? Não. Logo, houve a necessidade de reforçar que a prática em saúde mental requer o conhecimento dos conceitos e diretrizes do atual paradigma, mas precisou que os profissionais estivessem imbuídos do sentimento de transformar os usuários em seres humanos com mais dignidade e respeito.

Para tanto, a prática do acolhimento, da educação em saúde, do vínculo, da corresponsabilização foram ferramentas importantes para profissionais que estavam dispostos a reinventar suas práticas, sobretudo os da enfermagem.

A ausência de protocolos de atuação, do passo- a- passo das atribuições de cada profissional, gerou insegurança aos profissionais na dinâmica inicial das Residências Terapêuticas. E, a meu ver isso é o certo, pois, se a RT é o lugar de construção de vida, de experimentar um lar, não há como buscar uma programação de funcionamento. Havia mesmo que deixar as descobertas acontecerem, com supervisão e acompanhamento, e a partir delas refletirmos sobre nosso modo de ver essas pessoas.

Vale ressaltar que o recrutamento de pessoal para atuar nas Residências Terapêuticas foi complexo e conflituoso, tendo em vista o reaproveitamento de profissionais egressos da CSVR, a alteração da designação funcional de técnico de enfermagem para cuidador e a contratação de uma enfermeira, para o cargo de supervisão, por motivos políticos. Desta última notou-se que o domínio do papel da enfermagem em saúde mental era precário. Assim, os processos de reabilitação e

reinserção social podem ter sido prejudicados, na medida em que alguns destes profissionais ainda não tinham sido desinstitucionalizados.

O profissional técnico de enfermagem de Volta Redonda que compreendeu o real sentido da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial tornou-se um instrumento potente na construção de cidadãos, cujas trajetórias apontam para o desenvolvimento de projetos de vida. E isso se deu através das atividades de vida diária que eram estimuladas para que a autonomia possível fosse alcançada.

Contudo, para aqueles que não compreenderam o fim subjetivo do manicômio e, por vezes, remontaram tal lógica dentro das Residências, exigiu-se medidas para transpor os muros dos seus saberes e práticas, pois o encerramento das atividades da instituição manicomial, não implica necessariamente em mudança de paradigma assistencial. Este apenas se concretiza mediante a prática cotidiana dos profissionais. Em Volta Redonda, apesar de algumas ações terem refletido a institucionalização em profissionais e usuários, havia profissionais capacitados, na condição de líderes do processo de implantação das casas, com conhecimento para enfrentar os obstáculos impostos pela cultura manicomial.

No que tange a reação da sociedade estabelecida acerca da implantação das Residências Terapêuticas, a enfermagem contribuiu na busca pela estabilização da relação de poder entre os grupos, minimizando os impactos do grupo opressor e dando voz aos direitos dos oprimidos. Isso aconteceu em Volta Redonda de diversas maneiras, através das reuniões com Conselho Municipal de Saúde, debates interinstitucionais, reuniões com o Ministério Público, com a Associação de moradores, com passeios pela cidade.

Todavia, pode-se perceber que o trabalho de território desenvolvido com a população estabelecida para inauguração das três primeiras Residências Terapêuticas em Volta Redonda, pode ter sido insuficiente, na medida em que houve resistência concreta e organizada solicitando o fim de tal serviço em um dos bairros.

Para a implantação de um novo serviço, principalmente de saúde mental, é imprescindível que haja um trabalho denso com a população estabelecida, uma vez que podem ser grandes parceiros no processo de reinserção social. Deve-se evidenciar que a proposta não é aproximar os outsiders da “normalidade” dos

estabelecidos, e sim, fazer com que aprendam a viver em sociedade, considerando suas limitações.

Em Volta Redonda a eficiência deste trabalho de território foi demonstrada no processo de implantação da quarta Residência Terapêutica, pois os esclarecimentos a população estabelecida, as parcerias com demais serviços territoriais – favorecendo a articulação da rede - minimizaram os embates e beneficiaram os usuários pela recepção na nova casa.

A mudança na forma de conduzir o trabalho territorial para inauguração das três primeiras casas para a quarta casa foi notável e desenvolvido pela mesma equipe. Para as três primeiras Residências Terapêuticas de Volta Redonda a escassez do trabalho em território foi justificado pelas profissionais devido ao pouco tempo – seis meses - para que o novo serviço entrasse em funcionamento. Mas, o fato é que o aprendizado acumulado nas experiências anteriores fez com que o foco fosse redirecionado para o estabelecimento de parcerias com vistas à desinstitucionalização dos estabelecidos, antecedendo o funcionamento da quarta Residência.

Todas as situações elencadas apontam que a enfermagem contribuiu consideravelmente para o êxito das Residências Terapêuticas. Digo êxito, não no sentido de perfeição, pois foi claramente indicada a necessidade de ajustes no funcionamento, desde as atividades cotidianas até a articulação da rede de atenção psicossocial, mas no que concerne ao atendimento das condições mínimas para credenciamento das Residências Terapêuticas ao SUS, passo fundamental para a consolidação deste processo.

Diante do exposto, recorro ao título deste trabalho “Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental: contribuições no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011)” e reitero que houve no espaço de cinco anos contribuições significativas realizadas pela enfermagem e outros profissionais, uma vez que um dos requisitos para atuar em saúde mental é o senso de equipe. Assim, o conhecimento que outros profissionais possuem e compartilham, através da conformação interdisciplinar da equipe, agrega valor às competências da enfermagem, adquiridas pela formação profissional e pelas experiências individuais vividas.

Portanto, essa rede de conhecimento compartilhado e os olhares por diversos ângulos sobre o processo de implantação das Residências Terapêuticas de Volta Redonda, puderam ir muito além do redirecionamento da política assistencial do município. Houve fortalecimento do conhecimento e das práticas da enfermagem, através da visão holística e das estratégias criativas de cuidado, inerentes da profissão, aplicados na perspectiva da reabilitação psicossocial e da reinserção social que buscou com o cuidado integral, a possibilidade dos outsiders (re) descobrirem –se como cidadãos.

Referências

ALMEIDA FILHO, A.J.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun.2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_17.html. Acesso em: 24 jun. 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AMARANTE, P. **Saúde mental e a atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultura do Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica**. Brasil, s/d. Disponível em:<<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/reforma.html>>. Acesso em 11 Jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Circular Conjunta n.º 01/03, de 13 de novembro de 2003. Brasília. 2003. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=100995>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca Virtual. **Sergio Arouca**. Reforma Sanitária. Brasil, s/d. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 27 Out. 2011.

Casa de Saúde Volta Redonda é fechada. **Diário do Vale**, Volta Redonda, 04 jul. 2009. Disponível em: <http://diariodovale.uol.com.br/noticias/4,6480.html#axzz2eOnrgOMb>>. Acesso em: 28 mar. 2013.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

CASTRO, H. **História Social**. In CARDOSO, Ciro Flamarione e VAINFAS, Ronaldo. (org.). Domínios da História Ensaios de Teoria e Metodologia. Rio de Janeiro. Ed. Campos, 1997.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000

CHAUVEAU, A.; TÉTART, P. (Org.). **Questões para a história do presente**. São Paulo: EDUSC, 1999.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, July 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>.

LUCHESE, R.; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100020&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100020>.

MACIEL, M.E.D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.**; v. 14, n.4, p.773-776. 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/16399>

MÂNGIA, E.F.; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 13, n. 2, p. 71-77, ago. 2002. ISSN 2238-6149. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13899>>. Acesso em: 06 Set. 2013. doi:10.11606/issn.2238-6149.v13i2p71-77.

MARTINS, G. C.S. M. et al. O processo de implantação de Residências Terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**. Vol. 21, nº 1. 2012 [Consult. 2 Abr. 2012]. Disponível em :<URL:[http:// dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100010](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100010)>

MARTINS, G. C.S.M et al . O estigma da doença mental e as Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008>.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, Fabiana. **História oral: como fazer e como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, A. E. C. **Casa de Saúde Volta Redonda como lócus de implantação da reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda: a participação da enfermagem (1993 – 1995)**. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2008.

MORAES, A. E. C. et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda: implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n. 3, p. 526-35. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a15v19n3.pdf>. Acesso em 11 jun. 2011.

MOREIRA, M.I.B.; ANDRADE, Â.N. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 19, n. 3, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000300008>

NEVES, H.G.; LUCHESE, R.; MUNARI, D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 63, nº 4, p. 666-670. 2010. [Consult. 28 Abr. 2012]. Disponível em : <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/25.pdf>>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas**. Caracas. 1990. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas. Acesso em: 15 jul. 2011.

OLIVEIRA RMP, Loyola CMD. **Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem**. Esc Anna Nery [online]. 2006 [acesso 2011 Jan 17]; 10(4). Disponível em: <http://www.scielo>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145200000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

OLIVEIRA, A.G.B; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.11, n.3, p. 50-65, 2003

OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, vol. 26, n.1, p. 213-222. 2004.

PERES, M.A.A et al. O ensino da psiquiatria e o poder disciplinar da enfermagem religiosa: o hospício de Pedro II no segundo reinado. **Texto contexto – enferm.**, v.20, n.4, p.700-708. 2011 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400008>

REVEL, J. **Jogos de escalas: a experiência da microanálise**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-357. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300005>. Acesso em: 22 Jun 2013.

SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600008&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600008>.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200012>.

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM, A. M.; COLVERO, L. A. Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.3, p.102-110, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 jul. 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n1, p.25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em; <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: agosto, 2012.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSEN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300004>.

Cronograma

<u>Data/Período</u>	<u>Atividades</u>
Março - Junho (2012)	Revisão de literatura; elaboração de instrumento de coleta de dados; captação de fontes primárias
Julho- Setembro (2012)	Seleção e coleta de outros documentos históricos (escritos, orais e iconográficos); revisão de literatura (continuação); análise preliminar das fontes primárias. Defesa do Projeto de Dissertação
Outubro – Dezembro (2012)	Organização, classificação e análise de documentos escritos, orais e iconográficos; elaboração de artigo científico
Janeiro - Março (2013)	Aprofundar análise dos capítulos referentes aos resultados; Qualificação da Dissertação de Mestrado; Elaboração do 2º artigo
Abril – Novembro (2013)	Refinamento das discussões e elaboração do relatório Final da dissertação de Mestrado. Elaboração do 3º artigo. Defesa da Dissertação.

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde**

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada** circunstâncias de criação e implantação das “Residências Terapêuticas” no município de Volta Redonda – RJ, para os portadores de transtorno mental, que tem como **objetivos**: Descrever as circunstâncias de criação das Residências Terapêuticas, no município de Volta Redonda - RJ; Analisar a estrutura e o funcionamento das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ; Discutir a atuação do enfermeiro no processo de implantação das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, histórico-social, que também utilizará entrevista como técnica para coleta de dados.

A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para setembro de 2013. Cabe destacar que, em função dos aspectos históricos próprios a esta pesquisa, não é possível assegurar o anonimato em função dos cargos públicos que ocupam. Os **dados coletados** serão utilizados nesta e em outras pesquisas e os resultados divulgados em eventos e/ou através de artigos publicados em revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, que será gravada em MP3 para posterior transcrição.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de História da Enfermagem.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho. e-mail: ajafilhos@gmail.com Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, nº 275 – Cidade Nova – RJ. Tel: (21) 22938048 Ramal 209.

Prof Dr Antonio José de Almeida Filho

Enfermeira, Mestranda EEAN/UFRJ. Gizele da Conceição Soares Martins. E-mail: gizelemartins16@hotmail.com. Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, nº 275 – Cidade Nova – RJ. Tel: (21) 22938048 Ramal 209.

Enf. Gizele da Conceição Soares Martins

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2012.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____
(assinatura)

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde**

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada** circunstâncias de criação e implantação das “Residências Terapêuticas” no município de Volta Redonda –RJ para os doentes com transtorno mental, que tem como **objetivos**: Descrever as circunstâncias de criação das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ; Caracterizar o funcionamento das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ; Discutir as implicações para enfermagem de Volta Redonda, a partir da implantação das Residências Terapêuticas. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, histórico-social, que também utilizará entrevista como técnica para coleta de dados.

A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para setembro de 2011. Cabe destacar que, em função dos aspectos históricos próprios a esta pesquisa, não é possível assegurar o anonimato em função do cargo público que ocupa. Os **dados coletados** serão utilizados nesta e em outras pesquisas e os resultados divulgados em eventos e/ou através de artigos publicados em revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, que será gravada em MP3 para posterior transcrição.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de História da Enfermagem.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho. e-mail: ajafilho@terra.com.br Endereço:
Rua Afonso Cavalcanti, nº 275 – Cidade Nova – RJ. Tel: (21) 22938048 Ramal 209.

Prof Dr Antonio José de Almeida Filho

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2009.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____
(assinatura)

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**



Rio de Janeiro _____, _____ de 2012.

De: Prof Dr Antonio José de Almeida Filho

Para: Ilm. Senhor

Assunto: Autorização para acesso e uso de documentos sob a responsabilidade de V. Sa.

TEXTO

Considerando a importância de ampliar as pesquisas sobre História da enfermagem, em especial no campo da saúde mental no município de Volta Redonda - RJ, solicito a vossa senhoria autorização para consultar os documentos referentes a criação e implantação dessas Residências Terapêuticas, sendo estes: documentos escritos, fotográficos e outros referentes ao período de 2005 até o presente momento. Estes documentos servirão como fontes primárias na construção de uma pesquisa, com o título provisório: Circunstâncias de criação e implantação das "Residências Terapêuticas" no município de Volta Redonda – RJ, para usuários com transtorno mental: (2005-2011), cadastrada no CNPq e vinculada ao grupo de pesquisa "Trajetória do cuidado de enfermagem em espaços especializados.

Esta pesquisa é coordenada pelo Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho, da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ.

Esta proposta pretende Descrever as circunstâncias de criação das Residências Terapêuticas, no município de Volta Redonda, RJ; Analisar a estrutura e o funcionamento das Residências Terapêuticas, em Volta Redonda – RJ; Discutir a atuação do enfermeiro no processo de implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda - RJ.

Coloco-me à disposição de V. Sa para quaisquer esclarecimentos e disponibilizo o projeto em andamento para a ciência.

Na certeza de contar com aquiescência de V. Sa, aguardo um pronunciamento.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Contato: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho. e-mail: ajafilho@terra.com.br
Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, nº 275 – Cidade Nova – RJ. Tel: (21) 22938048
Ramal 209.

APÊNDICE D

Roteiro de entrevista

Sujeitos: Autoridades Municipais

- 1- Como está estruturada a rede de assistência ao usuário com transtorno mental no município de Volta Redonda?
- 2- Como surgiu a idéia de se criar as Residências Terapêuticas em Volta Redonda?
- 3- Comente acerca da criação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda
- 4- Comente o funcionamento das Residências Terapêuticas?
- 5- Como está configurado o quadro de profissionais das Residências Terapêuticas?
- 6- Quantos usuários são atendidos nas Residências Terapêuticas? Como está configurado o quadro de profissionais das Residências Terapêuticas?
- 7- Existe proposta para ampliar a quantidade de Residências Terapêuticas?
- 8- Qual o impacto financeiro das Residências Terapêuticas para a prefeitura de Volta Redonda?

Roteiro de entrevista

Sujeitos: Profissionais Assistenciais

- 1- O que representa as Residências Terapêuticas para o usuário com transtornos mentais em Volta Redonda?
- 2- Como foram selecionados os profissionais que atuam nas Residências Terapêuticas?
- 3- Como se dá o gerenciamento das Residências Terapêuticas como um dispositivo da rede de apoio ?
- 4- Qual o critério para inclusão daqueles que devem freqüentar as Residências Terapêuticas?
- 5- Qual o encaminhamento para aqueles que não conseguem ser selecionados para freqüentar as Residências Terapêuticas?

- 6- Comente acerca do processo de implantação inicial das RT?
- 7- Houve mudanças no desenvolvimento da proposta inicial para implantação das RT? Em caso afirmativo, comente a respeito.
- 8- Comente acerca da abertura da RT mais recente?
- 9- Como foi o processo de credenciamento das Residências?
- 10-Como é o convívio profissional entre a equipe multidisciplinar?

ANEXO A

 EEAN	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Escola de Enfermagem Anna Nery Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA</p>	
--	---	---

Protocolo nº 015/2011

Título do Projeto: CIRCUNSTÂNCIAS DE CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA-RJ PARA TRATAMENTO DE DOENTES COM SOFRIMENTO MENTAL

Responsável: ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA FILHO

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 18/0/3/2011

SITUAÇÃO: APROVADO

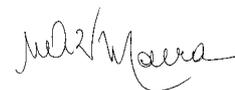
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 29 de março de 2011.

Caso o pesquisador altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que o pesquisador deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 30 de março de 2011.



Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova - Rio de Janeiro - RJ - 20211-110
 Telefax: (021) 293-8148 - ramal 228
 Email: cepeeahesfa@gmail.com