

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz
de Fora – MG: contribuições da enfermagem**

Rio de Janeiro
Janeiro/2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz
de Fora – MG: contribuições da enfermagem**

Maria Luiza Stehling dos Santos

Orientador: Professor Doutor Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro
Janeiro/2013



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL**

Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG: contribuições da enfermagem

MARIA LUIZA STEHLING DOS SANTOS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho (EEAN/UFRJ)
Presidente

Prof. Dra. Lelita Maria Xavier (FENF/UERJ)
1º avaliadora

Prof. Dra. Maria Angélica de Almeida Peres (EEAN/UFRJ)
2ª avaliadora

Prof. Dra. Mariângela Aparecida Gonçalves de Figueiredo (UFJF)
1ª suplente

Prof. Dra. Tânia Cristina Franco Santos (EEAN/UFRJ)
2ª suplente

Dedico este trabalho aos sobreviventes de manicômios, que trazem uma arquetípica experiência de dor, invisibilidade e exclusão. Aos olhos de uma sociedade higienista, mercantilista e preconceituosa, foram destituídos de seus direitos. Que esta sociedade possa resgatar a enorme dívida para com estas pessoas, tornando-se mais inclusiva, amorosa; acolhedora e solidária.

AGRADECIMENTOS

A **Divina Mãe**, por estar sempre em meu coração.

Aos meus pais, **Antonio** (*in memoriam*) e **Denise** que me incentivaram o amor aos livros, como companheiros de lazer e fonte de compreensão do mundo.

Ao **Daniel**, meu filho, que me disse: - mãe: vem para o Rio, faz seu mestrado!

A **Joana**, doce filha, que me carregou no colo, fazendo tudo para que eu me tornasse estudante novamente, aos 53 anos!

Ao **Eliziário** um dínamo em minha vida, que me ofereceu, carinhosamente, um *plus* de energia e confiança, sempre que eu titubeava e me sentia uma '*outsider*'.

Ao **Paulo Ronzani**, psicólogo, que toda semana me ensinava a fluir no 'discurso do eu' e me mostrava, o valor do tempo e a necessidade de me adequar a ele.

Ao Professor **Dr Antonio José de Almeida Filho**, pelo crescimento que me proporcionou ao me orientar e me ajustar na evolução acadêmica.

As Dras **Maria Lelita Xavier; Maria Angélica de Almeida Peres; Mariangela Aparecida Gonçalves de Figueiredo**, pela leitura atenta; pelas valorosas sugestões para esta dissertação, enquanto membros das bancas, e por me qualificarem com tanta inteligência e sabedoria, até que eu pudesse defender minha elaboração.

A Professora **Dra Tania Cristina Franco dos Santos** e ao Professor **Dr Alexandre Barbosa**, ambos do Nuphebras pelos ensinamentos e exemplos.

A todos os professores do *strictu sensu*, da Escola de Enfermagem Anna Nery, que nos tocaram com suas varinhas de condão, levando-nos à investigação e à busca, ao ilimitado voo, ao espiral, ao infinito.

Aos colegas de mestrado, pelas trocas tão ricas e inesquecíveis.

A todos vocês, minha gratidão e respeito!

A singularidade nos faz cada um de um jeito. Nossa consciência se expande quando ultrapassamos nossa própria dimensão, para alcançarmos a humanidade como um todo, onde não há normal, igual, melhor. Onde o ser se manifesta em sua simplicidade e a vida é uma festa, repleta de colorido e de variedades. E a gente vibra, a cada ensejo de felicidade, a cada olhar que brilha, a cada conquista. As diferenças nos colocam cara a cara, nos aproximam e nos fazem valer uns aos outros.

Luíza Stehling, (2013)

RESUMO

Esta dissertação é de natureza qualitativa com perspectiva histórico-social. O estudo tem como objeto a contribuição da enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas (RT) no município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais e a reabilitação psicossocial de seus moradores, entre os anos de 2002 a 2004. Através da Portaria GM 106/00 o Ministério da Saúde criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), considerados como locais de moradia para os egressos de internação hospitalar que tinham como objetivo favorecer a transição dos que passariam do anonimato e da exclusão ao espaço compartilhado da cidadania. Em Juiz de Fora, as circunstâncias de implantação RT tiveram sincrônica relação com a Reforma Psiquiátrica, processo que vinha ocorrendo e se intensificou nos anos 1990, tendo como um dos marcos a Lei 10.216/01 que determinava a forma como deveria ocorrer a desinstitucionalização e reiterava os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e, ainda determinava que a assistência devesse ocorrer, sobretudo, em uma rede de dispositivos extrahospitalares. As RT, em Juiz de Fora, foram implantadas em dois momentos distintos: a RT masculina, em 2002 e a RT feminina, em 2004 e se estabeleceram em bairros onde tinha uma Unidade de Saúde da Família, como referência. O estudo tem como objetivos descrever as circunstâncias de implantação das RT; analisar a participação da enfermagem na estruturação e funcionamento das mesmas e; discutir como estes dispositivos contribuíram para o resgate da cidadania e o processo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental no município de Juiz de Fora. Na operacionalização da pesquisa foram utilizadas fontes primárias: documentos escritos e depoimentos orais, e, também fontes secundárias. Os depoimentos orais foram obtidos através de entrevistas em base em roteiro semiestruturado realizadas com enfermeiros, médicos, assistentes sociais e agentes comunitárias de saúde. Os profissionais enfermeiros acompanharam desde o planejamento até a implementação das RT, sendo facilitadores de todo o processo, inclusive nas Unidades de Atenção Primária dos bairros e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O processo de criação e implantação das RT também foi complexo, evidenciando-se resquícios que apontaram para a trajetória histórica de uma psiquiatria tradicional. Assim as RT do município atenderam, em parte, a designação de contribuir para a reconstrução de vidas de seus moradores. Tinha como premissa facilitar a reabilitação psicossocial, entretanto, fatores relacionados às injunções políticas específicas do município, às concepções dos profissionais sobre transtornos mentais e aos desafios propostos pela mudança de paradigma interferiram significativamente na forma de conceber a loucura no território. Estas interferências apontaram para dificuldades que necessitavam um novo olhar, para que se estabelecesse nos profissionais enfermeiros, através de sua prática com base na reabilitação psicossocial o compromisso com a reconstrução do novo modelo de assistência, que realmente estivesse articulado em rede e priorizasse a autonomia e a emancipação dos sujeitos moradores nas residências terapêuticas do município.

Descritores: História da Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Serviços Residenciais Terapêuticos; Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

This dissertation is of qualitative nature of historical and social perspective. The study has as object the nursing contribution in the process of implantation of Therapeutic Homes (THs) in the city of Juiz de Fora, State of Minas Gerais, Brazil, and the psychosocial rehabilitation of its residents, between the years of 2002 to 2004. The Ministry of Health created the Therapeutic Residential Services by Ordinance GM 106/00, considered as shelter places for egress of hospitalization they had intended to encourage the transition of that would of anonymity and exclusion to shared space of citizenship. In Juiz de Fora, the circumstances of implantation of Therapeutic Homes (THs) had synchronic relationship with the Psychiatric Reform, a process that had been occurring and intensified in the 1990's, having as one of the marks the Law n. 10.216/01 that stipulated how should occur the de-institutionalization and reiterated the rights of users of mental health services. In Juiz de Fora, the THs were deployed at two different times: the male TH in 2002 and the female TH in 2004 and settled in neighborhoods where they had a family health unit as a reference. The study aims to describe the circumstances of implementation of THs; to analyze the participation of nursing in its structuring and functioning; and to discuss how these devices contributed to the rescue of citizenship and the psychosocial rehabilitation process of the person with mental disorder in the city of Juiz de Fora. Primary sources were used in the operationalization of the research: written documents and oral statements, and well as secondary sources. The oral testimonies were obtained through interviews based on semi-structured planning with nurses, doctors, social workers and community health agents. Professional nurses accompanied from the planning to the implementation of the THs, being facilitators of the process, including Primary Care Units of the neighborhood and Psychosocial Attention Center (PSAC). The process of creation and implementation of the THs was also complex, showing remnants of a historical trajectory of a traditional psychiatry. Thus, the THs of the city attended in part the designation to contribute to the reconstruction of the lives of its residents. They had the premise to make the psychosocial rehabilitation easier, however, factors related to specific policy injunctions of the city, to conceptions of the professionals on the health-disease process and the challenges proposed by the paradigm shift interfered in the process. Such interferences pointed to difficulties that needed a new look, to establish in the nurse professionals, through their practice based on psychosocial rehabilitation, the commitment with the reconstruction of the new assistance model, which actually were articulated in network and prioritize the autonomy and emancipation of the individuals.

Keywords: Nursing History; Psychiatric Nursing; Therapeutic Residential Services Psychosocial Rehabilitation.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
Relevância.....	20
Contribuições.....	22
REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	23
Conceitos Teóricos.....	23
Operacionalização da Pesquisa.....	28
I. TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA.....	33
1.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica.....	33
1.2 O contexto da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora (2002-2004).....	54
II. RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM JUIZ DE FORA - MG: ESTRATÉGIAS PARA SUA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO	67
2.1 Políticas Públicas Nacionais e Iniciativas Municipais para a criação das Residências Terapêuticas.....	67
2.2 Estratégias dos profissionais durante a idealização e concretização das Residências Terapêuticas em Juiz de Fora.....	81
2.2.1 A 1ª Residência Terapêutica implantada em Juiz de Fora.....	81
2.2.2 A 2ª Residência Terapêutica implantada em Juiz de Fora.....	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICE 1 Roteiro para entrevista.....	131
APÊNDICE 2 Quadro entrevistados.....	132
APÊNDICE 3 Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	134
APÊNDICE 4 Avaliação de Depoimento Oral.....	136
APÊNDICE 5 Termo de Cessão de Direitos oral.....	137
APÊNDICE 6 Solicitação de autorização para coleta de dados.....	138

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
AIH - Autorizações para Internações Hospitalares
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CF - Constituição Federal
CMSM - Comissão Municipal de Saúde Mental
CRRESAM - Centros Regional de Referência em Saúde Mental
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CLIS - Comissão Local Interinstitucional
CESM - Comissão Executiva de Saúde Mental.
CID - Código Internacional de Doenças CID
DRS/JF - Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora
DSME - Departamento de Saúde Mental
GRS/JF - Gerência Regional de Saúde
GT - Grupo de Trabalho
HRJP - Hospital Regional João Penido
IFB - Instituto Franco Basaglia
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
ISM - Instituto de Saúde Mental
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MTSM - Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
NUPHEBRAS - Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
PADQ - Programa de Atenção a Dependência Química
PAP - Programa de Atenção ao Psicótico
PMSM - Plano Municipal de Saúde Mental
PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PVC - Programa De Volta Para Casa
RAESM - Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIH - Sistema de Internação Hospitalar
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SSSDA - Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem como objeto a atuação da enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG.

O recorte temporal compreende os anos de 2002 a 2004, sendo o marco inicial a implantação da primeira Residência Terapêutica masculina e o marco final a inauguração da Residência Terapêutica feminina, a segunda implantada em Juiz de Fora.

A experiência das Residências Terapêuticas (RT) tem um significado especial, uma vez que traz ao portador de transtorno mental a possibilidade de se inserir na sociedade.

Esta inserção passa por uma longa trajetória, que acompanha a evolução e a legalização das propostas de assistência mental aos indivíduos que dela necessitam, inclusive estando relacionada aos direitos humanos, uma vez que após a Segunda Guerra Mundial, muitos olhares se voltaram para aqueles destituídos dos direitos civis, políticos e sociais (AMARANTE, 2007).

Assim, ao longo do tempo, o tratamento oferecido aos portadores de sofrimento psíquico desrespeitou o ser humano em sua dignidade e direitos e, uma vez constatado tal fato, tornou-se essencial que mudanças fossem realizadas no paradigma que se referia à ao tratamento dos loucos, proposto enquanto confinamento.

Estas mudanças vêm sendo efetivadas, e como se trata de uma experiência relativamente recente, que de forma prática e aplicada, tem sido considerada a partir da década de 1970, foi ao longo dos anos expandindo-se e construindo, paulatinamente, mudanças no paradigma do cuidar em saúde mental.

Marques (1996) afirma que é necessário substituir a continência das práticas asilares por atitudes de respeito às diferenças e atenção ao subjetivo, e que tal premissa tem possibilitado um constante recriar e aprender.

Esta reconstrução de um novo modo de cuidar e conviver com os transtornos psíquicos conclamou a sociedade em geral abarcando, de forma expansiva, usuários e familiares – além dos profissionais, para que pudessem atuar nesse âmbito, que requer pessoas comprometidas com os princípios do cuidado em saúde mental, sensibilizadas e capacitadas.

Em Juiz de Fora, a assistência, durante um longo tempo, estava pautada exclusivamente nos hospitais para tratamentos dos portadores de transtornos mentais. Dessa forma, contava o município, em 1986, com 7 hospitais psiquiátricos, sendo que dois deles atendiam exclusivamente pacientes do sexo feminino (MARQUES, 1986).

Nestas instituições o tratamento consistia na segregação do ‘doente’ e na medicalização dos sintomas, estando centrado na especialidade médica e no enclausuramento, comportando diversos pacientes com mais de 30 anos de internação, naqueles hospitais do município.

A desumanização que caracterizava a assistência ao portador de transtorno mental nessas instituições hospitalares foi retratada no jornal Tribuna de Minas, de circulação local, sob a manchete “Relatório Oficial denuncia violação dos Direitos Humanos”, no qual foram publicadas irregularidades encontradas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH - Saúde Mental)¹ (ARBEX, 2004).

O teor da matéria evidenciava diversas irregularidades nos hospitais de Juiz de Fora, além da forma questionável dos cuidados realizados. A matéria jornalística divulgou ainda que, em alguns hospitais não havia enfermeiro em tempo integral e relatou também, indícios de irregularidades na renovação das guias de Autorização para Internação Hospitalar (AIH), que estariam sendo emitidas sem que o indivíduo passasse por nova avaliação médica.

¹ Foi instituído, através da Portaria 3.409 de 30 de agosto de 1998, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e, retomado em 2002, sendo considerado o principal instrumento de gestão responsável por avaliar os serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios da universalidade e equidade (BRASIL, 2003).

Esta medida contrariava princípios da Reforma Psiquiátrica (RP) ao estimular a internação de longa permanência, o que a matéria apontava como sendo uma característica de Juiz de Fora (ARBEX, 2004).

Assim, a manchete do dia 18 de julho de 2004 (Tribuna de Minas, p.7) declara que foram vistoriados cinco hospitais psiquiátricos, dos sete existentes no município, onde, segundo Arbex (2004), os relatórios apontavam para “sujeira e falta de comida”.

Dados obtidos com exclusividade apresentavam um quadro de saúde mental em Juiz de Fora, apontando outras irregularidades nos hospitais percorridos, como presença de barata; escassez de alimentos; ausência de enfermeiros por tempo integral e registro de acusação de agressão contra pacientes. A inspeção realizada pelo PNASH denunciava o precário funcionamento das unidades. A coordenadora estadual de saúde mental, Maria Elizabeth de Souza, foi firme ao comentar que Juiz de Fora não cumpre a lei referente aos direitos do paciente (ARBEX, 2004).

Diante dessa conjuntura, pude perceber que tal realidade contribuía, significativamente, para a manutenção de uma assistência psiquiátrica no município distante do que podemos considerar desejável, sobretudo porque o arcabouço teórico que embasa a assistência em saúde mental deveria ser a humanização, a desospitalização e a desinstitucionalização² daqueles que sofrem de transtorno mental.

A transição do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitária percorreu um longo caminho e, no Brasil, a partir da década de 1970, veio transitando em um arcabouço filosófico, político e sociocultural. Esta transição foi alavancada por diversos movimentos, entre eles o da Reforma Sanitária (RS), que buscava a

² Por desinstitucionalização compreendemos a construção de modelos assistenciais que não tenham como ponto de partida e sustentação, necessariamente, a formatação de instituições, mas que considerem de princípio, a possibilidade de engendramento de outras formas de agenciamento e estabelecimento de relação terapêutica não mediada por estruturas formais e burocráticas que possam sobrepujar os objetivos propriamente assistenciais e de cuidado (AMARANTE, 2007).

mudança do paradigma até então utilizado, que tinha como fundamento um modelo organicista, hospitalocêntrico, centrado em especialidades e medicalizante.

O movimento da RS teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, com grande representatividade dos diversos segmentos sociais, e que contribuiu significativamente para a efetivação das propostas em prol da reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil (BRASIL, 1987).

Esta conferência propunha rever o que dizia a legislação para a proteção, prevenção, promoção e assistência à saúde e, a partir do relatório produzido na plenária dessa conferência, foram instituídos princípios e diretrizes, que viriam a fundamentar o Sistema Único de Saúde (SUS), inserido na Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90. Dessa forma, foram consagrados e constitucionalizados os princípios propostos pela Reforma Sanitária (RS) (BRASIL, 1987).

No que se refere à Saúde Mental, na década de 1980, vinha ocorrendo, simultaneamente à RS, um movimento que se caracterizou por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que tinham como objetivo transformar a relação da sociedade com a doença mental.

Este movimento denominado Reforma Psiquiátrica (RP) se organizou, então, em torno dos princípios de desinstitucionalização e desospitalização para a garantia dos direitos de cidadania dos usuários, e propôs a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a expansão de uma nova proposta (MACHADO, 2005).

A condução deste processo de desinstitucionalização era de suma importância mediante a responsabilidade para com as pessoas que, após longos anos de internação, recebiam alta do hospital psiquiátrico. Estes cidadãos, por tantos anos segregados, apresentavam diversas peculiaridades para readaptação à vida em sociedade, logo a prioridade em se resgatar a cidadania destes indivíduos tornou-se premente.

Nesse sentido, a expansão dos serviços extra-hospitalares, acompanhou, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos a partir da reorientação do modelo proposta pela RP (BRASIL, 2005).

Nesta trajetória de legalização dos princípios da RP, o então deputado federal Paulo Godinho Delgado (PT-MG), sociólogo, pós-graduado em Ciência Políticas, um dos líderes do Movimento Antimanicomial, apresentou, em 1989, o Projeto de Lei Nº 3.657, que apontava a necessidade de modernização da legislação, ainda de 1934, e propunha a substituição progressiva dos manicômios. Esquecido nos escaninhos do Congresso por 12 anos acabou sendo aprovado um projeto substitutivo (MACHADO, 2004).

O Projeto de Lei Nº 3657 propôs uma mudança radical no sistema. Se fosse aprovado, seriam proibidas novas internações em hospitais psiquiátricos e toda rede de hospitais do tipo seria extinta em cinco anos (20% ao ano). Porém, devido aos diversos entraves neste direcionamento, esse pressuposto não se concretizou (MACHADO, 2005).

Com a criação da Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde, em 1991, o processo de reestruturação da assistência em saúde mental e a implantação de novas formas de financiamento para a criação de serviços substitutivos, tornaram-se prementes e, gradualmente, viáveis (BRASIL, 2005).

Foi decretada a Portaria Nº 224/92, que estabeleceu diretrizes e normas para a organização e o atendimento em Saúde Mental. Esta portaria proibiu, ainda, as práticas que eram habituais em psiquiatria e, tendo sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, tinha a proposta de funcionar como “regra mínima”, a ser cumprida em todas as regiões do país (BRASIL, 2004, p. 253).

Assim, para a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos, foi consensual entre os diversos atores sociais que participavam do processo de RP, que seria imprescindível a constituição de uma rede de assistência, em consonância com a Portaria Nº 224/92

Além dos direcionamentos oferecidos pela Portaria N° 224/92, foram inseridas na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, integrando a Política de Saúde Mental do MS, as Residências Terapêuticas (RT), a partir da Portaria GM N° 106/00 (BRASIL (c), 2004).

Em 2001, foi sancionada a Lei N° 10.216, do então senador Sebastião Rocha (PDT-AP), a qual veio substituir o projeto anteriormente mencionado (MACHADO, 2004).

Esta lei dispõe sobre a regulação das internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial, priorizando os direitos do paciente e determinando que o tratamento se realize, prioritariamente, em serviços comunitários de saúde mental, evidenciava que outras iniciativas precisavam ser implementadas (BRASIL (a), 2001).

Com a aprovação da Lei N° 10.216/01, fica evidenciada a premente necessidade de se implementar as RT. Os princípios da RP vêm, paulatinamente, se consolidando e o movimento em prol da destituição do manicômio como principal forma de tratamento passou a ser trilhado com ênfase e entusiasmo no Brasil, desde a década de 1970, sendo, enfim assumido como política pelo MS.

Com o objetivo precípuo de reverter o modelo hospitalocêntrico, baseado no confinamento e na exclusão social do portador de transtorno mental busca-se, a partir daí, desenvolver a construção contínua da rede de cuidados diversificada, complexa, comunitária, dinâmica e integrada à vida diária dos pacientes e da cidade, constituindo-se o desafio que vem sendo colocado a todos os que estão envolvidos com a Saúde Mental.

Neste âmbito uma nova prática vem se construindo e se consolidando, tornando cada vez mais imperativa a extinção e a substituição do manicômio por novas modalidades de assistência. Durante esta transição são criados, através da portaria GM 106/00, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), espaço de moradia e ressocialização de egressos de hospitais psiquiátricos, para acolher os indivíduos indicados para a desospitalização. Dessa forma, as RT se tornam parte da reconfiguração da rede de atenção à saúde mental e devem

estar localizadas em espaço urbano, cabendo-lhes um papel fundamental na desinstitucionalização dos indivíduos, por longo período internados em hospital psiquiátrico (BRASIL (d), 2004).

Em Juiz de Fora, foi inaugurada, em abril de 2002, a primeira RT com o objetivo de oferecer moradia para os indivíduos indicados para a desospitalização, mediante sugestão dos relatórios provenientes das avaliações do PNASH realizadas nos hospitais psiquiátricos da cidade.

Uma equipe composta por dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, e duas assistentes sociais foi designada pelo Departamento de Saúde Mental (DSM) para organizar o processo de implantação das RT, tendo recebido o respaldo necessário do gestor da saúde mental no município, diretor do referido departamento, Alfredo Salomão. Assim, a equipe se empenhou em colaborar para a implantação das residências, bem como para a adaptação dos moradores, o resgate de histórias, o estabelecimento de vínculos afetivos, buscando dinamizar o processo de reabilitação psicossocial (BASTOS, 2004).

A primeira residência localizava-se no Bairro Furtado de Menezes, e o seu funcionamento teve início com seis moradores, do sexo masculino. O Ministério da Saúde (MS) credenciou o SRT, e o município viabilizou o seu funcionamento, desde o aluguel da casa até o mobiliário, bem como os recursos humanos necessários. Este processo ocorreu mediante viabilização política, através da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora em consonância com as diretrizes da RP, e mediante financiamento do MS, que contribuía para a efetivação dos dispositivos extra- hospitalares.

Um enfermeiro, profissional da Saúde Mental, na ocasião funcionário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em conjunto com uma equipe de outros profissionais da saúde mental, trabalhadores da Prefeitura Municipal, ficou responsável pela idealização e concretização das etapas necessárias para a implantação dessa residência.

Assim, a prefeitura alugou o imóvel, com área suficiente, e a casa foi mobiliada de acordo com o necessário para o seu funcionamento. Os moradores, previamente indicados, foram, inicialmente, levados a conhecer a residência e a visitar o local diariamente, retornando ao hospital ao fim do dia, para que houvesse uma adaptação gradual e não ocorresse estranhamento devido a uma mudança abrupta. Desse modo, foram, paulatinamente, sendo adaptados, até que todos os pacientes que desejaram a mudança e apresentaram-se em condições de saúde apropriadas, foram morar na RT.

Contudo, o quadro caótico na assistência psiquiátrica, predominantemente hospitalocêntrica, em Juiz de Fora, contrastava com o que vinha sendo proposto para a transformação do modelo. De acordo com as premissas da RP, principalmente depois dos relatórios divulgados quanto às condições dos hospitais psiquiátricos do município, seria necessária a ampliação do número de residências para que se pudesse acolher os egressos dos hospitais indicados para fechamento. Porém, mesmo com pontuação inferior obtida através da vistoria do PNASH nos referidos hospitais, os mesmos, não se adequaram, nem tampouco fecharam suas portas como indicado.

A segunda residência feminina, localizada no bairro Marumbi, foi inaugurada em 4 de junho de 2004, tendo recebido oito mulheres entre 34 e 61 anos. Estas pessoas não tinham sequer documentos de identidade. A partir da transferência para as residências, questões como documentação, ressocialização, autonomia e liberdade no gerenciamento da vida passaram a ser consideradas (BASTOS, 2004).

Sobre esta iniciativa o jornal Tribuna de Minas, publicou a época: a matéria ‘Pacientes psiquiátricos: Casa Terapêutica será inaugurada no dia 4 de abril de 2004, como explicita a coordenadora do projeto’, enquanto afirma “há duas semanas as novas moradoras do Marumbi visitam o imóvel todo dia. O passeio é uma festa e elas não disfarçam a alegria de encontrar um lar. Todas já escolheram os quartos onde dormirão” A exemplo da experiência

com pacientes masculinos, que, já há dois anos, moravam numa casa no Bairro Furtado de Menezes, oito internas em hospital psiquiátrico (HP) deixaram o regime de reclusão hospitalar para viver em residência terapêutica (ARBEX, 2004).

Os agentes de saúde aprovados em concurso público e que aguardavam contratação foram lotados pela Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) para que se tornassem cuidadores, como são denominados os acompanhantes de RT, que se revezavam em turnos de 12 horas, com a finalidade de acompanhar os moradores dessas residências.

Este estudo pretende elucidar os trâmites que ensejaram a criação destas residências, bem como identificar a participação da enfermagem no processo buscando contextualizar a implantação das RT, através da história da implantação das RT no município de Juiz de Fora, ampliando a compreensão do processo.

De acordo com a Lei Nº 10.216 de 2001, o município de Juiz de Fora vem se adequando às novas diretrizes, implantando dispositivos substitutivos à internação. Dessa forma, vem sendo reescrita a história que vai do enclausuramento do passado à ressocialização dos cidadãos. Para tanto, mudanças substanciais das práticas de saúde mental se fazem presentes e, através das vias políticas, legais, éticas e jurídicas, organizam-se e vão se consolidando com vistas à autonomia, independência e ressocialização dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

A participação de profissionais da enfermagem de Juiz de Fora na implantação das RT foi decisiva para o seu estabelecimento, desde a sua concepção, após as determinações legais do MS, acatadas pelo município, até a sua viabilização e funcionamento.

Por se tratar de modalidade que se constitui em uma casa onde residem pessoas, ficou implícito que profissionais não atuariam diretamente no interior das moradias. Contudo, em Juiz de Fora, nas duas primeiras residências implantadas, a atuação dos enfermeiros se deu

também no interior das RT, quando estes profissionais participaram exercendo dupla função, inclusive a de ‘cuidadores’.

Houve importante participação da equipe de enfermagem do CAPS e das Unidades Básicas - e esta foi bastante representativa. Os enfermeiros especialistas em Saúde Mental inseridos através de concurso público na Prefeitura de Juiz de Fora participaram expressivamente na desospitalização dos indivíduos, na implantação das residências e na assistência aos moradores na rede de cuidados, o que justifica a realização desse estudo.

A partir desse contexto, apresento como objetivos do estudo:

1. Descrever as circunstâncias de implantação das Residências Terapêuticas em Juiz de Fora – MG;
2. Analisar a participação da enfermagem na estruturação e funcionamento das Residências Terapêuticas;
3. Discutir como as Residências Terapêuticas contribuíram para o resgate da cidadania e o processo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental no município de Juiz de Fora- MG.

RELEVÂNCIA

O interesse pelo tema partiu da minha experiência na área da Saúde Mental, onde desde 2004 desenvolvo atividade docente em um curso de graduação em Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior da rede privada da cidade de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais. Nessa função acompanho acadêmicos de enfermagem nos estágios curriculares realizados em dois hospitais psiquiátricos, ambos localizados no município em questão e, portanto, pude constatar, que a assistência psiquiátrica nestes hospitais, á época, poderia ser

caracterizada como de calamidade, o que inclusive motivou ampla divulgação na mídia local acerca das precariedades nos serviços ali desenvolvidos.

Levamos os alunos a visitarem também as residências terapêuticas do município, com a intenção de que eles observassem como vinha se estruturando a rede extra hospitalar de acolhimento ao usuário, de modo a evidenciar, para os alunos, a diferença entre os moradores de um e de outro local, o que destacou a importância e empoderamento do sujeito que possui, simbolicamente, a chave de sua moradia, a despeito do trancafiamento anterior vivenciado nos hospitais psiquiátricos.

Tal comparação torna ainda mais relevante a importância de se investir numa desinstitucionalização planejada, suficientemente capaz de dar suporte e referência aos indivíduos, que vinham sendo hospitalizados, tendo permanecido confinados por longos anos, se tornado ‘asilares’.

Com o processo de RP, tornou-se premente dar um lugar a estas pessoas, e, dessa forma, as RT tornaram-se dispositivos relevantes para a consolidação, fechando o círculo da desospitalização/desinstitucionalização.

Assim, esta pesquisa trilhou o caminho da psiquiatria e da saúde mental, com foco nas contribuições da enfermagem em relação aos moradores das Residências Terapêuticas implantadas em Juiz de Fora, cuja proposta era a de acolher estes indivíduos com vistas à reinserção na sociedade e a utilização dos espaços coletivos, conforme preconizado na portaria GM 106/00.

A enfermagem pode ser muito atuante neste processo para reabilitar socialmente estes indivíduos e oferecer um ambiente de cuidado e acolhimento contribuindo para o incremento das possibilidades de cidadania deste sujeito.

Neste contexto, torna-se evidente a importância das RT, que se configuram como modalidade de extrema relevância para a história da psiquiatria no país, em suas circunstâncias históricas e políticas a partir da Reforma Psiquiátrica.

O arsenal de cuidados prestados pelo profissional de enfermagem ao portador de sofrimento psíquico, desde o processo de desospitalização até a inserção destes sujeitos na comunidade, bem como o seu transitar na rede de cuidados preventivos e assistenciais é de extrema importância ao se configurar um *lócus* de produção de vida e, não mais de segregação, exclusão e estigma, que tanto contribuem para a violência aos direitos e o desrespeito a dignidade dos portadores de sofrimento psíquico.

CONTRIBUIÇÃO

Este estudo, inserido no Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), pretende contribuir para a pesquisa em história da enfermagem, como um legado de análise histórica.

Como contribuição social pretende ampliar e divulgar a produção científica para estudos acadêmicos em enfermagem na área de saúde mental e o trabalho pode ser utilizado para a implantação de outras residências em outros municípios, com base na descrição da experiência de Juiz de Fora.

Espera-se também que contribua para a divulgação da importância da criação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e para a reflexão dos aparatos referidos à doença, que devem ser desconstruídos, voltando-se as ações e serviços para a promoção e prevenção de agravos, cronicidade, exclusão, destacando a dignidade do indivíduo portador de transtorno mental.

No que tange à enfermagem, o estudo visa contribuir com reflexões acerca da amplitude de ações desse profissional, mediante sua participação em mudanças políticas e seu papel interdisciplinar, além de enfatizar a inserção do enfermeiro na assistência à saúde mental e no suporte dado aos moradores das residências terapêuticas no município.

Furegato (2000) ressalta os vazios do conhecimento na saúde/doença mental e considera a enfermagem psiquiátrica uma profissão de “feição ainda jovem”. E, ainda, torna relevante a importância de dar corpo a este conhecimento na prática, na pesquisa e no ensino desta área.

Dessa forma, esta pesquisa pretende, também, contribuir para a reflexão sobre o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial junto aos profissionais enfermeiros e demais profissionais de saúde, buscando subsídios para transformar o saber e a prática, discernindo como implantar, como atuar, como capacitar pessoas capazes de favorecer realmente a inclusão, emancipação e autonomia dos indivíduos portadores de transtorno mental.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Conceitos teóricos

A pesquisa proposta é de natureza qualitativa com perspectiva histórico-social. A história social possibilita a abordagem de problemas históricos específicos no que tange ao comportamento e às relações entre diversos grupos sociais. Nesse sentido, tenta “circunscrever e analisar historicamente os grupos sociais e as bases econômicas e/ ou culturais sobre as quais se construíam sua individuação social” (CARDOSO, 1997, p. 48-49).

Mais recentemente, temos que, em grande parte das pesquisas em história social, considera-se uma redução da escala de abordagem. Nesse aspecto, a micro-história surge

como alternativa para enfrentar de forma articulada grande parte dos impasses impostos à história social (CARDOSO, 1997).

A redução de escala de análise, na perspectiva da micro-história, não significa a incorporação de objetos que, em tese, só poderiam ser construídos em escalas reduzidas do social, nem à busca de estabelecer no microcosmo exemplares do social. Representa, contudo, um ponto de partida para um movimento mais abrangente com vistas à generalização.

Nesse sentido, propõe as vivências históricas individuais, reconstruídas parcialmente, num nível privilegiado de observação e, com isso, rever e formular novos problemas à explicação histórica. Para isso, deve considerar tanto “os condicionantes estruturais do comportamento humano na história, quanto a margem de liberdade e de criatividade nele contidas” (CARDOSO, 1997, p. 53 - 54).

O estudo proposto terá o autor Norbert Elias, sociólogo alemão, como marco referencial. O autor realizou um trabalho de campo, durante três anos, numa pequena comunidade localizada no interior da Inglaterra, identificada como Winston Parva. Este estudo etnográfico foi publicado em 1994 com o título ‘Os Estabelecidos e os *Outsiders*’ e está associado à sociologia histórica, centrada na interpretação de fontes escritas, tais como estatísticas oficiais; relatórios governamentais; documentos jurídicos e jornalísticos; entrevistas e observação participante (ELIAS, 2000).

Neste contexto, o autor mostra de forma consistente o conteúdo universal dessa forma singular de relações de poder, ou seja, a partir da contribuição inglesa do ensaio teórico sobre Winston Parva, foi elaborada, em sua obra, uma teoria geral das relações de poder (ELIAS, 2000).

Desta teoria, será aplicado o conceito de estabelecidos e *outsiders* para caracterizar as diferenças e desigualdades marcantes envolvendo os moradores das RT a partir dos fundamentos da RP.

Nesse sentido, Elias (2000, p. 8) considera “o uso de uma pequena unidade social como foco de investigação de problemas igualmente encontráveis numa grande variedade de unidades sociais maiores e mais diferenciadas”. Além disso, torna possível a exploração dos problemas, profundamente, em seus detalhes. Acrescenta ainda que seja possível construir um modelo explicativo, em escala menor, da figuração que se acredita ser universal, isto é, um modelo em condições de ser testado, ampliado e, se for o caso, revisto através da investigação correlata em maior escala.

Nesta experiência, identificou a divisão da comunidade em dois grupos, um que se percebia e era reconhecido como *establishment* local, e, o outro, um grupo de famílias, o qual denominou de *outsiders*. Este último grupo vivia estigmatizado por todos os atributos associados à anomia, como: exclusão; discriminação; delinquência; violência e desintegração. Enquanto que o dos estabelecidos aparentava superioridade social e moral; autopercepção e reconhecimento como uma ‘boa sociedade’; mais poderosa e melhor; destacado pela tradição, autoridade e influência, sendo um modelo moral para os *outsiders* (ELIAS, 2000).

Neste contexto, o autor mostra o conteúdo universal dessa forma singular de relações de poder, que caracterizam as diferenças e desigualdades marcantes na forma como a doença mental se insere na sociedade na história do tempo presente, onde se defende a desospitalização, desinstitucionalização e reinserção do indivíduo acometido por transtornos mentais no território (ELIAS, 2000).

Embora não necessariamente o transtorno mental inclua atributos como a delinquência, a violência e a desintegração, estes estão associados à anomia, presente no doente mental, que já é, por si, estigmatizante. Segundo Elias (2000), a noção de anomia na sociologia anglo-saxã do pós-guerra, referia-se a um estado de ausência, de falta de regras e de ordem, de não estrutura, estando ligada ao sentido normativo de um julgamento moral.

Para Elias (2000, p 27), “o índice de coesão de um grupo pode ser mais alto do que em outro e essa integração diferencial no interior de cada grupo contribui substancialmente para seu excedente de poder” Desse modo, o grupo mais coeso reserva para si posições sociais com potencial de poder mais elevado e, não considerando nessas posições os membros de outros grupos, o que se configura na sua exclusão.

Elias (2000) verificou que um grupo só pode estigmatizar outro com eficácia quando mantém posições de poder das quais o grupo estigmatizado é excluído. Assim, a estigmatização unilateral e irremediável dos estabelecidos sobre os *outsiders* se revela em afixar o rótulo de ‘valor humano inferior’ e, desse modo, mantém sua superioridade social.

Nessa situação, afirma Elias (2000), o estigma social imposto pelo grupo mais poderoso costuma penetrar na autoimagem do grupo menos poderoso e, com isso, enfraquecê-lo e desarmá-lo.

Para que o sentimento de pertencimento ao grupo ‘humanamente superior’ se concretize, é necessária a sujeição a esse grupo, a uma conduta com padrões específicos, havendo então uma recompensa pela submissão às normas especiais do grupo, o pertencimento (ELIAS, 2000).

Da mesma forma que Elias (2000) se refere aos estabelecidos de Winston Parva, que observavam certos padrões com orgulho e sentiam sua identidade grupal ameaçada com o afluxo de recém-chegados, os *outsiders*, os moradores das RT, também poderiam representar um risco para aqueles que passariam a conviver no mesmo espaço com esse grupo, tido de menor valor social.

As pessoas, em função de transtornos mentais, físicos ou sociais, são rebaixadas na escala social e, assim, se encontram em posição de desvantagem, configuradas por alijamento e perda de privilégios. Assim Reabilitação Psicossocial é “a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas poderiam vir a ter se lhes fossem oferecidas outras

condições de vida, nas quais as barreiras sociais fossem atenuadas ou desaparecessem” (SARACENO, 1996, p. 156).

Os moradores das RT, grupo de excluídos e de menor valor também poderiam representar um risco para aqueles que passariam ao seu convívio, evidenciando a anomia em seus atributos de exclusão e discriminação. Neste contexto a anomia, representa censura que poderia sofrer este grupo de excluídos, por sua inadaptação às normas. Elias (2000, p. 27) acrescenta que os próprios nomes dos grupos que estão em situação de *outsiders* trazem consigo, “até para os ouvidos de seus membros, implicações de inferioridade e desonra”. Taylor traz algumas denominações que circulam no senso comum, tais como: biruta; avariado; *tantã*; alienado; bizarro; insano; doido; desviado; noiado; pecador e lunático, que remetem às condições de ‘des-razão’ e inferioridade (TAYLOR, 2001, p.1).

Os conceitos de cidadania e reabilitação psicossocial são utilizados para a discussão e análise das entrevistas obtidas nesta pesquisa. A cidadania é entendida como processo de desenvolvimento dos direitos no interior das sociedades capitalistas. Em relação ao portador de transtorno mental, para que tenham seus direitos admitidos e respeitados, este processo ainda conta com mais obstáculos do que em outros segmentos da população. Como esta população não é, no seio da sociedade capitalista, entendida como produtiva e, de modo geral, não tem profissão regulamentada, não é vista como cidadã e, por longo tempo foi tutelada pelo estado e excluída da vida em sociedade (MARSIGLIA, 1987).

Reabilitação Psicossocial, segundo Saraceno (1996, p.152) se caracteriza como uma prática à espera de uma teoria, situação que considera transitória, pois práticas requerem modelos de sustentação e, que estes sejam diferentes do modelo de clínica, enquanto esta significa que “o paciente está inclinado e o médico está acima”, pressupondo uma clínica com leitos, sobre os quais o paciente se inclina.

Bertolute (1996, p. 156) entende que a Reabilitação Psicossocial é um processo de remoção de barreiras que impedem o indivíduo de se integrar na sua comunidade e de exercer plenamente seus direitos, conferidos igualmente a qualquer ser humano. O autor critica a reabilitação de doentes mentais, enquanto terminologia que se refere à doença, e isso é coisa de médico, afirma.

Saraceno (1996) propõe que se construa um campo de encontros entre usuários e profissionais e que este encontro seja pleno de sentido e produção de saúde, sem ser afetada por ideologias anteriores e práticas terapêuticas insatisfatórias, referindo-se então à necessidade de coincidir uma prática inovadora a um modelo teórico também inovador.

Os parceiros que constroem essa prática inovadora são diversos e incluem os que entendem de legislação; os que entendem de clínica; de medicamento; de administração; de psicologia e, sobretudo, quem entende de vida, como os usuários (BERTOLUTE, 1996).

Operacionalização da Pesquisa

No estudo, foram utilizadas fontes primárias: documentos escritos e depoimentos orais. Os documentos escritos são constituídos de decretos, leis, portarias, promulgadas no decorrer do estabelecimento das políticas públicas, referentes às questões de Saúde Mental.

Procedentes da Coordenação de Saúde Mental de Juiz de Fora, foram analisadas as seguintes fontes: bancos de dados *online* da Prefeitura; leis; decretos; portarias; ofícios; relatórios; cartas; memorandos; discursos e artigos publicados em jornais.

Foram acessados também os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, publicados em espaço virtual do Ministério da Saúde.

Também foram pesquisadas fontes escritas referentes aos relatórios das Conferências Municipais de Saúde Mental ocorridas em Juiz de Fora, além das atas e demais registros arquivados no Conselho Municipal de Saúde.

Os depoimentos foram obtidos através de entrevistas que trouxessem narrativas que permitiram acessar a versão de fatos históricos, bem como complementar lacunas deixadas com a análise dos documentos escritos. Para isso, compreender o método de História Oral faz-se fundamental. História Oral é um método de pesquisa que utiliza a técnica da entrevista e outros procedimentos articulados entre si, no registro de narrativas da experiência humana. Esta metodologia tem como principal finalidade criar fontes históricas para produção e ampliação do conhecimento (CARDOSO, 1997).

Nesse sentido, a abrangência da pesquisa em história, vai além de sua característica pedagógica e interdisciplinar, pois está relacionada ao seu importante papel na interpretação do imaginário e na análise das representações sociais (CARDOSO, 1997).

A técnica de entrevista considera que a provocação da pesquisadora enriquece os dados a serem obtidos e, nesse processo, se pergunta sobre fatos ou situações que pretende conhecer. A entrevista, nesse caso, permite compreender de que maneira os indivíduos experienciam acontecimentos, situações e modos de vida, sejam eles referentes a um grupo ou a sociedade em geral. Com isso torna o estudo histórico mais concreto e próximo, facilitando a apreensão do passado pelas gerações futuras e a compreensão das experiências vividas por outros (CARDOSO, 1997, p. 7).

A realização das entrevistas compreende todo um conjunto de atividades anteriores e posteriores à gravação dos depoimentos. Iniciou-se com a priorização de questões de acordo com os objetivos para a preparação dos roteiros das entrevistas. Nesta pesquisa, as entrevistas foram transcritas e passam a integrar esta dissertação de mestrado.

Os depoentes foram escolhidos por se tratarem de profissionais envolvidos no processo de desospitalização e de reestruturação da rede de assistência à Saúde Mental.

Foram elaborados dois roteiros semiestruturados: um para as autoridades municipais e outro para os enfermeiros do CAPS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assistentes

sociais, agentes comunitárias de saúde, psicólogas e a conselheira local de saúde, do bairro onde se instalou a RT feminina (APÊNDICE 2).

As autoridades municipais estão aqui representadas por profissionais médicos; enfermeiros e assistente social, que ocupavam direção e cargos de confiança na Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, no recorte temporal estudado (2002-2004). Cabe assinalar que, embora, no momento, ocupassem cargos de chefia de seção dentro do Departamento de Saúde Mental, são profissionais de carreira da Prefeitura de Juiz de Fora.

Desta forma, foram depoentes deste estudo: um médico psiquiatra, diretor do Departamento de Saúde Mental de Juiz de Fora; um médico psiquiatra, diretor da Gerência Regional de Saúde; uma psicóloga, coordenadora do CAPS de Juiz de Fora; um enfermeiro, do CAPS Casa Viva (e cuidador); uma enfermeira chefe de divisão do Departamento de Saúde Mental (e cuidadora); três enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família; duas Assistentes Sociais da Estratégia de Saúde da Família; uma Assistente Social, diretora de divisão do Departamento de Saúde Mental; dois Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família, um de cada bairro onde a RT foi instalada e uma Conselheira Local de Saúde (APÊNDICE 2).

Os entrevistados foram identificados nos resultados desta pesquisa, como se segue: os enfermeiros, pela sigla 'ENF'; os Agentes Comunitários de Saúde, por 'ACS'; os médicos psiquiatras, com a sigla 'PSIQ'; a psicóloga com a sigla 'PSI' as Assistentes Sociais, representadas por SS e, a Conselheira Local de Saúde com a sigla 'CS'. A todas as siglas atribuiu-se numeração ordinal na medida em que os depoimentos foram obtidos. Quando o depoimento se refere a um(a) morador(a), estes/as foram identificados(as) com letras do alfabeto por ordem de entrada no texto.

As entrevistas foram gravadas e copiadas em um espaço apropriado que correspondeu à instalação do programa *Digital Voice Editor 3* para arquivar os áudios no computador para,

posteriormente, serem gravados em discos digitais (DVD), devidamente identificados com o número de entrevistas, nome dos entrevistados e data de sua realização.

Em seguida, foram arquivadas em uma pasta também identificada, passando o depoimento da forma oral para a escrita, de forma a facilitar a compreensão e o transcorrer da leitura e a seleção dos trechos de interesse para a pesquisa.

Assim os depoimentos foram transcritos, revisados e submetidos à correção dos vícios de linguagem, que pudessem dificultar o entendimento da ideia expressada, sendo apresentados aos respectivos depoentes para validação.

Conforme Janott (1996, p. 62), esta é uma forma do pesquisador responsabilizar-se por sua transcrição, evitando erros de interpretação dos silêncios, sons, ênfase, fonética, entre outros elementos extralinguísticos presentes no processo da entrevista. Acreditando ser esta uma maneira de minimizar as inferências, pois assegura, sem medo de errar, que não existe transcrição imparcial, ela é quase sempre fruto das percepções do pesquisador. Portanto, é importante apresentar a entrevista transcrita para o depoente aferir e realizar alterações, caso julgue necessário.

As fontes secundárias foram constituídas por teses de doutorado, dissertações de mestrado, artigos de periódicos científicos; livros de história da enfermagem e de história do Brasil, localizadas em bibliotecas públicas e virtuais, tais como: Bibliotecas da Escola de Enfermagem Anna Nery e da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Os dados foram submetidos à análise temática, conforme proposto por Minayo (2007, p. 86), tendo em conta que esta comporta um feixe de relações que pode ser apresentado por uma palavra, uma frase, um resumo, ponderadas pelas seguintes etapas:

– Ordenação dos dados: esta etapa considerou todos os dados coletados como fonte primária, ou seja, os documentos escritos e os depoimentos orais. As narrativas foram transcritas; em seguida, procedeu-se à releitura de todo o material (orais e escritos). A leitura

atenta deste material permitiu que fosse organizado em determinada ordem, de modo que se obtivesse uma classificação inicial.

Classificação dos dados: nesta etapa, os depoimentos transcritos e os documentos escritos foram submetidos à leitura exaustiva e repetida dos textos.

Essa iniciativa requer interrogativa com as fontes primárias. Com isso, é possível apreender as estruturas de relevância dos agentes identificados, as ideias centrais transmitidas pelos atores sociais e os momentos-chave de sua experiência sobre o tema em questão. Esta atividade é importante para o pesquisador, pois colabora para o estabelecimento das categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como norteadoras da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas. Nesta etapa, é prevista a constituição de um ou vários *corpus* de comunicação (MINAYO (2007, p. 86).

Análise propriamente dita: corresponde à análise final dos dados, realizada com a triangulação dos dados e a triangulação teórica; Isto é, foram confrontados os achados nas entrevistas e nos documentos escrito com o referencial teórico da pesquisa, direcionado por seus objetivos. Nessa fase da análise, foi considerado o movimento incessante do empírico ao teórico e vice-versa e que transita entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, se caracterizando como verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (MINAYO (2007, p. 86).

Os resultados do trabalho tornam-se públicos, uma vez que compõem esta dissertação de mestrado e, os sujeitos pesquisados estão cientes, e de acordo com este fato, tanto que os depoentes que participaram do estudo foram devidamente esclarecidos, por meio de prévia leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3).

Segundo a Resolução N°196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2000), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil, tendo sido

aprovado. Cabe destacar que unicamente após a aprovação do Comitê de Ética, protocolo de aprovação nº 02057412.5.0000.5238, é que as entrevistas foram iniciadas.

CAPÍTULO I - TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

1.1 O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A assistência psiquiátrica no Brasil esteve centrada desde o século passado em hospitais com características asilares, ainda que algumas experiências inovadoras isoladas pudessem ser observadas. Até a década de 1960, esses hospitais eram quase que exclusivamente estatais ou filantrópicos, mas, na década de 1970, observou-se uma grande expansão da rede hospitalar psiquiátrica privada. Isso se relaciona ao contexto geral da saúde e à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966 (GONÇALVES, 2008).

Apesar de os médicos terem assumido o controle das instituições psiquiátricas segundo critérios da psiquiatria científica, baseados em princípios humanitários, não houve uma mudança real no tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental. Este continuou fortemente centrado no hospital e a psiquiatria ali se desenvolveu, enquanto o saber médico desenvolveu-se a serviço das classes dominantes, no período em que as políticas estavam voltadas para as classes econômicas produtivas. Assim, “aos loucos restou a exclusão e o confinamento nos hospícios que se multiplicaram e continuavam com estrutura insuficiente para a superpopulação a que se destinava” (GONÇALVES, 2008, p. 22).

Em 1973, foi elaborado o ‘Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica’, através da Resolução Nº304/73, no intuito de suprir a ausência de um estatuto onde se pautasse a política nacional de saúde mental. Constava em suas diretrizes a não internação de neuróticos, de portadores de simples distúrbios de comportamento, de epiléticos sem psicose, de alcoolista, que ocupassem o leito por mais de 72 horas (s/a in CERQUEIRA, 1989).

Seu programa consagrava a psiquiatria com ênfase na assistência extra-hospitalar, a despeito da manutenção da cultura hospitalocêntrica no Brasil, além de propor, também, medidas reabilitadoras no próprio hospital, onde a enfermeira era designada para a manutenção do ambiente terapêutico, sob supervisão médica (CERQUEIRA, 1989).

Uma das recomendações deste manual referia-se ao lar protegido, que se destinava a um pequeno número de doentes crônicos, sem família e a cargo de pessoa treinada, sem que o nível universitário fosse pré-requisito, desde que apoiada por um serviço médico, com a principal função de reabilitar o usuário (CERQUEIRA, 1989).

Em janeiro de 1974, o Ministério da Saúde (MS) expede a Portaria 32, por meio do seu órgão Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSM), com texto idêntico ao manual elaborado em 1973. Nessa portaria, que inaugurava uma grande perspectiva para a saúde mental no Brasil, constavam seis artigos, nos quais fica explícito, entre outras diretrizes, que os serviços deveriam ser organizados a nível regional e local, dando ênfase aos princípios que orientariam a psiquiatria de comunidade, melhorar a qualidade da prevenção primária e o acesso em nível regional, com cobertura de 60% da população.

A referida portaria indica o tratamento ambulatorial como prioritário, bem como a hospitalização curta, em hospitais gerais, como alternativa de assistência e, ainda, como *locus* de formação de trabalhadores psiquiátricos, tal formação é considerada prioridade para a viabilização da psiquiatria na comunidade (CERQUEIRA, 1989).

Entretanto, ainda que as diretrizes e orientações deste manual e portaria apontassem novos direcionamentos, a política de saúde mental no Brasil manteve o paradigma asilar, que prevaleceu sobre outras iniciativas.

O que, na verdade, se mascarava era a ‘indústria da loucura’, que interessava a alguns segmentos da sociedade, como aponta Machado (2005), sendo estes os donos de laboratórios de psicofármacos; donos de hospitais psiquiátricos; trabalhadores zelosos por seu emprego, e

até mesmo familiares influenciados por pessoas contrárias a essa inversão do modelo, que enfatizavam como obstáculo a dificuldade no convívio com o portador de transtorno e as questões pertinentes ao tratamento domiciliar.

França; Jorge (2001, s/p) destacam a ponderação do Professor Luiz Cerqueira, renomado psiquiatra da Faculdade de Medicina da USP-Ribeirão Preto, quanto à mercantilização da loucura. Assim, segundo o professor, “a empresa de saúde sempre viu o lucro e só o lucro. Em psiquiatria, o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar é exatamente a opção mais rendosa”.

Em consonância com tal paradigma, Delgado (2009) declara que a RP é de certa forma a abolição da escravidão do doente mental, seu fim como mercadoria de lucro dos hospitais fechados, da exploração do sofrimento humano com objetivos mercadológicos.

A elucidação dessa lógica conivente com a cronificação do paciente é assim enfatizada:

Foi exposta a lógica perversa do custeio público da renda privada, peculiarizada pelo modo como os proprietários de hospitais obtinham maior lucro e profissionais médicos obtinham maior renda: através da manutenção de um maior número de pacientes por um tempo maior de permanência nos hospitais psiquiátricos e um menor gasto na clínica. Corresponde a essa lógica a difusão da crença de que "lugar de louco é no hospício". Foram grandes os ganhos deste setor empresarial e profissional que passou a exercer forte pressão para que a estrutura manicomial fosse mantida (MENDES, 2000, p.34).

A Psiquiatria contribuiu no estabelecimento das crenças de que ‘lugar de louco é no hospício’ e de que ‘o louco é perigoso’ e deve ser mantido recluso, utilizando o isolamento como terapêutica. A manutenção do paradigma hospitalar tem como pedras basilares o privilegiamento do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral e foram desconsideradas as diretrizes preventivas e de promoção à saúde mental devido ao fato de que “o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença” (BASAGLIA, 2005 *apud* AMARANTE, 2010, p 34).

A partir daí, se alavanca um processo de mudança do modelo hospitalocêntrico que, embora lento e com movimentos pendulares, se constitui, finalmente, no processo de Reforma Psiquiátrica (MENDES, 2007).

Nos anos 1980, o país se encontra num contexto de redemocratização, após mais de uma década de ditadura, sob o comando de um governo militar. Surgiram novos planos que propunham a adoção de estratégias que tivessem como base uma racionalidade técnica, administrativa e de custos (GONÇALVES, 2008).

Nesse contexto é que, em 1983, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) visitou o Hospital de Juqueri, localizado na região metropolitana de São Paulo. A visita apurou denúncias de grande repercussão na imprensa (ingerência, desvio de verbas, falta de medicamentos, infrações médicas e maus-tratos) e trouxe à tona as graves deficiências do hospital, que viveu em crise por mais de 65 anos (PRUDENTE 2005).

O retrato proveniente das denúncias contra o Juqueri e diversos outros hospitais psiquiátricos, revelou a falta de políticas públicas, de legislação, de vistoria e, também, mostrou a desumanidade com a qual se lidava com o portador de transtorno mental, além de apontar, o despreparo de profissionais e a absurda e longa segregação, oferecida como forma de ‘tratamento’ (PRUDENTE 2005).

Concomitante às várias denúncias sobre as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, a insatisfação de trabalhadores no setor aparece e ganha expressão no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em busca de melhores condições de assistência à saúde mental, que conferisse respeito e dignidade aos usuários.

Ao final dos anos de 1980, o Movimento pela Reformulação da Assistência Psiquiátrica Brasileira (MRPB) alcançou grande força política e já não se limitava mais a técnicos do setor, mas se ampliou para a sociedade. A partir daí, a busca por transformações na saúde foi permeada por debates, análises e proposições, oriundas de diversos segmentos da

sociedade. Este movimento ocorre simultaneamente ao movimento sanitário que tinha como proposta a transformação do modelo de assistência à saúde, ofertado pelo então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), unificado em 1966 pelo governo militar, que dava mostras de exaustão e vinha encoberto por irregularidades e distorções (GONÇALVES, 2008).

O MRPB tinha em comum com o MS os mesmos princípios que fundamentaram a elaboração de uma proposta de política para o setor com vistas a debater os grandes temas e as graves questões da saúde mental brasileira, além de encaminhar o resultado dos debates à Assembleia Constituinte (GONÇALVES, 2008).

O MRPB se baseava em críticas à dicotomia das ações curativas e preventivas, no caráter impopular, autoritário e corrupto das políticas sociais, e na relação perversa com o setor privado, que cresceu à custa da manutenção do modelo asilar e da cronificação da doença.

Desse modo, a internação em asilos manicomialis e, conseqüentemente, as exclusões do convívio social por que passavam as pessoas com transtornos mentais foram, desde então, fortemente questionadas pelos trabalhadores em Saúde Mental, no país (MACHADO, 2005).

A Reforma Psiquiátrica (RP) resultante do movimento que a antecedeu, vem, então, ao encontro desse processo de consolidação constitucional com os princípios e diretrizes em que se pautava a reformulação da saúde, com a implantação do SUS.

Nesta instância, ficou preconizado que “todo brasileiro tem acesso por lei às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo dever do governo garantir este acesso através de uma rede de serviços hierarquizados que oferecesse assistência integral de saúde à população” (BRASIL (a), 1988).

Assim todos os princípios e diretrizes do SUS – e também os direitos humanos, que contemplam a igualdade e cidadania - deveriam ser também aplicados à assistência na clínica mental e servir de referências para a RP.

A RP é um movimento histórico abrangente, que teve suas raízes na constatação de que a reclusão em hospitais psiquiátricos não era a única forma, tampouco a mais adequada para tratamento de transtorno mental. Ao contrário, a transformação do modelo tinha como base a concepção de conceitos referentes à cidadania e inserção do portador de sofrimento psíquico na sociedade, digno de um tratamento respeitoso, humanizado e eficaz (MENDES, 2000).

A RP caracterizou-se por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, o que se constituiu como “Luta Antimanicomial” e teve como temática o debate sobre o direito à dignidade e humanização no tratamento dirigido aos usuários dos serviços de saúde mental (MENDES, 2000).

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, quando se fundamentaram os princípios da Reforma Sanitária, com a presença de mais de 4 mil pessoas, onde se evidenciou as modificações que no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2007).

No relatório final dessa conferência, ficou assegurado que as transformações no setor saúde iriam além de uma reforma administrativa e financeira e, portanto, se estenderiam a outros âmbitos, inclusive alavancando a ação institucional de revisão da legislação, no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde (VASCONCELOS, 2001).

A partir daí, foi deliberado que se intensificasse o movimento de mobilização popular, para que a saúde fosse incluída como questão prioritária, propondo, para isso, que se

deflagrasse uma campanha nacional em defesa do direito à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos (VASCONCELOS, 2001).

A VIII Conferência constitui-se em um marco importante a partir do qual a necessidade de transformações no sistema de saúde brasileiro se tornou premente e, passou a constar, obrigatoriamente, na agenda política do movimento pela RP (VASCONCELOS, 2001).

Dessa forma, este movimento pela transformação do setor saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais, percebidos como dimensões imanentes à democracia e, assim, esta luta estendeu-se para a Saúde Mental (VASCONCELOS, 2001).

Em sintonia com as propostas oriundas da VIII Conferência, ocorreu em Bauru, São Paulo, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que sinalizava para a emergência da validação das propostas do movimento antimanicomial. Segundo seu presidente, Evaldo Gomes Leite Vieira, “as aparentes contradições entre o discurso científico e o discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores do processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral” (BRASIL (b), 1988, p. 9).

Em 1989, após a promulgação da Constituição Federal/88, o então deputado federal Paulo Godinho Delgado (PT-MG), um dos líderes do Movimento Antimanicomial, apresentou o Projeto de Lei Nº 3657 que propunha a extinção gradativa dos manicômios, e NOS seus artigos continha o seguinte teor: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de dispositivos não manicomiais de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria, então,

emitir parecer sobre a legalidade da internação, e, entre outros, propunha a extinção dos manicômios em cinco anos (MENDES, 2007).

Ainda em 1989, a cidade de Santos foi a primeira a fechar seu principal hospital psiquiátrico com 40 anos de existência e quase 700 internos. A Casa de Saúde Anchieta, na época, conveniada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foi também naquela cidade que surgiram o projeto inovador de criação da Rádio e da TV Tam Tam, produzidas por ex-internos da Casa de Saúde Anchieta e a República Manequinho, em homenagem a seu primeiro morador, para acolher ex-internos sem casa ou família (AMARANTE *apud* MACHADO, 2005).

Em 1990, ocorre a ‘Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde’, na Venezuela, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde. Nesta conferência, foi elaborada a Declaração de Caracas, documento final do evento, da qual o Brasil é também signatário.

Este documento se refere aos direitos dos pacientes psiquiátricos e inclui, entre outros princípios, a liberdade fundamental e o direito básico, como o de viver em comunidade; a confiabilidade, as normas de atenção e a ser tratado em um ambiente o menos restritivo possível, além do acesso à informação relativa a si mesmo, de consentimento para o tratamento e de condições adequadas nas instituições psiquiátricas (BRASIL, 2005).

Assim, a Declaração de Caracas apontava que, enquanto o hospital psiquiátrico funcionasse como única modalidade assistencial, impediria a consecução das modificações desejadas, a saber: a) isolar o doente de seu meio, gerando, dessa maneira, maior incapacitação social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente; c) consumir a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) prover uma aprendizagem

insuficientemente vinculada com as necessidades de saúde mental da população, dos serviços de saúde e de outros setores (BRASIL, 2005).

Neste contexto, a Conferência Regional de Caracas para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas e também a IX Conferência Nacional de Saúde (1992) apontaram para a premência de ampla revisão da legislação específica e do modelo assistencial predominante na área de saúde mental (BRASIL, 2005).

A 'Declaração de Caracas' orientou a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, que foi considerada um marco importante na história da psiquiatria brasileira, com o tema 'A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania' (BRASIL, 2005).

Decorrente desses movimentos ocorreu um incremento na legislação de Saúde Mental, no que diz respeito à regulamentação e ao financiamento dos serviços (GULJOR, 2003).

Dessa forma, a Portaria MS/SAS Nº 224/92, publicada em 1992, estabeleceu diretrizes que contemplaram a organização de serviços, priorizando o atendimento baseado nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, que deveriam ocorrer nos diversos níveis de atenção, inclusive e, sobretudo, em Unidade Básica de Saúde e nos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) (BRASIL ©, 2004).

A referida portaria direcionava ainda para a inserção das ações de saúde mental na Atenção Primária, e se consolidou como estratégia com vistas ao acompanhamento dos indivíduos, de forma territorializada e regionalizada. A atenção primária apontava para o compromisso da integralidade (BRASIL ©, 2004).

Para a validação desta proposta de atendimento primário e inclusão dos indivíduos que necessitam de atendimento na saúde mental, o vínculo terapêutico e o acolhimento, bem como a escuta ativa e aconselhamento, eram fundamentais para o acompanhamento destes sujeitos.

Também a inserção em grupos e visitas domiciliares e acompanhamento da medicação formaram a base desta assistência (BRASIL (d), 2004).

Para tal acompanhamento, propunha-se que as equipes formadas por profissionais de Saúde Mental (médicos psiquiatras, enfermeiros especializados, psicólogos e assistentes sociais) disponibilizassem apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF) através de atendimento conjunto, supervisão, formação continuada, proporcionando, assim, aumento da capacidade resolutive no nível de atenção básica (BRASIL (d), 2004).

Embora, a prioridade estivesse pautada no atendimento extra-hospitalar, a Portaria 224/92 também estabeleceu normas para o atendimento dos indivíduos que necessitassem internação (BRASIL ©, 2004).

Neste contexto, em relação ao hospital psiquiátrico, essa portaria preconizou que este deveria oferecer as seguintes atividades: a) avaliação médico-psicológica e social; b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional); atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); área externa para deambulação e/ ou esportes; abordagem à família; preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde, com programa de atenção compatível com sua necessidade (BRASIL (c), 2004).

Foram incluídos também, nesta rede, os Serviços de Urgência Psiquiátrica, que atendem e direcionam pacientes em crise. Este nível de atenção da Psiquiatria recebe os indivíduos com intercorrências súbitas, mesmo que estejam inseridos dentro de um quadro crônico. Nestes casos, há necessidade de uma abordagem determinada e o portador do transtorno permanecer nesta unidade, até que seja determinado pela equipe o prosseguimento da conduta, se alta ou encaminhamento para outros níveis de atenção (BRASIL ©, 2004).

Estando, portanto, a internação, limitada ao tempo necessário, ou seja, assim que o usuário estivesse em condições de desospitalização, seria referenciando para outros serviços ambulatoriais da rede, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), (BRASIL, 2004).

Os CAPS são instâncias consideradas como ordenadoras e reguladoras da rede de Saúde Mental. Criados pela Portaria Nº 224/92 e regulamentados pelas Portarias Nº 189/02 e Nº 336/02, destinados aos egressos de internações psiquiátricas, tendo a precípua função de preparar o usuário para a vida em comunidade e para o seguimento ambulatorial, na atenção primária (BRASIL, 1994).

A assistência oferecida pelos CAPS deve incluir também ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social e geração de emprego e renda. Os CAPS devem, ainda, trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, com atenção personalizada e ações implementadas para cada indivíduo vinculado à unidade, através dos projetos terapêuticos. Estes devem ser singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes da equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações (GULJOR, 2003).

O CAPS deve, ainda, articular recursos de natureza clínica, através do cuidado clínico à saúde geral, com base na integralidade, incluindo medicamentos e, também, de assistência social de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros. Este dispositivo promove saúde mental e previne agravos, e, segundo sua caracterização, deve oferecer cuidadosos programas de reabilitação psicossocial, recebendo, entre outras demandas, os moradores das RT (GULJOR, 2003).

Segundo Pitta (1996), a concepção de Reabilitação Psicossocial ressalta que os CAPS não sejam o local definitivo, tendo um caráter “não permanente” de forma a evitar a institucionalização, em outra instância diferente do hospital psiquiátrico. A perspectiva de

retorno ao convívio familiar e laborativo é facilitada, quando se considera aquele dispositivo como de passagem.

A Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000, sancionada pelo então ministro de Estado da Saúde cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Estes se configuram na rede de Saúde Mental como moradias inseridas na comunidade, destinadas a pacientes com transtornos mentais, tais como: portadores de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no Sistema de Internação Hospitalar-SUS (SIH/SUS), que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial; pessoas em acompanhamento no CAPS, para as quais o problema da moradia é identificado pela equipe de referência como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico (BRASIL ©, 2004).

Dessa forma, esse dispositivo oferece

[...] a garantia de assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia. Atuam como unidade de suporte; promovendo a reinserção desta clientela à vida comunitária (BRASIL, 2004, p.6)

A despeito da criação e da implementação dos dispositivos para a assistência à saúde mental que foram sancionados na década de 1990, foi longa a trajetória percorrida na assistência aos portadores de transtornos mentais.

O desconhecimento, preconceito e receio da sociedade em conviver com estes indivíduos permearam esta trajetória e trouxeram diversos obstáculos para efetivar a mudança de paradigma do modelo tradicional de assistência. Tais obstáculos podem ser evidenciados pela resistência às mudanças, que, além da desospitalização, referiam-se também às dificuldades de reinserção social dos indivíduos que precisam ser desinstitucionalizados de forma responsável (AMARANTE, 2010).

Tanto é assim que o Projeto de Lei Nº 3654/89 tramitou longamente no Congresso Nacional – dois anos na Câmara dos Deputados, oito anos no Senado Federal e dois anos, posteriormente, na Câmara dos Deputados. O fato de o projeto ter ficado 12 anos aguardando aprovação, de 1989, quando proposto, a 2001, quando substituído pela Lei Nº 10.216, deveu-se à resistência dos donos dos hospitais psiquiátricos, de algumas associações de familiares de pacientes vinculadas a esses hospitais e por eles influenciadas e pelo setor da psiquiatria tradicional e conservadora que julgava a doença mental como perigosa, incapacitante e sem cura (MACHADO, 2005).

O movimento que o Projeto de Lei Nº 3654/89 suscitou representou uma conquista do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. E, segundo seu proponente, conseguiu aumentar progressivamente o apoio à lei, dentro e fora do parlamento e vencer resistências de inúmeros ministros e relatores das duas casas do Congresso Nacional. A viabilização das mudanças no modelo requereu que muitos setores da sociedade se aliassem no sentido de dinamizar as circunstâncias propícias que intervíram nas proposições jurídico-institucionais e, assim o então Paulo Delgado afirmou que “derrubar a lei de ferro da doença mental, a lei de 34, não foi e não é tarefa muito fácil ou exclusivamente de legisladores” (DELGADO 2009).

Neste contexto, foi através da Lei Nº 10.216/01, proposta pelo deputado Sebastião Rocha (PDT-AP) que, legalmente, se estabeleceram os trâmites legais para a reconfiguração da assistência à saúde mental (MACHADO, 2005).

Entretanto, esta Lei promoveu menos mudanças do que preconizava o projeto de Paulo Delgado:

[...] a nova legislação, que afinal substituiu o projeto, não fala em acabar com os manicômios, estabelece apenas que não se podem ter mais instituições com características asilares e não define o que é um asilo, lamenta Paulo Amarante. Em meu entendimento, todo local que se baseia na exclusão tutelada é um asilo (AMARANTE apud MACHADO, p. 10).

Quanto à legislação existente até aquele momento, relacionada à Saúde Mental, Delgado afirma que não havia na Organização Mundial de Saúde (OMS) consenso sobre

novos tratamentos, nem sobre direitos e cidadania do portador de transtorno mental, o que ele considera essencial e fundamental para o debate em torno da reforma psiquiátrica. Assim:

Ali fui informado que a impiedade do tratamento de pacientes com transtorno mental estava baseada numa legislação dos anos 1934, e que refletia, quando foi criada, o nível e o grau de compreensão que a medicina mundial e a maioria dos profissionais da área de saúde entendiam ser o modelo de atenção possível a ser oferecido – e como se revelou – imposto aos doentes mentais no mundo todo (DELGADO, 2009, p. 4).

O fato é que com a aprovação da Lei Nº 10.216/01, outras iniciativas precisaram ser implementadas. Assim, foi instituído, em 2002, pela Portaria GM 251, o ‘Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)’ com a finalidade de aprofundar o conhecimento da atual situação dos serviços hospitalares e, conseqüentemente, propor intervenções dirigidas para a melhoria desses mesmos serviços (BRASIL, 2003).

Em seguida, em 2004, foi instituído através da Portaria Nº 52/GM, o ‘Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH)’, com base na necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos e na necessidade de uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial, de modo a permitir uma transição adequada do modelo assistencial (BRASIL, 2005).

Com a aprovação da lei novos atores entram em cena como a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) que visitou, em 2004, 38 manicômios de 16 Estados e do Distrito Federal. Segundo o relatório da comissão, a maior parte desses hospitais apresentava quadro de “extrema preocupação”. Faltava praticamente tudo, desde medicamentos e roupas até médicos nos fins de semana e terapeutas ocupacionais. Pacientes, em diversas unidades, eram tratados como presidiários (PRUDENTE 2005). Tal fato explica a importância do processo de controle e de avaliação de todos os hospitais através do PNASH e do PRH, pois, enquanto existissem hospitais

psiquiátricos, estes deveriam funcionar da maneira mais adequada possível, visando ao bem-estar e a saúde daqueles que ainda precisavam deles (MINAS GERAIS, 2006).

Estes estabelecimentos foram anualmente vistoriados, recebendo uma pontuação, de acordo com uma escala definida nacionalmente, que envolvia quesitos diversos como: infraestrutura física, quadro de recursos humanos, projetos assistenciais para os internos, entre outros. Os hospitais que recebessem uma pontuação inferior a 61% teriam um período de 90 dias para se adequarem aos critérios previstos; com o não cumprimento destes, seriam descredenciados junto ao SUS (MINAS GERAIS, 2006).

O PNASH havia conseguido nos anos 2002-2004, vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país com os objetivos de induzir e efetivar a política de redução de leitos psiquiátricos que não atendessem exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos. Assim, indicando o fechamento de hospitais psiquiátricos que se encontrassem em condições precárias de funcionamento. Nesse sentido, exerceu a importante função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, no país (BRASIL, 2005).

O processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos enfrentou diversos obstáculos e resistências, sobretudo por parte dos prestadores conveniados ao SUS. Sofreu várias ações judiciais, tendo havido suspensão das vistorias, nos dois processos avaliativos realizados, o que provocou atrasos na finalização das avaliações (BRASIL, 2007).

Baseados no relatório produzido pelo PNASH em 2004, os técnicos em Saúde Mental avaliaram: “promulgada em 2001, a lei da Reforma Psiquiátrica – que, entre outras coisas, estabelece a internação apenas como último recurso – não foi o bastante para alterar o colapso na área de saúde mental. A situação, no geral, pouco melhorou” (PRUDENTE, 2005, p.1).

As principais deficiências apontadas neste relatório se referiam ao projeto terapêutico, a maioria dos hospitais apresentava um projeto escrito que não condizia com a realidade ou sequer tinha projeto terapêutico. Ou seja, isso significava que os hospitais, em geral, não

trabalhavam a reinserção social dos pacientes, gerando cronicidade nesta população (BRASIL, 2007).

O grande número de pacientes asilados apontava para a necessidade de maiores investimentos para esta população com vistas à desinstitucionalização, sendo esta considerada uma tarefa complexa, em função das características adquiridas no processo de longa institucionalização: desterritorialização, diferentes graus de dependência, afastamento familiar, poucos recursos sociais, idade avançada, entre outros (BRASIL, 2007).

No que se refere aos recursos humanos, a avaliação também não foi satisfatória, o que significou que, não vinham sendo atendidas às exigências da Portaria GM/MS Nº251/02, quanto ao número de profissionais e/ou quanto à categoria profissional (BRASIL, 2007).

Quanto aos aspectos gerais da assistência, em 2003, o PNASH apontou que 62% dos hospitais apresentavam 20% ou mais de pacientes de longa permanência, ou seja, tempo médio de internação de no mínimo um ano (BRASIL, 2007).

Segundo o mesmo relatório, o MS decidiu assumir o processo de retirada dos pacientes nos hospitais dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Pará e Rio Grande do Norte, para os quais houve indicação de descredenciamento, e, em agosto de 2004, a intervenção judicial em dez hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, após os resultados da avaliação do PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2007).

Entre estes, dois hospitais indicados para o descredenciamento – Hospital São Marcos e Hospital Pio Mazine – localizavam-se no município de Juiz de Fora.

No Hospital São Marcos, por exemplo, a reserva de gêneros alimentícios era incompatível com o número de pacientes e o acondicionamento impróprio. Foi detectada a inexistência de oferta de água potável para consumo em diversos ambientes e a utilização de água de mina sem tratamento. Foram consideradas insuficientes as roupas de camas individuais para troca. Muitos pacientes até o dia anterior dormiam sem colchões e travesseiros. Os técnicos encontraram a farmácia da clínica desativada e o material esterilizado vencido. O diretor do São Marcos informou não se pronunciar sobre o assunto antes de conhecer o resultado que deverá ser divulgado pelo Ministério da Saúde, no final deste mês (ARBEX, 2003, p. 6).

A partir do descredenciamento, os recursos da AIH deveriam ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizaria pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

Assim, foi definido pelo Ministério da Saúde, através da Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, o “Programa de Volta para Casa”, que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social de portadores de transtorno mental (BRASIL, 2003).

Este programa está em consonância com as recomendações da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e Organização Mundial da Saúde (OMS) e também ao disposto na Lei n. 10.216/01, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que os indivíduos há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam sujeitos de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, 2003).

Podem ser beneficiárias do Programa “De Volta para Casa” as pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH-SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social. Pessoas residentes em moradias caracterizadas como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou egressas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial (Juízo de Execução Penal) também podem ser beneficiárias do auxílio (BRASIL, 2003).

Entre os objetivos da instituição do auxílio psicossocial, com vistas a facilitar o processo de desinstitucionalização, consta:

[...] contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos

assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003, p. 7).

Assim, o PNASH, o PRH e o Programa de Volta para casa foram instituídos para colaborar com o processo de desinstitucionalização, uma vez que, para consolidar a RP, fazia-se necessário o cumprimento de suas premissas, entre elas a autonomia do sujeito desospitalizado, sendo favorecida sua reinserção no meio social mais amplo (BRASIL, 2005).

Amarante (2003) se refere ao termo desinstitucionalização no sentido de desconstrução, quando propõe o caminho ao inverso para compreender a lógica na qual o saber psiquiátrico foi instituído, desconstruindo assim o conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou tratamento moral, passando a ser oferecido através de serviços de atenção à saúde mental, transformando o paradigma da doença mental.

A rede de atenção, regulamentada por meio das portarias ministeriais, instituiu várias modalidades extra-hospitalares, que compuseram uma rede estruturada através de serviços de Saúde Mental nos diversos níveis de atenção (GULJOR, 2003).

Neste sentido, o novo modelo envolve não apenas as reformulações da ação técnica e da organização de serviços, mas também a discussão das relações de poder institucionais e sociais, visando ao estabelecimento de um novo contrato com a loucura (MENDES, 2000).

Assim sendo, um “novo contrato” implicaria a necessidade de uma desconstrução de paradigmas como, por exemplo, o de que modelos assistenciais de estruturas formais e burocráticas, calcados no estigma, no isolamento e na discriminação (MENDES, 2000).

Dessa forma, o ato de desinstitucionalizar considera a possibilidade de outras formas de cuidar e estabelecer relações terapêuticas, fundamentando um processo complexo condizente, que contemple, entre outras medidas, a consolidação de uma sólida rede de apoio comunitário, criando alternativas para outras formas de assistência e inserção do sujeito (BRASIL, 2007).

Segundo Waidman (2005), para que a desinstitucionalização realmente ocorra, é preciso que se reconstruam vínculos, e isso só pode acontecer se houver a desmitificação da periculosidade e da incapacidade do portador de transtorno mental viver em sociedade.

Desse modo, é possível entender que a internação não deveria ser mais a imersão atemporal no espaço protegido da tutela, mas um evento curto, permeável à vida diária, sem muros. Barreto (2007, p.10) defende que um programa de saúde mental que adota como quadro de referência o esquema de prevenção hierarquizado em níveis, como o de Juiz de Fora, desconsidera a essência da RP, que se pauta na centralidade da noção de sujeito e do valor da narrativa, bem como a garantia de um lugar social para aquele que foge à norma.

Assim, o autor valoriza os espaços de negociação da diferença, que assegurem a presença do louco, como cidadão, nos lugares de circulação e trocas do convívio social. Quanto à necessidade destes espaços, Delgado (2009, p.6) nos assegura que “o regime aberto não oferece risco para ninguém e o portador de transtorno mental não precisa de isolamento, pois a loucura não é contagiosa”.

Nesse contexto, o importante é a desconstrução do modelo secular do hospital psiquiátrico de modo que o objeto deixe de ser a doença e passe a ser outra vivência, que o indivíduo anteriormente enclausurado possa permanecer com a família, com a vizinhança, com os atores sociais e inseridos no território em que vive (AMARANTE, 2007).

Isso nos remete ao conceito de cidadania que implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e o acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico (BRASIL, 1987).

A exclusão física do ‘louco’ também revela a exclusão simbólica do universo da cidadania. É a situação de ‘menoridade social’ do louco que sustenta todo o tipo de violência que contra ele se comete. Tal situação nos remete a uma clara distinção entre o ‘cidadão-

senhor-de-si' da sociedade de contrato e o cidadão passível de tutela pelo complexo médico-psiquiátrico (BRASIL, 1987).

Caberia à sociedade parte da responsabilidade em conduzir o processo de ressocialização do indivíduo, com plena consciência dos direitos humanos garantidos e da importância da reinserção social na recuperação da cidadania e da individualidade e, quanto a isso, Desvial *apud* Barreto (2007, p 10) acrescenta que “o problema não é decifrar os padrões das doenças mentais do futuro próximo; a questão é prever que tipos de laços sociais, que valores, que cultura e que tipo de homem se está hoje projetando”.

Assim, fica evidente a importância da mudança de conceito e atitude quanto à ‘doença mental’. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos compreendam as novas concepções em saúde mental, e, assim, se possa efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização com base na integralidade (VILLELA; MORAES, 2006).

A construção de novos paradigmas, sobre os quais se pautem as ações de desinstitucionalização, inclui a ideia de sustentabilidade das ações propostas, o que poderia efetivá-las com maior eficácia. Segundo o autor do projeto de lei Nº 3654/89, deputado Paulo Delgado (2009, p. 7):

Essa é a idéia essencial da reforma psiquiátrica: construir um centro de gravidade baseado no paciente e suas possibilidades terapêuticas. Assim a reforma exigirá a transferência de recursos da área hospitalar, hoje predominantemente privada, para pesquisa e atenção ao paciente, desconstruindo a lógica do asilo e do sistema manicomial. É no sistema aberto que se vislumbra o futuro da psiquiatria moderna.

Para a concretização deste ‘sistema aberto’, acrescenta-se ainda que, de acordo com a Lei Nº 10. 216/01, o indivíduo há longo tempo hospitalizado deveria ser objeto de política específica, de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo poder executivo (BRASIL (a), 2001).

O PRH, implantado em 2004, permitiu uma mudança significativa do porte dos hospitais brasileiros, que não tiveram mais permissão para criar novos leitos. Assim, tornou-se componente fundamental do programa a redução da assistência ofertada pelos hospitais de maior porte, que tendiam a apresentar assistência de baixa ou péssima qualidade (BRASIL, 2007).

Dessa forma, os leitos foram sendo gradualmente reduzidos e, em 2002, havia 51.393 leitos. Em 2004, 45.814 leitos, configurando-se em um dos principais indicadores macropolíticos do processo da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2007).

Um dos principais avanços, considerados neste processo de efetivação das medidas que apontavam para a inserção do portador de transtorno mental, tem sido o aumento regular e progressivo, especialmente a partir da década de 2000, quando da cobertura assistencial em saúde mental (GULJOR, 2003).

Assim, entre 2002 e 2004, encontramos os seguintes dados:

	RT	CAPS	LEITOS HOSPITALARES
2002	85	224	51.393
2004	265.	605	45.814

FONTE: BRASIL, MS, Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, 2007

Estes dados apontam para a paulatina superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, o que também é evidenciado pela migração dos recursos financeiros da esfera federal, que vem, progressiva e significativamente, passando das ações hospitalares para as ações extra-hospitalares (BRASIL, 2007).

1.2 O contexto da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora 2002 -2004.

Juiz de Fora se localiza ao Sudeste do Estado de Minas Gerais; Mesorregião Geográfica da Zona da Mata Mineira; com superfície de 1.429,875 km² e clima Tropical de Altitude. Contava, em 2002, com 471.693 habitantes, e, em 2004, com 501.153 habitantes. Ocupa lugar de destaque em Minas Gerais em qualidade de vida e investimentos. Caracteriza-se por economia com bases em produções têxteis e, como importante polo educacional, contando com mais de dez instituições de ensino superior. Possui um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 6,2 mil e uma das mais altas expectativas de vida do Brasil. Estrategicamente, localizada entre os maiores mercados consumidores do País - Rio de Janeiro e São Paulo-, tem uma distância rodoviária da capital Belo Horizonte de 272 km (IBGE, 2009).

O município está no SUS em regime de gestão plena, desde o final do ano de 1996, estando atualmente organizado de forma hierarquizada e regionalizada. Existe uma descentralização administrativa que subdivide o sistema em departamentos: Departamento das Clínicas Especializadas, Departamento de Saúde Bucal; Departamento de Saúde da Mulher, Departamento da Criança e do Adolescente; Departamento de Saúde Mental; em Regionais que possuem estrutura de policlínica e pronto atendimento: Regional Leste, Policlínica Regional, Regional Norte (Policlínica de Benfica), Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira; além dos setores administrativos centrais, vigilância epidemiológica e 47 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que compõem a atenção em nível primário no município. Além das equipes básicas neste último nível, funciona no município, desde 1995, a Estratégia de Saúde da Família (MENDES, 2007).

No ano de 1985, a partir das instâncias gerenciais das Ações Integradas de Saúde (AIS), provenientes das mudanças próprias à Reforma Sanitária, foi instituída pelo secretário

da saúde, uma comissão denominada ‘Comissão Local Interinstitucional’ (CLIS-JF). Esta comissão designou um Grupo de Trabalho (GT) responsável pela elaboração da proposta de reorganização dos serviços na área da Saúde Mental. A partir do GT, houve a elaboração do ‘Projeto de Reformulação da Assistência em Saúde Mental’.

Esta realidade resultou, em 1985, em grandes debates entre técnicos que trabalhavam na área, comprometidos com a causa da RP e insatisfeitos com as condições da assistência no município. A partir destes debates é que se constituiu o Grupo de Trabalho (GT), como foi denominado, com vistas a elaborar o direcionamento para a assistência ao portador de transtorno mental. Este grupo colegiado era composto por membros das três esferas de governo – Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que correspondia, na ocasião, ao nível federal.

No que concerne à saúde mental, segundo Marques (1996), as políticas oficiais adotadas pelo Ministério da Saúde e fomentadas pela Secretaria Estadual de Saúde do estado de Minas Gerais (SES-MG), com vistas a modificar as distorções encontradas na assistência psiquiátrica hospitalar, vão se descentralizando para promover alterações de indicadores, tais como números de leitos, média de permanência, condições estruturais dos hospitais, relação desproporcional entre número de profissionais/número de paciente, maus tratos e desassistência, até então adotados.

Apesar desses direcionamentos, o referido município se tornou relativamente bem conhecido por uma atenção centrada em dispositivos asilares tradicionais. A despeito do seu potencial econômico e de serviços que compunham a rede de assistência à saúde, a cidade conviveu com uma realidade manicomial ultrapassada, retrógrada, condenada nos princípios que norteavam a Reforma Psiquiátrica.

Marques (1986) assinala que a trajetória do município, no que se refere à construção de uma política pública de assistência à saúde mental, foi marcada pela primazia de interesses privados que, historicamente, conseguiu manter um modelo asilar centrado no hospital privado.

Neste contexto, até 1986, a assistência psiquiátrica à população de Juiz de Fora era prestada por uma ampla rede de hospitais psiquiátricos privados. Encontravam-se em funcionamento 1792 leitos, distribuídos em sete hospitais³. O componente extra-hospitalar funcionava de forma pouco resolutiva e, muitas vezes, apenas como campo de triagem para novas internações através de um ambulatório de psiquiatria do INPS, responsável pela emissão das AIH (MARQUES, 1986).

José Laerte Barbosa, psiquiatra que compunha o GT, pela Secretaria Estadual de Saúde, comenta que algumas intervenções foram feitas, antes mesmo de o SUS ser implantado, buscando a reorientação do modelo. Esta iniciativa pretendia ampliar as instâncias de atendimento extra-hospitalar no município.

Em 1986 houve um concurso para psiquiatras e psicólogos e quem era o coordenador de saúde mental era o Dr. Mario Sergio o único psiquiatra do estado, na região [...] com a realização do concurso a idéia foi ampliar os ambulatórios do estado, e foi um marco, porque contratou profissionais para a primeira estratégia extra-hospitalar no município (PSI 1).

Em abril de 1986, ocorreu um seminário na cidade, com o tema ‘Assistência em Saúde Mental nas AIS’. Este seminário subsidiou a formulação das propostas de descentralização e municipalização. Como resolução proveniente das discussões deste seminário, o GT transformou-se, a partir daí, na Comissão Executiva de Saúde Mental (CESM).

Em novembro do mesmo ano, a CESM organizou o ‘I Encontro Regional de Saúde Mental’ com o objetivo de realizar treinamento inicial de profissionais que comporiam as

³ Clínica São Domingos (240 leitos), Clínica São Domingos Filial (180 leitos), Casa de Saúde Esperança (450 leitos), Hospital Aragão Vilar (380 leitos), Clínica Serro Azul (190 leitos), Clínica Pinho Masini (132 leitos) e Hospital São Marcos (220 leitos).

equipes multidisciplinares, com vistas à formação de recursos humanos que alavancariam as modificações desejadas.

A CESM coordenou, em abril de 1987, o II Seminário de Assistência em Saúde Mental, com temática voltada para a organização das ações de saúde mental e com estabelecimento de sugestões para a política no setor, que foi apresentado à SES. Em outubro, desse mesmo ano, foi realizado o III Encontro Regional, que resultou no estabelecimento de critérios para as internações psiquiátricas em Juiz de Fora e região. Esta região abrangia dez municípios circunvizinhos, vinculados à Secretaria Estadual de Saúde, que direcionavam sua demanda para os hospitais psiquiátricos de Juiz de Fora (SHUBERT, 2001).

A proposta de reformulação da CESM respeitava os princípios preconizados pelas AIS - universalização, descentralização, hierarquização e regionalização - das ações de saúde mental. O nível básico seria responsável pela oferta de consultas ambulatoriais e a realização de um trabalho de prevenção nas comunidades, pelas equipes dos centros de saúde, que receberiam treinamento específico.

Um importante avanço foi a criação, também em 1987, do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), inserido no Pronto Socorro Municipal, com a criação de 30 leitos de curta permanência (72 a 120 horas), que seria aparelhado para se tornar a porta de entrada para a rede hospitalar. Também foi proposta a criação de 40 leitos no hospital geral Doutor João Penido (SHUBERT, 2001).

Segundo Mendes (2007), os debates em torno da questão da RP que se articulavam no país não atingiram Juiz de Fora de forma contundente. Os trabalhadores não ampliaram sua influência, não se articularam a outros grupos ou movimentos que viessem a possibilitar uma sustentação para as mudanças que haviam sido propostas. Estas medidas, inicialmente propostas, não lograram êxito. Questões políticas foram aludidas nos documentos que registraram a curta história da tentativa de reestruturação da Saúde Mental em Juiz de Fora,

entre 1986 e 1988, sem clara exposição de motivos, determinando a dissolução do grupo CESM

Na década de 1980, em Juiz de Fora, Barreto (2007, p. 10) também se refere a um sistema de saúde mental apoiado no modelo dos níveis de prevenção, “rigidamente hierarquizado, verticalizado, burocratizado, no qual aos técnicos não médicos é reservado um papel acessório”.

Essa opção pode ser ilustrada com o caso de Juiz de Fora, onde vigora há oito anos (e ainda com sinais de sobrevivência), um sistema de saúde mental ostensivamente apoiado no modelo dos níveis de prevenção, [...] infestado de protocolos de conduta, estruturado mediante uma sucessão de “filtros” (é esta a infeliz denominação dada às passagens reguladas por critérios de inclusão/exclusão aos níveis superiores da pirâmide do sistema) e no qual, apesar dos desmentidos retóricos, aos técnicos não-médicos é reservado um papel acessório (BARRETO, 2007 p.11)

Ainda que se buscassem transformações no setor e se encontrassem diversos antagonismos na implantação das ações, que há mais de duas décadas vinham sendo propostas, o paradigma que indicava a internação psiquiátrica como modelo hegemônico predominante no cenário nacional e, em particular no referido município, persistiu, a despeito das iniciativas com vistas às mudanças no modelo.

Em 1991, os hospitais psiquiátricos localizados no município ofereciam 603 leitos e este dado demonstra a cronificação e o hospitalocentrismo, contradizendo o expressivo Movimento da Luta Antimanicomial, que se expandia em outros locais do Brasil.

Tal peculiaridade, afirma Shubert (2001, p.28), fez com que Juiz de Fora “marchasse na contramão, caracterizando-se pela indiferença dos trabalhadores frente à premência do estabelecimento de novas práticas” e, dessa forma, o caminho que deveria ser trilhado pelas políticas institucionais locais não acompanhou as propostas nacionais, para que se efetivasse a rede de substituição ao manicômio.

Assim, o interesse privado pôde ser preservado, uma vez que, segundo Mendes (2000), os donos de hospitais privados trabalhavam também no setor público municipal exercendo cargos no planejamento e trabalho técnico.

A despeito dessa temporária estagnação nas políticas do município, mudanças ocorreram em nível estadual e, estas determinaram as intervenções ocorridas a partir de 1991 em todo o Estado de Minas Gerais, incluindo-se a cidade de Juiz de Fora.

Dessa forma, profissionais da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais realizaram, em 1991, um estudo diagnóstico acerca do panorama da assistência à saúde mental no município de Juiz de Fora, no qual foi possível constatar a existência de modelo de atenção principalmente centrado no hospital psiquiátrico. Esse trabalho tinha como objetivo “promover a reorientação e reorganização dos serviços e recursos existentes no setor da assistência psiquiátrica do Estado de Minas Gerais” (JUIZ DE FORA, 1992, p.1).

Os técnicos responsáveis pelo referido diagnóstico desabonaram o paradigma reducionista em que a assistência mental se pautava, tendo sido indicado pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) que caberia ao município a responsabilidade de criar serviços intermediários e viabilizar a efetivação das mudanças necessárias (JUIZ DE FORA, 1992, p.1).

Em 1999, foi realizada uma auditoria nos hospitais do município e tal procedimento gerou um documento denominado Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental. Neste relatório, ficou constatado que havia grande número de leitos hospitalares e de pacientes asilares em Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 1992).

A inspeção foi mediada pela aplicação de questionários previamente elaborados nos estabelecimentos hospitalares, em que os seguintes itens foram avaliados: rede física instalada; infraestrutura; recursos humanos e a revisão do quantitativo de internações, tempo de permanência e diagnóstico dos pacientes internados nos hospitais públicos e conveniados da rede de Juiz de Fora (SHUBERT, 2001).

Mendes (2007) relata que, nessa ocasião, foi feito um diagnóstico da situação e as equipes de auditoria examinaram 4.227 dos 6.559 pacientes internados naquele período,

concluindo que 82% da população internada poderiam se beneficiar do atendimento ambulatorial, sob o ponto de vista clínico. Tal conclusão apontava para a emergência da criação dos dispositivos extra-hospitalares.

Mendes (2007) relata que, entre os hospitais vistoriados, nenhum atendeu às normas técnicas do MS, apresentando-se inadequados para o funcionamento como previsto nas portarias 189/92 e 224/92, que incluem, entre outros: novos procedimentos nas tabelas: prazo máximo de 45 dias para pagamento de AIH psiquiátricas e restrição de seu número para cada estado.

Após esta auditoria, foi elaborado um relatório propondo que medidas deveriam ser tomadas, em prazos suficientemente curtos, dando início à desconstrução do aparato manicomial e a construção dos serviços substitutivos (MINAS GERAIS, 2006).

Além da indicação para a implantação da rede de serviços substitutivos ao manicômio, considerava-se a permanente necessidade de racionalizar emissão de guias de internação ao longo de todo o mês, e, também, propor a organização da porta de entrada para as internações psiquiátricas. Tal meta suscitou a criação de uma Central de Vagas com o objetivo de centralizar o controle de emissão de laudos, uma vez que as vagas para internações se esgotavam nos primeiros 15 dias (SHUBERT, 2001).

O efeito negativo da assistência psiquiátrica manicomial no município certamente repercutiria de forma desfavorável na avaliação das autoridades estaduais, responsáveis pela fiscalização dos serviços de saúde em âmbito municipal. Portanto, foi indicada imediata reforma ou o fechamento, caso não houvesse adequação às normas ministeriais, e, foi também recomendado no relatório proveniente das avaliações feitas, a redução de cerca de 3.000 leitos (MENDES, 2000).

Assim, procedeu-se à significativa diminuição do número de leitos psiquiátricos dos hospitais privados, criação de novos serviços e adaptação de seis hospitais, com objetivo de

adequação destes serviços a um patamar mais digno, interferindo nas condições desumanas do tratamento dispensado. Um hospital psiquiátrico – Dr. Pio Mazine – deixou de funcionar por não atender aos requisitos da vistoria (SHUBERT, 2001).

Para que se pudesse reduzir os leitos hospitalares para internação, fazia-se necessário cumprir as determinações legais e criar os dispositivos em Saúde Mental, como já designado no Projeto de Lei N° 3657; na portaria 224/92 (BRASIL, 2008); e no Plano Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 1992).

Em 1992, ocorreu nova tentativa de reorganizar a rede de atenção em Saúde Mental e, para isso, foi instituída uma Comissão Municipal de Saúde Mental (CMSM), de caráter multiprofissional, que contou com uma enfermeira; uma psicóloga; um assistente social; 35 psiquiatras e um neurologista pelo então Secretário Municipal de Saúde, Agenor Lawal, com o compromisso de “elaborar propostas técnicas que redefiniram a assistência em saúde mental na cidade de Juiz de Fora, estruturando assim uma política de saúde mental para o município” (JUIZ DE FORA, 1992, p.1).

Neste contexto, em 1992, foi elaborado pela CMSM o Plano Municipal de Saúde Mental (PMSM) e aprovado na I Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. Ao elaborar as propostas de atuação na saúde mental, a CMSM relatou que seguiu as diretrizes da política nacional, esboçadas na Portaria N° 224/92.

O grupo constatou que os documentos oficiais, nacionais e estaduais, de planejamento na área de Saúde Mental, destacavam a centralização da assistência hospitalar como recurso terapêutico principal e sugeriam o incremento nos dispositivos extra-hospitalares. Em Juiz de Fora, não foi diferente, afirmava a CMSM, nos preâmbulos do plano. Assim, a assistência ao usuário contava com recursos mais que suficientes no setor terciário, insuficientes em nível intermediário e inexistentes para o nível básico.

A CMSM ressaltou ainda que, no município, os recursos humanos para a assistência mental eram desproporcionais, com predominância de médicos. Dessa forma, o município, em 1992, contava com, aproximadamente, 30 psiquiatras em atendimento ambulatorial e uma única equipe de saúde mental, que buscava desenvolver um trabalho multidisciplinar (JUIZ DE FORA, 1992).

Embora o referido plano não fizesse menção à redução de leitos em hospitais psiquiátricos, considerou, ao elaborar os parâmetros previstos para internações, as Portarias Nº 189 e 224, que propunham um incremento na criação dos dispositivos extra-hospitalares e a ampliação de leitos em Hospital Geral para tratamento de usuários com transtorno mental, o que representava um avanço.

A partir das sucessivas auditorias na área de Saúde Mental no município, ficou constatada a desorganização da porta de entrada da rede hospitalar conveniada com a Psiquiatria. Assim, em Juiz de Fora, as vagas para internações se esgotavam nos 15 primeiros dias. Como causa para este fenômeno, foram apontadas pela CMSM, as práticas profissionais que privilegiavam o recurso hospitalar e a ausência de dispositivos terapêuticos intermediários.

Para racionalizar as AIH distribuídas ao longo de todo mês, houve a proposta de implantação de uma ‘Central de Vagas’ que centralizou o controle de emissão de laudos para a internação, além de considerar a escolha do hospital feita pelo próprio usuário, promovendo o rodízio nos hospitais. Este controle visou à aplicação das normas do MS, estabelecendo maior rigor nas internações abusivas e desnecessárias, que sempre extrapolavam a cota dimensionada para o município (JUIZ DE FORA, 1992, p. 15).

Apesar das diretrizes das portarias nas quais o plano se baseou, não constaram da proposta aspectos fundamentais como: territorialização, atendimento de crises ou urgências, reabilitação psicossocial e intervenção cultural, para estabelecimento de uma concepção

antimanicomial. Buscou-se, tão somente, cumprir alguns parâmetros estabelecidos pelas portarias do MS cuja função era garantir a regulamentação destas experiências, que se anteciparam ao interesse político-administrativo. Dessa forma, não foram concebidos como serviços substitutivos, como real estratégia à desconstrução do modelo manicomial (MENDES, 2007, p.10).

Assim, a autora *op. cit.* (2007, p.11) revela que Juiz de Fora dependia da iniciativa institucional para que, efetivamente, alterasse a lógica manicomial. A autora assegura ainda que, até 1991 não se conseguiu organizar movimentos, quer de trabalhadores, quer de usuários ou familiares, que respaldassem mudanças afinadas com a política de saúde mental.

Diante desta conjuntura, que propunha reformas graduais no sistema de saúde, foi criado em 1994, em Juiz de Fora, o Instituto de Saúde Mental (ISM), órgão que passou a gerenciar os recursos do setor.

Havia no município, desde 1993, a proposta de criação de um CAPS. O que havia, desde 1991, era um Projeto de Atenção ao Paciente Psicótico – PAP. Em março de 1994, a proposta foi aprovada pelo Ministério da Saúde, e, assim, foi criado o CAPS Casa Viva. Este era gerido pela Organização não Governamental (ONG) Associação Casa Viva, que obteve financiamento da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) referente aos projetos enviados. A Associação Casa Viva é uma entidade civil filantrópica que tem por finalidades, entre outras, conforme estatuto registrado em junho de 1996, promover o exercício da cidadania; estimular ações e práticas alternativas ao modelo hospitalocêntrico; financiar ações e projetos que ofereçam respostas mais efetivas às necessidades de moradia, estudo, lazer e cultura (JUIZ DE FORA, 1996).

Os projetos do CAPS eram enviados pelos técnicos para o MS e, uma vez aprovados eram custeados pelo MS. Entretanto, por meio da ONG Associação Casa Viva, passou-se a captar e disponibilizar recursos para as oficinas terapêuticas, entre outras demandas do CAPS,

sem que fosse necessário seguir os trâmites burocráticos da prefeitura, no que diz respeito ao tempo entre a solicitação e a compra de materiais (MENDES, 2000).

O CAPS Casa Viva – CAPS/JF, afirma Mendes (2000), é fruto de um projeto institucional da Prefeitura, que visava oferecer tratamento extra-hospitalar para usuários dos serviços de saúde mental de Juiz de Fora. Porém, o contexto sociopolítico de criação do CAPS/JF não foi favorável para que este funcionasse na substituição às internações psiquiátricas, nem parecia ter sido essa a intenção. A grande maioria dos encaminhamentos de pacientes ao programa era feita pelos psiquiatras que atendiam em ambulatórios da rede pública; muitos deles atuavam, também, nos hospitais psiquiátricos.

Segundo Marques (1996), o CAPS/Juiz de Fora surgiu como resposta ao planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, que previa em seu PMSM a criação de estruturas intermediárias entre o hospital e o ambulatório tradicional. Entretanto, em pouco tempo, o CAPS esgotou sua capacidade de absorver a demanda devido à grande procura pelo serviço.

Pressionado pela demanda, em determinado momento, o CAPS/JF chegou a atender 130 usuários e a equipe optou por simplificar o processo assistencial para dar conta do aumento da demanda. O número de usuários assistidos também foi reduzido, em média, à metade. Mendes (2000, p 43) afirma que “os técnicos do CAPS estavam absorvidos apenas pelas atividades de assistência, ficando desprovidas áreas de estudo, formação e pesquisa que, no início de seu funcionamento, foram privilegiadas” e tal fato também influenciou a simplificação do processo assistencial e a redução do número de usuários.

Como parte da reestruturação dos Serviços de Saúde Mental no município de Juiz de Fora, destinou-se em 1997, à assistência de nível secundário, os Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM), que contavam com equipes multiprofissionais. Os técnicos destes Centros deveriam confirmar diagnósticos e instituir tratamento para os usuários provenientes das unidades básicas de saúde, que, após o atendimento especializado,

retornariam ao seu local de origem. Essas condutas eram registradas em impressos padronizados de referência e contrarreferência e prontuários que os acompanhavam em seus deslocamentos entre os níveis primários e secundários de atenção à saúde (HECKERT, 2002).

Também em nível secundário, foram criados os Programas Especiais em Saúde Mental, PROESAM, que ofereciam tratamento segundo patologias classificadas pelo Código Internacional de Doenças (CID 10), de abrangência destes programas, tais como: Transtorno da Ansiedade, Transtorno da Depressão e Distúrbio Bipolar e o Programa de Atenção ao Dependente Químico (PADQ) (HECKERT, 2002).

Quanto ao nível terciário, a partir de abril de 1997, foi criado o já mencionado Serviço de Urgências Psiquiátricas (SUP), que contava com 12 leitos fixos. O Hospital Regional João Penido (HRJP) oferecia 16 leitos, dos 40 que haviam sido anteriormente propostos para pacientes psiquiátricos e os hospitais exclusivos para internações psiquiátricas, em número de sete, totalizavam 1136 leitos (RIBEIRO, 2003).

Em relação à inserção da Saúde Mental na atenção básica, o ISM implantou, em 1997, experimentalmente, as ações de saúde mental em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Juiz de Fora, as quais previam um sistema regionalizado, descentralizado e hierarquizado no município, e as equipes destas unidades foram capacitadas para o atendimento em saúde mental (RIBEIRO, 2003).

Ocorreu no município a II Conferência Municipal de Saúde Mental, em 21 de agosto de 1999, tendo como tema geral 'Ética e cidadania na construção de uma Rede de Assistência à Saúde Mental', priorizando a discussão nos termos da Atenção primária em Saúde Mental e suas decorrências na rede de assistência.

Assim, o nível básico tornou-se responsável pelas consultas ambulatoriais e pela realização de um trabalho preventivo nas comunidades através das equipes dessas unidades básicas de saúde, que receberam treinamento específico, com vistas a reduzir o

encaminhamento de transtornos leves e encorajar a referência seletiva de transtornos mentais, dependendo do grau de complexidade e da demanda por especialização (MENDES, 2000).

Quanto às ações de saúde mental na atenção básica, Amarante (2000, p 115) acredita que estas podem substituir as práticas asilares com atitudes de respeito às diferenças e atenção ao subjetivo, e tal reversão de saberes e práticas possibilita um constante recriar e aprender, enfocando o real direito do usuário ao cuidado em um novo contexto, o da cidadania. Esta condição não permite a exclusão, a violência e a discriminação e se propõe a oferecer ajuda no sofrimento psíquico e na possibilidade de ser sujeito, “um sujeito de desejos e projetos” (AMARANTE 2000, p. 115).

Para isso, uma importante ferramenta foi o PNASH/Psiquiatria, cuja avaliação em Juiz de Fora passou a partir de 1992 a ocorrer de forma sistematizada, e o processo levava em consideração, inclusive, os depoimentos dos internos dos hospitais avaliados. Além disso, seguia-se o preconizado na Portaria GM N° 251/02: os hospitais que não obtivessem percentual mínimo de 61% na pontuação teriam o prazo de 90 dias, a contar da publicação dos resultados, para se readequarem às exigências feitas a partir das avaliações. Decorrido esse prazo, seria feita nova vistoria nestes hospitais, para que pudessem ser reclassificados (BRASIL, 2003).

Outro aspecto da qualificação da assistência diz respeito à instituição, em 2001, de uma comissão, da qual fazia parte uma enfermeira, lotada no ISM, para realizar o recenseamento dos usuários que, até a década de 1990, vinham sendo mantidos, ininterruptamente, em regime de internação psiquiátrica no município.

A partir desta iniciativa, a equipe pôde conhecer cada indivíduo internado, observando que entre eles muitos desejavam a desospitalização e reuniam condições para tal, solicitou ao MS a implantação de projetos específicos para esta população, tais como a implantação de

Residências Terapêuticas, tema do presente estudo, que ainda não existiam no município (MENDES, 2000).

Estas deveriam estar localizadas próximas a uma UBS, cuja equipe se responsabilizaria pelo cuidado em saúde, incluindo a saúde mental dos antigos internos, considerados ‘asilares’, e, a partir desta iniciativa, passariam a residir no território.

Dessa forma, as RT estariam imersas na comunidade e a ESF tornar-se-ia referência para a assistência destes indivíduos, sendo pilar fundamental para a assistência do morador, e se mantendo articulada em rede. Nas RT, as atividades desenvolvidas com os moradores deveriam estar articuladas, também, às equipes de referência dos CAPS, segundo critérios de territorialização.

Estas redes assistenciais teriam como principal função garantir o suporte terapêutico necessário a cada morador, bem como lhe serem agenciadas formas e recursos para a reabilitação psicossocial, contribuindo para o desenvolvimento de potenciais latentes, que pudessem gerar emprego e renda e oportunizando sua participação e inserção na comunidade (MENDES, 2000).

CAPÍTULO II - AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM JUIZ DE FORA- MG E A ENFERMAGEM

2.1 Políticas públicas nacionais e iniciativas municipais para criação das Residências Terapêuticas.

A revelação das condições desumanas com que eram tratados os portadores de transtorno mental foi um fator determinante para que a sociedade, como um todo, buscasse as transformações desse modelo através de um dispositivo jurídico, com vistas a uma RP enquanto política pública de saúde.

Inicialmente, tornou-se premente a questão: o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza? (BRASIL, 2004).

Segundo Delgado (1999), para a adaptação a uma vida livre e cidadã, as moradias transitórias, assistidas por uma equipe terapêutica e vinculadas a uma instituição são fundamentais nesse processo.

Vasconcelos (2010) afirma que as residências têm um papel fundamental na desospitalização, pois, sem estas, muitos usuários sem qualquer suporte social ou familiar poderiam acabar vivendo nas ruas – ou inseridos em outras instituições fechadas. Guljor (2003, p.66) refere-se a esta população como “*homeless*”, para identificar os ‘sem-moradias’, entregues à sorte por todos os cantos do país, após altas apressadas, sem suporte assistencial e social aos egressos.

Dessa forma, surgem no Brasil, na década de 1990, com maior relevância em São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, iniciativas pioneiras de desinstitucionalização de pacientes crônicos, utilizando-se de moradias assistidas⁴, e estas experiências geraram fundamentos para a elaboração da Portaria Nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR) no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

Voltadas para a reinserção dos internos de longa data no espaço urbano e na comunidade, tais iniciativas tiveram, também, a função de demonstrar, empiricamente, a viabilidade da substituição de leitos hospitalares por residências no espaço comunitário ou lares abrigados, sendo sua importância estratégica ressaltada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (BRASIL, 2004).

⁴ Lares abrigados e moradia assistida foram denominações utilizadas para este tipo de iniciativa que oferecesse moradia para os egressos de internação psiquiátrica, antes da portaria GM 106/00, que designou o termo ‘Serviço Residencial Terapêutico’.

Delgado (1999, p.1) considerou a transformação dos lares abrigados em projeto oficial do estado como uma etapa fundamental na desinstitucionalização. Esta demanda se encontrava, desde 1996, na pauta do Conselho Nacional de Saúde, através do Projeto de Apoio à Desinstitucionalização, tendo levado quatro anos para que fosse efetivado, o que ocorreu apenas em 2000.

A redução dos investimentos financeiros do MS no âmbito hospitalar levou a uma redução dos leitos e a indisponibilidade de recursos afetou os hospitais, uma vez que os recursos tornaram-se insuficientes para suas necessidades. Esta diminuição de leitos fez com que a rede de atenção à saúde mental iniciasse uma importante expansão, evidenciada através do aumento do número de dispositivos extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

Segundo Delgado (1999), a Lei Nº 10.216/01 obriga o Estado a eleger os tratamentos abertos como prioritários, o que necessariamente, implicaria no tipo de aplicação que se faria dos recursos públicos destinados à criação e consolidação da rede de saúde mental.

Destaca-se, para este estudo, que os SRT integram a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico mediante política de saúde mental do MS, através da Portaria GM Nº106/00. Estas casas devem se localizar em espaço urbano, cabendo-lhes um papel fundamental na desinstitucionalização dos indivíduos, por longo período internados em hospital psiquiátrico (BRASIL, 2004).

As RT buscam cumprir objetivos, diretrizes e princípios assim sintetizados: serem centradas nas necessidades dos usuários; buscarem sua autonomia nas atividades cotidianas; promoverem a inserção social por meio de programas de alfabetização, geração de emprego e renda, mobilização de recursos comunitários, estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários, respeito ao indivíduo como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2004).

Para isso, esse dispositivo deve oferecer a inserção dos moradores à vida comunitária, promovendo a autonomia social para uma população que, em geral, não possui vínculos familiares que lhe dêem suporte, nem possibilidade de moradia fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2004).

Os indivíduos que podem ser usuários das RT são portadores de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial; pessoas em acompanhamento nos CAPS para as quais o problema da moradia é identificado por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico (BRASIL, 2004, p. 8).

Este dispositivo residencial pode servir também de apoio a usuários de outros serviços em saúde mental, como os dependentes de álcool e outras drogas que não possuam suporte familiar e social, ainda que usuários sem histórico de internações prolongadas (BRASIL, 2004).

Considerando as diversas populações, no manual elaborado pelo MS em 2004, foi considerado que, no Brasil, há um grande número de potenciais beneficiários destas residências e isso aponta para a necessidade de expansão do seu número de modo a reduzir a segregação e aumentar a reinserção social dos pacientes (BRASIL (d), 2004).

Em 2001, no Brasil, viviam 62 mil pessoas em hospitais psiquiátricos e, com base nos cálculos do Ministério da Saúde, Furtado (2005) relata que 30% do número de leitos ocupados permanentemente nos hospitais psiquiátricos são por pacientes crônicos que poderiam deixar o hospital e viver em uma RT. E ainda considera que, possivelmente, uma fração dessa população teria alternativa, como a reinserção familiar, por exemplo.

A partir dessa análise, em 2001, no Brasil, pode-se considerar uma clientela potencial para novas RT de aproximadamente 18.000 moradores, logo, se cada residência for ocupada com oito moradores, teríamos que ter, em 2001, 2.250 RT. Entretanto, em 2002, havia no Brasil, 85 residências e, em 2004, 272 cadastradas com 1.363 moradores (BRASIL, 2004, p.1), o que evidencia a função precípua das residências no processo de desospitalização, uma vez “que se contrapõem à tão propalada e, para alguns insubstituível, ‘hospitalidade’ do hospital psiquiátrico”, além de se constituírem em uma assistência integral e eficaz para a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p.104).

Assim, com a Portaria GM 106/00 e a Lei n.10.216/01, para aqueles que definem como guias de vida e trabalho, é premente multiplicar tais serviços e distribuí-los pelo país (VASCONCELOS, 2001). Esta é a tarefa de todos aqueles que, no campo da saúde mental, buscam pautar sua vida e seu trabalho nos valores da democracia, da cidadania criativa e da dignidade humana, assegura Vasconcelos (2001). Fassheber e Vidal (2006) também explicam que as RT se constituem, prioritariamente, em um espaço de moradia e de trocas sociais, configurando, para o sujeito que ali habita, um lugar de sujeito de direitos.

Ferreira (2003, p.179) considera a escassez de moradia um grande obstáculo à desospitalização, face ao grande número de pacientes asilados. A autora considera pertinente mostrar que muitos destes pacientes asilares poderiam viver em pequenas casas, conviver harmoniosamente com a vizinhança e a um custo menor para o governo.

Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. A organização em rede “é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais” (BRASIL, 2005, p.11). Assim, não são apenas os equipamentos de saúde, que irão promover a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. Esta rede prevê recursos afetivos - relações

peçoais, familiares, amigos. Além de outros como: sanitários, jurídicos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer que, sinergicamente, contribuem com equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2005).

Segundo o MS, a organização desta rede se pauta na noção de território, o que não representa somente uma área geográfica. Este conceito se amplia em todos os espaços que servem de cenário para a vida comunitária, com todos os seus componentes, saberes e forças concretas que propõem soluções, apresentam demandas e constroem objetivos comuns. Trabalhar no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

As RT são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. O MS, a título de incentivo, repassa recursos financeiros para os municípios, que planejam a implantação de RT. Para cada morador transferido para a moradia, igual número de leitos psiquiátricos é descredenciado do SUS e os recursos financeiros originários das AIH são realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência de Saúde Mental. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários. Também é repassado um subsídio para seu custeio mensal (BRASIL ©, 2004).

Quanto à expansão da rede e seu financiamento, Delgado (2001, p.7) informa que:

Temos que resolver o nosso dever de casa fundamental que é tirar as pessoas dos hospitais psiquiátricos, fazer com que elas possam ser assistidas nos serviços de atenção diária, resolver o problema dos financiamentos destes serviços, de tal maneira que isso não seja uma tarefa impossível para os secretários de saúde. Temos que criar mecanismos de financiamentos regulares para que a construção de uma política de saúde mental possa ser efetivada. É a partir dessa base concreta de uma oferta de serviços nós podemos discutir permanentemente a ampliação do campo da Saúde Mental.

Além destes, outros desafios se relacionam à implantação das RT, estes consistem em aumentar o número de residências, e entre os entraves, segundo Furtado (2006), estão aqueles

referentes à ordem política, à gestão e à falta de *know-how* por parte das equipes para o acompanhamento das residências. As questões políticas intervêm fortemente no avanço da reforma psiquiátrica e ainda influenciam a permanência e o entusiasmo de profissionais que se dispõem ao trabalho no setor. Os desafios são enormes, mas não se volta atrás, “a desinstitucionalização se torna uma exigência ética, institucional, técnica e social”, afirma a enfermeira Sonia Barros, consultora do Ministério da Saúde (DOMINGUEZ, 2010).

Assim, Ferreira (2003, p. 179) afirma que a organização dos serviços não manicomiais, em específico as Residências Terapêuticas, traz uma vivência desafiadora na construção de um novo olhar sobre a assistência psiquiátrica e seu planejamento.

O Relatório final da 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental, realizada em 1991, em Juiz de Fora propunha a descentralização dos serviços e a implantação de uma nova política de Saúde Mental. Para tanto, em seu contexto, afirmava que se deveria fortalecer o setor público municipal, com controle efetivo de todos os níveis de atendimento, com investimentos prioritários nos níveis primários e secundários (JUIZ DE FORA, 1991).

O referido relatório prosseguia afirmando que “a desospitalização do doente mental não podia ser inconsequente” e, na alta hospitalar, os pacientes deveriam ter atenção adequada, para que se atenuassem os riscos de “marginalização, de posturas regressivas e dependentes, que poderiam gerar cronificações e reinternações precoces” (JUIZ DE FORA, 1991, p.2).

No entanto, segundo Mendes (2007), os recursos financeiros economizados com a desospitalização no município não eram destinados à rede substitutiva ao tratamento hospitalar, resultando na precarização do atendimento.

Arbex (2005) considera grave a situação de uma desospitalização sem que a preceda a rede extra-hospitalar de cuidados para o portador de sofrimento psíquico. Assim aponta para a

extinção de 1.142 leitos no município, nos últimos 20 anos, sem que esta redução tenha sido acompanhada da rede de atendimento capaz de substituir o modelo hospitalar.

Para Mendes (2007) o poder público municipal tentou implantar um processo de desospitalização, porém, este foi considerado desastroso. Os serviços ambulatoriais foram constituídos sem ampliação e treinamento dos trabalhadores e os atendimentos estavam pautados pela prática psiquiátrica tradicional de medicalização e internação dos casos mais graves que necessitavam da atenção intensiva.

Como o município não atingiu um nível de organização social que permitisse constituir um movimento pró Reforma Psiquiátrica, as medidas que visavam suprir as graves deficiências acumuladas (como insuficiência de serviços públicos, de número de trabalhadores, ausência de qualificação, dentre outros) dependiam exclusivamente das iniciativas institucionais, submetidas à vontade política que determinava as prioridades do momento e aos interesses divergentes. O corporativismo presente neste meio tornou alvo da ofensiva privatizante ou do conservadorismo profissional e acadêmico as medidas possíveis, que tinham como objetivo o reordenamento da rede assistencial, com vistas a torná-la pública e substitutiva ao aparato manicomial (MENDES, 2007, p.114).

Até 1992, havia no município uma “política de privilegiamento da internação hospitalar como recurso terapêutico principal” e não havia nenhum serviço que oferecesse atenção primária à saúde mental (JUIZ DE FORA, 1992, p2).

A partir de então, uma Comissão de Saúde Mental, designada pelo Secretário Municipal de Saúde de Juiz de Fora inicia a estruturação de uma política de Saúde Mental para o município. A comissão era composta de seis médicos; um assistente social; uma psicóloga e uma enfermeira, com o objetivo de elaborar propostas técnicas.

Conforme consta do Relatório da I Conferência Municipal, a Comissão Municipal de Saúde Mental ficaria incumbida da elaboração de um Plano Municipal de Saúde Mental (JUIZ DE FORA, 1992). As propostas contidas neste plano estariam em consonância com o disposto na Portaria Nº 224/92 e apontariam para a integralidade, para o incremento na atenção primária e privilegiamento do componente extra-hospitalar (JUIZ DE FORA, 1992, p. 2).

Por outro lado, o executivo municipal e demais gestores daquele governo exercia influência quanto aos encaminhamentos das várias denúncias de maus tratos contra pacientes

em hospital psiquiátrico, que chegaram ao Conselho Municipal de Saúde e não eram levadas adiante. Além disso, o CAPS não era entendido com a devida importância na rede de assistência extra-hospitalar (JUIZ DE FORA, 2006)

Os depoimentos a seguir corroboram com esse ponto de vista:

[...] não foi dado naquela época, prioridade ao CAPS. Nós tínhamos apenas um CAPS que continuou as duras custas. Este era mantido por uma ONG – Associação Casa Viva, pois o poder público não acreditava que o CAPS pudesse ser um local de tratamento principalmente dos casos mais graves. No ano 2000- 2005, os cinco hospitais que nós tínhamos continuaram abarrotados de pacientes (PSI1)

Em JF, nesse ínterim foi criado o CAPS do HU que nunca teve impacto nenhum na assistência aos pacientes de JF. Mas não conseguiam credenciá-lo, sempre tinha um problema; tinha uma dificuldade... Os próprios gestores não conseguiam a documentação necessária para o credenciamento, o fato é que o CAPS HU não tinha impacto na assistência de JF (PSI1).

Eu acho que a reforma teve um avanço com o CAPS e com as duas residências. Poderia ter avançado mais... Por que não? Era uma questão política maior: a dos gestores viabilizarem novos CAPS. Temos o CAPS Casa Viva e o da UFJF, mas os CAPS são insuficientes para os pacientes internados. Hoje, houve um avanço, a proposta da Reforma Psiquiátrica proposta por Paulo Delgado é muito importante, mas, em Juiz de Fora, estamos muito aquém destes avanços. Os gastos para se manter um paciente no CAPS são enormes. Apesar de tudo, a prefeitura incentivava... Porque você fala de desospitalização e desinstitucionalização... E daí tem que oferecer condições fora do hospital e ter retaguarda que são os CAPS lá o paciente chega às 8:00 horas: tem café, reunião, “Bom dia” como foi a noite? (ENF2).

Quando surgiu o instituto [Instituto de Saúde Mental, em 1994] tivemos capacitação. Ai, veio gente de fora para a criação do CAPS e essa primeira fase era supervisão em serviço com a coordenação do Mário Sergio. Formou-se um grupo de estudos para fazer esse primeiro momento com as unidades de saúde, depois o instituto virou departamento, pois a situação era de gerenciar a saúde mental no município, era basicamente isso. (ENF2).

Na avaliação de Mendes (2007), o CAPS Casa Viva não se constituiu enquanto um dispositivo substitutivo, só pôde se efetivar como um serviço voltado para a convivência entre usuários, técnicos, estagiários, funcionários e alguns familiares, além dos atendimentos, em sua grande maioria, individuais prestados pelos profissionais que compunham a equipe.

Na visão de Amarante (2007, p. 56), a expressão ‘substitutivo’ caracteriza o conjunto de estratégias que, efetivamente, tomam o lugar das instituições psiquiátricas tradicionais e que não eram apenas paralelas, simultâneas ou alternativas às mesmas.

Ocorreu, no município, em agosto de 1999, a II Conferência Municipal de Saúde Mental. Esta contou com a participação da coordenadora nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Ana Maria Fernandes Pitta, do coordenador municipal de Saúde Mental do Rio de Janeiro, Pedro Gabriel Godinho Delgado e do, então, Deputado Federal e professor Paulo Godinho Delgado (ARBEX, 1999). O debate promovido nesse evento favoreceu a proposição de uma política mais condizente com os pressupostos da reforma psiquiátrica no município. Contudo, a despeito de o relatório final documentar os anseios dos participantes desta conferência, isso não significou que as resoluções ali contidas foram implantadas (MENDES, 2007).

O Diretor do ISM da SMS, Alfredo Salomão Neto, explicou, que a partir de 1999, a meta para Juiz de Fora era promover a desospitalização do paciente e ampliar a rede extra hospitalar e que, na atenção primária, o atendimento estava sendo feito em 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS), após os funcionários receberem treinamento e assistência pedagógica de especialistas para lidarem com os portadores de transtorno mental, neste nível de assistência (ARBEX, 1999).

Juiz de Fora já se encontrava, desde 1992, dividida em regiões sanitárias, conforme proposta da estratégia de territorialização para designar um sistema local de saúde (SILOS), de acordo com parâmetros da Atenção Primária Saúde (APS). Assim, a população dos bairros que requeria cuidados em Saúde Mental vinha sendo atendida nas UBS e, quando necessário, de acordo com a hierarquização, referenciadas para os CRRESAM (ARBEX, 1999).

Com isso, garante o diretor da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, em 1999, “houve redução em 30% das internações psiquiátricas no município”. Salomão afirmou também que “o que se buscava era oferecer melhor qualidade de atendimento com ênfase na atenção básica e democratização do acesso” (ARBEX, 1999).

Para que se continuasse efetivando a política de desospitalização em Juiz de Fora, que, em 1999, contava com 700 leitos hospitalares psiquiátricos, foi designada uma comissão que iniciou um recenseamento dos internos através de avaliação psiquiátrica, social e psicológica, com vistas a efetivar a desospitalização (MENDES, 2000).

A esse respeito, uma depoente tece o seguinte esclarecimento:

Eu fiz o primeiro grande “PNASH” em 2002, foi o primeiro grande impacto! Foi a nossa primeira entrada no hospital. Era uma equipe da coordenação estadual, de Belo Horizonte que foi acrescida de técnicos da cidade. Era um ônibus que chegava aos hospitais... Menina!! A gente chegava e os funcionários achando que o hospital ia acabar, que iam perder o emprego... Era essa a expectativa. Fazíamos a avaliação de prontuário em prontuário. Este foi o primeiro diagnóstico que foi feito para saber quem eram esses usuários, pois pouco se sabia deles. A lei já era discutida, mas ainda era projeto [Nº 3657]. (ENF2)

Ainda nesse contexto, o jornal Tribuna de Minas , em 18 de março de 2003, em uma matéria intitulada ‘Técnicos iniciam avaliação de hospitais e Profissionais querem saber se ressocialização do paciente é prioridade’, noticia que em 2002 os hospitais de Juiz de Fora ficaram na média mínima estabelecida pelo PNASH, que é de 61 pontos (ARBEX, 2003, p.3).

Nesta ocasião, o promotor Carlos Ari Brasil ressaltou que, a partir das irregularidades encontradas nas vistorias, o Ministério Público (MP)⁵ iria focar a sua área de atuação. Porém ainda se considerava que o objetivo destas avaliações “não era interditar hospitais, mas fazer com que melhorassem”. Esta afirmação justificava a premissa: “para estes hospitais a evolução do atendimento não é apenas uma questão de cidadania dos pacientes, mas de sobrevivência nos seus negócios” (ARBEX, 2003, p.3).

O administrador Lopes Ramos, de um dos hospitais apontados para o descredenciamento, atribuiu o baixo desempenho à falta de recursos e aos valores reduzidos das diárias hospitalares. E, contraditoriamente, assegurava: “mas estamos tranquilos porque temos feito investimentos constantes” (ARBEX, 2003, p.3).

⁵ Órgão estatal eleito constitucionalmente como instituição permanente, incumbindo-lhe a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, como a vida; a dignidade da pessoa humana e a saúde. O MP passou a ser o destinatário da comunicação das internações psiquiátricas involuntárias; o tempo e a frequência das internações, além de acompanhar o funcionamento dos hospitais e os direitos de cidadania do portador de transtorno mental (IFB, 2004).

O então gerente de Atenção Secundária à Saúde do município de Juiz de Fora, Ivan Chebli, relata em 15 de agosto de 2003, no Jornal Tribuna de Minas, em matéria jornalística intitulada “JF mostra deficiência para tratar doentes mentais”, que a programação da assistência hospitalar nunca teve uma verba específica, enfatizando que, na prática, os recursos que poderiam ter sido utilizados na construção de uma rede de serviços mental, a chamada rede substitutiva, na qual se incluem as RT, haviam sido diluídos com gastos em internações nas clínicas médica, cirúrgica e obstétrica (ARBEX, 2003).

De acordo com a dificuldade de manter o padrão do setor terciário na Saúde Mental, afirma o diretor clínico de um dos hospitais do município: “o hospital está sendo asfixiado pela falta de recursos. Todos os hospitais estão trabalhando no vermelho, em situação pré-falimentar”. Na mesma matéria, a administradora de outro hospital garante: “fazemos o melhor trabalho que podemos e só não temos condições de oferecer mais por causa da diária paga pelo SUS, de R\$ 24,00/dia para pagar médico, exames e hotelaria. Não vou maquiagem o hospital” (ARBEX 2005).

Por outro lado, a Coordenação Nacional de Saúde Mental passou a destinar maior parte dos recursos, a partir de 2001, para a criação da rede extra-hospitalar, que, se bem utilizada seria ampliada de forma significativa e cumpriria com a missão de ser um suporte na rede de assistência à Saúde Mental, com vistas à substituição gradativa ao hospital psiquiátrico.

Certamente, a falta de verba específica e a não priorização de serviços de saúde mental extra-hospitalares levaram ao descumprimento das leis, à morosidade e à falta de investimento, portanto, levou-se mais tempo para que serviços fossem implantados e se estabeleçam, com o aporte de recursos necessários (ARBEX, 2005).

Com isso, houve a indicação para o descredenciamento de dois hospitais, relacionada ao direcionamento da Lei Federal Nº 10.216/01 e das I e II Conferências Municipais de Saúde

Mental, o que geraria uma demanda de egressos de internações para os quais se planejava uma política de assistência na transição entre a desospitalização e a vida em comunidade (MENDES, 2000). Assim, agilizou-se a criação de RT, conforme o depoimento a seguir:

(...) o Ministério da Saúde faz esse repasse de verba para implantar a residência em município que tem fechamento de hospital ou redução de leitos. O dinheiro das RT vem de fechamento de leitos, entendeu? Já estava tendo uma organização direcionada para isso, houve uma grande redução de leitos em Juiz de Fora, e aí já cabia a criação de Residências Terapêuticas. A redução foi em todos os hospitais, foi uma redução bem grande. A criação de RT era para poder abrigar uma parte deste público. Muitas vezes, a família existia e não aceitava o usuário para retorno ou não tinham família, viviam situação de abandono mesmo. Aí surgiram as duas primeiras residências. (ENF 3)

A partir da iniciativa de gestores técnicos, trabalhadores no Departamento de Saúde Mental, a comissão planejou a criação da primeira RT e buscou a sua viabilidade política, como se depreende da fala de uma das depoentes deste estudo:

Então, em 2002 fui convidada pelo diretor do Instituto de Saúde Mental, para montar a Residência Terapêutica. Com este propósito, passei a visitar todos os hospitais psiquiátricos para observação do diagnóstico de saúde mental pós reforma psiquiátrica, no intuito de fazer um censo, triagem, escolher mesmo os pacientes que teriam perfil para participar do projeto. (ENF 1)

Juntamente com os profissionais que fizeram o recenseamento daqueles portadores de transtorno mental que, poderiam ser desospitalizados, a equipe do CAPS realizou o acompanhamento das pessoas que seriam encaminhadas para a RT. Assim, durante o turno da tarde, elas ficavam por 4 horas no CAPs, onde participavam das oficinas e, portanto, convivendo com os demais usuários e profissionais, retornando ao hospital após esse período. Esta transição tinha a finalidade de torná-las habilitadas para atividades básicas de convívio para além do ambiente hospitalar, bem como frequentar um serviço aberto de assistência em saúde mental com vistas a desinstitucionalização (BASTOS, 2004).

Estes internos seriam desinstitucionalizados e passariam a habitar ‘a cidade’, devendo atuar nela como cidadãos, de acordo com as premissas da reabilitação psicossocial. Mas este é um vasto campo, que engendra a formação de um novo paradigma em relação ao portador de transtorno mental.

Elias (2000, p.20), em seu campo de pesquisa, encontrou um tema a que chamou de “tema humano universal”. Elias exemplifica com o termo ‘aristocracia’ que a classe mais alta ateniense aplicava ao grupo que assumia a posição de dominante, trasladando o exemplo para grupos que, possuindo um diferencial de poder, consideravam-se superiores, pessoas “melhores”, dotadas de uma virtude específica que faltava aos outros. Aqueles para os quais faltava tal distinção, diante de indivíduos superiores, poderiam ser levados a se sentirem carentes de virtudes, julgando-se como desonrados, humanamente inferiores.

Nesta investigação, Elias (2000, p.21) relata que, embora não houvesse diferenças de nacionalidade, ascendência étnica, tipo de ocupação, renda, nível educacional e padrões habitacionais entre os residentes da comunidade, havia uma evidente superioridade do grupo estabelecido no local de longa data, que cerrava fileira contra o grupo mais novo de residentes estigmatizados pelo primeiro grupo.

Elias (2000) refere-se à estigmatização social como uma questão de pessoas que demonstram, individualmente, um despreço acentuado por outras pessoas como indivíduos, classificado como preconceito. Entretanto, isso equivale a “discernir apenas no plano individual algo que não pode ser entendido sem que se o perceba, ao mesmo tempo, no nível do grupo”. Assim na comunidade pesquisada por Elias (2000, p.23), “como em outros lugares”, a estigmatização entre membros do grupo ocorria, não pelas qualidades individuais das pessoas, mas por pertencerem a um grupo coletivamente visto como diferente e inferior. A barreira emocional erguida na relação entre estabelecidos e *outsiders* (excluídos). Define-a como uma barreira afetiva que traz como consequência uma rigidez extrema pela perpetuação do tabu contra o contato mais estreito com os *outsiders* geração após geração (ELIAS, 2000).

Ainda de acordo com Elias (2000, p.26), o grupo dominante, com elevada superioridade só pode estigmatizar o outro com eficácia quando está bem instalado e em posições de poder das quais o grupo estigmatizado é excluído. Assim, o autor (2000, p.25)

aponta para variados exemplos dessa inflexibilidade emocional em nossa própria época, afirmando que a repulsa e o preconceito estão presentes, e não acompanham o ritmo dos ajustes jurídicos da legislação estatal.

Torna-se complementar a esta proposição a histórica exclusão do ‘louco’, sequestrado em sua identidade civil, como sujeito de direito, anulado, na possibilidade de ‘ir e vir’, excluído do mundo do trabalho, da apropriação de renda, das escolas e do lazer. Guljor (2003, p.69), a partir destas reflexões, pontua sobre a constituição da Reforma Psiquiátrica como um processo social, no qual se faz necessário recolocar uma demanda historicamente construída de exclusão do diferente – ou seja, para o louco, o hospício.

Dessa forma, ao desconstruir o postulado anterior, é necessário ampliar as intervenções para uma real ruptura com as práticas segregadoras, indo além de “nos restringir à criação de novas unidades assistenciais” (GULJOR, 2003, p. 69).

Guljor (2003, p.74) menciona a inclusão social da clientela longamente institucionalizada e a inserção numa RT ou na família e, para isso, considera importante a criação de recursos territoriais e acompanhamento contínuo através de mediação, pressupondo o resgate do poder contratual do sujeito.

2.2 Estratégias dos profissionais durante a idealização e concretização das Residências Terapêuticas em Juiz de Fora

2.2.1 A primeira Residência Terapêutica implantada em Juiz de Fora (2002)

Em 26 de abril de 2002, foi inaugurada a primeira RT masculina no município. Integrantes da Equipe de Saúde da Família (ESF) da Unidade de Atenção primária à Saúde (UAPS) do bairro Furtado de Menezes, responsável pela microárea onde foi instalada a primeira RT, fazem as seguintes observações sobre a inauguração:

Eu, como agente comunitária fui comunicando aos moradores da área que viria a RT. Aconteceram algumas reuniões com o Conselho Local de Saúde na unidade

[Unidade Básica de Saúde]. Eu participava de algumas reuniões. Eles não vieram de cara, primeiro alugaram a casa, depois chegaram os móveis Teve até a presença de políticos na inauguração, eles vieram fazer discurso, né?! (ACS 1)

[...] a proposta foi levada ao Conselho Local do bairro e, é claro, as pessoas se assustam no primeiro momento. Na inauguração foi o prefeito, o gestor, vereadores... Foi oferecido um café da manhã para os presentes. Os 'pacientes' já estavam lá nessa época (ENF 2).

Percebemos no depoimento da enfermeira a referência aos moradores com o qualificativo de 'pacientes', termo que carrega, historicamente, o entendimento de doente, que apresenta debilidade física ou mental.

Há uma grande discussão acerca da denominação mais adequada ao que, em épocas remotas, nos referíamos como “doente mental” ou até mesmo “paciente” como nas demais clínicas. Amarante (2010, p.68) explica que a psiquiatria experimentou novas definições e optou, recentemente por adotar o termo “transtorno mental”, na tentativa de romper com o estigma. A legislação brasileira se refere aos “portadores de transtorno mental”, contudo o autor questiona também esta denominação, associando-a a ideia de que quem é um portador carrega um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito. Relata ainda que, no campo da atenção psicossocial, se tem utilizado a expressão “sujeitos em sofrimento psíquico ou mental”.

No entendimento da assistente social envolvida com o processo de implantação da primeira RT, foi de grande importância a participação dos conselheiros locais de saúde do bairro Furtado de Menezes, pois, nesta condição, exercendo a diretriz do SUS do controle social, puderam informar à comunidade acerca da implantação da RT naquele território, reduzindo, deste modo, o efeito estigmatizante que ainda está associado ao portador de transtorno mental. A esse respeito, fez o seguinte comentário:

Tivemos várias reuniões com os conselheiros de saúde do bairro para discutir o processo. Como alguns deles já tinham participado das conferências de saúde mental sabiam explicar sobre Reforma Psiquiátrica, na linguagem deles, é claro, e, então, a comunidade entendeu. Receberam muito bem os novos moradores. (SS1)

Quanto ao estabelecimento da moradia no bairro e à aceitação dos novos moradores neste cenário, não houve, como nos dizeres de Elias (2000, p. 25), o “cerrar fileiras”, expressão utilizada pelo autor no sentido de ‘*barrar*’ a entrada de novos, desconhecidos, inferiores e desonrados moradores, como ocorreu na comunidade por ele pesquisada. Isso, em função de uma preparação prévia por parte dos profissionais envolvidos com a implantação da RT, junto as pessoas do bairro e de autoridades locais, conselheiros de saúde. A necessidade de se definir tais medidas provavelmente teve o efeito de minimizar a resistência daqueles que passariam a conviver com um grupo de pessoas, historicamente segregada e, por muito tempo, até excluída do convívio social. Tal medida não é adotada por ocasião da inauguração de outras unidades de saúde, portanto fica evidenciado, ao nosso entender, que as autoridades envolvidas com esse investimento mantinham-se ciente de que o sucesso dessa RT dependia diretamente da receptividade que os outros moradores, vizinhos mais próximos, teriam daquela residência.

Assim, embora eles não tenham sido “barrados”, o preconceito ressurgiu nas seguintes colocações, que mencionam sobre os portadores de transtornos mentais serem dóceis e estarem estabilizados, bem como a referência a eles como “aqueles asilados”:

Se eu fosse um morador e eu soubesse que ia ter uma RT do lado de minha casa eu ficaria apreensivo. Com o tempo é que a gente vê que eles são estabilizados. (ENF3)

De início foi trabalhado sobre a vinda das pessoas que iriam morar na casa para ver se alguém não gostaria daqueles asilados. Ninguém falou mal. A comunidade aceitou muito bem, o pessoal gostava muito deles. Até as crianças que vinham da escola mexiam com eles. Os moradores ficavam na grade, às 17 horas, esperando para cumprimentá-las (ACM 1).

Estranhamente, o relato de que eles ficavam “na grade” também me remeteu à ideia de hospital, onde o confinamento predominava. A limitação do morador no interior da RT não deveria, jamais, reproduzir a situação de confinamento, que predominou, por décadas, nos asilos e manicômios psiquiátricos. Vale lembrar que um dos objetivos da RT é o resgate dos direitos civis, como o de ir e vir e a garantia da ressocialização psicossocial.

A estrutura física mínima destes espaços deve contemplar até oito usuários, composta por três dormitórios equipados, sala de estar com mobiliário adequado, copa e cozinha para atividades domésticas e equipamentos (geladeira, fogão, filtros, armários), com garantia de três refeições diárias contratadas (BRASIL, 2004).

Sobre a seleção do imóvel foram feitas as seguintes observações:

Era preciso encontrar uma casa que fosse boa. A assistente social tomou a frente. Não tiveram dificuldades na escolha do imóvel a Prefeitura de Juiz de Fora assumiu a responsabilidade, a questão burocrática foi tudo resolvido por eles. (ENF2)

A casa que eles ocuparam era da minha cunhada, uma casa boa, grande, com 2 quartos, sala, copa, cozinha, banheiro, área ao redor, muito boa e espaçosa. Minha cunhada logo se interessou em alugar. A prefeitura sempre pagava o aluguel direitinho; quando eles entregaram a casa, minha cunhada ficou até triste, pois o aluguel era de R\$ 650,00. (ACM 1)

Outros estudos revelam a dificuldade em se escolher o local adequado para se estabelecerem as RT e, explicitando esta situação, Furtado (2005) considera possível que haja desconfiança dos proprietários quanto ao cumprimento dos pagamentos referentes aos aluguéis dos imóveis, pelas instâncias municipais. O autor (2005, p 293) relata, ainda, que pode acontecer de vizinhos não desejarem a proximidade com egressos de longas internações, e, num plano simbólico, emitirem comunicações de rejeição à proposta e aos indivíduos, e isso vir a influenciar negativamente a expansão das RT.

Entretanto, em Juiz de Fora, naquele momento, não houve dificuldade quanto ao aluguel do imóvel, como expresso nos depoimentos dos profissionais participantes no processo.

Após esta etapa, iniciou-se o processo de mobiliar a RT. Nesta fase, o serviço municipal parece ter contado com a importante participação de uma reconhecida empresa de seguro saúde, a Unimed, que disponibilizou recursos financeiros para esse fim. Assim a enfermeira Márcia Bastos, assessora técnica do diretor do Departamento de Saúde Mental, pode viabilizar a aquisição de móveis e utensílios, conforme ilustrado no depoimento:

Montei a residência com recursos da Unimed. Um funcionário da foi Unimed acompanhando e eu ia comprando coisas necessárias para se montar uma casa, e ele

ia pagando. Daí, comprei camas, colchões, geladeira; utensílios de cozinha... E também algumas pessoas da comunidade doaram móveis e utensílios. Quem fez o contato com a Unimed foi o gestor da saúde mental da época. Mas eu não sei informar mais sobre isso... (ENF1)

Outro enfermeiro, que participou desde o início do planejamento e implantação da RT, relata desconhecer a forma como se deu a participação da Unimed no processo de compras de mobiliários e insumos para as RT. A este respeito, informa: *Não sei.... Foi uma questão política e eu não sei da participação com detalhes.*(ENF2)

Até o presente momento não foi possível obter de outras fontes históricas mais informações que afirmassem ou explicassem de que maneira teria acontecido a participação da Unimed na implantação das RT.

Após a seleção e o período de adaptação na vida extra-muros no CAPS, vieram os moradores. Apenas um, dos cinco moradores, tinha documentos de identidade. Após a desospitalização e a mudança para a residência, foi providenciada a aquisição desse documento, uma vez que, para o resgate da cidadania, é imprescindível possuir um registro civil. Essa iniciativa é relatada pela depoente a seguir:

Tinha um lá, que era bem ruinzinho, ele não tinha documento nenhum. Foi a assistente social que conseguiu tudo junto ao departamento jurídico da prefeitura, para que eles pudessem ter inclusive o cartão do SUS e também receber o benefício. Ela conseguiu colocar uma data de nascimento, pois nem isso eles sabiam (ACS1).

Esta questão revela o quanto refletiram na vida destes indivíduos os anos de institucionalização a que foram submetidos. Estes foram relegados ao ostracismo, e Elias (2000, p.25) considera o “carisma grupal” dos estabelecidos em contraposição à “desonra grupal” dos *outsiders*, sendo que estes últimos não tinham sequer coesão que lhes protegesse. Elias (2000) salienta que existe uma barreira emocional neste tipo de figuração e isso se reflete na rigidez, frequentemente extrema, da atitude dos grupos estabelecidos contra os *outsiders*, geração após geração e, ainda que diminua a superioridade social, os rótulos persistem, como se vê no depoimento que se refere a um morador como “bem ruinzinho”.

No depoimento seguinte, uma Assistente Social expõe que trabalhava no CAPS na época da implantação desta RT e observa que a mudança de paradigma hospitalocêntrico para a lógica de um regime aberto, cria certa confusão. Assim ela abaliza a questão:

Primeiro foi o custear, eles achavam que o hospital psiquiátrico era mais barato [risos], então em primeiro lugar veio a questão econômica. Depois o processo de licitação, a máquina é emperradíssima, pois não é fácil para uma prefeitura lidar com compras, com insumos para as residências que não faziam parte do cotidiano da secretaria em termos de consumo... Como que você faz licitação para comprar móveis; colchão, alimentação? Isso não faz parte das especificações da prefeitura, nem dos entendimentos das pessoas que lidam com isso [...] Para eles [os gestores responsáveis pela saúde mental no município] era muito difícil lidar com a realidade da inclusão do louco na sociedade, esta não era uma realidade plausível para aquela gestão. Não faz parte da normalidade pensar que o município tem que criar uma estrutura e possibilitar a inserção das pessoas. (SS2)

Segundo considerações de Vasconcelos (2001), os dispositivos residenciais não são necessariamente mais caros que os serviços hospitalares. As pesquisas mostram que os custos de serviços comunitários incluindo moradia, podem ser menores que os custos das internações psiquiátricas clássicas de longa permanência.

Assim, a implantação de dispositivos residenciais em saúde mental cabe muito bem dentro da atual lógica do mundo contemporâneo que aponta para uma boa qualidade nos serviços, racionalização de gastos e de gerenciamento na gestão pública (VASCONCELOS, 2001).

Um dos objetivos proposto para os SRT era o da ressocialização, entretanto ocorreram situações, por parte de alguns vizinhos e cuidadores, assim retratadas:

Houve um pequeno problema em relação ao morador A. Ele fumava desesperadamente, esta coisa que já vem com eles dos tempos de hospital. Ai ele começou a ir à casa das pessoas pedir cigarros e, daí as pessoas começaram a evitá-lo (SS1).

Claro que alguns episódios aconteceram como o caso de um morador que foi retirado da casa. Houve questionamento sobre isso, mas ele era bem desagregado, e isso não ajudava. (ENF2)

Elias (2000) se refere à exclusão e à estigmatização dos *outsiders* pelo grupo estabelecido e comenta sobre uma tendência a discutir o problema de estigmatização social como se fosse um despreço por outros indivíduos, sendo esta situação caracterizada como

preconceito. Porém, o autor destaca que isso não ocorre apenas em nível individual, quando o preconceito é exclusivamente buscado na estrutura da personalidade dos indivíduos. Um grupo só pode estigmatizar outro com eficácia quando há um diferencial de poder, em que ocorre uma instabilidade para os que são considerados inferiores, sendo esta uma condição decisiva de qualquer estigmatização.

Novamente em um relato se faz uma referência negativa a um morador como “bem desagregado”, o que, ainda que seja uma condição comum aos indivíduos portadores de transtornos mentais, não faria, necessariamente, com que o mesmo fosse “retirado da casa”, quem sabe, até contrariamente a sua vontade.

Também encontramos neste relato a ameaça, que aparenta punição: Quando eles faziam alguma coisa, tinha um vocabulário meio sinistro: - você quer voltar para o hospital? E os moradores diziam que não, que não queriam voltar. (SS1)

Estas ameaças de “voltar para o hospital” presentes no lidar de cuidadores e moradores infantilizam e aterrorizam, portanto, evitá-las na relação e não mencionar punições ao se depararem com comportamentos questionáveis seria mais apropriado e de bom-senso sob qualquer aspecto.

Cabe considerar que, ao irem para o espaço público da cidade, do território, é necessário que a comunidade saiba lidar com comportamentos que, por vezes, se tornam incômodos e inconvenientes, porém manejáveis.

Fabre (2008, p.83) relata que, tendo deixado o hospital como moradia, passando a conviver com outras pessoas tantas vezes desconhecidas e “a incluir a cidade como algo rotineiro em sua existência, os moradores se vêem diante de situações, crises e toda a ordem de acontecimentos, que desmontam qualquer abordagem mais prescritiva de conduta”.

Houve também um “estranhamento” por parte dos gestores que foi manifesto em certa circunstância, quando eles quiseram re-hospitalizar os moradores, o que é relatado pela assistente social que participou do planejamento e da implantação da RT:

Olha, teve um momento, logo no início que a RT masculina começou a funcionar que eles estavam tão resistentes que até mandaram a Kombi da prefeitura na porta da moradia. Queriam levar os moradores de volta para o hospital. Mas nem entraram, porque eu não deixei. Eu liguei para Brasília e falei com o Coordenador Nacional de Saúde Mental, na época, o Pedro Gabriel, e ele ligou para o secretário [municipal] de Saúde. Deu o maior problema e eu fui demitida do cargo que ocupava, pois era cargo de confiança. (SS3).

O que se foi possível apurar, através do depoimento, apesar de a funcionária ter saído, é que a RT permaneceu. Não foi investigado o motivo dos gestores “levarem de volta” os moradores, porém, a política em 2002, apesar da legislação em que as iniciativas se pautavam, ainda não tinha sensibilizado as pessoas para a causa maior da verdadeira mudança do paradigma hospitalocêntrico e do investimento integral na reabilitação psicossocial.

Gonçalves (2008, p. 12) refere-se ao desafio representado pela reversão do modelo estabelecido: pautado na hospitalização compulsória, e dominado pelo discurso psiquiátrico-administrativo da periculosidade e da curatela, além da privatização da assistência hospitalar.

O autor considera que, a partir da municipalização, as cidades se tornam responsáveis pela política assistencial a ser conduzida em seu território, política esta que acumula inúmeras abordagens relacionadas ao cuidado, à formação multiprofissional e à inserção social, tecendo uma rede cuja capilaridade é dada pelos CAPS; pelas Unidades de Saúde da Família (USF); agentes comunitários; famílias substitutivas; lares abrigados e RT.

Para que isso seja possível, é necessário que as pessoas que convivem nos âmbitos mencionados sejam, realmente, facilitadoras destas condições, que trabalhem a ressocialização do indivíduo. Amarante (2010) adverte que a maioria destes, inicialmente, não teria condição de voltar a viver em sociedade sem a ajuda de terceiros e, assim, considera essenciais as estratégias de apoio psicossocial. Entre elas, o autor enfatiza que a organização de equipes multiprofissionais capacitadas auxilia as pessoas a construírem sua autonomia e independência.

A equipe que acompanhava os moradores nesta residência era composta de dois enfermeiros, uma assistente social e quatro técnicos de enfermagem. Estes últimos tinham a

função de cuidadores e a meta era buscar melhor qualidade de vida para estas pessoas, ampliando suas possibilidades de inserção na comunidade através da construção de vínculos (BASTOS, 2004).

Um personagem destacado no processo de implantação da primeira RT, desde sua fase inicial, foi o enfermeiro Danilo Bitarrelí Viana. Tendo participado da implantação do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) no município, em 1999 e, posteriormente, trabalhado no CAPS, no período de 2000 a 2002, quando foi indicado, pelo então Diretor do Departamento de Saúde Mental (DSM), Alfredo Salomão, para integrar a equipe responsável pela implantação da RT.

Este enfermeiro funcionava como técnico de referência da moradia e, segundo Fabre (2008), o técnico conduz as questões com os vizinhos; faz o intermediário da utilização do dinheiro, da necessidade de consultas clínicas e psiquiátricas e auxilia na inserção do morador na cidade, apresentando possibilidades, gerenciando demandas, supervisionando a equipe e manejando os acontecimentos na residência. Danilo Bitarrelí Viana relata a seleção de pessoal para exercer a função de cuidador, que ficou sob sua responsabilidade assim retratado:

Os cuidadores ficaram por conta da equipe de enfermagem. Eu fiquei por conta de selecionar. A escolha dos cuidadores foi direcionada pela questão de se fazer medicação nos pacientes. Eles eram técnicos de enfermagem que e já trabalhavam na prefeitura. Eu fazia escala em plantão de 7:00 às 19 horas, e eu também ficava no plantão durante o dia e dormia na RT uma noite por semana. Capacitação não teve, nesse tempo só se conversou não tivemos tempo para isso. A maioria dos técnicos eram funcionários do Hospital de Pronto Socorro e já lidavam com a questão da Saúde Mental. (ENF 2)

Ocorre aqui uma superposição entre os papéis desempenhados por este enfermeiro, pois, como caracterizado por Fabre (2008), o papel técnico, enquanto supervisor difere do papel do cuidador, enquanto este “reside” no local durante o período escalado em plantão e, ali, se dispõe a acompanhar os moradores, auxiliando-os, quando necessário, a arrumarem-se; a prepararem alimentos e estimulando-os a ler jornais, ouvir rádio, ver televisão, cantar,

dançar, passear pela cidade, falar com os vizinhos na rua, ir à igreja, jogar bola, entre outras atividades que sejam do gosto das pessoas.

Experiência com uma RT em São Paulo demonstrou que, considerando-se as possibilidades individuais, a lista de tarefas é ampla: elaboração de escala de limpeza da semana e dos fins de semana e, quando necessário, ajudar os moradores na limpeza; organização das tarefas coletivas da casa; elaboração da lista de compras de supermercado; ida com os usuários ao supermercado; orientação quanto aos cuidados com as roupas e higiene pessoal, quanto à organização econômica, quanto às questões referentes ao lazer e ao planejamento e realização de projetos individuais e/ou grupais (FERNANDES, 2001).

Essa autora (*op.cit*) ressalta que existem peculiaridades próprias, relativas aos usuários e cuidadores e que estas atividades apenas situam algumas possibilidades de estimular a autonomia dos moradores, uma vez que durante o período de internação, nada puderam exercer acerca do gerenciamento da própria vida e provimento de suas necessidades principais, que ficavam a cargo da organização institucional.

Assim o papel dos cuidadores é considerado relevante, e em diversos depoimentos, os entrevistados apontam para esta questão. Ainda que os cuidadores não tenham o papel do profissional da saúde dentro da residência, certamente seria importante que pudessem compreender o papel da loucura na sociedade, quebrando paradigmas que impedissem o portador de transtorno mental de ter vida social e de exercer sua cidadania. Para isso, bom seria que os cuidadores passassem por uma sensibilização, para que a mudança fosse conceitual e técnica, com mudanças significativas no estabelecimento de relações interpessoais pautadas no afeto, na humanização, no respeito e no estímulo à autonomia (FABRE, 2008).

Ribeiro Neto e Avelar (2010, p.9), também, destacam a necessidade de os cuidadores priorizarem o convívio que leve à expansão da rede social dos moradores. Para que as RT não

se transformem em local “onde se exerçam formas mais sutis de clausura”, pois o papel que exercem requer ação constante contra a ideologia manicomial, manifestada em concepções, discursos e também em práticas de cuidado.

Fabre (2008, p. 85) refere-se ao aspecto leigo dos cuidadores como podendo ser salutar, pois não se trata de “um técnico que lança um olhar sobre um doente, mas de um sujeito que cuida de outro. Isto garantiria a quebra da medicalização, patologização e psicologização dos comportamentos dos moradores a partir de um olhar ‘não técnico’”.

Como ilustrado, a reabilitação psicossocial encontra limites, no próprio ‘locus’ onde a prática cotidiana poderia refletir os pressupostos teóricos em que se pauta a desinstitucionalização, sob os aspectos do exercício da autonomia, e, ainda, diante do preparo dos cuidadores para estimular a independência dos sujeitos. Assim relatam os depoentes:

Deixá-los agirem sozinhos pode funcionar, mas em Juiz de Fora teve um certo paternalismo e as coisas chegavam prontas... (ENF 2)

[...] mas, na verdade, este preparo não aconteceu como deveria para que se facilitasse uma condição melhor para estes pacientes, que agora são moradores... O que se quer, na verdade, é uma melhoria no sentido de uma política de reabilitação social [...] O que a gente percebe é que os profissionais que tinham que lidar com estes pacientes nos hospitais não tiveram um treinamento. Os pacientes eram tutelados. Nas RT o tempo todo tem que ter alguém da saúde! Isso não é bom. Os cuidadores não foram sensibilizados (SS2).

Este depoimento corrobora a forma como foi feita a seleção dos cuidadores, de modo que fossem técnicos de enfermagem e pudessem administrar medicamentos, o que contraria a proposta de uma RT tipo 1, que recebe moradores sem limitações graves de saúde, que requeiram cuidados mais especializados de assistência.

Segundo Furtado (2005), as residências tipo 2, para a clientela que requer cuidado contínuo, são consideradas importante estratégia de desinstitucionalização. Ressalta o autor que tais dispositivos devem cumprir o papel de evitar a transinstitucionalização ou, simplesmente, a desospitalização. A negligência social, ou a mesma forma de ‘cuidado’ que

caracterizou os asilos manicomialis, não são coerentes com as propostas de desinstitucionalização.

Ainda que o morador de uma RT esteja em condições boas, sem agudização de sintomas psiquiátricos, seja bem acolhido nos serviços de saúde, que compõem a rede, acompanhado por um cuidador sensível às suas necessidades, podem ocorrer surtos, que são imprevisíveis.

A dificuldade de compreensão do que seja realmente um surto, que pode ocorrer com os moradores de RT, e do que fazer mediante a ocorrência do mesmo torna-se evidente nos depoimentos a seguir:

A visão do hospital era a única possibilidade na vida desse sujeito em momentos de crise. Não se era possível lidar com crise fora do hospital psiquiátrico. E acho que ainda não é. Nesse momento ainda não é. A crise em JF, até hoje [2011], é remetida à internação psiquiátrica. (AS2)

Bem no início até eu estranhei, não digo discriminação que é muito pesado, mas se a pessoa tiver um surto e ficar agressiva? Como vai ser isso? Mas, até quebrei meu preconceito e fui à RT. (ENF 3)

A atenção à crise é um dos aspectos difíceis, podendo o próprio enfermeiro indagar sobre o que fazer diante da agressividade, que pode caracterizar o portador de transtorno mental como ‘sintoma’ e, ao mesmo tempo, daí derivar a sensação usual de ‘frio na espinha’, como se a agressividade inerente dos portadores de transtorno mental ameaçasse a integridade e segurança de estudantes, profissionais, familiares e vizinhos.

A sensibilização dos cuidadores, como anteriormente mencionada, é realmente importante, pois, embora se acredite que viver em espaços abertos, de compartilhamento, onde pessoas se comunicam e produzem seu modo de vida, seja sempre uma coisa bastante agradável e muito diferente do confinamento anterior, em que viviam os indivíduos, há situações inusitadas que podem ocorrer, como os relatos de agressão,

Mas tinha um paciente, que fumava demais e não dormia de noite. Uma noite, ele estava muito nervoso e pegou uma faca, saiu correndo pelo corredor, daí tivemos que dar uma dose alta de medicamento, após ligar para o médico. Houve agressão física, ele agrediu um funcionário, um cuidador, Daí ficou a preocupação de que ele em surto fizesse alguma coisa (ENF 2).

(...) Ele não se adaptou. Houve uma agressão a uma funcionária [cuidadora] e ele voltou para o hospital. Depois da agressão todos ficaram com medo. Os funcionários não gostavam de ficar à noite, tinham medo dos moradores surtarem, acho que mais pelo despreparo. (SS1)

As pessoas envolvidas na situação descrita, especificamente a assistente social e o enfermeiro, tentaram mediar a situação. O cuidador agredido não quis mais continuar na função e foi transferido.

Este morador, que “não se adaptou” poderia ser medicado e encaminhado para outros serviços de suporte na rede, como os CAPS e Hospital dia, por exemplo. Porém, é muito importante, de acordo com conceitos e práticas psicossociais, que se preserve a condição de morador-cidadão e, desse modo, poderia ter havido outra solução, que não fosse a reinstitucionalização.

É importante que se saiba lidar com as crises ao conviver com os portadores de transtorno mental, evitando o estigma e a relação estreita entre agressividade e transtornos mentais vista como algo inexorável,

A assistente social reitera em seu depoimento sobre a dificuldade de se lidar com a crise, e aponta que, no município, crise “era e ainda é, motivo de internação”. No modelo clássico da psiquiatria a crise é uma disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença e a intervenção nesse modelo se dá mediante contenção; medicação intravenosa e eletroconvulsoterapia (AMARANTE, 2010).

Entretanto, no contexto psicossocial, a crise apresenta outra dimensão, sendo, também, resultado de uma série de fatores que envolvem o indivíduo em suas relações sociais, familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos, sendo desencadeada por fatores psicológicos, além dos inerentes ao quadro psicótico (AMARANTE 2010).

Desse modo, a estrutura dos serviços de atenção psicossocial deve lidar com pessoas e não com doenças, e isso é condição primordial nas RT. Porém admite que os moradores

tenham acesso a serviços, que devem ser lugares onde a crise possa ser acolhida e, para isso, é necessário contar com leitos de suporte nos quais as pessoas possam ser internadas por breve período (AMARANTE, 2010).

Além de prover leitos para atendimento de usuários em crise, uma vez que permanecer “inclinado” não é o melhor tratamento para o portador de transtorno mental, também se deve considerar os vínculos afetivos e profissionais estabelecidos com estas pessoas, criando uma ‘responsabilização’ pelas mesmas, numa rede de sujeitos que escutam e cuidam – enfermeiros, médico, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais - que atuem neste processo social complexo, que é a atenção psicossocial (AMARANTE, 2010).

Outra dificuldade constatada no funcionamento da residência refere-se à qualidade das dietas oferecidas. Em Juiz de Fora, o alimento era fornecido por uma empresa que prestava serviços à prefeitura e não atendia ao recomendado pelos profissionais de saúde. Alguns moradores precisavam de dieta adequada em função de sobrepeso e outras patologias e isso não era assegurado. Além disso, havia relato de que, por vezes, os alimentos estavam deteriorados. A esse respeito uma depoente faz a seguinte observação:

A comida não era boa. Havia reclamação por parte dos moradores e isso foi levado até em reuniões. Os moradores diziam que a comida era muito repetida, pouco variada; insuficiente e, muitas vezes vinha deteriorada. (SS1).

Eles vinham de uma vida sedentária, dentro do hospital, eram obesos e dois dos moradores eram diabéticos. Isso foi até discutido nas reuniões do Conselho Local, pois, na realidade, o alimento fornecido não condizia com as orientações que a equipe de saúde dava para os moradores. (SS1)

Após o problema ser exposto no Conselho Local de Saúde é que a situação relacionada às dietas melhorou como se observa no depoimento abaixo

A comida melhorou um pouco, aumentou a quantidade e aumentou as verduras. Esta solução era difícil, o ideal era que eles fizessem a própria comida, mas não era assim (SS1)

De acordo com o Art. 4º da Portaria Nº GM106/00, os SRT devem ter um projeto terapêutico baseado em algumas diretrizes, entre as quais se destaca: ter como objetivo central

contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social por meio de [...] autonomia para as atividades domésticas e pessoais (BRASIL, 2004).

Deste modo, no que se refere à reabilitação dos moradores, o fato de estarem elaborando seus próprios alimentos, entre outras atividades domiciliares, seria oportuno, pois, além de os agregarem no preparo, envolveria ainda outras circunstâncias, de compras, escolha de cardápios, arrumação da mesa e da cozinha, além do prazer de estarem desfrutando de alimentos, que inclusive, poderiam ser escolhidos mediante as orientações de saúde que os moradores recebiam dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Por isso, é necessário que haja espaços de interlocução, em que possam ser discutidas com os gestores e técnicos responsáveis, questões como: a relação com a loucura, o favorecimento da autonomia, a sensibilização e a formação em saúde mental, entre outras, para que se construa um perfil que realmente contribua para a reabilitação do sujeito que mora na residência.

Outra questão que surge no cotidiano das RT é acerca da afetividade e sexualidade. Estas manifestações têm diferentes nuances no ser humano, e estão condicionadas a diversas influências.

Oliveira (2004, p.29) pondera sobre a sexualidade do portador de transtornos mentais, enfatizando que, existe uma crença de que, por si só, eles seriam incapazes de regular suas paixões e seus afetos, e, por isso, haveria a proibição de qualquer manifestação de sensualidade, entre os doentes mentais, em ambiente hospitalar e, assim, se exercer a violência concreta sobre seus corpos.

Enquanto institucionalizado, seja pelo uso da medicação, seja pela contenção mecânica, “este indivíduo teve o seu corpo imobilizado para a realização do desejo sexual,

uma vez que seu comportamento neste âmbito, frequentemente, é visto como delituoso, sendo apenas uma manifestação de sua enfermidade” (OLIVEIRA, 2004).

Neste contexto, Oliveira (2004, p.29) afirma que “os doentes mentais estariam à margem das normas morais que estabelecem as relações interpessoais que, por sua vez, regulam as proximidades e as distâncias entre os indivíduos, determinando o permitido e o interdito”.

Mann (2004, p. 33) corrobora com a ponderação de Oliveira (2004) e acrescenta que a sexualidade dos pacientes psiquiátricos ainda é um fato pouco estudado, que gera conflitos e discussões para eles próprios, seus familiares e para os profissionais que atuam na Saúde Mental.

Inclusive, quanto às RT em Juiz de Fora, constata-se que as mesmas não foram colocadas como mistas, onde homens e mulheres pudessem dividir o mesmo espaço e, quanto a isso, uma depoente comenta que: *As mulheres são mais complicadas, mais agitadas. Elas são de lua. Dão mais trabalho do que os homens, as questões hormonais influenciam elas demais...*

Como qualquer ser humano, os portadores de transtornos mentais têm necessidade de entrar em contato com seus sentimentos e exprimir algo que é inerente à vida, considerando que a sexualidade não se resume ao ato sexual, mas vai muito além, estando associada ao desenvolvimento da afetividade, à capacidade de entrar em contato consigo mesmo e com o outro, sendo estas condições essenciais para a preservação da autoestima e do bem-estar (MANN, 2004).

Assim, temos a ilustração acerca de um episódio vivenciado no aspecto afetivo e sexual, quando ocorreram situações como relatadas:

Teve uma técnica de enfermagem que relatou ter sido abordada, de forma verbal, por um dos moradores. Isto foi conversado com o paciente, ele se desculpou e a técnica não quis mais ficar e pediu demissão. (ENF2)

Um dos moradores ofereceu uma cesta de café da manhã para a agente comunitária de saúde ... (SS1)

Situações como estas são imprevisíveis e, quanto maior o preparo dos cuidadores, a compreensão, a empatia e o diálogo, com a discussão acerca de limites juntamente com os moradores, melhor para o desfecho destes impasses. Cabe lembrar que a maioria destes moradores vem de internações em que tiveram interdidas suas expressões de afeto e desejo. Entender estas manifestações como naturais nos permite auxiliá-los na compreensão e direção de suas pulsões e, para trabalhar com esse grupo de moradores é preciso que o cuidador tenha condições de compreender isso, seja ele um técnico de enfermagem ou um leigo.

Na experiência de Fabre (2008), estratégias de manejo são combinadas entre a equipe a partir dos efeitos das intervenções feitas. Na intenção de contribuir com a adaptação dos moradores às regras sociais, as interações podem ocorrer dentro da casa, no supermercado, na praça, apresentando regras de convivência, que não podem ser recusadas.

Elias (2000, p. 26) relata que o grupo de estabelecidos tem para si um estilo de vida comum e um conjunto de normas. Os *outsiders*, ao contrário, são vistos como anômicos. A anomia, isto é, o desrespeito e a impossibilidade de se acatarem leis e cumprirem normas, é a censura mais frequente atribuída aos *outsiders* e os torna indignos de confiança, indisciplinados e desordeiros.

O autor acrescenta que o contato mais íntimo com os *outsiders* é tido como desagradável. “Eles põe em risco as defesas, profundamente arraigadas do grupo estabelecido, contra o desrespeito às normas e tabus coletivos”. Nada mais semelhante à normalidade da qual não se pode desviar, normalidade esta que se distancia de atos insanos, e assim, “por não estar a altura das normas do grupo superior”, os portadores de transtornos mentais são caracterizados como anômicos (ELIAS, 2000, p. 25).

Os resquícios da tradicional ‘psiquiatrização’ podem ser observados nas palavras do depoente, ao referir-se a um dos moradores, que retornou para o hospital em função de sua dificuldade em ambientes sociais:

Teve um que não se adaptou e voltou para o hospital Aragão. Ele estava muito desobediente. Ele queria participar das festas que tinha na comunidade. Não entendia bem o que a gente falava. Atravessava a rua sem olhar, não adiantava falar. A ‘enfermeira’ que tomava conta dele não o deixava sair à noite. Eles tinham horário para dormir e eles não podiam desobedecer. Quando era convidado vinha para um churrasco comia, comia, comia muito, até depois vomitar tudo. Bebia um litro inteiro de refrigerante. Acho que eles ficaram muitos anos asilados, não tinham costume de ver e comer essas coisas. Mas a gente ficava com pena e levava (ACS 1).

O modelo tradicional de assistência é suplantado pela forma como uma moradia na comunidade solicita. Muito além da doença o que se sugere é o acompanhamento da vida cotidiana destas pessoas com vistas a viabilizar sua inserção no mercado de trabalho, no meio social e aumentar seu poder de contratualidade (FERNANDES, 2001).

A proposta da ressocialização é a de viabilizar o desenvolvimento da autoestima e da vida social pautada nas concepções de cidadania. É imprescindível uma nova prática de vida que desenvolva potenciais criativos e adaptativos, para os que viveram a doença mental como reclusão, punição e falta de perspectiva, e hoje estão em uma RT (FERNANDES, 2001).

Nesta nova perspectiva, questões como a vida em comunidade, autonomia e a liberdade no gerenciamento do dia a dia, capacidade de gerenciar seus horários e preferências passam a ser consideradas, eliminando com isso a ideia de tutela. Assim, quanto a questão de novos moradores, Elias (2000) retrata que os próprios grupos que estão em posição de *outsiders*, trazem em si mesmos implicações de inferioridade e desonra.

Elias (2000, p.27) esclarece que na sociedade a maioria das pessoas dispõe de uma gama de termos que estigmatizam outros grupos. Estes fazem sentido no contexto de relações específicas *estabelecidos* e *outsiders*. Assim termos como louco; o anormal; doente mental; o desviado; biruta; dentre outros, simbolizam o fato de que um grupo *outsider* é passível de ser

humilhado por não estar à altura das normas do grupo superior por ser anômico, isto é, não pertencente a estas normas.

Conforme o depoente, a inserção na comunidade assim ocorre:

Sempre a comunidade abraçou de uma forma muito tranquila, não tivemos problemas. Pessoas iam lá, pessoas da comunidade e familiares. A agente comunitária do bairro ia também. Paciente psiquiátrico tem a fama de ser agressivo, depois viram que não são e tiveram uma convivência pacífica. (ENF 2).

O convívio na RT previa algumas iniciativas com a finalidade de incluir o morador no território onde reside para integrá-lo às atividades sociais, o máximo possível. Assim, o depoimento a seguir revela como era o cotidiano dos moradores na RT

Todo mundo acordava cedo. Um acordava o outro e tomavam banho de sol. (ENF2) Eles iam à igreja. Ia um barbeiro a casa para cortar os cabelos e fazer a barba deles. Frequentavam a escola de samba do bairro. Faziam atividades no “Lar do Idoso” e era uma interação superbacana entre eles e os idosos. Eles gostavam da nossa visita e logo iam fazer café para nos receber. (SS1).

O morador B saía, recebia o seu dinheiro, ia ao banco, ia na Rua Getúlio Vargas. Tinha uma mulher lá e ele ia para lá e transava com ela com camisinha, era orientado por nós. Os demais moradores não tinham renda. O poder aquisitivo era nenhum. A prefeitura os provia, eles dependiam do que lhes era oferecido. A gente comprava com o nosso dinheiro: frutas, pães; leite comprava algumas coisas para eles (ENF2)

Vasconcelos (2001) reflete sobre esta questão do ângulo dos usuários para quem os dispositivos residenciais representam elementos fundamentais de seu bem-estar físico, psicológico e social. Para o autor, permite uma reapropriação pessoal muito mais rica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais, oferecendo condições que lhe tornem mais habilitados em lidar com o preconceito convencional em relação à loucura.

Mas houve críticas quanto à forma de realmente desinstitucionalizar os moradores.

Assim,

Não houve a verdadeira desospitalização. É tirar do hospital e não oferecer nada em troca, como por exemplo: atendimento médico, oficina, atendimento à família e ao paciente. E era somente um CAPS para tudo. E também eles não iam, não queriam sair para ir ao CAPS. Iam somente para a consulta mesmo. Os remédios os enfermeiros traziam e administravam. Não tinham praticamente nada para fazer na moradia. Somente ver televisão e convivência. Era basicamente medicação. Dentro

da realidade da época o Projeto Terapêutico não funcionava muito não. Era acordar comer e dormir, não tinham um trabalho, não havia ainda o centro de convivência. (ENF 2)

Nunca teve projeto terapêutico para os moradores das RT. Nunca existiu projeto terapêutico individualizado, nunca existiu na rede, nem no CAPs, nem em lugar nenhum. Está nos discursos técnicos, mas na prática nunca existiu... (SS1)

Uma crítica eu tenho a fazer não tinha uma terapia mais elaborada, sair para uma praça, conviver mesmo na comunidade. Eles só acordavam, tomavam café, ficavam vendo TV, almoçavam e não faziam mais nada. Saíram do hospital para a casa e não tiveram uma estratégia de socialização. ...(ENF 4)

Naquele momento o que se via era uma instituição total dentro das RT. O paciente dependente de cuidados, nenhum investimento na autonomia destes sujeitos. Não se priorizou a inserção dessa moradia na comunidade. Ficou mesmo como uma 'residência de loucos'. Não que não fosse, mas que tivesse um trabalho naquela comunidade para que eles pudessem participar realmente da vida comunitária. Os moradores eram remetidos aos serviços de saúde mental, da moradia para o serviço de saúde mental; do serviço de saúde para a moradia... Havia necessidade? Claro que sim, mas restringiu-se a isso. Pelo que eu acompanhei, nesse momento na implantação destas primeiras residências, Ali se reproduziu a lógica manicomial, principalmente. Cidadania para os moradores? Nada disso... (SS2).

Explica Amarante (2007, p. 34) que cidadão, cidadania vêm de cidade, de polis, do espaço da cidade, o espaço público das trocas sociais, políticas, econômicas entre os membros de uma comunidade. Neste contexto, no reino da polis se compartilha com os demais, pois, segundo concepções advindas da Grécia, o homem deveria participar da vida em comunidade, daí advindo sua virtude cívica, sua responsabilidade e compromisso com a sociedade.

Assim o conceito de cidadania se inscreve na responsabilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social, porém, devido à ausência de razão, a pessoa com transtorno mental não era admitida como um cidadão.

A articulação entre a RT e as UBS não funcionava de forma satisfatória, parecia haver um entendimento equivocado de como cada instância extra-hospitalar deveria atuar para se assegurar um desenvolvimento humano e cidadão para aqueles que por tantos anos viveram confinados pelos muros dos asilos e, tudo o que isso representava. Os depoimentos a seguir demonstram isso:

A UBS funcionava muito próxima, quando precisava levava, mas era muito raro. Não sei se tinha Saúde da Família nesse local. Não faziam Visita Domiciliar. Eles

vinham pouco a casa, porque os cuidadores eram técnicos e nós enfermeiros, que dávamos a supervisão. (ENF2)

Na UBS [...] Eles [moradores da RT] não participavam de grupos, pois não tinha sentido, eles não prestavam atenção. Não compreendiam; não entendiam, também para tirá-los de lá, da casa era difícil. Às vezes vinham também ao dentista, a gente marcava para eles. Eles eram sempre bem atendidos, não ficavam na fila. Até porque eles não tinham paciência de esperar. (AC1)

A moradia estava inserida em uma microárea coberta por uma equipe de Saúde da Família da UAPS do bairro Furtado de Menezes. Esta equipe tinha a responsabilidade de estabelecer vínculos e atender aos moradores, priorizando a integralidade do atendimento, como determinado pela Estratégia de Saúde da Família (SOUZA, 2004).

Um dos enfermeiros que compunha a equipe da ESF ficou até 2005. Sucedeu-o outro profissional e, quando procurada para contribuir com seu depoimento para a pesquisa, relatou não ter se envolvido com os moradores e que, portanto, não saberia informar nada sobre o assunto. Assim, a assistente social da UAPS nos informa que:

Sobre os enfermeiros aqui da unidade, um ficou por pouco tempo e chegou a ir lá apenas uma vez. A outra não se envolveu muito com os moradores da RT. Não sei se ela priorizava outras atividades ou se não houve demanda para o enfermeiro. (SS1)

A agente comunitária estava mais próxima dos moradores. Eu os via na unidade, mas tive pouco contato. Visitei a casa poucas vezes, eram pacientes que não tinham demanda, não tinha intercorrências. Mas não lidei ao ponto de perceber mudanças neles. A demanda cotidiana e nossas atribuições na saúde da família nos consome. Eu fazia Pré-Natal, puericultura; sala de vacina; grupos educativos. Infelizmente eu deixei a RT, até porque lá dentro já tinha um enfermeiro. (ENF4)

O enfermeiro que era responsável pelo funcionamento da RT e fazia também o papel de cuidador, com um plantão noturno na moradia e visitas diárias para supervisão no local afirma, quando indagado, sobre a contribuição do enfermeiro nas RT:

A importância é porque nós demos a eles um sentido de identidade – a gente trabalhava a situação com a comunidade, passeava com eles, resgatava a cidadania do paciente que não tinha contato com a vida social até então... Não só pelas condições medicamentosas, extrapolava a medicação, era lidar com a pessoa como um todo, ultrapassar a questão social e da própria saúde mesmo. Bastante significativa a reviravolta no sistema hospitalar, a grande oportunidade de interagir, de resgatar a cidadania. (ENF 2).

Por ter sido a primeira RT implantada no município, no bojo das questões que alavancavam as mudanças com base na Lei Nº 10.216/01 a experiência apontou para a

necessidade deste dispositivo, revelando ainda a necessidade do apoio político, bem como a importância do enfermeiro nas diversas instâncias, e cuidadores capazes de validar os princípios da RP, modificando realmente os paradigmas, inclusive os próprios preconceitos.

2.2.2 Residência Terapêutica: aspectos de sua implantação em relação à comunidade e à Reforma Psiquiátrica

Somente dois anos depois, foi criada a segunda RT, ocupada por mulheres. Quanto a esta iniciativa, obtivemos o seguinte relato:

“Primeiro ficamos observando para ver se isso iria ou não dar certo. Com mulheres é mais complicado. Daí decidimos: vamos implantar!” (ENF 2).

Na implantação desta residência, observou-se a participação da comunidade local. Expressando uma das diretrizes do SUS, no que se refere ao envolvimento e controle social. Antes de se inaugurar a RT feminina, também houve um movimento de comunicação e preparação entre os profissionais da Saúde Mental, responsáveis pelas articulações para a viabilização da moradia, e o conselho local. Assim declara uma depoente:

O conselho local de saúde foi bem preparado e eles interviram na aceitação dos moradores. Então, esse foi um trabalho muito grande: unidade de saúde, conselho de saúde; SPM [Sociedade Pró-Melhoramento de Bairros]; padres; a paróquia toda, todos sabiam o que ia acontecer e qual era o objetivo. (ACM2)

Como se pode observar foi investido um grande esforço das autoridades locais no sentido de sensibilizar lideranças estratégicas da sociedade e, mais especificamente, do bairro onde seria instalada a RT feminina. Isso porque as entidades representativas da sociedade civil planejam e tomam decisões em determinadas localidades, podendo interferir em serviços básicos da área social, como educação e saúde estando em consonância a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990). Apesar disso, ao buscarmos os motivos pelos quais se passaram 2 anos após a inauguração da RT masculina, até que a RT feminina fosse criada, obtivemos através de depoimentos algumas dificuldades que incluíam aspectos políticos e sociais. Assim profissionais que integraram a equipe de implantação da RT, esclarecem:

A princípio, primeiro eu acho que demorou mais por causa da questão hospitalar. Uma vez que tiram 8, 10 pacientes no nível terciário, que já estavam lá há anos... Se sássem haveria um desfalque tanto financeiro como também... [risos] ... [não concluiu a frase...] ENF 2

As residências foram montadas porque tinha que implantar, mas desejo de implantar, interesse eles nunca tiveram de fato. Foi mais por questões políticas... Apenas para atender a lei. Esse trabalho na verdade era desacreditado... Quem acreditava éramos nós, os técnicos mais comprometidos... Nós acreditávamos mais; insistíamos; investíamos e nos envolvíamos mais. O poder público nem tanto, devido ao que te falei. Os médicos, donos de hospital não tem envolvimento com o 'bem estar' do paciente, eles querem é o paciente internado. Eles ganhando o dinheiro deles no final do mês... Essas medidas não são plenas... Foi para inglês ver, na verdade, não tinha 'reforma' nenhuma. (ENF1)

Os psiquiatras, em geral, nunca acreditaram nesse trabalho! Era mais uma questão administrativa, existia por exigência da lei, das portarias [...] Para os donos de hospital o importante era o dinheiro do SUS que entrava. Quando a paciente era desospitalizada era menos um ganho do hospital, pois o dinheiro tinha que acompanhar a paciente. (ENF1)

A realidade foi por longo tempo, predominantemente hospitalar da assistência à saúde em todas as suas especialidades. Por um lado, foi apenas com o desenvolvimento de novas tecnologias que a assistência à saúde foi saindo do ambiente hospitalar. Outros aspectos histórico-culturais, bem como interesses políticos e econômicos são relevantes na definição do "timing" relativo ao processo de encaminhamento para a assistência extra-muros. (PSI 2)

Na ocasião, nenhum deles tinha uma formação voltada para a reforma, pelo contrário, a grande maioria era psiquiatra da prática tradicional, de hospital, e, mesmo os que não eram, pararam no tempo através de práticas bem tradicionais e de uma visão bastante conservadora. A relação da loucura com a sociedade era o enclausuramento mesmo, o hospital, para a crise. (SS2)

Essa resistência existia no meio psiquiátrico; existia mesmo um movimento muito grande da equipe do hospital, não era um nem outro, era todo mundo na verdade, médicos, enfermeiros, funcionários, na verdade era a luta pela sobrevivência. Quando elas voltavam [queriam voltar ou tinham um surto] das RT para o hospital, lá, os funcionários diziam: - não te falei!? Essa daí não fica não... (ENF1)

Juiz de Fora teve uma história manicomial muito forte, uma coisa de psiquiatras terem se enriquecido naquele momento, de aumentar do número de leitos, o investimento era grande na rede hospitalar. Tivemos períodos muito terríveis em Juiz de Fora... (SS2)

Para melhor entendimento desse contexto, nos apoiamos em Amarante (2003), segundo o qual a assistência psiquiátrica privada, de caráter predominantemente manicomial foi um dos obstáculos à RP por cultivar a tradição manicomial e também por resistir às mudanças que feriam seus interesses.

Um dos depoentes fez colocações que se referiram ao novo modelo proposto, reportando-se às dificuldades de várias ordens: interesses financeiros; comodismo; políticas com interesses conflitantes e também dificuldades relacionadas aos próprios pacientes e familiares, como trecho a seguir:

Dificuldades havia, de todas as ordens: profissionais que não tinham interesse em mudar sua forma de trabalho anterior (seja pelos ganhos financeiros com a internação, seja por se verem levados a sair de uma certa “zona de conforto” — relativas tanto ao conhecimento quanto ao esquema/horário de trabalho); grupos políticos locais, estaduais e nacionais com interesses conflitantes; grupos de pacientes e/ou familiares (uns com claro interesse no binômio internação/aposentadoria, outros com temores relativos a ter que voltar a conviver com um familiar considerado “maluco”, ou mesmo pelas dificuldades práticas de cuidar destes familiares até então “institucionalizados”. (PSI 1)

Manter as pacientes hospitalizadas tinha implicações em relação aos familiares que, por vezes, abandonavam o indivíduo durante anos sem visitas ou notícias.

Você tem alguém psicótico; esquizofrênico, você quer ficar com ele em casa? Não é fácil mesmo... Muito pouca gente acredita nisso... Deus me livre do trabalho de cuidar de um doente mental! Uma pessoa institucionalizada daquele jeito... Não conseguiram, aquela coisa do hospital já enraizou, já incorporou de tal maneira, que elas não conseguem mais ficar fora do hospital. (ENF1)

A família não vinha visitá-las. Algumas tinham filhos e os filhos não iam vê-las. Quando entravam em crise falavam nos filhos, sentiam saudades... (AC2)

Gaudêncio e Azevedo, (2007) ponderam que nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente o aspecto da convivência com o portador de transtorno mental.

Segundo Tesser, Teixeira, (2011, p. 185), a vida social e afetiva de um indivíduo sofre influências diversas. As egressas de hospital estiveram, durante anos, submetidas à prolongada segregação. Neste contexto, poucas experiências afetuosas, enriquecedoras, desafiantes, estimuladoras para sua formação intelectual e emocional estiveram presentes. Não é raro que estas moradoras possam também ter sofrido frustrações excessivas e abandono anteriores à internação com reflexos diversos em suas vidas.

A influência dos fatores psicossociais enquadra-se na gênese dos transtornos mentais, que são de origem multicausal e seus fatores se apresentam, principalmente, de forma inter-

relacional. Gaudêncio; Azevedo (2007, p. 371) constatam em uma pesquisa realizada com familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia simples que os cuidadores identificavam que “a falta de harmonia nas relações familiares desequilibra o funcionamento sadio do sistema, tornando-se evidente que é importante a existência de valores e bases familiares sólidas para a saúde mental”. O grau de sofrimento do indivíduo, afirmam os autores está diretamente relacionado às experiências vivenciadas no contexto familiar, principalmente “no tocante aos sucessos e decepções de suas projeções”.

Outra questão importante e abordada nos depoimentos a seguir refere-se ao distanciamento familiar. Algumas mulheres, enquanto internadas, tinham rendimento provenientes de aposentadorias ou da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social). Este rendimento, usualmente, era recebido por familiares ou, até mesmo por funcionários do hospital. Quando desospitalizada, a própria moradora da RT passaria a receber o seu benefício, deixando de lado a ‘tutela’, que configura diminuição do potencial individual de administrar recursos, impedindo o princípio de ‘sujeito de direitos’, que a desinstitucionalização pretende preservar. Assim, aqueles que recebiam os recursos financeiros pela pessoa com transtorno mental interno nos hospitais psiquiátricos pareciam resistir ao estímulo do sujeito ‘pleno de direitos’. Assim se referem os depoentes:

Também algumas pacientes tinham uma tutora, algum familiar que gerenciava o seu dinheiro e a saída implicava na perda desse controle sobre o dinheiro, então havia muita resistência por parte dos familiares em aceitar a desospitalização. (ENF1)

Muitas eram aposentadas ou tinham LOAS. Também era comum que funcionários do próprio hospital recebessem o benefício, era o tutor. E não se sabe se o que era devido chegava às mãos delas [...] “Tenho o seu cartão e recebo seu dinheiro e faço dele o que eu quiser...” Era mais ou menos assim. Então, manter a paciente no hospital era vantagem. (ENF1)

Após constatar essas dificuldades, deu-se início ao processo de seleção daquelas que seriam encaminhadas para a RT feminina. Assim, a enfermeira e a assistente social participantes da equipe que realizou o PNASH no município a partir de 2002, relataram como

ocorreu o processo de seleção e desospitalização das moradoras para esta RT. Desse modo, explicam:

O chefe do departamento de saúde mental foi fazendo o corte dos leitos e reduzindo as internações e tirando os asilares do hospital que foram encaminhados para suas famílias que os receberiam de volta; os que iriam para a RT ou para outro hospital. (ENF 1)

Particpei do processo de seleção, de escolha das mulheres que queriam sair do Hospital São Marcos e Pio Mazini. Entrevistava as mulheres e via o desejo de sair do hospital, tentar uma vida fora dali. Os pré-requisitos eram que não tivessem comorbidade clínica e que tivessem o desejo de ir, principalmente. As pacientes internas estavam em uma condição péssima, sempre se tentava mascarar um pouco a condição do hospital, mas não conseguiam: a higiene, a alimentação, os cuidados dispensados. Tudo muito ruim, muito precário... (ENF 2)

As mulheres vieram do São Marcos; São Domingos; Pio Mazine e Aragon. A gente olhava as condições delas de se manterem lá fora, a própria manutenção, com recursos pessoais próprios, poderem sair, comprar seu cigarro, fazer um lanche na rua... Os que não tinham recursos a Assistente Social do hospital conseguia para o paciente o LOAS. (ENF 1)

Esta RT foi instalada no município em abril de 2004. Localizada no bairro Marumbi, recebeu oito mulheres provenientes de hospitais psiquiátricos de Juiz de Fora. A casa pertencia a uma moradora do próprio bairro Marumbi, e, conforme relato, pôde-se observar, diferentemente do que ocorreu com a RT masculina, uma desconfiança em relação ao pagamento do aluguel do imóvel, por ser o mantenedor um serviço público. Assim:

...a questão do pagamento do aluguel, da garantia desse pagamento mesmo sendo a prefeitura... As pessoas tinham uma idéia assim: - a prefeitura aluga e não paga! Na época tinham outras casas para alugar e não quiseram por causa de ser prefeitura. Não sei se houve atraso nos pagamentos, sei que as pessoas tiveram este medo de não receber o aluguel. (ENF2)

Tais ponderações não encontram ressonância na declaração da enfermeira, que relata sobre a questão do aluguel do imóvel:

Não foi difícil alugar a casa, a não ser pela planta física, pois tinha que ser grande para acomodar a todas. Não teve problema nenhum, nenhuma exigência, nenhum impedimento legal ou outro, que eu me lembre. O dono do imóvel alugou direto com a prefeitura. A mulher dele era da Sociedade Pró-Melhoramento do bairro. (ENF1)

A RT feminina atendeu, por ocasião de sua inauguração, moradoras entre 34 e 61 anos. Esta residência, como disposto na portaria GM 106/00, tinha o objetivo de oferecer suporte de moradia para que estas mulheres pudessem se ressocializar, após a desospitalização.

Antes da inauguração veio um grupo, uns técnicos lá do antigo CRRESAM [Centro Regional de Referência Regional em Saúde Mental] nos procurar [...] levaram em consideração a proximidade da unidade por ser saúde da família e ter uma equipe para assisti-las. Então, explicaram que eram usuárias do SUS, pacientes que estavam há muito tempo internadas, mas que tinham capacidade de conviver com outras pessoas, não necessariamente dentro do hospital, mas dar oportunidade de conviverem com o mundo externo, de ter uma qualidade de vida melhor (ENF3).

Em uma matéria jornalística, com o título “No Marumbi, Residência Terapêutica recebe pacientes na segunda feira”, a coordenadora do projeto, Deiser Tavares Costa, destacou que seria a chance de se devolver a cidadania àquelas mulheres. Ela informou que foram seguidos os padrões das RT masculinas, em funcionamento desde 2002, no Bairro Furtado de Menezes. Acrescenta que Agentes de Saúde ofereceriam assistência diária às RT e, à noite, uma auxiliar de enfermagem ficaria com o grupo. As moradoras deveriam ter liberdade de acesso externo à RT, trabalhar, e até namorar: “elas terão uma rotina comum, sem regras ou normas”, garantia Deiser (ARBEX, 2004).

Na mesma matéria, Tânia Polisseni Duque, vizinha da RT, quando entrevistada pela jornalista, ressaltou a disponibilidade em acolher as moradoras, afirmando que elas seriam recebidas de braços abertos e que seria “uma excelente oportunidade para mostrar solidariedade, acolhendo pessoas diferentes”. As relações desenvolvidas no cotidiano contribuiriam para que as moradoras recuperassem sua identidade social, deteriorada por anos de exclusão e privação de direitos e cidadania.

Em consonância com a expectativa da vizinha entrevistada pela jornalista, na ocasião da inauguração da RT, tivemos outros depoimentos. Assim,

A casa era muito boa. De vez em quando eu passava por lá e lanchava com elas, que já eram de casa mesmo, moradora do bairro. A comunidade não implicou nem parecia que elas estavam aqui, pareciam que elas eram do bairro mesmo, da comunidade. Não tinha chacota, nem brincadeiras. (CLS 1)

As pessoas trabalhavam e chegavam à noite, não tinham convívio estreito entre as moradoras das residências e as pessoas da vizinhança. Tanto que a residência está lá até hoje, a comunidade aceitou; respeitou a casa. ENF1)

[...] Porque a comunidade sempre foi bem tranquila e receptiva em relação à RT. Não é uma comunidade que briga por qualquer coisa, pelo menos nestes 20 anos que estou aqui... (ENF 3)

Não houve preconceitos, As pessoas respeitavam as limitações das meninas e elas não eram entronas. (ACS2)

Quanto a essa questão a RT passou a fazer parte daquela comunidade, estando inserida em sua ambiência sem atrito ou repúdio explícito por parte dos moradores do bairro, evidencia-se o pouco contato dos vizinhos que se ocupam de seus compromissos profissionais em grande parte do dia, com as moradoras da RT. Destaca-se, ainda, que contribuiu para tal aceitação a percepção de que as moradoras selecionadas para a RT tinham um comportamento mais condizente com aquele, próprio dos estabelecidos, ou seja, os vizinhos da RT afinal, não eram ‘entronas’. Acrescenta-se a isso, o fato de que, segundo alguns depoimentos, o grupo de moradoras da RT parecia despercebido, ou seja, não era sequer identificado enquanto moradoras e integrantes daquele território, nos levando a pensar que o grupo de moradoras reunia alguns atributos de independência que as capacitava para a realização de determinadas funções domiciliares e sociais e, talvez por isso, não incomodavam os estabelecidos do bairro, os moradores que viviam no bairro, próximos a RT, antes da criação desta.

A RT assume a função de abrigo e também significa o espaço no território onde o sujeito resgata a sua cidadania e passa a ser sujeito ativo na reconstrução de sua identidade (GULJOR, 2003). Esta ideia se compara a de Elias (2000) quando registra esta identidade e sentimento de pertencimento do grupo dos estabelecidos.

Na comunidade descrita por Elias (2000), este grupo cerra fileiras contra os *outsiders*, em sua marginalidade espacial e social. Percebe-se que a RT passou a fazer parte daquela comunidade, estando inserida em sua ambiência sem atrito ou repúdio por parte dos moradores do bairro. Desse modo, ao contrário do observado com a RT masculina, na implantação da RT feminina, segundo os depoentes, não se evidenciou movimento de resistência por parte da vizinhança quanto às novas moradoras do bairro.

Houve um ‘processo de sedução’ utilizado pela enfermeira que ilustra bem a dimensão da abordagem psicossocial.

A gente oferecia para as pacientes, meio que num processo de sedução, uma condição diferente das que elas estavam acostumadas: o direito de ir e vir, a liberdade, a possibilidade de cuidar do próprio dinheiro... Se desvincular das regras impostas pelo hospital...

Não obstante, apesar da autonomia e o resgate da cidadania, diretrizes importantes ressaltadas pelo processo de reabilitação psicossocial, havia uma contradição entre os pressupostos teóricos utilizados, inclusive como critérios para a seleção das moradoras que poderiam ser desospitalizadas e a prática observada pela depoente:

Para sair do hospital para as residências terapêuticas as mulheres tinham que estar melhores, saber tomar banho sozinhas; cozinhar e serem independentes. Mas o que eu via mesmo era a ociosidade, elas só iam engordando por conta dos remédios, na verdade saíram de um hospital público, e vieram para um hospital particular. (ACM2)

A visão reducionista deve ser superada. Assim, uma RT significa bem mais do que um simples lugar de moradia. Somente a reorganização dos serviços não inclui o desafio de ampliar o olhar para sujeitos que, além da deterioração causada pelo quadro psíquico, se deparam com a exclusão massificante do hospício e a conseqüente perda de identidade e comprometimento da “potência autonomizadora” do morador (GULJOR, 2003, p.115). A esse respeito, Elias (2000, p. 28) acrescenta que, “quando o diferencial de poder é grande e a submissão inelutável, o grupo *outsider* vivencia afetivamente sua inferioridade de poder, como um sinal da inferioridade humana”.

Desse modo, a percepção da agente comunitária do bairro onde se localizava a RT masculina, de que “na verdade saíram de um hospital público, e vieram para um hospital particular” demonstra que a integralidade do cuidado não se limita a desospitalizar e oferecer moradia, posto que, envolve também a reconstrução de histórias de vida, de rede social, ao exercício do autocuidado; do resgate da autonomia pela geração de trabalho e renda e o estabelecimento de laços de solidariedade entre a comunidade que os acolhe e as moradoras da RT.

Tal reconstrução requer uma equipe de cuidadores para acompanharem as moradoras em tempo integral e sobre isto, tivemos as seguintes colocações:

Foram indicadas e contratadas pela AMAC [Associação Municipal de Apoio Comunitário]. A pessoa interessada procurava o Departamento de Pessoal da AMAC e era admitida. Na verdade o que se queria mesmo era que o cuidador não tivesse um ar de profissional, tinha então que ter cuidado para não ter nenhuma cara de assistência, descaracterizando essa coisa de hospital, ambulatório. Eram 4 cuidadoras para acompanhar, para auxiliar, para passear com elas. Faziam plantão de 12 X 36 horas. Elas gostavam das cuidadoras... Acho que o louco fora do hospital é igual uma família mesmo. (ENF1)

Também houve mudança de cuidadoras, que foi meio assim de um dia para o outro (risadas). Não sei por que houve esta mudança. Depois passou a ser os agentes comunitários. Elas ganhavam para trabalhar na casa, mas não sei como foi isso não. Eu não atentei para isso, não sei quem mandou, quem contratou... Não fui eu que as treinei, na verdade, foi um desvio de função. Ouvi algumas queixas sobre as agentes. Elas entraram, mas não tinham preparo. Também ouvi muitas vezes as Agentes Comunitárias de Saúde se queixavam que a responsabilidade era grande, e era mesmo muito grande, em relação ao cuidar das moradoras e da casa. (ENF 4)

Que eu me lembre lá passavam umas 5 cuidadoras, nesse tempo. Elas faziam plantão de 7 às 19 horas. A noite era a enfermeira que ficava. As meninas dormiam por causa dos remédios que tomavam. As cuidadoras eram agentes comunitárias que tinham feito concurso no município e a prefeitura, simplesmente, colocou-as nas RT. Elas se revoltaram porque não era o que queriam, eram obrigadas. Algumas pediam mesmo para ser transferidas, diziam que ficavam muito cansadas, e que se ficassem dando ouvidos às meninas [moradoras das RT] elas ficariam loucas também! (ENF 3)

Sobre o perfil e preparo para acompanhar as moradoras,

Acho que tem muito despreparo, as pessoas precisam saber lidar com a Saúde Mental. Eu ouvia e não gostava de muitas coisas que elas falavam e eu tinha que ficar só ouvindo, o que a gente podia fazer? Eu passava tudo para a Ana Lúcia [enfermeira] (ACS2).

Elas eram impacientes com as moradoras. Teve uma que veio lá de baixo, técnica da saúde mental do CRRESAM, ela deu um show pior do que as meninas, ela mera muito nervosa, Deus me livre! Elas sempre falavam assim: _Se deixar a gente acaba entrando na delas e fica doente que nem elas... (ACS2)

As cuidadoras limitavam o atendimento dos técnicos da UBS, escondiam algumas coisas. Teve até um episódio, só que eu não me lembro, eu anotei, mas perdi de vista, um episódio estranho, mas eu não consigo me lembrar. (ACS2)

Teve uma vez que elas não quiseram nos atender eu acho que elas tinham desconfiança de que a gente as denunciava por não estarem cuidando direito. Também acho que por parte da prefeitura deixavam muito a desejar, quando elas iam para o CAPs tinham que ir de ônibus ou a pé. Para as cuidadoras era perigoso e se uma surtasse e saísse correndo e se enfiasse debaixo de um carro? As cuidadoras deveriam ser capacitadas antes e o profissional que vai capacitá-las tem que ver se tem o perfil. É muito importante ter perfil para a Saúde Mental. Tem gente que não gosta e lida com elas como se fosse com bicho. Mas lidam é com gente, e com gente problemática! Tem que saber como lidar... (AC2)

Teve muito problemas no relacionamento dos cuidadoras com a relação da loucura, elas não sabiam como lidar com a loucura. Não foram preparadas e não houve qualificação. O discurso da reforma não circulava entre os trabalhadores. De uma maneira geral não tiveram qualificação dentro da Reforma Psiquiátrica. Isto a nível técnico, dentro dos serviços. Não tiveram um discurso bem disseminado; a questão ficava muito mais na teoria... O discurso era voltado para a desospitalização e não para a desinstitucionalização. O que aconteceu em Juiz de Fora foi a desospitalização. Onde todo mundo tinha essa visão reduzida. (SS2)

A noite ficava uma enfermeira e durante o dia, mesmo sem ter capacitação como cuidadora, ela dava remédio... E eu acho que nós não poderíamos dar. (ACS2)

Quanto à formação e capacitação de cuidadores, trata-se de um assunto extenso, por vezes controverso, sobre o qual muito se tem a discutir. Entretanto, me faço valer das considerações de Teixeira (2005, p. 196) quando conclui que “a saúde não depende exclusivamente dos técnicos. Ela implica em mudanças de hábitos e padrões de vida que passam por uma mudança de percepção do sujeito frente à vida e à forma de se cuidar, referindo-se à sua subjetividade e motivações”.

A autora remete também ao contexto sociocultural e este, abarca a convivência na moradia, onde o cuidador tem o papel, não de técnico, mas de facilitador. Assim quanto mais o cuidador for capaz de auxiliar o morador na mudança de hábitos, padrões e percepção, mais significativa será sua participação na reabilitação psicossocial das moradoras.

Em relação à construção da autonomia e à apropriação dos espaços da ‘cidade’, assim como na RT masculina, havia o controle por parte das cuidadoras, como expresso neste depoimento:

Saíam, davam uma volta no bairro e as cuidadoras diziam: Você vai só até ali, só que daqui a pouco vou atrás de você. (ENF 3)

Umam foram para o hospital, foram internadas de novo. Elas faziam gracinha e não obedeciam às cuidadoras e elas ligavam e mandavam elas de volta para o hospital, elas iam, mesmo sem querer. Teve uma que entrou em crise e entrou na frente do ônibus, depois quis quebrar o ônibus. A Solange cuidadora falava assim: que vergonha que eu fiquei menina!!! Daí elas ligavam para o taxi para levá-las para o hospital. (ACS2)

Em sua referência ideológica o que se espera é que a prática da desinstitucionalização realmente traga aos moradores maior trânsito pela cidade, sendo este o espaço da sociabilidade como força e ponto de partida para a reconstrução de suas vidas; sendo o espaço da cidade visto como protagonista do processo de reabilitação e de reconstrução da rede social. Esta construção tem grande significado na mudança do cotidiano dos moradores e da própria equipe. Nesta instância, três pilares são fundamentais: moradia, trabalho e lazer, sendo

os dois últimos prejudicados, enquanto o morador foi “paciente” de hospital psiquiátrico. Estas são referências constantes no processo de reabilitação, uma vez que busca, não somente a diminuição dos sintomas, mas a autonomia, cidadania e interesse pelo trabalho; não sendo a RT apenas abrigo, mas estímulo para que se tenha curiosidade pela vida (FERREIRA, 2003).

Quanto à ameaça de re-hospitalização por comportamento insubordinado, traduz o comportamento típico do manicômio, reproduzindo a lógica da obediência; do bom comportamento; do prêmio e castigo. Tudo isso expressa a falta de liberdade, a tutela, a inabilidade incapacitante, atribuída ao ‘doente mental’

Quanto às possíveis crises, com presença de delírio, houve o relato de uma situação onde a enfermeira interveio, qual seja:

A moradora C chegou lá muito ruim e sempre via coisas. Um dia a enfermeira responsável pela residência chegou e, ao ouvir a moradora C dizer que estava vendo uma menina, assombrada, disse que estava vendo a menina também e começou a tampar coisas na parede onde ela aparecia. Disse então que a menina foi embora e não ia voltar mais. (ACM 2)

Assim Ferreira (2003, p. 18) ressalta que as crises típicas dos transtornos psíquicos se tornam mais toleradas, reconhecendo-se outra maneira de lidar, não interrompendo o fluxo de relação com a vida.

Saraceno et al (1994) pontua que as estratégias de intervenção em Saúde Mental, em geral, fazem parte de um projeto que deve ser planejado por toda a equipe, contendo pautas precisas, bem estabelecidas, interdisciplinarmente realizado. Qualquer que seja a técnica escolhida é necessário que se garantam atitudes, que são consideradas básicas. Assim, em relação ao portador de sofrimento psíquico, são propostas atitudes solidárias e afetivas, bem como psicoterapêuticas. Nas primeiras, o autor sugere que se tenha respeito para com a experiência do “diferente”, ainda que não consiga compreendê-la ou modificá-la; resgate a dignidade do indivíduo para que ele se sinta aceito e reconhecido como sujeito.

Quanto à segunda, o autor define psicoterapia como qualquer tipo de ajuda através de uma relação interpessoal, seja verbal ou não verbal, entre pessoas ligadas por interesses

afetivos ou materiais e relaciona as principais tarefas desta atitude como: compreender o indivíduo; favorecer a busca de maior clareza nos aspectos que envolvem seus problemas; escutar o sujeito; usar poucas e simples palavras que possam reconhecer e avaliar as dificuldades; fazer perguntas; focalizar; usar a técnica do espelhamento, isto é, da reflexão de sentimentos (SARACENO et al, 1994, p.30).

A reflexão de sentimentos significa, simbolicamente, abrir a porta para a comunicação mais profunda. É de fato linguagem emocional, pois lida diretamente com os sentimentos. É como se estendêssemos a mão para o outro, oferecendo o conforto de nossa presença e entendimento. Pode ser utilizada, isoladamente ou em conjunto com outras mensagens, como por exemplo, o reassuramento, colocação de limites, entre outras. Quando utilizada de forma adequada e consistente, a reflexão de sentimentos tem como efeitos principais: criar um clima de confiança e liberdade de expressão em que a pessoa se sente genuinamente acolhida (MARTINS; GONÇALVES, 2007).

A pessoa se acalma quando é aceita, compreendida e respeitada e aliviada de sentimentos dolorosos ou difíceis. Isso é muito contrário ao senso-comum, que acha melhor desconversar, sufocar ou disfarçar os sentimentos com medo de que fiquem piores ou mais intensos. Na verdade, só na medida em que estes sentimentos possam ser vistos ‘à luz do dia’, com a devida consideração, é que podem ser modificados. Sentimentos importantes não desaparecem por encanto, quando se evita falar neles: simplesmente ficam bloqueados ou procurando formas mais disfarçadas de expressão (MARTINS; GONÇALVES, 2007).

Contudo, admitir os sentimentos não significa se envolver com alucinações ou delírios do portador de sofrimento psíquico, embora não se deva negá-los, tampouco é terapêutico vivenciá-los junto com o morador, materializando-os ainda mais (MARTINS; GONÇALVES, 2007).

O objetivo é focalizar a realidade, aumentando o campo perceptual, ajudando o outro a entender e esclarecer coisas que se passam dentro dele e facilitando também a diferenciação dos sentimentos. Assim, não podemos nos sentir tentados a “convencê-lo” de que não deve sentir-se da maneira como está se sentindo, porém não podemos ‘dar alimento’ para as distorções do pensamento e do sentimento, realçando sintomas psicóticos (MARTINS; GONÇALVES, 2007).

Em relação às atividades desempenhadas, observam-se nos depoimentos que estes desabilitam as moradoras, nestes trechos:

...tinham também aulas e ginástica na casa. Lá não tinha muita coisa para elas fazerem, ficavam assistindo TV o dia inteiro; comendo, dormindo e engordando. Mas ao menos saiam e faziam o trabalho no CAPS. (CLS1)

Ficavam vendo TV e não adiantava tentar ensinar alguma coisa para elas: bordados, trabalho manual, mas elas não aprendiam nunca, daí eu desisti. (ACS2)

A ... só comia. A crise dela era só de comer. Comia que nem um leão. Mas também ia ao salão, cortava cabelo, fazia unhas... (ACS2)

A ociosidade dentro da moradia fica expressa na falta de inserção na comunidade. Bertolote (1996, p. 156) se refere a um conceito de deficiência, incapacidade, de desvantagem, relatando que as pessoas, em “função de transtornos mentais ou transtornos físicos, transtornos sociais ou sensoriais, são degradadas na escala social, perdem vantagens, perdem privilégios”.

Bertolote (1996, p. 156) ressalta que “a reabilitação psicossocial é a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas”.

Contudo, o grau de contratualidade, referindo-se ao protagonismo em exercer o comando da própria vida, a socialização e a inserção das moradoras no cotidiano da moradia, lhes trazia satisfação e “vida normal”, como se detalha a seguir:

Elas não tinham necessariamente que cozinhar, mas faziam bolos, elas mexiam na cozinha, a prefeitura mandava o almoço, a casa ficava bem cuidada e conservada, e tinha a rotina delas [ENF 3].

Elas quando saíam para comprar, ficavam muito alegres e me chamavam para mostrar: era bota, maquiagem, perfumes, elas eram muito vaidosas. Quando queriam comer alguma coisa diferente, um bolo, qualquer coisa, elas faziam vaquinha e compravam. As cuidadoras anotavam tudo o que elas gastavam e quanto sobrou. (ACS2)

Quando faziam aniversários, faziam festinha, algumas conselheiras do bairro iam, elas tinham amigas no bairro e convidavam algumas pessoas. (ACS2)

A questão da vulnerabilidade dos usuários dos serviços de Saúde Mental em relação a sua sexualidade foi descrita por Oliveira (2005) com uma condição em que vários fatores incidiam.

Assim, o baixo nível de escolaridade e rendimentos; o longo tempo de tratamento; o alto índice de reinternações; a vida sexual ativa e o não uso de preservativos; a troca de sexo por dinheiro [e de dinheiro por sexo]; a troca por drogas ou outros favores e a alta incidência da violência sexual revelam esta exposição, conforme a depoente explica:

Teve uma que começou a transar em qualquer lugar, na pracinha, numa rua que tem ali num beco, num prédio, era de dia mesmo, ela não queria nem saber. As pessoas tiravam proveito delas. Izabel pagava lanche para uns doidão que andava pela rua e eles iam transar com ela. (ACM 2)

Teve algumas dificuldades em relação à sexualidade. A moradora namorou um rapaz da comunidade, sabe e assim... E eles namoravam. Ah! Na verdade ela ia transar com ele. Ela ia à casa do rapaz acho que ela fugia, ia a casa dele 'fugida' da residência ela não contava para ninguém... A gente ficou sabendo, porque a outra ACS viu e aí nos contou...Ele também era psiquiátrico (risadas). (ENF3)

Aí assim eu sempre falava sobre prevenção, falava com ela sobre a camisinha, mas não sei se ela usava não... (ENF3)

Quanto às DST/AIDS, Monteiro, Tebet (2005, p. 66) consideram comum entre os usuários dos dispositivos de saúde mental haver uma distorção da percepção em relação ao risco de infecção e ainda podem apresentar dificuldades em utilizar medidas protetoras, como o uso do preservativo.

Assim, enfatizam que os profissionais de Saúde Mental têm que estar sensibilizados para estas questões e capazes de adotarem condutas essenciais para o estabelecimento de vínculos e também através de uma comunicação clara e o mais objetiva possível (MONTEIRO, TEBET, 2005, p. 66).

Também os cuidadores devem estar habilitados a conversar com a moradora sobre estas questões afetivas e sexuais, facilitando a compreensão e escolha por comportamentos mais protegidos, seja oferecendo preservativos e checando a habilidade da moradora para o uso; seja dialogando sobre as vivências delas e conversando com o grupo, sempre que oportuno.

Podem ainda buscar orientações para condutas mais pertinentes com a equipe de saúde da Unidade de Atenção Primária, quando o enfermeiro poderá realizar o aconselhamento e indicar testagens sorológicas, exames e tratamentos, quando necessário.

Diante do despreparo para se lidar com a questão da sexualidade, os moradores do bairro mostraram restrições quanto ao comportamento manifesto por uma das moradoras da RT. Assim,

Às vezes ela transava na rua mesmo. E a comunidade reclamou, o pessoal não gostava, reclamaram muito, e com razão, o pessoal deste local eram pessoas bem de vida e aquilo estava denegrindo a imagem da rua. Daí que ela parou depois de ser advertida (ACS2)

A despeito da mais absoluta antissociabilidade de intercursos explícitos, estando estes fora das normas morais, novamente Elias (2000, p. 171) argumenta esta questão, quando se refere às pessoas que pertenciam a um círculo de famílias há mais tempo estabelecidas no local, que apresentavam um código comum por seus vínculos afetivos específicos, que mantinham uma união das sensibilidades, que subjaz a todas as suas diferenças.

Nesse aspecto, reflete Elias (2000, p. 171): “elas sabem onde se situar em relação umas às outras e o que esperar uma das outras e o sabem instintivamente melhor, como se costuma dizer, de onde se situar em relação aos *outsiders* e o que esperar deles.” Assim, eles são conhecidos como pessoas de bem, que aderem ao código moral e social aceito nesse meio.

E, finalmente, sobre as influências e transformações apresentadas quando após a desospitalização, que revelam o gradual processo de desinstitucionalização, percebe-se que:

Ah! Sim... Ficaram mais centradas, se sentiam normais pela convivência com a sociedade. Estavam se amando mais, se sentindo mulheres e vendo que não eram

diferentes das outras pessoas e não estão internadas. Às vezes uma simples crise e a família quer levar, e põe logo no hospital e hoje o hospital manda para a família e a família não quer, não aguenta. Então nada melhor do que uma RT para a moradora ser mais feliz... (ACS 2)

Uma vez desospitalizados, Guljor et al (2003, p. 118) ressaltam a grande dificuldade dos programas de saúde mental para efetivarem a reinserção social da clientela. A oferta de cuidados nos leva a pensar tanto no ponto de vista do planejamento e gestão, que se depara com a vontade política, implantação de serviço e priorização orçamentária; como também acerca do cotidiano do cuidado no campo assistencial, enquanto processo de trabalho, fluxo, vínculo e acolhimento.

Assim, temos que o processo de criação e implantação, tanto da RT masculina quanto da RT feminina, evidenciou aspectos de grande complexidade, envolvendo vontade política, e a participação decisiva das autoridades públicas municipais, dos profissionais da saúde mental, e da sociedade em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da mesma forma que se observa em outros estudos, o processo de criação e implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, também foi complexo, evidenciando-se resquícios de uma trajetória histórica de uma psiquiatria tradicional, pautada pela exclusão, negação da cidadania de um grupo de pessoas que conviviam com transtorno mental. Tal evidência se deu tanto por parte de autoridades públicas municipais quanto por parte dos profissionais de saúde, cuidadores e sociedade, em graus e formas diferenciadas.

A difícil tarefa em desconstruir conceitos não se faz apenas no âmbito da sociedade vigente. Talvez, os maiores produtores de um entendimento discutível sobre a doença mental sejam os próprios profissionais que trabalham com ela. Seu meio de trabalho acaba por perpetuar normas internas, percepções individuais e saberes demarcadores da exclusão social da loucura.

Por outro lado, também se identificou a necessidade de se investir na Residência Terapêutica também como um espaço de acolhimento, por facilitar a ação técnico-assistencial com foco nas relações estabelecidas entre equipe-usuário e, através de parâmetros preconizados pelo MS, atribuir ênfase a solidariedade e humanização, tendo o usuário-morador como protagonista, portanto sujeito de intervenções para o resgate da sua cidadania, envolvido diretamente no processo de reabilitação psicossocial.

Cabe destacar a necessidade de investimento na instrumentalização dos profissionais para alavancar a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde. A inserção das ações de saúde mental na ESF e no CAPS perpassa, fundamentalmente, a capacitação e apropriação de conceitos de clínica ampliada dos profissionais para a mudança do paradigma.

O acolhimento é também considerado uma diretriz, inscrita na tecnologia do encontro construído e inserido em uma relação profissional/usuário e sua rede social, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso das equipes e usuários, sendo este sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde. Refere à ética, enquanto compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida.

Também ficou claro que a desativação de leitos tem que ocorrer simultaneamente à criação de novos serviços substitutivos, enquanto políticas públicas. Em síntese, as leis que advogaram em prol da criação e suporte para estes serviços foram: a Portaria Nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no SUS para egressos de longas internações e a Portaria Nº 1.220/2000, que regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS; a Lei Federal Nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; a Lei N.º 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação através do Programa de Volta para Casa;

as Portarias GM N° 52 e 53/2004, que preconizam a redução de leitos psiquiátricos, (BRASIL, 2004).

Conviver com moradores de uma RT, uma vez que seu horizonte ultrapassa os limites da simples assimilação do louco à realidade social compartilhada, requer também uma transformação profunda de nossas concepções e relações com a subjetividade e com os preconceitos, ainda que subliminares. Daí a complexa missão de se desenvolver nos profissionais de saúde, em particular os de enfermagem, uma compreensão dos princípios que sustentam a reforma psiquiátrica e seu significado para o resgate da cidadania e a reabilitação psicossocial de pessoas que convivem com transtorno mental.

Este é um campo vasto e desafiador, principalmente porque, o hospitalocentrismo vai deixando, paulatinamente, a tendência precípua da assistência, sendo, dessa forma, substituído por novas práticas e estratégias para envolver os usuários e sua família na corresponsabilização pelo tratamento.

As RT ressignificam a possibilidade de pessoas se desvincularem do rótulo de doentes; incapazes e se inserirem na sociedade. Tal forma de viver está em sintonia com a intervenção comunitária, com a reabilitação psicossocial, com o aumento da qualidade de vida e da contratualidade dos moradores.

Ultrapassando a ideia de ‘leitos’, em saúde mental, precisamos agenciar soluções no campo afetivo, material e social e participação na vida política e jurídica dos indivíduos.

Porém isso não é tarefa fácil, pois, os técnicos e cuidadores encontram obstáculos na própria sociedade, que cristaliza a ideia de que o portador de transtorno mental não apresenta o pragmatismo e a desenvoltura para viver em sociedade, criando-se o estigma, as injunções do ter que ser normal, estabelecido e adequado às exigências de desempenho, de acordo com as exigências capitalistas de inserção no mercado produtivo, ou seja, imprime-se nas pessoas com transtorno mental, a marca de grupo enquanto *outsiders*.

Portanto, enfermeiro e cuidador necessitam de conhecimento e sensibilidade para atuar junto ao morador de uma RT que necessita reconfigurar suas habilidades pessoais e sociais, facilitando a adaptação social e psicológica daquele que sofre com transtorno mental, contribuindo para diminuir a invisibilidade dos portadores de transtornos mentais, próprias aos *outsiders*.

Neste contexto, a rede de atenção torna-se capaz de integrar este indivíduo à comunidade, quando o leva novamente a vivenciar a situação comum de ser alguém, morar em uma casa, ter importância, identidade, direitos, exatamente o que a humanização se propõe: dar visibilidade a este sujeito.

Em Juiz de Fora o CAPS CASA VIVA continuou sendo único para os portadores de transtornos mentais moradores das RT. O mesmo se desdobrou em propostas como: oficinas terapêuticas e projetos de geração de renda e inclusão produtiva nos moldes da economia solidária que foram configurados como prioridade na reabilitação psicossocial, entretanto não tiveram o devido investimento das verbas públicas que garantissem recursos e materiais permanentes e de consumo para a manutenção das oficinas terapêuticas. Neste contexto, acredita-se que os dispositivos propostos como substitutos do hospital psiquiátricos devam receber a atenção, investimento e insumos necessários com vistas à expansão e a manutenção do acesso com qualidade.

Para que o modelo não se limite ao exclusivamente assistencial, onde uma equipe atenda com base na queixa conduta, geralmente medicamentosa, é necessário qualificar e sensibilizar as equipes da rede, incluindo também o suporte e apoio continuado para as equipes de atenção primária, incentivando o atendimento pela equipe da ESF aos moradores do território. O desafio maior é construir relações dialógicas nesse contexto, encontrando pontos comuns para a organização e gestão do projeto e do cuidado, a partir da lógica do usuário.

Dessa forma é fundamental a articulação necessária entre as diversas instâncias para realmente se ter como base a integralidade nas ações propostas, com base na reabilitação psicossocial. Apesar da vasta gama de atribuições do CAPS em Juiz de Fora referente aos serviços de enfermagem, ainda se pauta, sobretudo, nos resquícios de uma assistência organicista, uma vez que o documento que regimenta as ações de enfermagem para esta instância não esclarece quanto às questões reabilitadoras, descrevendo principalmente as atividades relacionadas à dispensação de medicamentos, crise, cuidados a doentes com risco de vida, doenças transmissíveis, danos, educação sanitária, registro de sinais e sintomas e administração de medicamentos.

Assim as habilidades técnico-relacionais e a compreensão da política pelos profissionais de saúde mental, podem requerer formação, treinamento e sensibilização específicos, pois como anteriormente mencionado, temos que desconstruir primeiro em nós mesmos, os paradigmas asilares, para então passar a combatê-los, bem como aos preconceitos existentes na sociedade.

Quanto às equipes das USF, ambas tiveram uma atuação muito favorável e acolhedora aos moradores das RT, dispensando cuidados de enfermagem pautados na resolutividade provenientes de uma assistência diária embora a ênfase tenha sido maior para o aspecto somático.

Para que se possa minimizar estigmas e preconceitos que circundam fortemente a realidade do portador de sofrimento mental, conferindo-lhes uma inserção maior junto à sociedade é necessário que, nesta instância, se crie de fato e de direito, possibilidades que tragam uma vida mais ativa e produtiva.

O acompanhamento realizado por cuidadores sensibilizados para questões de autonomia e emancipação dos moradores é considerado essencial, pois embora não possua função técnica dentro da moradia, seu convívio com os moradores é determinante, pois ele

estará ali, vivenciando o processo dinâmico e processual, fazendo o que o dia a dia solicita, dando apoio e supervisionando as ações, atuando como elemento de intermediação para que o próprio morador seja capaz de resolver suas questões, o que irá contribuir para a construção progressiva de sua auto-confiança e autonomia.

Neste contexto, criar oficinas para poder dar vazão aos cuidados, auto cuidado, a questão de higiene e aparência pessoal, trabalhar com salão de beleza; higienizar a casa; fazer compras; almoço, arrumar a mesa, limpar a mesa depois do almoço são coisas que a enfermagem tem muito a ver e vai se descobrindo e consolidando com o conhecimento e a experiência. Além disso, é necessário descobrir o potencial de cada um, dar destaque, reforço positivo, cultivar e instrumentalizar as habilidades individuais, fazendo com que a produção de cada um se manifeste em uma arte, habilidade ou trabalho manual.

O matriciamento das equipes da atenção primária pela equipe do CAPS é essencial uma vez que privilegia o atendimento de base territorial, para que a atenção primária se fortaleça, de modo a se apropriarem dos conceitos e aplicação de práticas reabilitadoras, que transcendem o atendimento às necessidades de saúde fragmentadas e desvinculadas da saúde como um todo, estendendo-se ao biopsicossocial. Além disso, tal interface facilita ainda retornos, o percurso e os encaminhamentos, de modo que se faça frente às internações, fazendo valer as premissas da RP.

É necessário também ampliar e fortalecer os programas e serviços existentes no território, pois a prática reorientada pela inversão do modelo contempla a utilização de todos os recursos existentes, aumentando assim a capacidade reabilitadora em um movimento sinérgico de parcerias entre saúde, educação, cultura, esportes, organizações não governamentais, dentre outros, em uma perspectiva intersetorial, que influencia significativamente as possibilidades de reabilitação psicossocial. Aqui se insere a importância das parcerias com o terceiro setor, na lógica pública, reguladas e fiscalizadas pelo controle

social, para a viabilização das RT; oficinas; formação profissional dos indivíduos; colocação em empresas, como hoje se faz com os deficientes físicos.

Cabe ainda enfatizar que as moradias devem se constituir em lugar agradável, aprazível, onde o morador se estabeleça e se sinta útil, aproveitado, incorporado nas atividades diárias, onde possa gerir a própria vida, fazendo escolhas, tendo preferências, definindo e compartilhando com os conviventes de decisões e iniciativas. A vida inoperante e enfadonha, onde os moradores se sentem inativos e sem entusiasmo é própria de um manicômio e não de um lar. Portanto é necessário reconstruir histórias e recriar vínculos sociais, ressignificando a existência e o ser.

É pertinente enfatizar, dessa forma que para uma RT cumpra seus propósitos é imprescindível a vontade política, ou seja, o comprometimento dos gestores com a causa, pois a iniciativa deve estar coberta de um respaldo que priorize a desinstitucionalização e a permita, com a devida importância e investimentos.

Conclui-se que as RT embora não conte com a presença do profissional enfermeiro em seu funcionamento diário, é um locus privilegiado, onde o enfermeiro de saúde da família e a equipe do CAPS podem exercer as premissas que caracterizam esta estratégia com ênfase na promoção da saúde; na integralidade; trabalho de equipe e intersetorial; vínculo; longitudinalidade e valorização do sujeito.

É necessário, então diferenciar a dimensão do sujeito e a dimensão do cidadão. O cidadão tem seus direitos civis e políticos garantidos, bem como a assistência sob todos os aspectos constitucionais e a proteção. E na dimensão do sujeito valoriza-se a liberdade, a autonomia e a responsabilidade. Este sujeito se torna participativo na reconstrução de sua identidade desfeita pela patologia; pelos diagnósticos e tratamentos não criteriosos; pela longa internação; pelo mercantilismo da psiquiatria e pela ineficaz atuação do profissional, que, de repente, tornou-se um ‘monstro cuidando de gente’, devido às atrocidades cometidas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. P.D.C. **O Homem e a Serpente**. Editora Fiocruz, 2007

_____. P.D.C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010.

ARBEX, Daniela. Instituto promove conferência sobre saúde mental. “**TRIBUNA DE MINAS**”. Caderno Cidade, 15 de agosto de 1999.

_____, Daniela. “Deficiência marca tratamento de doentes mentais em Juiz de Fora”. **TRIBUNA DE MINAS**. Caderno Cidade, 31 de agosto de 2003.

_____, Daniela. Relatório MS sobre 5 unidades apontam sujeira e falta de comida. Doentes mentais tem direitos violados nos hospitais de Juiz de Fora. **TRIBUNA DE MINAS**. Cidade. p. 8 18 e 19 de junho de 2004.

_____, Daniela. Residência terapêutica recebe pacientes na 2ª **TRIBUNA DE MINAS**. Cidade. p. 8 18 e 19 de junho de 2004

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Apresentação de citações em documentos**. Rio de Janeiro: ABNT/Fórum Nacional de Normalização, 1988. 3 p. (NBR 10520)

BARRETO, J. Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental, **Revista APS** volume 10 – nº 2 (.PDF) – JUL2007/DEZ 2007
Disponível em <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/prevenir.pdf>. Acesso em 10/08/201.

BASTOS, M.O. **Residências Terapêuticas em Juiz de Fora**. Monografia apresentada para obtenção de promoção automática por mérito, compondo parte do acervo da Escola de Governo da Prefeitura de Juiz de Fora; mimeo, 2004.

BERTOLOTE, José Manoel. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Rev. Saúde Pública** vol.29 N°2 São Paulo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000200013. Acesso em 11/12/12.

_____, José Manoel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In Reabilitação Psicossocial no Brasil. Ana Pitta (org). SP: Editora Hucitec, 1996.p.155-158.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental Anexo: proposta de política de saúde mental da nova república. julho/1985 Brasília, 1987.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf

BRASIL (b). **Conferência Nacional de Saúde Mental**: Relatório da 1ª conferência 25 a 28 de junho de 1987– Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL (a). Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 21.ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

BRASIL (e) . Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 224/92**. Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994 Disponível em <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20>. Acesso em 10 de dezembro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>. Acesso em 19 de dezembro de 2011

BRASIL. **LEI FEDERAL Nº 10.216/01**. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 2, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abril 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental/dape. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – Pnash/Psiquiatria**, 2003. Disponível <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnash.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2012

BRASIL (k). Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: 2004.

BRASIL. http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/portaria_52.pdf Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas** Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção Comissão Intergestores Tripartite**. 2007.

Disponível http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf acesso em 01 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4**. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. Disponível em www.saude.gov.br e www.ccs.saude.gov.br. Acesso em 26 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH - Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília: 2006.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf. Acesso em 27 de junho de 2012.

CARDOSO, C.F.S.; VAINFAS, R. **Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2ª reimpressão, 1997.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. SP: Livraria Atheneu, 1989.

DELGADO. Paulo Gabriel. **INFORMATIVO. Mandato de Luta periódico, publicação, 1999** (mimeo).

DELGADO, Paulo. **Humanismo, Ciência e Democracia** Os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. Conferência: Saúde Mental, Processo social e Cidadania. Cad. Bras. Saúde. Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009.

DELGADO, Pedro Gabriel. A reforma na assistência à saúde mental na mira de 3 especialistas no tema. **Debate**. Cremesp Edição 37 - Outubro/Novembro/Dezembro de 2006.

DELGADO, PG, O Espírito da Lei. Jornal Globo. **Caderno Opinião**. p.7. Domingo, 10 de maio de 2009.

DOMINGUEZ, Bruno. Muito aquém da saúde mental. **Revista Radis**. Nº 97, setembro, 2010

ELIAS, Norbert. **Os estabelecidos e os outsiders**. RJ: Zahar, 2000.

FASSHEBER. V.B.; VIDAL Carlos E.L. Da tutela à autonomia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (2), 194-207

Disponível <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-501944>

FERNANDES, A. **Projeto de uma luta antimanicomial**: um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano de vida. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

FERREIRA, Gina. Panorama sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: do manicômio Público ao lar abrigado. p. 175-180. In **Loucura, ética e Política: escritos militantes**, casa do Psicólogo, 2003.

FRARE, A.P.. FIGUEIREDO, A.C. A função da Psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. **Rev.Latino americana** Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v.11; n 1; p. 82-96, março, 2008.

FRANÇA, J.M.F.; JORGE, M.R. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.23 no.1 São Paulo Mar. 2001
Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000100002&script=sci_arttext; Acesso em 12/05/2012.

FUREGATO Edilaine. Cristina da Silva. FERREIRA Antonia Regina A Doença Mental Vivida por um Paciente Psiquiátrico: Suas Percepções, **ESCOLA ANNA NERY REVISTA DE ENFERMAGEM** volume 10 . número 4. dezembro 2004.

FURTADO, Juarez. 2005 Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):785-795, 2006

GAUDÊNCIO, MMP; AZEVEDO, DM. A esquizofrenia sob a ótica familiar: discurso dos cuidadores. **Revista Nursing**, 2007, 10 (111): 366-371.

GONÇALVES. Lilian. **Integralidade e Saúde Mental**. SP: Editora Minelli, 2008.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **Os Centros de Atenção Psicossocial**: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Área de concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Rio de Janeiro, 2003.

HECKERT Uriel Mário Sérgio Ribeiro; Uriel **Universidade e o cuidado à saúde: o “caso” do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do HU-UFJF** Revista de Saúde do Distrito Federal, 2002.

IBGE. **Anuário Estatístico Anuário Estatístico**. http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario_2009/basededados/PDF/2%20Demografia/2.2%20Populacao/T%202.8.pdf. Acesso em 15 de maio de 2011)

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Conversando com o Ministério Público. O Ministério Público e a Lei da Reforma Psiquiátrica. RJ: IFB. 2004

JANOTT, M.L.M. Refletindo sobre história oral: procedimentos e possibilidade. In: MEILHY, J.S.S.B. (Org.). **(Re) Introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996, p. 62. (Serie Eventos).

JUIZ DE FORA. **Plano Municipal de Saúde Mental**. Juiz de Fora- MG: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. Secretaria Municipal de Saúde **Relatório da I Conferência Municipal de Saúde, 1991**.

_____. **Proposta de reestruturação e integração da rede de assistência à saúde mental no município de Juiz de Fora**. Juiz de Fora- MG: Instituto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, 1997.

_____. Estatuto Social da Associação Casa Viva, mimeo. 1996.

MACHADO, Kátia. Como anda a reforma? Escola Nacional de Saúde Pública. **RADIS** 38 - out/2005

MENDES, S. M. O. **Um Estudo Sobre a Assistência do CAPS Casa Viva de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2000.

_____. **Saúde Mental e Trabalho**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

MANN,C.G.; OLIVEIRA,S.B. Um novo dispositivo em Saúde Mental em tempos de Aids *in* **Manual de Prevenção do HIV/AIDS para profissionais de Saúde Mental**. 2ª edição, Brasília, 2004.

MARQUES, A.J.S. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MARTINS; Maria Evangelista GONÇALVES, Angela Maria Correa. Relacionamento Terapêutico: a Abordagem como Ação Básica de Saúde, in Ferramentas para descomplicar a atenção básica em Saúde Mental. Editora UFJF: 2007.

MARSIGLIA, Regina, et al. Saúde Mental e Cidadania. Edições Mandacaru. Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental. São Paulo: 1987.

MINAS GERAIS. **Atenção em saúde mental: Saúde em casa**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>. Acesso em 19 de dezembro de 2011

MONTEIRO, A.C; TEBET, N.N. Aconselhamento em HIV/Aids para pacientes psiquiátricos: uma experiência. **Manual de Prevenção do HIV/AIDS para profissionais de Saúde Mental**. 2ª edição, Brasília, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criativamente**. 26ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PITTA, A. M. F. "O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?". (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. SP: Hucitec, 1996.

PITTA, A. M. F. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização dos serviços de saúde mental. In: BRASIL Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Texto da III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2001.

REZENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA N.R. (Org.). **Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

PRUDENTE, J. Juqueri: o fim do pesadelo. **Revista do Conselho Federal de Medicina do estado de São Paulo. Cultura.** Edição 30 - Janeiro/Fevereiro/Março de 2005.

RIBEIRO Mario Sergio e cols. **Reforma psiquiátrica e atenção primária à saúde: o processo de implantação do SMSM de JF, 2003.** Disponível em <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2011.

SARACENO, Benedito; ASIOLI, Fabrizio; GIANNI, Tognoni. **Manual de Saúde Mental: Guia Básico para Atenção Primária.** Editora Hucitec, São Paulo, 1994.

SHUBERT, Maria Luiza Alvarenga. **Sistema de Atenção ao Usuário de Saúde Mental - SOU Mental -** PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, Monografia apresentada a esta instituição para obtenção de promoção automática por mérito. Juiz de Fora, 2001.

SOUZA, AC; VASCONCELOS, MM; AMARANTE, Saúde Mental na Atenção Básica. **Dynamis Revista Técnico-Científica.** Vol 12; nº 45, p. 23-27. Janeiro-Março, 2004.

TAYLOR,C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica.** 16ª Ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 2001.

TEIXEIRA; B.C.; TESSER. C.D. Saúde Mental na Atenção Básica. Estratégia de implantação a partir de uma experiência. **Saúde em Debate.** Vol. 35; n 88. P 96-104. RJ, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. **BOLETIM 18 DE MAIO, 8.** Rio de Janeiro, 2001.

VASCONCELOS. E. M. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura:**uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional, 2010.

VILLELA, Sueli de Carvalho; MORAES Maria Cecília. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 2007.

WAIMAN ,M.A.P.; ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização, **Texto contexto - enferm.** vol.14 nº.3 Florianópolis July/Sept. 2005

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ENTREVISTAS

Roteiro A

Depoente Autoridades Municipais

1. Quais fatos influíram no processo de desospitalização e desinstitucionalização no município?
2. Comente acerca da criação e implantação das RT em Juiz de Fora entre 2002 e em 2004.
3. Porque somente dois anos após a criação da primeira RT é que foi criada a segunda?
4. Quais fatos bem específicos e relevantes podem ser mencionados acerca da implantação das RT?
5. Qual o impacto das RT para a assistência ao portador de transtornos mentais?

Roteiro B

Depoente Enfermeiros

1. Como se deu a participação do enfermeiro no processo de criação das RT?
2. Porque somente dois anos após a criação da primeira RT é que foi criada a segunda?
3. Quais critérios foram definidos para se escolher os egressos que iriam residir? Houve contato com familiares dos mesmos? Como os enfermeiros participaram desse processo?
4. Qual sua participação no processo de seleção dos cuidadores e/ou profissionais que iriam atuar nas RT?
5. Como se dá a participação do enfermeiro no processo de criação das 1ª e 2ª RT?

APÊNDICE 2

QUADRO SUJEITOS ENTREVISTADOS PARA ESTA DISSERTAÇÃO

Categoria Profissional	Sigla	Pós-graduação Saúde Mental	Vínculo institucional	Data	Duração aproximada
Enfermeiro	ENF 1	x	Chefe de setor DSM	12/03/2012	90 ´
Enfermeiro	ENF 2	x	Chefe de setor DSM	12/03/2012	110 ´
Enfermeiro	ENF 3	x	USF técnico	11/04/2012	180
Enfermeiro	ENF 4	x	USF técnico	12/04/2012	90´
Enfermeiro	ENF 5	x	HP técnico	12/05/2012	90
Enfermeiro	ENF 6	x	CAPS técnico	15/05/2012	90 ´
Enfermeiro	ENF 7	x	CAPS técnico	15/05/2012	60 ´
Médico	PSI 1	x	CAPS técnico	12/07/2012	60 ´
Médico	PSIQ 2	x	CAPS técnico	12/07/2012	60 ´
Médico	PSIQ 3	x	CAPS técnico	12/07/2012	60 ´
Conselheira de Saúde	CL	Não se aplica	Não se aplica	18/03/2012 60 minutos	30
Agente Comunitária de Saúde	ACS 1	Não se aplica	USF técnico	18/03/2012	50 ´

Agente Comunitária de Saúde	ACS 2	Não se aplica	USF técnico	25/03/2012	50 ‘
Assistente Social	SS 1	x	USF técnico	25/03/2012	60 ‘
Assistente Social	SS 2	x	CREESAM técnico	12/03/2012	60 ‘
Assistente Social	SS 3	x	Chefia de setor DSM	11/03/2012	60 ‘
Psicóloga	PSIG	x	CAPS coordenação	25/03/2012	90 ‘

Siglas

DSM – Departamento de Saúde Mental

CREESAM – Centro Regional de Referência em Saúde Mental

USF – Unidade de Saúde da Família

HP Hospital Psiquiátrico

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

APÊNDICE 3



**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) a participar da pesquisa intitulada: **A atuação da equipe de enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas em Juiz de Fora 2002-2004**, que tem como objetivos: descrever as circunstâncias de criação das Residências Terapêuticas em Juiz de Fora – MG; analisar a relação social entre estabelecidos e excluídos, moradores das Residências Terapêuticas, e discutir a contribuição do Enfermeiro no processo de implantação das Residências Terapêuticas, no período compreendido entre 2002 a 2004.

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, histórico-social, utilizando como método para coleta de dados o depoimento temático.

A pesquisa terá duração de até 18 meses, com o término previsto para setembro de 2012. Cabe destacar que, em função dos aspectos históricos próprios a esta pesquisa, não é possível assegurar o anonimato acerca do seu depoimento. Os **dados coletados** serão utilizados nesta e em outras pesquisas, e os resultados serão divulgados em eventos e/ou 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, com a instituição para a qual forneceu os seus dados, ou com aquela onde você trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, que será gravada em gravador digital para posterior transcrição. Após, será solicitado a cessão dos direitos da mesma para compor o acervo do Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, de modo a ser disponibilizada para outras pesquisas científicas.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionados à sua participação. O **benefício** de sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de História da Enfermagem.

Você receberá uma cópia deste Termo, onde constam 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.

Mestranda: Maria Luiza Stehling dos Santos _____

E-mail: luizastehling@gmail.com

Orientador: Prof. Dr. Antônio José de Almeida Filho

E-mail: ajafilho@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ: (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 4

Avaliação Depoimento Oral

Prezado depoente,

Para o desenvolvimento desta pesquisa e em respeito aos princípios éticos da pesquisa conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e tendo em conta que seu depoimento oral após ser submetido ao processo de transcrição, foi também submetido à correção dos vícios de linguagem e outros, que dificultam o entendimento da idéia central. Acreditando ser esta uma maneira de minimizar inferências, solicitamos aferir, avaliar e validar seu depoimento oral, e realizar alterações caso julgue necessário.

APÊNDICE 5

Termo de Cessão de Direitos para doação de depoimento oral para o Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

1. Pelo presente documento, (nome, naturalidade, estado civil, profissão, carteira de identidade, órgão emissor, CPF...), residente e domiciliado à... CEP..., cede e transfere neste ato, gratuitamente, em caráter universal e definitivo ao Centro de Documentação da Escola de enfermagem Anna Nery/UFRJ a totalidade de seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral prestado no dia... na cidade... Na forma preconizada pela legislação nacional e pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário,..., proprietária originária do depoimento de que trata este termo, terá, indefinidamente, o direito ao exercício pleno dos seus direitos morais sobre o referido depoimento, de sorte que sempre terá seu nome citado por ocasião de qualquer utilização.

2. Fica, pois o Centro de Documentação da escola de Enfermagem Anna Nery plenamente autorizado a utilizar o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou integral, inclusive cedendo seus direitos a terceiros, no Brasil e/ou no exterior.

Sendo esta a forma legítima e eficaz que representa legalmente os nossos interesses, assinam o presente documento em 02 (duas) vias de igual teor e para um só efeito.

Local	Data
-------	------

Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

Nome da Entrevistada _____

TESTEMUNHAS:

Nome legível

Nome legível

CPF:

CPF:

APÊNDICE 6

Juiz de Fora, 2 de fevereiro de 2012

Prezado Dr. José Eduardo Moreira Amorim

Solicito autorização para consultar os documentos referentes à Reforma Psiquiátrica no município de Juiz de Fora, sendo estes: documentos escritos e iconográficos do acervo do Departamento da Rede de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, por meio de seus CAPS e CASM. Compõe-se de documentos tais como banco de dados virtuais; leis; decretos; portarias; ofícios; atas; relatórios; cartas; memorandos; discursos; artigos da época, publicados em jornais. Serão considerados também os relatórios das Conferências Municipais de Saúde Mental de Juiz de Fora.

Estes documentos servirão como fontes primárias na construção da dissertação de Mestrado, com o título provisório: **A atuação da equipe de enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas em Juiz de Fora (2002-2004)**, em fase de desenvolvimento pela aluna Maria Luiza Stehling dos Santos, registro UFRJ N 109008072 na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Esta proposta pretende entender a participação dos enfermeiros na implantação das Residências Terapêuticas no recorte temporal entre 2002-2004. Como contribuição social pretende ampliar e divulgar a produção científica sobre a história da saúde mental em Juiz de Fora, resgatando fontes históricas e produzindo novas fontes. Além de contribuir para divulgação da importância da criação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Maria Luiza Stehling dos Santos
COREN 25.245

Autorizado. Dr José Eduardo Moreira Amorim

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)