



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

RAQUEL TASSI ABIRACHED

**Atuação da enfermagem na implantação das Residências Terapêuticas para
pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias –
RJ (2004 – 2011)**

Linha de Pesquisa: História da Enfermagem Brasileira

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

2017

RAQUEL TASSI ABIRACHED

**Atuação da enfermagem na implantação das Residências Terapêuticas para
pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias – RJ
(2004 – 2011)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Linha de Pesquisa: História da Enfermagem Brasileira do Núcleo de Pesquisa da História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS)

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro

2017

Raquel Tassi Abirached

Atuação da enfermagem na implantação das Residências Terapêuticas para pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias – RJ (2004 – 2011)

Dissertação de Mestrado apresentada em Fevereiro de 2017 à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de Defesa de Dissertação.

Aprovado por:

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

Professora Doutora Mariângela Aparecida G. Figueiredo – HU/UFJF 1ª Avaliadora

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

Professora Doutora Tânia Cristina Franco Santos – (EEAN/UFRJ) 1ª Suplente

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

RESUMO

Atuação da enfermagem na implantação das Residências Terapêuticas para pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias – RJ (2004 – 2011)

A Reforma Psiquiátrica brasileira reconfigurou a assistência à pessoa com sofrimento psíquico e impôs a necessidade de criação de dispositivos terapêuticos, em substituição ao modelo manicomial. Nesse contexto são criadas as Residências Terapêuticas. No entanto, o seu processo de implantação é complexo, cuja participação da enfermagem é significativa. Os objetivos do estudo são: descrever as circunstâncias de criação das Residências Terapêuticas no município de Duque de Caxias- RJ e discutir a participação da enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias- RJ. Metodologia: estudo histórico-social, cujas fontes primárias constituíram-se de leis, decretos, portarias e relatórios, além de depoimentos orais de profissionais envolvidos nesse processo. O recorte temporal foi de 2004 a 2011. As informações colhidas foram organizadas, classificadas e analisadas conforme o método histórico, com apoio da literatura sobre o tema. Além destes, foram utilizados para fundamentar a análise os conceitos que nortearam a Reforma Psiquiátrica: desospitalização, desinstitucionalização, reinserção social, reabilitação psicossocial e cidadania. Resultados: pode-se inferir que a implantação das Residências Terapêuticas representou um processo complexo onde se evidenciou a participação da enfermagem no planejamento, coordenação e implantação das residências terapêuticas no município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro- Brasil, onde a atuação do enfermeiro se deu também através da participação em dispositivos extra-hospitalares que compõem a rede de atenção à saúde mental no município de Duque de Caxias. Conclusão: a participação da enfermagem na implantação enquanto elo entre as Residências e a rede de apoio foi fundamental e imprescindível para o êxito desta política e para o resgate da cidadania e autonomia do usuário.

Palavras- chave: Residencial terapêutico; Ressocialização; Reabilitação psicossocial;

ABSTRACT

Nursing actuations in the implantation of therapeutics residences for people with psychiatric disorder in the municipality of Duque de Caxias-RJ (2004-2011)

The Brazilian psychiatric reform reconfigured the assistance to the person with psychiatric suffering and imposed the need for the creation of therapeutic devices, replacing the asylum model. Therapeutic residences are created in this context. However, its implantation process is complex, whose nursing participation is significant. The objectives of the study are: to describe the circumstances of creation of therapeutic residences in the municipality of Duque de Caxias-RJ; and to discuss the participation of nursing in the process of implantation of therapeutic residences in Duque de Caxias-RJ. Methodology; historical-social study, whose primary sources consisted of laws, decrees, ordinances and reports, besides oral testimonies of professionals involved in this process. The time cut was from 2004 to 2011. The information collected was organized, classified and analyzed according to the historical method, with the support of reading about the theme in addition to these, the concepts that guide the psychiatric reform were used to base the analysis: Dehospitalization, desinstitutionalization, social reintegration, psychosocial rehabilitation and citizenship. Results: it can be inferred that the implantation of therapeutic residences represented a complex process in which the participation of nursing in the planning, coordination and implantation of therapeutic residences in the municipality of Duque de Caxias in the state of Rio de Janeiro- Brazil, there the nurse performance was also through the participation in extra-hospital devices that make up the municipality of Duque de Caxias. Conclusion: nursing participation in the implantation as a link between the residences and the support network was fundamental, was essential for the success of this policy and for the rescue of citizenship and possible autonomy for each user.

Keywords: Therapeutic residences; social reintegration; psychosocial rehabilitation

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	24
2.1	CONCEITOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS.....	23
2.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
2.2.1	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	31
2.2.2	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	34
I	CAPÍTULO I.....	37
I.1	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	37
I.2	A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA COMO DISPOSITIVO INTEGRANTE DA REDE DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA POLÍTICA BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E NO SUS.....	46
I.3	ANTECEDENTES HISTÓRICOS: SITUANDO O MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO.....	49
II	CAPÍTULO II.....	57
II.1	A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA SENDO TRILHADA RUMO À CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM DUQUE DE CAXIAS-RJ	57

II.2	O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS- RJ.....	92
3	REFERÊNCIAS.....	96
4	APÊNDICES.....	107
4.1	CRONOGRAMA.....	107
4.2	ROTEIRO DE ENTREVISTA 1.....	109
4.3	ROTEIRO DE ENTREVISTA 2.....	110
4.4	ORÇAMENTO.....	111
4.5	TERMO DE CONSENTIMENTO.....	112
4.6	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA- CEP	113
4.7	CARTA/ AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA DE DOCUMENTOS.....	115

Lista de siglas:

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIH- Autorização de Internação Hospitalar

BDENF- Base de Dados da Enfermagem

BPC – Benefício de Prestação Continuada

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde

CAIS – Centro de Atenção Integrado à Saúde

CAP-SES- Comissão de Acompanhamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos

CEAPD- Centro de Atenção ao Portador de Deficiência

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEATA- Centro de Atenção Total ao Adolescente

CPF- Cadastro de Pessoa Física

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

EEAN- Escola de Enfermagem Anna Nery

ESF – Estratégia Saúde da Família

FNM - Fábrica Nacional de Motores

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPUB - Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NOB - Norma Operacional Básica

NURC - Núcleo Regional da Corregedoria

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAM - Posto de Assistência Médica

PDT- Partido Democrático Trabalhador

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar

PSF- Programa Saúde da Família

REDUC- Refinaria de Duque de Caxias

RJ- Rio de Janeiro

RT- Residência Terapêutica

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos

SMS/ DC – Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

1. INTRODUÇÃO

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes mesmo de ser objeto de estudo pela medicina, ela já era caracterizada pelo imaginário popular de diversas formas, no intuito de identificar o que a originava. Aqueles que a manifestavam, eram marginalizados, por não se enquadrarem nos preceitos morais vigentes. Desde os primórdios, e por muito tempo, o louco foi concebido como um enigma que ameaçava os saberes constituídos sobre o homem (BRASIL, 2013).

A trajetória histórica de cuidado e acolhimento a pessoas com transtorno psiquiátrico, ao longo dos anos e em âmbito mundial, revela que eram tidas como indivíduos que perturbavam a ordem no espaço social, o que, por muito tempo, justificou transferi-los para um espaço de confinamento. Era uma medida de caráter punitivo que visava à segregação em nome do bom desenvolvimento da sociedade e, conseqüentemente, do Estado (SILVA et al., 2013). Por várias décadas e até meados de 1960, prevaleceu a lógica do isolamento, da hospitalização e do confinamento da pessoa com transtorno psiquiátrico como forma de tratamento, em praticamente todo o mundo.

Em decorrência deste modo de tratar por meio do isolamento, da punição e da destituição da cidadania surgiu, em caráter de revolta e meados da década de 1970, um movimento em defesa da mudança no modelo de saúde vigente. Este movimento, caracterizado como Reforma Psiquiátrica, fundamentou-se sob três princípios básicos, considerados pilares desta Reforma: a desinstitucionalização, a desospitalização e a reinserção social das pessoas com transtorno psiquiátrico.

O processo de desospitalização abrange a retirada da pessoa com transtorno psiquiátrico da internação hospitalar de caráter manicomial. A desinstitucionalização, implica o abandono das antigas práticas de cuidado características do modelo tradicional de assistência psiquiátrica. Já a reabilitação psicossocial envolve a adoção de medidas capazes de promover reinserção social e resgate da cidadania da pessoa com transtorno psiquiátrico, com vistas a reestabelecer seus direitos e deveres.

Juntos, esses três conceitos inicialmente consolidados pelo pensamento de Franco Basaglia, em 1971 na Itália, assumiram proporções mundiais e propôs medidas para a implementação de um novo modelo de cuidar em Saúde Mental (MARTINS et al., 2012).

Inicialmente amparada em denúncias contra o tratamento desumano no interior dos manicômios, a reforma na atenção à Saúde Mental ocorreu mundialmente a partir da década de 1970 e se fortaleceu nos anos de 1980 e 1990. Esse movimento objetivava mobilizar as sociedades em sua totalidade, e não apenas aqueles que necessitavam, diretamente, de cuidados psiquiátricos. Acreditava-se que a pessoa com transtorno psiquiátrico poderia e deveria ser tratada sem ser retirada do meio social ao qual pertencia e se familiarizava e, portanto, sem a necessidade de ser punida com a perda de sua liberdade, isolada em um hospital psiquiátrico. Segundo Rotelli et al (1990, p.61), “O manicômio é o lugar zero de troca. A tutela, a internação tem esta única finalidade: subtração das trocas. Estabelecer relações de mera dependência pessoal”.

Esse entendimento, compilado acima, sustentou o movimento gerado a partir da Reforma Psiquiátrica, o qual não só denunciou os absurdos dentro dos manicômios, vistos como instituições violentas, que isolavam e puniam, como propôs

a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais comunitárias, com ações primordialmente solidárias, intensivas e libertárias. O propósito principal era retirar a pessoa com transtorno psiquiátrico do interior desses manicômios, abandonando também suas práticas institucionalizantes, fornecendo a ela uma nova rede de assistência por meio da reestruturação da prática psiquiátrica tradicional (ROCHA, 2005).

Este movimento para desospitalização da pessoa com transtorno psiquiátrico defendia o seu retorno ao seio da família, assim promovendo a desinstitucionalização e o resgate da sua cidadania. Para isso, fazia-se necessário investir na reintegração deste ser a um espaço, ou mesmo território. Quando esta reintegração ao ambiente familiar não era possível, por questões sociais, culturais e/ou econômicas que envolviam a própria família ou em virtude da cronicidade da patologia apresentada, deveriam ser oferecidas alternativas para abrigo em uma residência que, de forma terapêutica, promovesse a reabilitação psicossocial com vistas ao resgate da cidadania (MÂNGIA et al, 2002).

Neste contexto, foram criadas, no cenário mundial, as Residências Terapêuticas, ou Lares abrigados, como designadas na Itália. Essa iniciativa exigiu a presença de elementos integradores da política de Saúde Mental que promovessem assistência psiquiátrica livre da exclusão e da perda de identidade para se tornar uma atenção, um cuidado, dispensado por uma rede composta de dispositivos extra-hospitalares (AMARANTE, 2009).

No Brasil, teve início na década de 1980, o desenvolvimento de práticas referentes ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que culminou com o estabelecimento de serviços substitutivos em saúde mental que marcaram um progresso indiscutível na política do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse avanço

na assistência e promoção da saúde das pessoas com transtorno psiquiátrico se deu por meio de ações entre equipes e do aumento da resolutividade em saúde propiciado pelos serviços em rede em crescente expansão pelos municípios. Entretanto, isso não significa que o país já tivesse alcançado uma condição ideal (BRASIL, 2003).

Foi um processo longo, e as mudanças ocorreram gradativamente. O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil culminou com a promoção da redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, como incentivo para que as internações psiquiátricas, quando estritamente necessárias, ocorressem no âmbito dos hospitais gerais e fossem de curta duração. Além disso, essa política visava à constituição de uma rede de dispositivos integralizados que permitiam atenção à pessoa com transtorno psiquiátrico no seu território, a desospitalização daquelas que haviam passado por longos períodos de internação e, principalmente, o desenvolvimento de práticas desinstitucionalizantes para reabilitação psicossocial por meio da inserção e do incentivo à cultura e ao lazer (BRASIL, 2003).

Os serviços substitutivos transformavam a assistência de caráter manicomial em territorializada, voltada para a promoção da saúde mental. Organizados em rede, visavam à transição da assistência pautada na internação, no isolamento e na punição para uma atenção voltada ao convívio dos usuários com a sociedade, de forma que pudessem exercer a cidadania e investir no resgate da autonomia. Importante ressaltar que para o pleno desenvolvimento desta nova política de assistência em saúde mental foi necessário haver o somatório e, sobretudo, o envolvimento de ações políticas intensificadas por movimentos sociais nas esferas municipais, estaduais e federal de governo (BRASIL, 2005).

Esta modalidade de assistência psiquiátrica, ou seja, as redes de serviços substitutivos de saúde mental, ao absorverem a demanda da população à qual servem, buscam garantir o acesso ampliado às ações, de modo a aumentar a resolutividade do modelo. Para tanto, baseiam-se na ideia de horizontalidade, ou seja, na construção das relações intradispositivos, nas quais não há o estabelecimento de hierarquias. Assim, a assistência pode ser prestada longitudinalmente, articulando em um mesmo nível de prestação de serviços as intervenções multiprofissionais (GONDIM,2001).

Nesta análise, os dispositivos que compõem a rede integram uma trama de interlocuções entre serviços que oferece informações sobre as ações prestadas e busca, nas ações desenvolvidas pelo outro, o suporte necessário para as demais intervenções na assistência de seus usuários.

Sob esta lógica de integralização dos serviços, a rede de saúde mental comporta as ações articuladas dos seguintes dispositivos: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); as Residências Terapêuticas; a Unidade Básica de atenção à família; o serviço de atendimento emergencial ambulatorial e, ainda, a disposição de leitos para internação daqueles com transtorno psiquiátrico em hospitais gerais. Todos esses dispositivos, alinhados com suas ações devidamente articuladas, formam a rede municipal de assistência psiquiátrica, responsável pela supervisão, suporte e orientações das atividades integralizadoras da saúde mental de forma regionalizada.

Os CAPS, de acordo com a política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção, composta por serviços substitutivos, e têm como uma de suas funções prioritárias a articulação dos demais serviços da rede. São territorializados, ou seja, circunscritos

ao espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que deles dependem. Nesse contexto, a reinserção social é feita por meio do CAPS, mas sempre em direção à comunidade, uma vez que esse serviço resgata as potencialidades dos recursos comunitários, os quais precisam ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2003).

Segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisariam ter CAPS e poderiam estruturar sua rede de cuidados em saúde mental com base na atenção básica. O número de habitantes e o perfil da clientela assistida em cada município determinam o tipo de CAPS a ser implantado, podendo ser: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (criança e adolescente) (BRASIL, 2002).

Todos eles têm em comum a finalidade de acolher pessoas com transtorno psiquiátrico, estimular sua integração social e familiar, apoiá-las em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Tem-se, como característica principal, a busca pela integração destas pessoas com o ambiente social e cultural concreto que as permeia, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2002).

O dispositivo que representa a atenção básica na rede de assistência à saúde mental é a Estratégia Saúde da Família (ESF), parte importante da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 648/06 do Ministério da Saúde.

Inicialmente, a PNAB previa que a Estratégia de Saúde da Família proporcionasse melhorias na qualidade de vida por meio de atendimento integral a indivíduos, famílias e comunidades, como um conjunto de estratégias, sem caráter

programático, focadas em prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação (NEVES, 2010).

Como dispositivo integrado à rede de cuidados em saúde mental, a ESF, situada em Unidades Básicas de Saúde, oferece uma gama de serviços referentes ao nível primário de cuidado e atenção à saúde. Para tanto, conta com uma equipe multiprofissional, formada minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que o número de cada profissional varia conforme a quantidade de famílias atendidas na área adscrita à unidade (BRASIL, 2006). Ainda sobre a participação da Estratégia Saúde da família na lógica dos serviços substitutivos tem-se:

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção (BRASIL, 2013, p.2).

Em relação à realidade das equipes de atenção básica, levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2003 indicou que elas se deparam cotidianamente com problemas de saúde mental e que 56% das equipes de saúde brasileiras cadastradas nacionalmente realizam “alguma ação de saúde mental” (BRASIL, 2003).

Esses dados podem ser atribuídos à localização próxima das unidades básicas em relação às famílias e à comunidade, ao fato da equipe de saúde da família conhecer o perfil populacional da sua área adscrita e, ainda, por muitas vezes ser esta unidade a porta de entrada para os demais serviços. Ademais, esta integração da saúde mental no contexto da atenção básica pode contribuir para a

detecção primária de sintomas de transtorno psiquiátrico, o que aumenta o fator de prevenção de agravos. Nesse sentido, é sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica, um recurso estratégico para enfrentamento e adesão às práticas preventivas e de promoção de vida mais saudável.

Uma vez reestruturada a assistência em rede substitutiva, há a questão do morar para aquelas pessoas desospitalizadas após longos períodos de internação em instituições psiquiátricas e que não dispõem de aparato familiar, devendo, então, ser inseridas em um dispositivo, a Residência Terapêutica. Este dispositivo, ao integrar esta rede, complementa a malha de cuidado na saúde mental, segundo os preceitos da Reforma Psiquiátrica, de modo que, ao incentivar o abandono das antigas práticas psiquiátricas adotadas pelo modelo tradicional, promove a ressocialização destas pessoas (ROCHA, 2005).

O Serviço Residencial Terapêutico foi normatizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM N°106, de 11 de fevereiro de 2000, com a finalidade de abrigar pessoas com transtorno psiquiátrico, que vieram ou não de manicômios e que não possuem amparo familiar, ou que tenham sido designadas a estar ali após avaliação do serviço de um CAPS, cujo propósito é a humanização da assistência a este usuário. Com este serviço, são reduzidas as internações, incentivada a autonomia e promovidos o resgate da cidadania e a reinserção destes indivíduos na comunidade, mediante a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2000).

Vale ressaltar que o auge da assistência em rede se concretizou com a criação do Serviço Residencial Terapêutico, uma vez que suas diretrizes de funcionamento não permitiam nenhum tipo de relação com instituições manicomiais e ainda ofereciam um lar para aqueles desospitalizados sem aparato familiar.

Portanto, este seria o dispositivo que possibilitaria a extinção efetiva do manicômio, mas é válido lembrar que a Residência Terapêutica se torna inviável se isolada dos demais serviços que oferecem suporte essencial ao seu funcionamento (MARTINS,2013).

É nesse contexto que ocorreu, com expressividade e relevância, a implantação das Residências Terapêuticas, tema do presente estudo, concebido como dispositivo integrante de uma rede de serviços que vão do hospital geral à comunidade. A criação destes espaços coaduna-se com uma política que promove intervenções no campo da Saúde Mental, em uma luta antimanicomial que estrutura e habilita estes lares a receber os egressos de longas internações, portadores certamente de limitações psíquicas agravadas, muitas vezes, por limitações físicas incapacitantes.

Em um cenário de mudanças, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira passou a questionar não só as práticas assistenciais desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos, mas também os conceitos de uma ideologia psiquiátrica promotora de segregação, isolamento e de caráter punitivo. Aliado às conquistas da Reforma Sanitária brasileira, este movimento tem papel importante nesse processo diante da necessidade de prestar assistência integral às pessoas com transtorno psiquiátrico.

Diante de tantas transformações, os profissionais de saúde que atuam nessa área também precisaram se capacitar para uma atuação profissional sob outra lógica, pois passaram a integrar o novo modelo, participando, inclusive, da implantação dos dispositivos a ele pertencentes.

Assim, diante do exposto, e com vistas a uma melhor compreensão dos fenômenos históricos acerca da expansão das estratégias para implantação da Reforma Psiquiátrica, apresenta-se, como objeto de estudo, a participação da

enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas para pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2004 e 2011.

Os objetivos propostos para esta pesquisa foram:

- Descrever as circunstâncias de criação das Residências Terapêuticas no município de Duque de Caxias- RJ;
- Discutir a participação da enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias- RJ;

1.1 Aproximação ao tema

Neste momento, peço licença para usar a primeira pessoa do singular, por entender que a aproximação ao tema do presente estudo se deu de forma particular, motivada por interesses pessoais e singular.

Meu primeiro contato com a Saúde Mental ocorreu ainda como acadêmica do curso de enfermagem, por meio de conteúdos teóricos que versavam sobre o tema. Já naquela oportunidade pude conhecer e, ao mesmo tempo, me identificar com a possibilidade de atuação do enfermeiro em uma prática carente do valor humano. Durante o estágio curricular, minha compreensão teórica se somou à experiência prática, despertando-me a necessidade de aprofundar o conhecimento nesta área e, com isso, realizar uma assistência de enfermagem voltada para a reabilitação psicossocial dos portadores de transtorno psiquiátrico.

Também contribuiu para minha aproximação ao tema o fato de frequentar atividades do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira, com uma produção acadêmica considerável no campo da história da enfermagem - tanto na iniciação científica como no mestrado e doutorado. Ao mesmo tempo em que

vislumbrava a possibilidade de desenvolver uma pesquisa histórica, pude conhecer o estudo de iniciação científica que tratava do processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro. Com isso, me interessei em aprofundar a pesquisa sobre o tema no Curso de Mestrado.

Desta vivência emergiram a necessidade e o interesse em investigar o cuidado estabelecido após a desospitalização e desinstitucionalização, com vistas à reabilitação psicossocial que, acredito, possa promover o resgate da cidadania da pessoa com transtorno psiquiátrico

Este estudo se justifica, pois, com base nos conceitos de desospitalização, desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial advindos da Reforma Psiquiátrica é que surgiu a rede de serviços substitutivos em saúde mental, formada por dispositivos que se articulam na formação de uma assistência de qualidade na saúde mental, implantando um cuidado mais humanizado e holístico para as pessoas com transtorno psiquiátrico, vítimas de práticas manicomiais engessadas.

No caso de Duque de Caxias, houve a necessidade de adequar as práticas psiquiátricas tradicionais a um novo modelo no intuito de resgatar a cidadania e a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno psiquiátrico. Neste importante processo de transição da prática assistencial psiquiátrica, destaca-se a possibilidade de atuação da enfermagem no planejamento, coordenação e implantação das Residências Terapêuticas como dispositivo que integra a rede de cuidados em saúde mental neste município.

Além dos motivos já citados, este estudo também se justifica por registrar parte do processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de

Duque de Caxias- RJ e, ainda, pelo reconhecimento do papel do enfermeiro no campo da Saúde Mental.

Durante o desenvolvimento desta investigação e após buscas bibliográficas até então disponíveis no campo da saúde mental observei a escassez de pesquisas científicas sobre Residência Terapêutica, o que reitera a pertinência de desenvolver este estudo. Assim, além de buscar suprir uma lacuna de conhecimento, considero primordial gerar novos questionamentos acerca de um tema tão vasto que, por ainda ser recente, encontra-se passível de transformações.

Esta pesquisa também atendeu à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil, no tocante à abordagem sobre o campo da saúde mental, com atenção especial para os tópicos que tratam do enfoque teórico-metodológico, magnitude, dinâmica e compreensão dos agravos em saúde mental, que, no seu terceiro ponto, aborda a organização e avaliação de políticas, programas e serviços na área da saúde mental no Brasil. Ainda no quarto item desta agenda, são discutidos a avaliação, o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias na qual se inserem novos métodos e técnicas de investigação dos transtornos psiquiátricos, entre eles a pesquisa histórica com grande potencial de contribuição.

Esta pesquisa dá continuidade aos demais estudos concluídos sobre a temática no Grupo de Pesquisa cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), intitulado "Trajetória do cuidado de enfermagem em espaços especializados", no qual se insere este trabalho. Também contribui como fonte documental para pesquisadores e profissionais envolvidos no campo da saúde mental e da história da enfermagem brasileira, com ênfase na divulgação das transformações no modo de atuação do profissional

enfermeiro durante o processo de planejamento, coordenação e implantação da Reforma Psiquiátrica no município em questão.

O estudo contribui também para a produção científica do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e favorece a construção histórica da assistência da enfermagem psiquiátrica no Brasil e da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Duque de Caxias, além de possibilitar conhecer mais profundamente como se deu a participação da enfermagem na estrutura extra-hospitalar deste município, particularmente nas Residências Terapêuticas. Este conhecimento, por sua vez, pode propiciar maior reflexão sobre o papel do enfermeiro na assistência psiquiátrica.

Há, ainda, a pretensão de reduzir a lacuna no conhecimento da história da Reforma Psiquiátrica de Duque de Caxias diante da necessidade de incorporar uma nova forma de atuação da enfermagem para pessoas com transtorno psiquiátrico no município.

Para os alunos em processo de formação profissional, o presente estudo pode subsidiar a implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, com singular participação do enfermeiro neste processo.

Aos enfermeiros assistenciais e à equipe multiprofissional que atua com a pessoa com transtorno psiquiátrico, fornece base para o alicerce de um conhecimento sobre as viabilidades e possibilidades de atuação do enfermeiro no planejamento, coordenação e implantação das Residências Terapêuticas, com base nas experiências vivenciadas por esses profissionais no município de Duque de Caxias- RJ.

Além disso, esta pesquisa, ao evidenciar a assistência de enfermagem sendo trilhada em consonância com a reforma psiquiátrica, pode facilitar o resgate à cidadania e à reabilitação psicossocial dos portadores de transtorno psiquiátrico. A experiência demonstrada no município de Duque de Caxias, as dificuldades e os avanços evidenciados sob uma ótica microscópica podem ser analisados para implantação de projetos semelhantes em outros municípios, o que torna a vivência relatada neste estudo um modelo do processo de expansão da reforma psiquiátrica.

1.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi desenvolvido município de Duque de Caxias, situado na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, em uma grande área denominada de Baixada Fluminense. Sua população, em 2008, foi estimada em 656.167 habitantes, sendo o terceiro município mais populoso do estado, depois da capital e de São Gonçalo, e, à época, o mais populoso da Baixada Fluminense (IBGE, 2008).

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro, também conhecida como Grande Rio, foi instituída pela Lei Complementar nº20, de 1º de julho de 1974. No ano de 2008, abrigava 11.812.482 habitantes (IBGE, 2008), sendo a segunda maior área metropolitana do Brasil, terceira da América do Sul e 20ª maior do mundo, formada pelos municípios de Belford Roxo, Cachoeiras de Macacu, Duque de Caxias, Guapemirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá (IBGE, 2008).

O município de Duque de Caxias, no que se refere à psiquiatria tradicional, contava com o maior hospital psiquiátrico da área metropolitana do Rio de Janeiro, o Hospital Psiquiátrico de Paracambi e a colônia psiquiátrica Doutor Eiras, onde era possível a internação psiquiátrica de grande parte da população com transtorno psiquiátrico dos municípios vizinhos (SILVA et al., 2013).

Embora os municípios de Vilar dos Teles e Nova Iguaçu, espaços metropolitanos vizinhos à Duque de Caxias, também contassem com clínica psiquiátrica, era em Duque de Caxias que se concentrava o maior número de leitos para tratamento de pessoas com transtorno psiquiátrico e onde, portanto, era absorvida parcela significativa da necessidade manicomial da região (Silva et al., 2013). Este fator, aliado ao elevado índice populacional do município, foi decisivo para que o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde Mental, priorizasse Duque de Caxias nos financiamentos destinados à construção de dispositivos extra-hospitalares e, com isso, agilizasse a implantação de políticas públicas que promovessem a desospitalização, a desinstitucionalização e o resgate à cidadania, tal como preconizam os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, Duque de Caxias recebeu do Ministério da Saúde recurso financeiro destinado à implantação da Reforma Psiquiátrica no município, com a finalidade de desarticular o manicômio como solução institucional existente, desospitalizando os portadores de transtorno psiquiátrico, para, então, iniciar efetivamente ações em busca de uma sociedade sem manicômios (Silva, et al., 2013). Desse modo, mudanças deveriam ser implementadas no modelo de intervenção, a fim de reinventar o cotidiano em uma assistência

desinstitucionalizante, reformulada em uma rede de atenção à saúde mental com dispositivos extra-hospitalares (MARTINS, 2013).

No entanto, para a efetiva implementação destes princípios, era necessário fornecer suporte ao novo modelo de assistência à pessoa com transtorno psiquiátrico, com a criação de uma rede extra-hospitalar, composta por diversos dispositivos que oferecem serviços de saúde, tais como Estratégia Saúde da Família, Hospitais Gerais, Residências Terapêuticas e CAPS. Ao último, caberia a função de integrar todos os serviços formadores da rede para uma melhor adesão e acompanhamento dos usuários (MARTINS, 2013).

Nesta lógica, surgiu a Residência Terapêutica como dispositivo integrante da rede de cuidados extra-hospitalares de saúde mental, que cuida da questão de morar para pessoas com transtorno psiquiátrico impedidas de se ressocializarem por não disporem de moradia após o período de desospitalização (BRASIL, 2000).

Foi também neste contexto que o município de Duque de Caxias planejou a implantação das Residências Terapêuticas como dispositivos integrantes da rede extra-hospitalar para assistência aos portadores de transtorno psiquiátrico. Tratava-se de uma medida significativa para a substituição da internação psiquiátrica de longa permanência, com vistas ao andamento do processo de desospitalização, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de seus munícipes (SILVA et al., 2013).

Considerando este período de transição, delimitou-se, para desenvolvimento do presente estudo, o período de 2004 a 2011. O marco inicial se justifica pela criação da primeira Residência Terapêutica do município de Duque de Caxias, no bairro 25 de agosto, a qual inicialmente abrigava oito moradores. Já o marco final, o ano de 2011, refere-se à inauguração do Residencial das Flores, no dia 15 de março

e, portanto, finalizando um complexo integrado por cinco Residências Terapêuticas, no bairro Jardins Anhangá, no referido município.

2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 Conceitos teórico-filosóficos

O foco principal desta pesquisa foi aprofundar os estudos sobre a participação da enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Duque de Caxias- RJ. Para que fosse possível realizar a análise e discussão dos dados, foram utilizados como suporte a literatura sobre saúde mental e as premissas que sustentam a Reforma Psiquiátrica (desospitalização, desinstitucionalização e reinserção social), além dos conceitos de cidadania e reabilitação psicossocial.

As premissas que caracterizam os pilares da Reforma Psiquiátrica são de fundamental importância para analisar a assistência no campo da saúde mental e o processo de transição do paradigma manicomial para a composição de um modelo de base comunitária.

Compreende-se por desospitalização a retirada da pessoa com transtorno psiquiátrico do hospital psiquiátrico. Trata-se do encerramento da internação (SARACENO, 1999).

Já a desinstitucionalização caracteriza-se pelo abandono às propostas e aos conceitos da psiquiatria tradicional. A proposta é estruturar uma nova prática assistencial, divergente da lógica do isolamento, da opressão e dependência, o que

precisa envolver usuários, profissionais, familiares e membros da sociedade, tendo como ação primordial a diminuição do estigma e o resgate da cidadania destes indivíduos, inserindo-os nos espaços sociais. A prática da desinstitucionalização reforça o encerramento de um laço com a instituição hospitalar, que, de certo modo, proporcionava segurança e a noção de pertencimento, e permeia a qualidade da receptividade pela sociedade (ROTELLI et al, 1990; AMARANTE, 2009).

O conceito de reinserção social surgiu neste contexto, onde o “fazer pertencer” do indivíduo no espaço social consiste em permitir que ele desfrute de locais públicos e participe da dinâmica social por meio do convívio com os demais membros da sociedade. Cultiva-se, desta forma, o sentimento de pertencimento a esses espaços (ROTELLI et al, 1990; AMARANTE, 2009).

Já a reabilitação psicossocial objetiva minimizar os efeitos prejudiciais da exclusão da pessoa com transtorno psiquiátrico por meio de ações que reduzem as limitações e, com isso, aumentam as possibilidades para o desempenho de funções sociais, com conseqüente desenvolvimento da autonomia, respeitando as singularidades e possíveis limitações. Possui, como objetivos primordiais, o estímulo das habilidades e o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento das situações cotidianas, e metas que incluem a diminuição da dependência pelo profissional e a aquisição da autonomia social (SARACENO, 1999).

Importante destacar que o conceito de cidadania transcende a ideia de restituição dos direitos e cumprimento dos deveres, pois muitas vezes, principalmente para aqueles que vivenciaram longas internações, o resgate da cidadania envolve a criação de direitos que nunca existiram. Reforça-se, portanto, a necessidade de haver compromisso com o exercício da autonomia de forma a

contemplar as multidimensões de cada indivíduo envolvido nesse processo (SARACENO, 1999; AMARANTE, 2011).

Com vistas à interlocução entre estes conceitos, é possível considerar fundamental para o alcance da proposta de reinserção social e resgate da cidadania o desenvolvimento de medidas de desinstitucionalização, inclusive antes da etapa de desospitalização. Além disso, deve-se compreender a reabilitação psicossocial como um processo e não uma técnica, de modo que perpassasse todas estas fases.

Diante do exposto, pode-se inferir que qualquer e toda forma de desospitalização que, de modo negligente, não contemple os conceitos de reinserção social, reabilitação psicossocial e cidadania aqui citados possa culminar em desassistência. Assim, a reabilitação psicossocial deve ser preconizada como um processo contínuo e transversal, concomitante com as medidas de desinstitucionalização e estímulo à autonomia.

Uma vez reconhecida a importância da execução destas medidas, imperioso se faz o êxito na proposta de reinserção social e, conseqüentemente, o resgate à cidadania das pessoas com transtorno psiquiátrico (MARTINS, 2013).

2.2. Percurso metodológico

Este estudo seguiu os moldes de uma pesquisa qualitativa de cunho histórico-social. Surgiu como uma possibilidade do uso da história social em oposição às limitações da historiografia tradicional, de utilização da abordagem histórica por outras ciências humanas e disciplinas, viabilizando, assim, tanto a ampliação de objetos bem como o aprimoramento metodológico. Além disso, Castro (2005, p. 46) lembra que “a história social passa a ser encarada como perspectiva de síntese,

como reafirmação do princípio de que, em história, todos os níveis de abordagem estão inscritos no social e se interligam”.

O enfoque conferido por essa postura historiográfica incluiu, como problema central, as categorias profissionais, os grupos sociais e suas relações que configuravam as estruturas sociais. Castro (2005) confirma o uso da história social como uma abordagem, a fim de serem formulados problemas sobre os atores coletivos que englobam as relações e o comportamento entre os diversos grupos sociais, com ênfase, também, na dinâmica social.

A presente pesquisa, com base em um nível de observação, inclinou-se à formulação de novos problemas por meio da reconstituição parcial de vivências históricas, com a finalidade de definir “um ponto de partida para um movimento mais amplo em direção à generalização” (CASTRO, 2005, p. 53-54). Inclui-se no âmbito da micro-história, que se insere no campo da história social, uma vez que a escala de análise desta pesquisa se reduziu ao recorte temporal proposto, em conformidade com as pesquisas recentes neste campo.

Ainda no campo da história social, Revel (1998) assinala que uma pesquisa que se insere na micro-história deve, essencialmente, adotar a mudança de escala de observação. Contudo, “variar a objetiva não significa apenas aumentar (ou diminuir) o tamanho do objeto no visor, significa modificar sua forma e sua trama” (REVEL, 1998, p.20). Sendo assim, a opção por estudar determinadas situações em sua singularidade e em uma escala reduzida permitiu compreender tais situações, atores e comportamentos de maneira mais profunda. Nessa perspectiva, o município de Duque de Caxias se fez cenário deste estudo.

Quando levadas em consideração as singularidades, devido destaque deve ser feito, segundo as considerações do autor, no sentido de não privilegiar o

individual, mas demonstrar que “essas vidas minúsculas também participam, à sua maneira, da “grande” história da qual elas dão uma versão diferente, distinta, complexa (REVEL, 1998, p.12)”. Nesse sentido, mister se faz salientar que a questão principal não é opor as escalas de observação em que os fenômenos são estudados, e sim “reconhecer que uma realidade social não é a mesma dependendo do nível de análise [...] em que escolhemos nos situar” (REVEL, 1998, p.12).

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

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

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

Com relação às fontes utilizadas, a opção foi por fontes primárias - documentos escritos e entrevistas orais. Os documentos utilizados foram: leis, decretos, portarias, resoluções e relatórios que englobam o campo da Saúde Mental e as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, disponíveis no site do Ministério da

Saúde; Projeto de Implantação de Residências Terapêuticas para o município de Duque de Caxias – RJ, disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

Ainda como fontes primárias, esta pesquisa utilizou entrevistas realizadas com profissionais que tiveram participação fundamental no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Duque de Caxias. Eles foram convidados a participar, esclarecidos sobre os objetivos do estudo e, aqueles que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como receberam esclarecimentos sobre o fenômeno histórico em estudo.

Para a seleção dos profissionais que participaram do processo de implantação das Residências Terapêuticas no recorte utilizado e que, portanto, poderiam participar das entrevistas, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas que atuaram em serviços de apoio, por suporte direto ou indireto, para o funcionamento das Residências Terapêuticas.
- Pessoas que tiveram participação no processo de planejamento, coordenação e implantação das Residências.

E, como critérios de exclusão:

- Os profissionais que, porventura, não se encontravam acessíveis, por motivo de viagem, doença, férias, entre outros fatores, e aqueles que se recusaram a participar.

A escolha da utilização da história oral como um recurso metodológico se pautou na preocupação de registrar e, portanto, perpetuar impressões, vivências e lembranças daqueles indivíduos que, de forma despretensiosa, se dispuseram a compartilhar a memória com a coletividade. Com esta postura, foi possível construir

um conhecimento do vivido de forma mais fecunda, dinâmica e acrescida de situações que, talvez, não se dariam a conhecer de outra forma.

A história oral se caracteriza como método que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas e visões de mundo. Além de permitir ao pesquisador se aproximar do objeto de estudo, constitui um recurso metodológico válido, uma vez que as experiências individuais se relacionam entre si pela criação de uma identidade comum (MEIHY, 2007).

A entrevista, como produto da utilização da história oral a fim de gerar uma fonte documental, conhecida como fonte oral, deve resultar em um documento escrito após transcrição das falas (Meihy, 2007). Importante ressaltar que os relatos orais compõem as fontes que fazem parte da história do tempo presente (CHAUVEAU, 1999).

Portanto, a história oral se insere no contexto da história social, pois somente se constrói uma identidade coletiva com base na coerência estabelecida pela observação do conjunto de fatores que se repetem nas diferentes vivências individuais sobre o tema (MEIHY, 2007).

O pesquisador realiza a entrevista em busca de acessar a memória coletiva do entrevistado e, assim, fornecer elementos por meio dos traços comuns, capazes de gerar melhor entendimento dos fatos. Nesse sentido, é possível enriquecer a pesquisa na medida em que se tem acesso a aspectos não revelados, subjetivos e, além disso, pode-se complementar documentos escritos pelo diálogo documental que deve ser estabelecido entre as fontes. Nesse aspecto, a escrita e as narrativas orais, apesar de serem fontes singulares, complementam-se mutuamente (MEIHY, 2007).

A história oral pode ser entendida como um contínuo no registro de experiências que se organizam em estudos que visam ao entendimento de determinada situação que se sobrepõe na vivência social. Não se restringe, portanto, à obtenção da entrevista (MEIHY, 2007).

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

2.2.1 Procedimentos para coleta de dados

Foram utilizados como instrumentos para a coleta de dados roteiros de entrevistas semiestruturadas direcionadas aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais não integrantes da equipe de enfermagem, mas que participaram do processo de implantação das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias. Chegou-se a um total de oito colaboradores, cujas entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador de áudio. Elaborou-se um quadro para identificação e classificação dos documentos escritos selecionados.

Outros profissionais, além da equipe de enfermagem, foram entrevistados, pois de alguma forma estavam presentes no processo de implantação, coordenação e planejamento das RT ou atuavam na rede de apoio a essas residências. Assim, seus depoimentos foram considerados importantes para alcance dos objetivos desta pesquisa.

Todas as entrevistas foram previamente agendadas em dias, horas e locais de acordo com a preferência de cada profissional. No primeiro encontro, os

entrevistados foram esclarecidos sobre o tema e os objetivos da pesquisa e, então, solicitados a autorizar a gravação de suas entrevistas. Também foi solicitada a assinatura de cada um deles ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantido o sigilo e resguardado o anonimato dos entrevistados, conforme estabelecido na Resolução Nº 196/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os colaboradores foram informados de que não havia riscos adicionais, por ser um estudo em que não se realizou qualquer intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que dele participassem.

A participação dos colaboradores na pesquisa se deu de forma voluntária. Eles não receberam qualquer forma de pagamento/ressarcimento para participação.

Durante as entrevistas foram seguidas as técnicas de comunicação, particularmente a escuta ativa que possibilita aos participantes a livre expressão, sem obedecer rigidamente à ordem do roteiro e respeitando os silêncios. Importante ressaltar que os entrevistados tiveram liberdade para se recusarem a participar ou para retirarem seus consentimentos em qualquer fase da pesquisa. Uma vez realizadas, as entrevistas foram transcritas e, posteriormente, entregues aos entrevistados para fins de validação, apreciação e possível alteração de conteúdo. Em seguida, uma vez consideradas fontes de pesquisa validadas, foram utilizadas.

Os colaboradores foram duas enfermeiras, uma assistente social, um técnico de enfermagem, uma psicóloga, uma cuidadora e duas médicas.

PROFISSÃO	INSTITUIÇÃO	COLABORADOR
Enfermeira	Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias- RJ	ENF 1
Enfermeira	ESF Jardim Anhangá	ENF 2
Psicóloga	CAPS	PSI 3
Técnico de enfermagem	CAPS	TEC ENF 4
Médica	Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias-RJ	MED 5
Médica	Coordenadora da Residência Terapêutica de Duque de Caxias- RJ	MED 6
Assistente social	CAPS	AS 7
Cuidadora	Residência Terapêutica	CUID 8

Importante se faz registrar aqui que os participantes foram identificados pelas iniciais que designavam os cargos por eles exercidos, seguidas dos números correspondentes à ordem de realização das entrevistas.

2.2.2 Procedimentos para análise dos dados

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

Os dados coletados foram submetidos à análise temática, conforme proposto por Minayo (2007, p.86), e considerados com base em uma teia de relações que pode ser representada por uma palavra, uma frase, um resumo, seguindo os seguintes passos:

- Ordenação dos dados: primeira etapa, que considerou todos os dados coletados como fonte primária, ou seja, os documentos escritos e os depoimentos orais. As narrativas foram transcritas e, posteriormente, procedeu-se a uma leitura atenta de todos os materiais que compuseram essas fontes primárias, o que permitiu organizá-los e gerou uma classificação inicial. Para a organização das fontes primárias desta pesquisa, os documentos foram catalogados em uma pasta, separados pelos respectivos anos de edição, com uma lista contendo os respectivos títulos e anos. A opção de organizar as entrevistas pelas categorias profissionais dos entrevistados foi importante, pois permitiu uma classificação relevante sobre o tema.
- Classificação dos dados: nesta etapa, o material transcrito e os documentos escritos foram submetidos a repetidas, atentas e exaustivas leituras dos textos de forma a criar um diálogo com essas fontes. Esse processo permitiu apreender as estruturas de relevância dos agentes identificados e seus principais momentos de experiência sobre o tema em foco, bem como as ideias centrais que as fontes

intencionaram transmitir. Trata-se de um passo importante, por possibilitar uma relação dialética ao confrontar as categorias empíricas e as categorias analíticas estabelecidas teoricamente como norteadoras da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas. Nesta etapa, foi prevista a constituição de um ou vários corpus de comunicação (MINAYO, 2007, p.86).

- Análise propriamente dita: corresponde à análise final dos dados, compreendeu a articulação entre o material empírico e teórico e transitou entre o particular – município de Duque de Caxias –, e o geral – Brasil. Foram estabelecidas relações com o contexto histórico social em que os participantes estavam inseridos e, ao mesmo tempo, permitiu elucidar o contexto por meio da utilização do referencial teórico e dos conceitos que fundamentaram o campo da saúde mental. Foram realizadas a triangulação dos dados e a triangulação teórica, tendo em vista o movimento incessante do empírico ao teórico e vice-versa e o que transita entre o concreto e o abstrato, caracterizando-se como verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (MINAYO; 2007, p. 86).

Uma vez que se pretende tornar públicos os resultados deste trabalho, os colaboradores, parte integrante desta pesquisa, foram informados desta intenção e mostraram-se de acordo com ela, por meio de prévia leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe ressaltar que, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi submetido, em 27 de abril de 2011, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, sendo aprovado, conforme consta no protocolo nº 032/2011, disposto em anexo nesta pesquisa.

Da mesma forma, também foi encaminhado aos colaboradores da pesquisa a assinatura de documento de cessão das entrevistas realizadas ao Centro de Documentação (CEDOC) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, de onde as entrevistas foram acessadas, consultadas e utilizadas nesta pesquisa.

Neste estudo, optou-se por apresentar os resultados sob a forma de dois capítulos. No primeiro, são discutidos os achados referentes ao processo de construção deste novo modelo de assistência ao portador de transtorno psiquiátrico, em especial no âmbito do município de Duque de Caxias, e no segundo são analisadas as falas de profissionais, da área de enfermagem ou não, que participaram ativamente deste processo.

CAPÍTULO I

A RECONSTRUÇÃO DO MODELO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para melhor compreensão do tema, este capítulo será didaticamente dividido em três subcapítulos. Inicialmente, serão abordadas a reforma psiquiátrica brasileira e a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental.

O segundo tópico discutirá conceitos referentes à Residência Terapêutica como dispositivo integrante da rede de assistência em saúde mental, reformulada após a Reforma Psiquiátrica.

O terceiro item apresentará o município de Duque de Caxias e sua política de atenção à saúde. Será abordado o contexto político, econômico e social como antecedente histórico deste município e, por fim, haverá uma abordagem sobre a trajetória da política de saúde desta cidade no período que antecede a Reforma Psiquiátrica.

1.1 A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, iniciou-se uma radical e crítica transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento originou-se na Itália, mas teve repercussões em todo o mundo e, muito particularmente, no Brasil (BRASIL, 2005).

A partir da década de 1970, inúmeras modificações ocorreram com o propósito de alcançar melhores condições de vida e tratamento aos portadores de transtorno psiquiátrico, os quais, por muitos anos, foram tutelados pelo modelo organicista e medicamentoso da psiquiatria tradicional. No Brasil, alguns ganhos foram obtidos em decorrência de movimentos organizados e sustentados pela luta dos profissionais de saúde, a exemplo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que,

em 1978, atuou em prol de uma reformulação do modelo de cuidado obsoleto (TENÓRIO, 2002).

O movimento de Luta Antimanicomial nasceu neste contexto de mudança, marcado profundamente pelos ideais de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos portadores de transtorno psiquiátrico. Aliado a essa luta, teve início também o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violência, propôs a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias.

Para que os princípios oriundos da Reforma Psiquiátrica pudessem ser seguidos, testemunhou-se, a partir de 1978, um movimento em prol da substituição do modelo assistencial psiquiátrico vigente, por meio de transformações no contexto dos Serviços de Saúde Mental. À época, os recursos terapêuticos foram gradativamente reestruturados em substituição ao hospital psiquiátrico, para a criação de uma rede extra-hospitalar de assistência à Saúde Mental. Objetivava-se o desenvolvimento inovador de serviços comunitários, de modo a incluir o suporte familiar e todo o território do sujeito no contexto do tratamento para acolhimento das diferentes demandas e dimensões daqueles que vivenciavam uma situação de sofrimento mental (MIELKE et al., 2012).

No Brasil, tal movimento iniciou-se no fim da década de 1970, primeiramente com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtorno psiquiátrico. Esse movimento ganhou repercussão e se inscreveu no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social, por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Esta Conferência Nacional, realizada em 1986, representou um salto importante para o projeto que deflagrou a Reforma Sanitária brasileira, por resultar em uma emenda popular que forneceu base para a estruturação do Art. 196 da Constituição Federal promulgada em 1988, que afirma:

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

Em busca de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da saúde prestada aos brasileiros, todos os seguimentos de saúde foram submetidos a um gerenciamento e planejamento dos serviços de acordo com o projeto da Reforma Sanitária. É válido afirmar que a Reforma Psiquiátrica surgiu no contexto da Reforma Sanitária, e que cada progresso deste movimento refletia diretamente no campo da Saúde Mental (TENÓRIO, 2002).

Os serviços de Saúde Mental existentes no território brasileiro dedicaram-se, a partir de então, com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados. O atendimento psiquiátrico deveria ser mantido em uma rede de assistência à Saúde Mental totalmente integralizada e articulada, de modo a consolidar os serviços que viriam a substituir a prática psiquiátrica tradicional pautada no modelo manicomial.

As novas propostas de assistência, oriundas dos ideais da Reforma Psiquiátrica, desencadearam sucessivos eventos que culminaram em reformulações na legislação vigente, com impacto nacional na história da psiquiatria. Neste íterim, ocorreram as Conferências Nacionais de Saúde Mental, que resultaram na propositura de legislações que constituíram o alicerce para o alcance de seus objetivos e metas, na medida em que definiram os moldes de uma nova assistência psiquiátrica a ser desenvolvida nacionalmente e especificamente em cada município brasileiro.

Em 1987 realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, como consequência direta da VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta I Conferência abordou conceitos em torno dos temas: economia; sociedade e Estado e seus impactos sobre a saúde e doença mental. Promoveu também a reorganização da assistência à saúde mental com base na Reforma Sanitária, com o impedimento da construção de novos manicômios e a reafirmação da cidadania da pessoa com transtorno psiquiátrico, que passava a ter seus direitos e deveres garantidos por meio de legislações vigentes a partir de então (AMARANTE, 2009).

Expressivo avanço no âmbito político contra o modelo hospitalar manicomial foi verificado em 1989, com a apresentação do Projeto de Lei 3657/89, mais conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, elaborado pelo deputado Paulo Delgado, que permaneceu tramitando por vários anos no Congresso Nacional, sendo alvo de muitas modificações. Neste ano também cabe destacar um importante

acontecimento: a intervenção e fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, a título de exemplificar a força e expressividade com que avançavam as ideias de desinstitucionalização e desospitalização nesse contexto épico de criação e reelaboração legislativa.

Em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica mediante a criação do modelo assistencial em rede. Assim, legitimava-se a importância da revisão das abordagens conceituais vigentes e reiterava-se a necessidade de mudança das práticas assistenciais adotadas pelo modelo da psiquiatria tradicional.

Ainda sobre o modelo assistencial em rede proposto pela Declaração de Caracas, Rotelli et al (1990, p. 20) citam que “esta transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao transtorno psiquiátrico”.

Como signatário da Declaração de Caracas, o Brasil ainda se tornava membro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e, como tal, deveria se ajustar ao modelo proposto, de forma a assegurar a criação de serviços comunitários que oferecessem serviços substitutivos e extra hospitalares capazes de garantir respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes psiquiátricos. Portanto, o Brasil, na condição de signatário, deveria seguir representar um modelo de nação que respeita e garante os direitos das pessoas com transtorno psiquiátrico.

Os serviços substitutivos e extra hospitalares propostos pela Organização Pan-Americana de Saúde foram organizados sob forma de uma rede composta de serviços de saúde que interagem em uma malha de cuidados à pessoa com transtorno psiquiátrico. Incluem: Estratégia de Saúde da Família, Hospitais Gerais e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), estes últimos considerados parte desta malha e dispositivos articuladores desta rede, por integrarem todos os demais serviços em prol de uma assistência de qualidade e melhor acompanhamento dos usuários. Nesses espaços, são desenvolvidas atividades terapêuticas individuais ou em grupo, acompanhamento da patologia psiquiátrica e a dispensação de medicamentos segundo um modelo de assistência que vê a pessoa com transtorno psiquiátrico como um ser complexo e multidimensional (biopsicossocial, espiritual, econômico e cultural) (SILVA et al, 2013).

Em saúde mental, esta rede de assistência extra hospitalar visa à transição efetiva para uma assistência desinstitucionalizante e, com base no convívio dos usuários na comunidade e de acordo com o princípio de reinserção social, objetiva a aquisição de autonomia e o exercício da cidadania por parte destas pessoas, o que requer ações sociais condizentes com àquelas propostas pelas esferas de governos: federal, estaduais e municipais. Ressalta-se o duplo papel desempenhado por esta rede de assistência: ao mesmo tempo em que promoveu a retirada destas pessoas de longas internações psiquiátricas, desospitalizando-as, previu sua ressocialização.

Com a Declaração de Caracas e o Brasil como membro signatário da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a década de 1990 foi de grande avanço na assistência psiquiátrica, pelas expressivas modificações na legislação que garantiram, por sua vez, melhorias no campo social e de atenção à saúde, com ênfase na assistência prestada à pessoa com transtorno psiquiátrico. A título de exemplo destas melhorias, o Ministério da Saúde publicou, na época, algumas portarias que adicionalmente representaram significativas conquistas e progressão no campo da saúde mental.

Inicialmente, a Portaria nº189/91 teve suas medidas regulamentadas pela Portaria nº 224/92, que propôs diretrizes que viriam a incluir os procedimentos ambulatoriais em saúde mental financiados pelo SUS, e, portanto, amparados pelos princípios da Lei 8080/90. Tais procedimentos ambulatoriais incluíam as seguintes ações: visitas domiciliares realizadas por profissionais de nível superior e médio; atendimentos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e oficinas terapêuticas, e representaram um grande salto para a continuidade da assistência do usuário desospitalizado.

Tais portarias, em uma instância superior, estariam em consonância com a Lei nº 8080/90 que estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Possuem, como base, o Art. 198 da Constituição Federal que dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde que interagem em uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização com direção única em cada esfera de governo;

- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade (BRASIL,1988).

Assim, ficaram estabelecidos os princípios para funcionamento e inserção do usuário no Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, resolutividade, descentralização e participação popular.

Com a implantação destas propostas de regulamentação política surgiram novas formas de atendimento à pessoa com transtorno psiquiátrico. Em um primeiro patamar, houve a estruturação do atendimento ambulatorial, o que fomentou um conjunto sucessivo de novas práticas a serem desenvolvidas pela equipe multiprofissional, sempre no sentido de reforçar e garantir os princípios de desospitalização, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento.

Pode-se dizer que o conjunto de modificações aqui citado se desenvolveu em âmbito nacional, amparado pela legislação vigente; contudo, cada município apresentava especificidades próprias para atender às necessidades dos seus usuários e, portanto, se movimentou e assumiu mudanças de acordo com a política local. Entretanto, após a criação da rede de assistência extra hospitalar, que tem os CAPs como unidades integradoras, as diretrizes da Reforma psiquiátrica passaram a ser executadas de forma igualitária no contexto nacional, em vários municípios, conforme revela o texto a seguir:

A atuação do CAPS tem o território como cenário fundamental para a reprodução e produção de novas trocas simbólicas e perspectivas existenciais para o louco, a loucura e suas relações sociais. Isso porque, por muito tempo, a sociedade valorizou as instituições especializadas em excluir, oprimir e estigmatizar como o modo de tratamento e o resgate dos valores sobre a convivência com a loucura devem ocorrer por trocas mais subjetivas da experiência humana e pelo estímulo e inclusão de novas parcerias setoriais. Nesse sentido, entendemos que o CAPS possui um protagonismo no estabelecimento de uma rede de conversações entre esse território e a sociedade, um cenário capaz de ressituar o sujeito e a própria essência do processo de reforma do cuidado psiquiátrico (MIELKE et al, 2012, p.4).

No desenrolar de tantas mudanças políticas, a regulamentação dos serviços substitutivos em Saúde Mental emergiu como fator facilitador para manutenção e incentivo à reestruturação do modelo assistencial em saúde, dando continuidade ao processo então desencadeado de mudanças políticas em saúde mental.

Retomando o progresso legislativo nacional, especificamente no que tange à reformulação da prática de saúde mental, ocorreu, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual, de forma singular, forneceu bases para a reformulação das diretrizes que regulamentariam a assistência psiquiátrica, conforme os princípios gerais da saúde firmados primeiramente na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Declaração de Caracas (Brasil, 1992). Ainda sobre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, Amarante (2009, p.84) assinala que: “foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial”.

No que se refere à definição de mecanismos para supervisão e avaliação dos hospitais psiquiátricos, de acordo com o firmado e estabelecido na II Conferência Nacional de Saúde Mental/92, mais um salto foi evidenciado em 1993, com a publicação da Portaria Nº 88/93. Tal Portaria definiu critérios a serem seguidos para um adequado processo de credenciamento dos hospitais autorizados a admitir pacientes com transtorno psiquiátrico no âmbito do SUS.

Portanto, aqueles hospitais que não estivessem de acordo com as normas e/ou não conseguissem realizar as modificações necessárias poderiam ser descredenciados a qualquer momento, e isso implicaria a imediata disponibilização de alternativas compatíveis com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica para acolher esses portadores de transtorno psiquiátrico egressos de internações. Tais alternativas, neste caso, foram os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

O Serviço Residencial Terapêutico foi o modelo instituído pelo Ministério da Saúde pela Portaria 106/00, com a finalidade primordial de abrigar, acolher e fornecer moradia a pessoas com transtorno psiquiátrico, recém-egressos de internações psiquiátricas e àqueles que possuíam algum ou nenhum grau de dependência, mas que, de alguma forma, estavam impossibilitados de regressar ao seio de suas famílias (BRASIL, 2000).

Com o objetivo primordial de assegurar uma condição digna à pessoa com transtorno psiquiátrico, foi aprovada no ano de 2001 a Lei nº 10.216, que tramitou no

Congresso Nacional por longo período e sofreu sucessivas alterações em seu projeto original, de autoria do deputado Paulo Delgado (TENÓRIO, 2002).

Neste mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que representou um salto qualitativo em relação à proposta de um novo modelo. Comparada à II Conferência, ela definia objetivos condizentes com a desinstitucionalização no país, por meio de ações que demonstravam as possibilidades de implantação do novo modelo, discutiam o que poderia ser feito para ampliá-lo a todos os municípios, bem como debatiam a formação, o financiamento e a fiscalização de recursos humanos segundo este novo paradigma conceitual e assistencial.

Com a finalidade de supervisionar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais que continuavam a realizar internações psiquiátricas de acordo com a legislação do SUS vigente e, ainda, de identificar aqueles que não atendiam aos preceitos legais, o Ministério da Saúde implementou, em 2002, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). Este Programa avaliava e, de forma resolutiva, encaminhava para o descredenciamento aqueles hospitais psiquiátricos considerados de baixa qualidade quanto à assistência prestada ao portador de transtorno psiquiátrico.

No ano seguinte, foi promulgada a Lei nº 10.708 de 2003, que, como incentivo ao ganho de autonomia e à reabilitação psicossocial dos portadores de transtorno psiquiátrico, definiu critérios para a regulamentação do Programa de Volta para Casa. Vale lembrar que este projeto prevê auxílio financeiro como parte de um programa de ressocialização para os usuários cadastrados e está sob coordenação do Ministério da Saúde. Como critério de inclusão ao programa, o portador de transtorno psiquiátrico deveria possuir histórico de internação psiquiátrica, por período comprovadamente igual ou superior a dois anos. Também deveria ser garantida atenção ao usuário cadastrado na rede de saúde mental local ou regional.

Ainda com a finalidade de reduzir de forma significativa o número de leitos dos hospitais psiquiátricos até então credenciados ao SUS, o Ministério da Saúde aprovou, em 2004, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no Sistema Único de Saúde, o qual avaliava, de forma incisiva, a qualidade dos serviços prestados por estes hospitais. Aqueles avaliados positivamente, passavam a receber

mais verbas do SUS, à medida que aprimoravam o atendimento e diminuían o número de leitos destinados à internação psiquiátrica.

Com o lema: “Saúde mental direito e compromisso de todos: Consolidar avanços e enfrentar desafios”, foi realizada, em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. O evento, além de reafirmar todos os propósitos já firmados na conferência anterior, principalmente no que se refere à consolidação da rede de serviços substitutivos, trouxe um fator muito importante para a expansão destes novos serviços: o levantamento de aspectos negativos e possíveis dificultadores para a implantação e consolidação dos dispositivos integrados em rede que atendem à saúde mental.

Todo o aparato legal citado, em união às portarias e aos programas lançados, compunha recurso normativo suficiente para funcionamento e reestruturação da assistência, agora pautada em atendimento em rede territorial planejada e estruturada. Essas medidas evitariam a desassistência ao portador de transtorno psiquiátrico desospitalizado e promoviam sua conseqüente desinstitucionalização, em consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Verificava-se, portanto, que desde o início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, cada vez mais, se intensificam o discurso e as iniciativas de reconhecimento dos direitos do portador de transtorno psiquiátrico e seu papel como cidadão digno de uma assistência que assumia novas estratégias e reorientava a gama de serviços prestados. A preocupação era ofertar a estes usuários serviços que suprissem suas necessidades e lhes assegurassem direitos antes sonegados pela hospitalização prolongada (SARACENO, 1999).

Nesse sentido, as mudanças propostas e ocorridas na esfera federal motivaram a publicação de leis, portarias e decretos normativos, bem como modificações substanciais na atenção aos portadores de transtorno psiquiátrico em nível municipal. Os diferentes gestores locais, ainda que de forma lenta, tal como em Duque de Caxias, redirecionaram o modelo assistencial tradicional com foco no manicômio para uma rede integralizada com ações conjuntas, reestruturando a saúde mental com vistas à reabilitação psicossocial destes indivíduos.

I.2 A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA COMO DISPOSITIVO DA REDE DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA POLÍTICA BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E NO SUS

Para facilitar o processo de reinserção social de ex-internos dos antigos hospitais psiquiátricos que não dispunham de suporte familiar, idealizou-se um dispositivo condizente com os princípios de desospitalização e desinstitucionalização, as Residências Terapêuticas (RT). Estas, atualmente, articuladas aos demais serviços da atenção extra-hospitalar, complementam a rede de apoio em Saúde Mental.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias ou casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos psiquiátricos, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuíssem suporte social e laços familiares. São espaços cujo propósito é viabilizar a inserção social destes indivíduos (BRASIL,2000).

AS RT inseridas em espaços urbanos foram criadas principalmente para contemplar a questão do morar para aqueles afastados de seu meio social após internações psiquiátricas prolongadas e, portanto, que perderam o vínculo com familiares e comunidades de origem. São casas, moradias, e também dispositivos de Saúde (HONORATO et al., 2008).

Estes Serviços Residenciais revelam-se especialmente importantes para pessoas que, após longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, vivenciam o processo de transição para a comunidade. Este é um momento em que se deparam com um passado doloroso de isolamento social e percebem que não têm contato com familiares, não preservam rede social de nenhum tipo e, portanto, não possuem mais vínculo com seu território de origem (MÂNGIA et al, 2002).

Neste contexto, estas moradias precisam e podem responder a diversas necessidades que se fazem presentes na desospitalização, tais como: lugar para morar, suporte social e fornecimento de composição diferenciada de serviços e equipes de Saúde Mental. Devem dar condições para a desinstitucionalização, conduzindo estas pessoas à reabilitação psicossocial e inserindo-as na sociedade, em busca do resgate da cidadania (MÂNGIA et al, 2002).

Os SRT em Saúde Mental constituem uma modalidade que visa à substituição da internação psiquiátrica com a descentralização da assistência. Segundo regulamentação da Portaria nº 106/00 do Ministério da Saúde que a institui e a normatiza:

A cada transferência de paciente do Hospital especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, devesse reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2000).

Assim, de acordo com esta Portaria, os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental devem atuar como unidade de suporte destinada a acolher as pessoas com transtorno psiquiátrico que foram submetidas a tratamento psiquiátrico em regime de internação hospitalar prolongada. Como dispositivo integrante da rede de cuidados substitutivos em saúde mental, devem também garantir assistência a estas pessoas com grave dependência que, portanto, ainda não têm a possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuem vínculos familiares e de moradia.

Sob esta perspectiva, as RT não podem ser vinculadas a qualquer instituição que promova internação hospitalar, de cuidados gerais ou especializados. Sua estrutura física não segue modelo prescrito e comporta, no máximo, oito usuários, de forma a garantir o atendimento às necessidades e respeitar as individualidades daqueles que as habitam (BRASIL, 2000).

A respeito da construção e da estrutura física da RT, apesar de não haver um modelo para padronização, dependem diretamente das particularidades de seus habitantes e, conseqüentemente, da dinâmica da rotina dos cuidadores e moradores. Além disso, sofrem influência de fatores externos a esta residência, tais como a aceitação, ou não, da população vizinha e a existência de programas municipais que envolvam os portadores de transtorno psíquico em diversas atividades (BRASIL, 2000).

Existem, portanto, diferenciações na composição dos dispositivos que compõem as redes assistenciais em Saúde Mental, uma vez que cada município

apresenta particularidades que podem determinar como estes serviços serão estruturados. No entanto, o objetivo de todos deve ser o mesmo: absorver a demanda apresentada pelos usuários e suas especificidades, de acordo com o território em que estão inseridos.

Desta forma, as RT integram uma trama de interlocuções e desenvolvem ações segundo uma modalidade de assistência baseada no convívio dos usuários na sociedade, oferecendo informações sobre seus moradores e buscando suporte para funcionamento junto aos demais serviços disponíveis no território.

Considerando a necessidade de acelerar a estruturação e consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental, as RT devem acolher pessoas com tempo de internação igual ou superior a dois anos, ininterruptos, retiradas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, em conformidade com a Portaria nº106/00. As modalidades de RT variam de acordo com as necessidades específicas de cuidado dos moradores, a saber: tipo I ou tipo II (BRASIL,2000).

São consideradas RT tipo I aquelas destinadas a portadores de transtorno psiquiátrico em processo de desinstitucionalização que possuam algum grau ou nenhum de dependência, com capacidade máxima de oito moradores e mínima de quatro. Já as RT tipo II destinam-se a pessoas com transtorno psiquiátrico com acentuado nível de dependência, especialmente em função de seus comprometimentos físicos. Oferecem cuidados específicos e permanentes, podem acolher até dez moradores, no mínimo quatro, e dispõem de equipe com formação diferenciada (BRASIL,2000).

Cada módulo residencial deve estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que fornece o suporte técnico profissional necessário. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais, geralmente elaborados pela equipe do CAPS, com foco na integração dos serviços no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (BRASIL,2000).

Quanto à equipe profissional, a RT do tipo I deve contar com um cuidador de referência, cuja atuação deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento da RT vinculada ao órgão de saúde municipal. Este profissional deverá atuar conforme a necessidade de cuidado de cada grupo de moradores, levando em consideração o nível de autonomia que possuem.

Já a RT do tipo II deve contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de dez moradores, recomenda-se a presença de cinco cuidadores em regime de escala e de um profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe também deverá ser avaliada por órgão municipal de saúde considerado referência ao serviço.

Em todos os casos, os moradores precisam receber suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Este suporte deve ser de caráter interdisciplinar - por meio do CAPS de referência, por uma equipe da atenção básica ou por outros profissionais -, sempre considerando a singularidade de cada um dos moradores e não levando em conta apenas os projetos e as ações previstos para serem desenvolvidos com a coletividade.

Importante ressaltar que o acompanhamento a um morador deve prosseguir mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado, pois, segundo as ações propostas pelo Ministério da Saúde, o processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do portador de transtorno psiquiátrico na rede de serviços, complementando com o resgate de suas relações sociais como membro pertencente a uma comunidade. Desse modo, destaca-se que a inserção de um usuário em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que visa à sua progressiva inclusão social.

I.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS: DUQUE DE CAXIAS E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO

Duque de Caxias, conforme mencionado brevemente na introdução deste trabalho, é um dos 11 municípios que compõem a área localizada entre a costa do estado do Rio de Janeiro e a borda litorânea, denominada Baixada Fluminense, que, por sua vez, pertence à Região Metropolitana deste estado. Inicialmente considerado distrito de Nova Iguaçu, em 1943 foi declarado município (CUNHA, 1992).

Durante as três primeiras décadas de existência, Duque de Caxias teve um crescimento populacional na ordem de 1.422%. No período de 1943 até início dos anos 2000, este aumento pode ser associado a diversos fatores econômicos e sociais (CUNHA, 1992). Segundo o autor, os aspectos mais importantes para o

desenvolvimento do município nas primeiras três décadas de existência envolvem o incremento de algumas atividades econômicas, tais como melhorias na via férrea e instalação da Fábrica Nacional de Motores (FNM) no 4º distrito – Xerém. Na década de 1960, importante marco econômico foi a instalação da Refinaria de Duque de Caxias (REDUC), que possibilitou a formação de um complexo industrial composto por petroquímicas e distribuidoras de gás de cozinha e combustível, mais tarde responsáveis pelo incentivo à migração de habitantes do interior do estado do Rio de Janeiro e de outros estados para esta região em crescimento.

Deve-se destacar também a especulação do setor imobiliário na capital do Rio de Janeiro que, segundo Lago (2015), contribuiu de modo expressivo para o aumento populacional de Duque de Caxias na década de 1960. À época, parte da população residente na capital, com renda mais baixa e, em sua maioria, baixo nível de escolaridade, sem qualificação profissional, migrou para municípios próximos que apresentavam algum atrativo financeiro, principalmente no que se refere à demanda de mão de obra para a construção da prosperidade econômica, como foi o caso de Duque de Caxias.

Todavia, essa ocupação de Duque de Caxias ocorreu de forma crescente, rápida (considerando-se o número de novos habitantes em relação ao curto intervalo de tempo de ocupação) e desgovernada, ainda segundo Lago (2015). Assim, apesar do incremento populacional evidenciado nas primeiras três décadas do município, este aumento no número de habitantes não teria sido acompanhado de investimentos suficientes em infraestrutura urbana, necessários para a manutenção da salubridade, habitação e segurança da vida social em crescente desenvolvimento.

A título de exemplo do contínuo crescimento populacional evidenciado no município de Duque de Caxias, dados preliminares do Censo de 2000 apontam taxa de crescimento de 1.90 entre 1996 e 2000 e população total de 770.858 habitantes em agosto de 2000. A densidade demográfica era alta, de 1.535,5 habitantes/Km², e ocorria um acelerado crescimento populacional. De acordo com o anuário estatístico do Rio de Janeiro de 1998, publicado pelo IBGE, a taxa média geométrica de crescimento anual para os anos de 1991/1996 foi de 1,38%, valor que se mostra muito superior às médias do estado (0,92%) e da região metropolitana (0,76%) (IBGE, 1998).

Atualmente, Duque de Caxias é composto por quatro distritos: Duque de Caxias (distrito sede), Campos Elíseos, Imbariê e Xerém. É um município basicamente urbano, cuja população rural se concentra nos distritos de Imbariê e Xerém (IBGE; 2000).

Os dados econômicos de 1998 também apontam Duque de Caxias como o terceiro polo industrial do estado (atrás do Rio de Janeiro e de Petrópolis) e o segundo em receita corrente (IBGE, 1998).

Os indicadores sociais utilizados nesta construção textual baseiam-se, em sua maioria, nas informações do Censo de 1991 e, portanto, encontram-se defasados, considerando o recorte temporal deste estudo. Contudo, foram de grande valia, pois forneceram elementos para a caracterização histórica do município em estudo. Levantamentos mais recentes trazem dados relativos ao desenvolvimento do setor educação do município de Duque de Caxias, com base no ano de 1996, dados mais aproximados ao recorte da pesquisa, disponível.

Dados referentes à saúde e ao desenvolvimento do estado do Rio de Janeiro, disponíveis no portal da internet (do governo), demonstram que o grau de escolaridade em Duque de Caxias é relativamente baixo. Um recorte da taxa de escolaridade por anos de estudo evidencia que cerca de 9% da população acima de 20 anos não possuía, em 1996, qualquer grau de instrução e 63% tinham menos de oito anos de estudo. Na faixa etária de 20 a 34 anos, apenas 30% dos habitantes possuíam entre 9 e 11 anos de estudo (SINASC, 1998).

Consultas ao banco de dados do SINASC (Sistema de informações sobre Nascidos Vivos) também possibilitaram identificar o grau de escolaridade de parcela da população composta por mães. Nesta consulta, referente ao ano de 1998, constatou-se a presença de mães sem qualquer escolaridade em todas as faixas etárias. Chama a atenção também o elevado percentual de genitoras com apenas o primeiro grau incompleto (54%) (SINASC, 1998).

A constatação do baixo nível de escolaridade dos residentes em Duque de Caxias reflete o modo de ingresso no mercado de trabalho, que pode ser associado à baixa remuneração por falta de capacitação profissional. Isto implica, em longo prazo, queda no nível de desenvolvimento socioeconômico da região em estudo.

Já os indicadores de mortalidade disponíveis são mais recentes, embora ainda defasados. A análise deste dado, no presente estudo, indica possível falha na rede de assistência em saúde, bem como permite traçar uma tênue linha de mensuração da qualidade da saúde pública oferecida aos caxienses.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) permite a elaboração de séries históricas: nos três anos analisados, 1996, 1997 e 1998, as doenças do aparelho circulatório aparecem como primeira causa morte, seguidas pelas causas externas e pelos sintomas, sinais e achados anormais (SINASC, 1998).

No município de Duque de Caxias, em 1998, as doenças do aparelho circulatório ocuparam o primeiro lugar; as causas externas, o segundo (55%), e as causas mal definidas, o terceiro. Dentre as causas externas de mortalidade, a agressão com arma de fogo correspondeu a 9,6% do total de óbitos no município naquele ano, o que denota um alto índice de violência urbana (SINASC, 1998).

No que se refere à mortalidade por sintomas e achados anormais, 91% das mortes (ou 15% do total de óbitos) foram atribuídas a causas mal definidas. Como era de se esperar, a proporção elevada desta classificação pode indicar tanto qualidade ruim do preenchimento do formulário que alimentou a pesquisa (tomando como análise o baixo índice de escolaridade mencionado nos parágrafos anteriores) quanto dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Estes serviços de saúde e suas disponibilidades no município serão abordados a seguir.

A construção do sistema de saúde em Duque de Caxias se deu a partir de 1971, durante o período da ditadura militar, quando a cidade foi considerada área de segurança nacional devido à localização da REDUC (Refinaria Duque de Caxias), inaugurada em 1961. Na época, os prefeitos passaram a ser nomeados e não mais eleitos diretamente pela população, em virtude do grande poder econômico da região. Já os vereadores, que continuaram a ser eleitos, tinham por hábito a distribuição de favores em troca de votos, incentivando práticas clientelistas, fato que será de suma importância para compreensão do desenrolar das ações que foram palco da construção do Sistema de Saúde de Duque de Caxias- RJ (ZALUAR; NORONHA & ALBUQUERQUE, 1994).

Cunha (1992), em seu estudo, evidenciou que nesta época havia a contratação de pessoal desqualificado para trabalhar no Hospital Geral de Duque de Caxias em decorrência de prática clientelista dos governantes. Tal prática gerou

dificuldades administrativas que perduraram por muitos anos, uma vez que não era exigida a realização de concurso público para preenchimento de vagas no âmbito do município. Esta exigência só foi estabelecida com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Em fins da década de 1970, Duque de Caxias concentrava uma das maiores redes de serviços contratados do Estado, tudo porque, em 1975, teve início a implantação do Projeto Baixada, financiada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Este Projeto tinha a finalidade de aumentar a oferta de serviços assistenciais de caráter individual, sobretudo mediante contratação de serviços da rede privada, a fim de potencializar os atendimentos ambulatoriais na rede pública (CUNHA 1992).

Cunha (1992) ainda acrescenta que, ao final desta mesma década, (1970), todo o serviço de saúde de Duque de Caxias se restringia ao atendimento ambulatorial oferecido à população vinculada ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), por meio da prestação de serviços distribuídos nos quatro Postos de Assistência Médica (PAM) e ambulatórios contratados. Somavam-se ao serviço de saúde municipal 26 serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e a atenção hospitalar, que disponibilizava 1.450 leitos em 16 casas de saúde da rede privada.

Já a parcela da população que não se encontrava vinculada ao INPS somente tinha acesso à assistência hospitalar por meio de dois hospitais municipais: o Geral, cujos serviços oferecidos eram os de pronto-atendimento, maternidade, clínica médica e cirúrgica; e o Pediátrico, ambos considerados de baixa complexidade e resolutividade. O atendimento ambulatorial era mantido pelo governo estadual e ofertado no município por um centro de saúde em conjunto com sete subpostos em funcionamento de forma precária (ZALUAR; NORONHA & ALBUQUERQUE, 1994).

O ano de 1980 marcou o início de uma década lembrada por crises econômicas e políticas em nível nacional, com repercussão em várias instituições. Diversos atores mobilizaram-se em torno do tema saúde e difundiram propostas que constituíram estratégias de extrema importância para o processo de descentralização da saúde, por exemplo, as AIS (Ações Integradas de Saúde). Essas medidas compuseram um conjunto de ações que deveriam ser adotadas pelos gestores

municipais com vistas a aumentar a cobertura ambulatorial a toda população, inclusive aos não vinculados à Previdência Social (SOUZA, 2002).

No início da década de 1980, em Duque de Caxias, a atenção médica previdenciária se caracterizava pelo favorecimento do setor privado em detrimento da rede pública, inclusive com o fechamento temporário do Hospital Geral, que garantia atendimento público. Segundo Zaluar; Noronha & Albuquerque (1994), a orientação vigente era a transferência de pacientes para a rede contratada, independentemente da existência de vagas nos hospitais públicos. Os serviços de diagnóstico e terapia também deveriam ser solicitados aos estabelecimentos conveniados.

Como se não bastasse o abandono dos hospitais públicos, também eram frequentes as queixas alusivas à péssima qualidade do atendimento dos serviços contratados. Esta realidade contribuiu para que diferentes setores da sociedade (associação de moradores, sindicato dos médicos, Igrejas Católica e Metodista) se organizassem e se unissem para reivindicar melhorias no atendimento à saúde, especialmente com vistas ao aumento da oferta de serviços públicos e descredenciamento de alguns estabelecimentos privados. Essa mobilização teve como um dos resultados a constituição dos Conselhos Comunitários de Saúde em meados da década de 1980 (ZALUAR; NORONHA & ALBUQUERQUE, 1994).

Ainda segundo estes autores, a partir de 1984 teve início a implementação das já mencionadas (AIS) em Duque de Caxias. A opção inicial foi pelo que ficou denominado como “plano de instalação de módulos simplificados”, vinculados às associações de moradores. Tal vinculação, na verdade, consistia em uma estratégia da administração local para desmobilizar a organização popular em torno do tema, uma vez que as reuniões eram marcadas estrategicamente no mesmo dia e horário daquelas dos conselhos comunitários de saúde.

No ano de 1985, houve o retorno da eleição direta para o chefe do executivo municipal, assumindo, então, a prefeitura de Duque de Caxias um candidato vinculado a partido de centro-esquerda, o mesmo do então governador do estado do Rio de Janeiro, Leonel Brizola - PDT. No primeiro ano de mandato deste gestor, houve a tentativa de moralizar a Secretaria de Saúde, mediante a exigência de cumprimento de horário por parte dos profissionais e transparência na utilização dos recursos destinados ao setor. Tais medidas geraram insatisfações e provocaram confrontos até com o prefeito, inclusive com ameaças anônimas direcionadas à

secretária municipal de saúde, o que culminou com o seu afastamento do cargo no segundo ano, no exercício da função (Disponível em <www.duquedecaxias.rj.gov.br> acesso em 12/07/16 as 14:20h).

Em 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma consolidação das AIS, que adota como diretriz a universalização e a equidade no acesso aos serviços; a integralidade dos cuidados; a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários; a descentralização das ações de saúde; o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e de uma política de recursos humanos. Em Duque de Caxias, a partir de 1987, já sob vigência do SUDS, investimentos foram feitos pelos governos federal e estadual na recuperação e ampliação da rede de serviços públicos. (Disponível em <www.duquedecaxias.rj.gov.br> acesso em 12/07/16 as 14:20h).

Com estes investimentos, foram construídas três unidades mistas e viabilizada a construção de mais duas por intermédio de acordos firmados com a Shell e Petrobrás. Essas unidades fariam parte do Programa Especial de Saúde da Baixada – PESB – e, com o caminhar do processo de descentralização em curso, deveriam ser repassadas ao município (CUNHA 1992).

Inicialmente houve resistência por parte da gestão municipal em assumir as unidades de outras esferas de governo, aliada ao fato de Duque de Caxias ter sido o último município da Baixada Fluminense a assinar o convênio de municipalização – o processo teve início em 1988 e só foi firmado em 1991. Esta municipalização tardia, em uma análise mais ampla do autor, pode ser atribuída à precariedade da estrutura administrativa deste município. À época, também havia receio, por parte dos gestores, de que houvesse restrição e/ou não continuidade de transferências de recursos financeiros correspondentes (BODSTEIN et al., 1999).

Infelizmente, o que se observou, segundo Cunha (1992), foi o repasse das unidades do PESB apenas na década de 1990, quando já se encontravam sucateadas e seus profissionais estavam insatisfeitos com as condições de trabalho e salariais. Esses funcionários, antes vinculados ao Instituto Vital Brasil, foram transferidos para o quadro de pessoal do estado, numa época de extrema defasagem salarial.

Outro agravante foi o fato de as unidades herdadas do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) funcionarem em prédios

alugados, com grande parte dos serviços terceirizados, havendo, ainda, falta de manutenção dos equipamentos. Com o passar do tempo, o município teve que se desfazer dessas unidades. O único ganho herdado do INAMPS se resumiu aos recursos humanos, considerados mais preparados tecnicamente do que os funcionários do município e mais atentos às modificações na área da saúde. O ganho, segundo Cunha (1992), foi que estes profissionais deram suporte gerencial e administrativo à Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias e alguns permaneceram no quadro de pessoal do município por muitos anos.

Apesar desse cenário, Duque de Caxias foi um dos sete municípios do estado do Rio de Janeiro e o único da Baixada Fluminense a ser habilitado pela NOB SUS 1/93 (Norma Operacional Básica), uma política do Ministério da Saúde cujo objetivo era disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde no processo de construção do Sistema Único de Saúde em gestão semiplena, pois, quando o INAMPS e o estado repassavam suas unidades, o município também herdava a capacidade instalada. Todavia, como mencionado acima, alguns destes estabelecimentos funcionavam em prédios alugados e foram desativados em seguida, por falta de recursos para mantê-los (CUNHA 1992).

As dificuldades iniciais do processo de municipalização da saúde em Duque de Caxias, segundo Bodstein et al (1999), só foram superadas em 1995, quando o município passou à gestão semiplena e obteve maior autonomia financeira. Este município, caracterizado inicialmente por oferecer atendimentos mais simples, com rede básica pouco resolutive, assistência secundária insuficiente e praticamente sem oferta de procedimentos de nível terciário, alcançou, progressivamente, melhorias na oferta de serviços e aumento da capacidade do setor público. Para tanto, foram importantes a descentralização e uma maior alocação de recursos. Mesmo assim, durante a década de 1990 e a seguinte, o município ainda apresentava dificuldades em responder à demanda por procedimentos de média e alta complexidade.

A construção do capítulo seguinte discorre sobre a reformulação do processo assistencial da saúde, com foco no modelo psiquiátrico de atenção à saúde mental e na implantação das RT em Duque de Caxias. Tais aspectos são discutidos neste contexto de municipalização tardia e, portanto, de demora na aquisição de autonomia financeira do município.

CAPÍTULO II

O PLANEJAMENTO, A ORGANIZAÇÃO E A IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS –RJ.

Para melhor compreensão do tema, este capítulo será dividido em dois subcapítulos: o primeiro resgata o modelo assistencial psiquiátrico vigente em Duque de Caxias antes da Reforma Psiquiátrica e as circunstâncias que culminaram com a sua substituição por uma nova rede de assistência para as pessoas com transtorno psiquiátrico. O segundo discorre sobre o funcionamento desta rede de assistência psiquiátrica implantada no município, com ênfase na Residência Terapêutica como dispositivo integrante deste novo modelo de cuidado e nos obstáculos enfrentados na fase de implantação. Esses aspectos serão discutidos sob o ponto de vista dos profissionais que participaram deste processo.

II.1 A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM DUQUE DE CAXIAS-RJ.

Com o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica, nas últimas décadas, substancialmente a partir do ano de 1970, a assistência às pessoas com transtorno psiquiátrico foi se deslocando do hospital para a sociedade, em caráter mundial. Em alguns países mais desenvolvidos, esse movimento se deu de forma gradual e baseada em ações que levaram a uma revolução consciente em busca de alternativas de atendimento nas comunidades. Já no Brasil, a desospitalização, como caracterizada no capítulo anterior deste estudo, foi imposta por uma legislação e mantida por acordos internacionais firmados, em muitos casos provocando alguns efeitos adversos graves, como a desassistência, por não se construir em tempo hábil uma rede comunitária integrada que garantisse a absorção plena dos desinstitucionalizados (LIMA et al,2003).

Não obstante a existência de alguns problemas, o compromisso firmado por meio do Serviço Nacional de Saúde era oferecer assistência tanto aos pacientes mais graves quanto aos que apresentavam comprometimentos mais leves, por uma

única rede, de modo a traduzir uma prática clínica mais ética e inclusiva. É nesse sentido que no estado do Rio de Janeiro, particularmente no município de Duque de Caxias, se iniciou uma articulação em prol de assistência igualitária e defensiva dos direitos daqueles que se encontravam com transtorno psiquiátrico (CREMERJ, 2007).

No município em foco, a estruturação da Rede de Assistência à Saúde Mental transcorreu de forma lenta e gradativa, superando barreiras ao apresentar uma significativa mudança no paradigma assistencial vigente. Mudança esta que, muitas vezes, não encontrou respaldo nos interesses político-partidários daqueles que administravam o município na época da estruturação do novo modelo, tornando o processo cada vez mais moroso e repleto de obstáculos (SILVA, 2013).

O modelo de atenção à saúde mental presente em Duque de Caxias antes da estruturação da Rede de Assistência psiquiátrica caracterizava-se pela oferta de atendimentos ambulatoriais, com marcação de consultas médicas especializadas com psiquiatras, podendo ainda haver a realização de Grupos e Oficinas Terapêuticas, nos quais as pessoas com transtorno psiquiátrico poderiam contar com a atuação de profissionais integrantes de uma equipe multiprofissional.

Nesse sentido, as falas de alguns colaboradores, profissionais da enfermagem ou não, que participaram ativamente do processo de substituição do modelo de atendimento às pessoas com transtorno psiquiátrico em Duque de Caxias permitem melhor compreender como eram desenvolvidas essas ações. Nos trechos a seguir, dois colaboradores abordam este momento, em que as ações de saúde mental no município se resumiam ao oferecimento de consultas médicas e ao atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas:

Trabalhando na Saúde mental fiquei fazendo atendimento de grupo, principalmente o primeiro, o primeiro grupo de acolhimento que eu fazia junto com ele (médico coordenador), absorvendo crianças e adultos, enfim, eu trabalhava em conjunto com ele (ENF1).

Tínhamos o maior centro de atendimento de psicologia, que funciona no Centro Municipal de Saúde, que é onde havia o maior ambulatório de Saúde Mental, com sete psiquiatras e oito psicólogos, um centro bem grande, com realização de oficinas terapêuticas (MED5).

Quanto à realização de oficinas terapêuticas, ressalta-se a importância da atuação das equipes multidisciplinares na saúde mental. Borges (2015), em seu estudo, destaca principalmente a necessidade de fortalecimento destas equipes diante da oferta de consultas e realização de oficinas, uma vez que a atenção primária constitui porta de entrada para o sistema público de saúde brasileiro e, portanto, configura-se um importante elo de comunicação entre equipes multidisciplinares e familiares no desenvolvimento da terapêutica traçada à pessoa com transtorno psiquiátrico. Sobre a necessidade de acolhimento e assistência às famílias daqueles com esse tipo de comprometimento, os colaboradores ressaltam:

Quando o paciente adocece, tem aquela história, a família também adocece. Tem que cuidar os dois lados (TEC ENF 4).

Eu faço o grupo da família, onde os familiares falam a respeito das suas angústias, de suas ansiedades, e da dificuldade de se ter um usuário de saúde mental em casa (PSI 3).

As primeiras consultas ofertadas em ambulatórios reportavam à organização da Saúde Mental antes da implantação e estruturação da rede de assistência psiquiátrica em Duque de Caxias. O depoimento a seguir evidencia o momento em que esta assistência ainda não era caracterizada como programa de Saúde Mental no município:

O Doutor Leslie Sanford Chavim [médico coordenador] ficou responsável pelo programa [em Duque de Caxias], esse programa na verdade funcionava descentralizado por ambulatórios. Ele passou a responder por esses ambulatórios. O programa ainda não estava estruturado da forma como é hoje (ENF1).

Até o ano de 2000 aproximadamente, o Serviço de Saúde Mental de Duque de Caxias era composto por ambulatórios descentralizados que disponibilizavam atendimentos sob forma de consultas psiquiátricas, nos quais estava incluída a assistência de enfermagem, por meio de oficinas e técnicas em grupo às pessoas com transtorno psiquiátrico. Essa forma de participação da enfermagem permitia o acolhimento de jovens, crianças e adultos com diagnósticos diferenciais psiquiátricos,

os quais eram referenciados ao cuidado/acompanhamento ambulatorial para tratamento da patologia apresentada (SILVA, 2013).

Sobre os benefícios proporcionados por esta modalidade de atendimento em grupo na saúde mental, Mendonça (2005) ressalta a importância da referência da pessoa com transtorno psiquiátrico para esta qualidade de assistência, uma vez que a consulta e a medicação integram seu tratamento, além do fato dela precisar de espaços de convivência e criação, onde possa expressar suas opiniões e escolhas. Para o autor, o grupo terapêutico permite que essas pessoas desenvolvam laços de cuidado consigo mesmas e compartilhem experiências com os demais participantes. Cardoso e Seminotti (2006) assinalam que, para os usuários, o grupo revela-se o lugar onde podem debater a necessidade de ajuda de todos e questionar as alternativas de apoio e suporte emocional. Em Duque de Caxias, esse suporte por meio da realização de oficinas ocorria da seguinte forma, segundo um colaborador:

Nos grupos, os usuários me falam os temas que eles querem, se estão a fim e escolhem temas e começam a falar e, no final dessa oficina, eles desenham para mim o que significa para cada um deles esse tema em pauta. Existe também o grupo da família, onde é aberto um espaço para eles falarem a respeito de suas angústias, suas ansiedades e sobre a dificuldade de se ter um usuário da saúde mental na família (PSI 3).

Em Duque de Caxias, até a década de 1990, a pessoa com transtorno psiquiátrico que não havia aderido aos grupos estava sob internação manicomial, confinada em um hospital psiquiátrico. Como exemplos de instituições manicomiais disponíveis à época, podem ser citados: o Sanatório de Duque de Caxias, o Hospital Philippe Pinel ou o hospital psiquiátrico de Paracambi. Eram esses os possíveis destinos daqueles que apresentavam maior grau de comprometimento, segundo avaliação médica, cabendo-lhes o afastamento do convívio social, devendo permanecer em confinamento em um manicômio, isolados do espaço social ao qual pertenciam e do ambiente familiar. Importante ressaltar que esta era uma necessidade clara e imposta: isolar o diferente, como refere o autor a seguir:

A institucionalização da loucura torna-se, enfim, uma regra geral, um princípio universal. Pinel fundamenta com as seguintes palavras esta necessidade imperiosa de institucionalização: Em geral, é tão

agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes (TORRE, AMARANTE, 2001).

A partir de 1990, o município, sob influência direta dos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, foi palco da reorganização dos institutos e hospitais psiquiátricos. Nesta nova proposta, o hospital passou a ser o cenário para a atuação de diversos profissionais, como assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas, musicoterapeutas, além de psicólogos, integrantes de uma equipe multiprofissional. Foi uma conquista no sentido de humanizar o cuidado em psiquiatria, com a possibilidade de resgatar a cidadania das pessoas com transtorno psiquiátrico.

Os depoimentos a seguir descrevem o início do movimento de transformação da prática assistencial intra-hospitalar em Duque de Caxias, época em que o hospital passou a ser denominado instituto e tentava distanciar-se das características asilares. As falas remetem a este período, em que as ações de uma equipe multiprofissional passaram a ser valorizadas.

A gente foi escrever o plano, o planejamento do hospital, e era uma época em que o hospital estava prestes a passar para instituto, deixar de ser hospital e passar para instituto, ainda federal, mais tardiamente é que ele veio a ser instituto municipal (ENF1).

Com um novo olhar, surge uma nova ideia, porque naquela época diante da Reforma havia os hospitais psiquiátricos que tinham como objetivo a internação e o tratamento. Mas isso foi revisto e viu que não estava efetuando o tratamento do paciente. Por isso está tendo as intervenções do Ministério Público nos hospitais, para que eles deixem de ser depósitos de pessoas (MED 6).

O início deste movimento marcou o despertar para a reconstrução e readequação do modelo de assistência à saúde mental no município, que passava de um caráter essencialmente hospitalocêntrico para uma rede de assistência voltada para o modelo territorial.

No final da década de 1990, o movimento da Reforma estava se solidificando, e o Ministério da Saúde já apontava que os municípios teriam que ter Programas de Saúde Mental estruturados do modo como é hoje [na forma de rede de assistência], e que esse programa teria que organizar essa rede (ENF1).

A rede de atenção em saúde mental surgiu como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), organizada por ações e serviços públicos, sendo instituída no Brasil pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, que priorizavam, a partir de então, o atendimento à pessoa com transtorno psiquiátrico por meio de um sistema comunitário. Fazem parte desta rede de serviços substitutivos os dispositivos que interagem na prestação da assistência psiquiátrica, cada qual com sua especificidade (BRASIL, 1990).

Necessário ressaltar que o processo de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção em saúde mental envolveu muito mais do que o simples deslocamento dos espaços de cuidado. Foi uma complexa mudança de paradigmas e de práticas no campo da saúde mental. Segundo Amarante (1996), baseado na perspectiva da desinstitucionalização italiana, houve a mudança do paradigma problema-solução/doença-cura para o da complexidade, em que o objeto deixou de ser a doença mental e passou a ser o sujeito com transtorno psiquiátrico em relação ao corpo social. Sobre o surgimento desta nova modalidade de assistência, um colaborador acrescenta:

Não foi uma ideia. Foi uma imposição do Ministério da Saúde em 2001, porque neste ano foi promulgada a Lei 10216, que trata da reforma psiquiátrica, e aí foi dito que os municípios com mais de 300 mil habitantes, e nessa época Caxias estava em torno de 900 mil habitantes, teriam um subsídio em dinheiro, um acordo financeiro entre Ministério e prefeitura para criação e implantação de outras ações extra-hospitalares para poder ocorrer finalmente a desospitalização dos pacientes, para diminuir o número de leitos (MED 5).

Em Duque de Caxias, a diminuição substancial no número de novas internações e as transferências de pacientes para outras clínicas foram os principais fatores responsáveis pela redução do número de internos nos hospitais psiquiátricos públicos que se encontravam superlotados. Este movimento redimensionou o modelo

de atenção à saúde mental de caráter hospitalocêntrico para uma nova forma de assistência territorializada. Sob esta nova perspectiva, o hospital psiquiátrico foi substituído por um serviço integrado em rede, com vistas ao resgate da cidadania daqueles que nele se inseriam. Tal mudança encontrou respaldo na legislação brasileira que entrava em vigor em 2001 (SILVA, 2013), no sentido de desarticular manicômios e promover a transição da prática psiquiátrica no município de Duque de Caxias. A fala a seguir discorre sobre este importante momento:

Vamos fechar leitos de hospital. E aí, o que se vai fazer com o paciente? Ele tem que ser atendido em algum lugar. Onde vai ser? Nos CAPS? E os que não têm família? Vamos criar residências. Mas e o município? Vamos dar dinheiro para o município. O município entra com a equipe técnica, a gente entra com dinheiro para construir, para colocar o equipamento, o município capacita os técnicos e os põe lá dentro (MED 5).

Referente à legislação brasileira que assegurava as ações que deflagravam este movimento, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado emergiu como expoente na medida em que inviabilizou a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público e previu o redirecionamento de recursos públicos para a criação de serviços alternativos de atendimento em saúde mental, além de exigir que o setor judiciário fosse informado das internações. A finalidade do Projeto era regulamentar a assistência psiquiátrica no Brasil e reestruturar o modelo de atendimento até então conhecido (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

Já se previa a economia para os cofres do município com a diminuição das internações psiquiátricas e, portanto, a decisão de transferir recursos dos hospitais para a implantação da rede de assistência de serviços substitutivos na saúde mental de Duque de Caxias foi bem aceita, sem resistências significativas, até porque a maior parte dos recursos na área da Saúde Mental era usada no tratamento hospitalar.

Assim, vislumbrou-se uma vantagem financeira na assistência comunitária em uma época caracterizada pela dificuldade de obtenção de novos recursos para investimentos, uma vez que o valor de cada internação seria repassado para a implementação de uma nova assistência territorializada (CUNHA, 1992). Este fato pode ser constatado com o depoimento, a seguir:

Então, se consegue entender que o paciente em Anhangá [Residência Terapêutica] usa o dinheiro que o município pagaria ao Hospital de Paracambi, que foi fechado. Esse dinheiro agora volta para o município e, com esse dinheiro, se pode pagar a medicação dele. E quando ele vai para o CAPS, este dispositivo também fatura o procedimento que é feito com esse paciente. Então, na realidade, não se perde dinheiro (MED 5).

Considerando que as redes possuem relações complexas e resistentes, um novo serviço, segundo Borges (2015), viria para romper com o modelo anterior centrado no hospital que reproduzia as práticas de isolamento, submissão à autoridade, exclusão e segregação. Conceitos e práticas seriam, então, revistos, e maior ênfase conferida a uma nova política em que o essencial era não perder a dimensão da importância das interações entre os diferentes setores biopsicossociais.

O movimento de adequação das práticas psiquiátricas para um novo serviço de base territorial ocorreu na medida em que as pessoas com transtorno psiquiátrico foram contempladas com a desospitalização. Ocorria o abandono das instituições com características manicomialis que se destinavam a oferecer internações prolongadas para estas pessoas fadadas ao enclausuramento, longe do convívio social e tolhidas da oportunidade de interação social (CREMERJ, 2007). Esse movimento foi relatado pelo colaborador:

Existe o seguinte: quando eles estão internados no hospital, e o hospital está com intervenção do Ministério Público para fechar, existe uma equipe de desinstitucionalização, e essa equipe vai até o hospital para ver. Eu participo desta equipe. Então chegamos lá, abordamos os pacientes que são de Caxias. Geralmente esta equipe é formada por assistente social, enfermeira e por mim [médica]; nós olhamos o caso e tentamos. Primeiro nós trabalhamos os familiares para que os levem para casa, porque a Reforma prevê isso, que eles fiquem com a família, que eles retornem para casa. Quando não há possibilidade mesmo de retorno à família, aí eles vêm para a residência (MED 06).

Nacionalmente, o processo de desospitalização das pessoas com transtorno psiquiátrico foi acelerado quando entrou em vigor a Lei 10.216/01, que determinou a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e o descredenciamento destas instituições junto ao SUS. O fornecimento de leitos onde se dava a porta de entrada

para o processo de hospitalização nem sempre respeitava o limite municipal de origem do internado, de forma que, em Duque de Caxias, a internação ocorria onde havia vaga disponível, ainda que em instituições pertencentes a outros municípios, ou seja, nem sempre no domicílio daquele que iria ocupá-la. As vagas próximas ao município de Duque de Caxias poderiam ser pleiteadas para as seguintes instituições: Hospital Psiquiátrico de Paracambi, Casa de Saúde Dr. Eiras e “Pinel”, nome que se refere ao Instituto Psiquiátrico Philippe Pinel. Conforme se pode observar:

Esse convênio vem a partir da necessidade de se fechar o Eiras [casa de saúde Dr. Eiras] em Paracambi, um hospital grande que agora está fechado, onde, na época, tínhamos em torno de 130 pacientes, que ao longo destes anos fomos retirando (MED 5).

O hospital psiquiátrico de Paracambi tinha sua estrutura física localizada no bairro Cascata, no município de Paracambi-RJ, e foi responsável, em meados da década de 1990, pelo atendimento e hospitalização de grande parte da demanda psiquiátrica oriunda da malha constituída pela Região Metropolitana, na qual o município de Duque de Caxias se encontra. Com o fornecimento de aproximadamente 240 leitos, o hospital psiquiátrico de Paracambi sofreu intervenções após a Reforma Psiquiátrica e, apenas em setembro de 2014, foi impedido de receber novos pacientes. Um ano depois, em 2015, foi assumido pela Prefeitura de Paracambi, momento em que ainda contava com 148 pacientes internados a serem contemplados pela desospitalização e pelo Programa do Ministério da Saúde de Volta para Casa, lançado em 2003, com vistas à progressiva redução de leitos psiquiátricos (EXTRA, 2015).

A Casa de Saúde Dr. Eiras recebia pacientes psiquiátricos de todo o estado do Rio de Janeiro e chegou a ser considerada a maior instituição psiquiátrica da América Latina em número de internações, atingindo a capacidade máxima de 3,5 mil leitos. Sofreu intervenções em 2004, devido principalmente a denúncias de maus tratos a pacientes e, em 2009, a justiça, amparada pela Lei nº10.216, ordenou que todos os pacientes fossem transferidos, o que culminou com o fechamento da referida instituição três anos após (Disponível em: www.Institucional Saude.com.br acessado em 09/05/16).

O Instituto Philippe Pinel foi inaugurado em janeiro de 1973 com o nome de Instituto de Neurosífilis e fazia parte do complexo psiquiátrico da Praia Vermelha, juntamente com o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, o IPUB. Em 1965, foi denominado Hospital Pinel, em homenagem ao psiquiatra Philippe Pinel (Disponível em: [www.Institucional Saude.com.br](http://www.InstitucionalSaude.com.br) acessado em 09/05/16).

O Instituto Philippe Pinel ainda tem uma estrutura hospitalar, mas caminha para um serviço territorial, sendo que a adoção do conjunto de ideias e práticas propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica atualmente norteia o atendimento. Quanto à assistência prestada, o Instituto possui o setor de emergência aberto 24 horas por dia para atender pacientes trazidos pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou desorganizados mentalmente, e o ambulatório que recebe pessoas com transtorno psiquiátrico, porém mais organizadas mentalmente e com possibilidade de buscarem o atendimento espontaneamente. Assim, o paciente pode não ficar internado, mas manter acompanhamento e procura assistencial quando necessário, o que favorece não perder vínculos com a família e evitar que seja retirado de seu círculo social (Disponível em: [www.Institucional Saude.com.br](http://www.InstitucionalSaude.com.br) acessado em 09/05/16).

Dessa forma, a transição do processo de reestruturação da assistência na saúde mental de Duque de Caxias, com a adoção dos ideais da Reforma Psiquiátrica, culminou com o movimento de “desmontar manicômios”. Isto levou à redução do número de leitos psiquiátricos e contribuiu para uma crescente preocupação com a assistência destes ex-internos, a qual seria minimizada com a criação de uma nova rede formada por serviços substitutivos, como pode ser verificado na fala da colaboradora:

A gente foi escrever o plano, e era uma época em que os hospitais estavam prestes a passar para instituto e deixarem de serem manicômios. Depois, agora é que os hospitais vieram a ser denominados de Instituto, em torno do ano de 2000, com a criação do programa de Saúde Mental, e aí nós tivemos que ser bem rápidas para implantar a rede (ENF 1).

O depoimento acima destaca que o termo instituto passou a ser usado já em substituição ao hospital, uma vez que este local sofreu a reestruturação e readequação nos serviços de atenção à Saúde Mental, sob influência dos princípios

da Reforma Psiquiátrica. Essas mudanças possibilitaram um enorme avanço no município de Duque de Caxias em prol da ressocialização dos que dependiam da assistência psiquiátrica no município (CREMERJ, 2007).

Com a readequação do modelo de assistência psiquiátrica, inúmeros esforços foram despendidos para o imediato estabelecimento das ações que visavam à desospitalização e desinstitucionalização dos pacientes, impulsionados pelo movimento em prol da luta antimanicomial, e, ainda, pelas determinações legais emergentes. A fala a seguir evidencia a urgência deste processo em execução:

O movimento da reforma estava se solidificando e o Ministério da Saúde já apontava que os municípios teriam que ter Programas de Saúde Mental estruturados no modo como é hoje, e que esse Programa teria que organizar essa rede (ENF 1).

O depoimento expressa que o início do movimento da reforma em Duque de Caxias ganhou força diante da preocupação do Ministério da Saúde em cumprir as demandas acertadas nas Conferências Nacionais de Saúde e o que havia sido firmado na Declaração de Caracas. Tratava-se, portanto, de assegurar os direitos às pessoas com transtorno psiquiátrico e implantar uma nova rede de assistência psiquiátrica, com acesso integral a estes serviços por meio de promoção da Saúde Mental.

Segundo Saraceno (1999), para não incorrer em insucesso, a reabilitação psicossocial precisava contemplar três esferas da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Atendidos esses três preceitos básicos, poder-se-ia compreendê-la como um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com transtorno psiquiátrico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Nesse novo paradigma, caberia à equipe de saúde mental compreender o indivíduo em sua integralidade e, para tanto, fazia-se necessário construir uma nova assistência em saúde mental composta por uma rede que mantivesse o dispositivo do CAPS como centro regulador, buscando o desenvolvimento de uma relação saudável do indivíduo com o seu meio.

Através da destruição, do fechamento dos hospitais psiquiátricos e com a implantação dos CAPS, que eram chamados de Hospital Dia, onde os pacientes são encaminhados para fazer atividades como pintura, artesanato, atividades com acompanhamento da psicóloga, com a terapeuta e com a assistente social para dar suporte necessário e a parte médica que oferece consultas e acompanhamento e a enfermagem que auxilia na questão medicamentosa (TEC ENF 4).

Ainda em Duque de Caxias, o esforço e a preocupação em levar adiante o desmonte dos manicômios consideraram as críticas e denúncias contra a forma de assistência pautada no modelo hospitalocêntrico. Várias, e dentre elas as instituições citadas por esta pesquisa, como a Casa de Saúde Dr. Eiras, foram alvo de denúncias sobre maus tratos aos pacientes. A realização de inspeções determinadas pelo Ministério da Saúde com a responsabilidade de avaliar e fiscalizar o funcionamento, a estrutura, os recursos humanos e a disponibilização de insumos da instituição hospitalar psiquiátrica trouxeram, como garantia, o encerramento, senão a interrupção das atividades destas instituições, quando considerado o não cumprimento de necessidades assistenciais básicas aos internos (BRASIL, 1993).

No que tange ao cumprimento de medidas básicas para a regulação do funcionamento institucional de cada órgão ou dependência hospitalar que trata da internação das pessoas com transtorno psiquiátrico, é assegurado pelo disposto na Portaria nº 88/93. Esta Portaria define condições mínimas exequíveis para o funcionamento de tais serviços, dispõe sobre o quantitativo suficiente de leitos, de insumos como medicações, materiais médicos e alimentos, bem como estabelece o número de profissionais capacitados para assegurar uma atenção e assistência de qualidade, incluindo-se aí a possibilidade de se avaliar o preparo destes diante das novas propostas assistenciais advindas dos pilares da Reforma Psiquiátrica. Por meio dela, observava-se também se nessas instituições ainda prevaleciam aspectos desfavoráveis e práticas institucionalizantes, como a presença de grades nas janelas, realização de contenções mecânicas, uso de violência, dentre outros fatores que descaracterizariam a proposta de nova assistência (BRASIL, 1993).

Não se pode deixar de levar em consideração que a Portaria nº 88/93 ainda viabilizou modificações no sistema de informação hospitalar do SUS (SIH/SUS), onde as instituições era designadas em categorias e utilizavam um numeral ordinal crescente, de acordo com a qualidade da assistência psiquiátrica prestada. Tal

medida interferia de modo decisivo no repasse de verbas para aquela instituição que se adequasse às solicitações de mudança para a melhoria da qualidade da assistência prestada e do cuidado realizado, de forma que, quanto maior o numeral atribuído, maior o número de exigências atendidas e, conseqüentemente, maior o repasse de verba para o funcionamento da instituição. Na mesma medida, o inverso seria válido, quanto menor o atendimento às medidas propostas, menor o valor obtido, com menor repasse de verbas, o que, na maioria dos casos, culminou com o descredenciamento de diversas instituições ao SUS e seu posterior fechamento (BRASIL, 1993).

Mediante o descredenciamento e o fechamento das instituições psiquiátricas, as autoridades municipais de Duque de Caxias manifestaram sua preocupação em incorrer em desassistência às pessoas com transtorno psiquiátrico hospitalizadas no município, após o fechamento dos manicômios e descrédito no modelo hospitalocêntrico. Porém, amparados por inovadores conceitos e por novas normatizações que passaram a entrar em vigor na política brasileira, foi possível a construção de um novo modelo de assistência psiquiátrica - a rede de serviços substitutivos, de base territorial, ainda que de forma lenta, quando comparada à necessidade no município.

Dispositivos legais determinavam que o município priorizasse a adoção de medidas que garantissem o reestabelecimento, a manutenção e a seguridade dos direitos humanos das pessoas com transtorno psiquiátrico, na perspectiva de reinseri-las no convívio social. Tais medidas ganharam prioridade das autoridades de Duque de Caxias, principalmente após o fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras, pois era iminente a necessidade de realocar os ex-internos caxienses oriundos desta instituição. No entanto, a possibilidade de uma nova internação psiquiátrica destas pessoas se configurava como mera transferência do problema, uma vez que, de acordo com a disponibilidade, elas passariam a ocupar leitos em instituições manicomiais de outros municípios, as quais também já tinham sido objeto de críticas por suas práticas institucionalizantes, tais como o Hospital de Paracambi, em Paracambi-RJ, e o Hospital Philippe Pinel, no município do Rio de Janeiro.

Neste contexto, ainda como medida que agravava o então insuficiente número de leitos disponíveis para internação psiquiátrica e como fator que acelerava o processo de transformação da prática em saúde mental no município, pode-se citar a

intervenção das autoridades municipais no Sanatório Duque de Caxias. O fato terminou com a interdição de parte deste estabelecimento de saúde para ampliação de uma rodovia, conforme relatado no trecho a seguir, extraído de matéria informativa de um diário local:

Tradicional clínica de tratamento psiquiátrico da Baixada, o Sanatório Duque de Caxias, em S. Bento, fechou as portas em outubro último. O ex-deputado do Espírito Santo, um dos donos do estabelecimento fundado há mais de 30 anos, justificou o fechamento sob dois pretextos: a tabela defasada do SUS e a desapropriação pela Prefeitura, no governo passado, de uma parte da área do sanatório para permitir a duplicação da Av. Presidente Kennedy. O sanatório e o ex-deputado respondem ainda a um processo movido pelo Ministério Público Federal (O DIA NA BAIXADA, 2009).

Após esta interdição, o processo de reformulação da assistência psiquiátrica no Sistema de Saúde de Duque de Caxias tornou-se urgente diante da iminente necessidade de realocar seus ex- internos e, desta forma, requereu avaliação de resultados de maneira mais precisa para não deixar de assistir seus cidadãos.

Segundo Sabin (1997), o ideal seria que a sociedade fosse rica o suficiente para garantir o cuidado à saúde a todos e, então, não seria preciso definir prioridades ou fazer escolhas em função da racionalização de recursos. A verdadeira questão seria como conduzir este processo de forma ética. A esse respeito, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ, 2007) assim se posicionou:

Devemos continuar lutando pela equidade na cobertura aos diferentes distúrbios mentais, por um sistema de saúde que estabeleça planejamento, programas e definições claras, e por uma prática fundamentada em evidências (evidence-based), duras e complexas escolhas poderão vir a ser necessárias (CREMERJ, 2007).

Apesar dos esforços para transferir os cuidados aos pacientes psiquiátricos do hospital para a comunidade, Duque de Caxias, tardiamente, concentrava esforços para adequar a assistência psiquiátrica por meio de uma rede comunitária de serviços em substituição aos leitos hospitalares, uma vez que havia pacientes do município aguardando a desospitalização no Hospital de Paracambi, mesmo após seu descredenciamento em setembro de 2014. Em 14 de janeiro de 2015, segundo

levantamento feito pelo Jornal Extra, ainda permaneciam neste hospital 148 internos que aguardavam inserção no programa “De Volta para Casa” do Ministério da Saúde (EXTRA,2015).

II.2 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS –RJ

As Residências Terapêuticas vão de encontro ao modelo hospitalocêntrico, manicomial, cuja característica era manter em reclusão os portadores de transtorno psiquiátrico, tolhendo-os do convívio social, mantendo-os a margem da sociedade e impedidos de exercer sua cidadania (WAIDMAN; JOUCLAS; STEFANELLI, 2002).

As Residências Terapêuticas foram implantadas como iniciativa extra-hospitalar da reforma psiquiátrica, com o objetivo de oferecer moradia digna às pessoas com transtorno psiquiátrico que ingressam na rede de cuidados, sem, contudo, assumir características de internação. Trata-se de um dispositivo que visa à reabilitação psicossocial do usuário e, nessa condição, contribui para o resgate da cidadania. Ainda sobre a questão de morar, Saraceno (1999, p.120) ressalta a importância da moradia no processo da desinstitucionalização e construção da cidadania do usuário: “a casa é um direito e, a partir desse direito, se constroem políticas que geram casas para usuários”.

Neste contexto da reforma, e segundo os princípios de desospitalização, desinstitucionalização, promoção da cidadania e resgate social da pessoa com transtorno psiquiátrico, passaram a ser desenvolvidas em Duque de Caxias ações primárias em prol da luta antimanicomial e da construção de um novo modelo assistencial de saúde mental. Em setembro de 2001, o município sediou a primeira Conferência Municipal de Saúde, que contou com a participação do prefeito conferindo legitimidade ao evento e fortalecendo a crença na aplicabilidade de seus resultados, o que se reafirma na fala dessa colaboradora:

Mas só o fato do prefeito ter ido [se refere à participação do prefeito na I conferência municipal], o prefeito foi para abrir, você sabe que o prefeito não ia ficar na conferência, não é? Ele foi lá, abriu, marcou posição política em um evento que reuniu muitas pessoas, não me recordo o número exato, mas nós lotamos o auditório, mais de 100. Aí

isso foi ótimo, viram que era uma coisa promissora e que não estava ali para brincar, era um trabalho sério, e com isso também foi ótimo, porque algumas pessoas que ainda tinham certa resistência, passaram a respeitar (ENF1).

A I Conferência Municipal de Saúde de Duque de Caxias abriu um elenco de discussões acerca das propostas e prioridades da saúde mental para o município. Na ocasião, foi elaborado o Primeiro Plano Municipal de Saúde Mental, produto de pautas propostas por parte dos trabalhadores da saúde mental do município, com vistas à construção de uma rede de serviços substitutivos extra hospitalares de saúde mental, cujos objetivos eram a desospitalização dos munícipes e maior inclusão social. Importante ressaltar que, deste processo de construção do Primeiro Plano Municipal de Saúde Mental de Caxias, também participou ativamente o conselho municipal de saúde do município, o que denota o engajamento de parcela de trabalhadores da saúde mental. Havia também o interesse popular na reconstrução do modelo de assistência psiquiátrica no município. A fala a seguir discorre sobre este momento:

Nós fizemos uma grande Conferência Municipal, para que todas essas ações fossem pactuadas e aprovadas, pois a gente não podia fazer nenhum movimento deste sem uma aprovação da comunidade. Os projetos [de construção da primeira RT e de toda rede de atenção à saúde mental] foram aprovados pelo Conselho Municipal e, para chegarem ao Conselho Municipal, para serem aprovados, foram feitas duas reuniões muito calorosas (MED 6).

Após a discussão iniciada na I Conferência Municipal de Saúde de Duque de Caxias. Essas discussões tensas citadas no depoimento acima, permitiu um esboço inicial de como seria constituída a rede de atenção à saúde mental no município.

A rede de atenção à saúde mental de Duque de Caxias, inicialmente foi planejada considerando, primordialmente, a implantação de um CAPS, dispositivo integrador e articulador de toda a rede. Portanto, este planejamento envolvia a implantação de um CAPS em cada um dos quatro distritos sanitários do município, dentre os quais, CAPS-Ad, que oferece assistência àquele que faz uso abusivo de álcool e drogas; e o CAPS-i, infanto-juvenil, destinado ao acolhimento de crianças e adolescentes. Estes complementam a assistência ao portador de sofrimento psíquico

no município. Cabe ressaltar que posteriormente à inauguração e funcionamento do primeiro CAPS, houve a implantação da primeira Residência Terapêutica, localizada no centro de Duque de Caxias, no bairro 25 de Agosto. Este bairro também sedia o primeiro CAPS em funcionamento em Duque de Caxias, conforme é possível se observar no depoimento que se segue:

Primeiro conseguimos implantar o CAPS no bairro 25 de Agosto, o primeiro CAPS de Duque de Caxias, e assim também a gente foi trabalhando na articulação da rede, não ficamos parados não. Trabalhamos na articulação da rede, na colocação de uma equipe e na mobilização das pessoas, porque é importante que você trabalhe na consolidação da rede, porque nós vamos receber esses pacientes oriundos das internações, porque nesse meio tempo, no estado do Rio de Janeiro, a Reforma está avançando, a lei está sendo cumprida e isso faz com que haja intervenção e que os municípios tragam de volta seus munícipes [se referindo às pessoas com transtorno psiquiátrico, residentes em Duque de Caxias e que se encontravam internadas em hospitais psiquiátricos fora do município, como no caso daqueles institucionalizados no Hospital de Paracambi] (ENF 1).

Para Nicácio (1994), os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados, onde os usuários recebem consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço. Isso ocorre de maneira mais ou menos intensiva e articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para tratamento e reabilitação psicossocial. Devem ser promovidas ainda ações extensivas aos familiares e acerca das questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários. Deste processo de implantação do primeiro CAPS em Duque de Caxias, tem-se o registro de ENF 1:

E aí nesse ínterim a gente conseguiu fazer o plano, começando muito lentamente, começamos a implantar, inauguramos o primeiro CAPS e a gente já trabalhando toda essa articulação da Rede, porque é importante que se trabalhe na consolidação da Rede porque nós vamos receber esses pacientes oriundos das internações, porque nesse meio tempo, no estado do Rio de Janeiro, a Reforma Psiquiátrica está avançando. A lei está sendo implantada, e em Paracambi, o Hospital Doutor Eiras de Paracambi está na mídia por condições inadequadas de atenção a seus internos, e isso faz com que haja intervenção e que os municípios têm que trazer de volta os seus munícipes (ENF 1).

Em conformidade com a Lei Federal 10.216 de 2001, ocorreram o descredenciamento do hospital de Paracambi e o fechamento do Sanatório Duque de Caxias. Em consonância com este dispositivo legal, gradativamente foram desconstruídas as instituições manicomiais, forçando cada município a adotar medidas assistenciais que contemplassem a reabilitação psicossocial daqueles munícipes oriundos das recém-fechadas instituições. O depoimento menciona as implicações desta Lei em Duque de Caxias:

Em 2001 foi promulgada a Lei 10.216 que fala da Reforma Psiquiátrica, e aí foi dito o seguinte: os municípios com mais de 300 mil habitantes, Caxias estava em torno de 900 mil habitantes [em 2001], teriam um subsídio em dinheiro, um acordo financeiro entre Ministério e Prefeitura para criação e implantação de outras ações extra-hospitalares para poder ocorrer, finalmente, a desospitalização dos pacientes, para diminuir o número de leitos. Uma dessas ações era a criação das Residências Terapêuticas. Aí foi feito um convênio em 2001, em que nós [o município de Duque de Caxias recebemos dinheiro para construir 15 Residências. Esse convênio vem a partir da necessidade de se fechar o Eiras [Casa de Saúde Dr Eiras] em Paracambi, um hospital grande, que agora está fechado, onde, na época, tínhamos em torno de 130 pacientes. Ao longo desses anos fomos retirando [os pacientes], uns voltaram para familiares que os tinham abandonado lá, outros morreram, muitos estão no CAPS e nós conseguimos retirar 23 pacientes e encerramos a nossa parcela lá, dos munícipes internados há mais de 30 anos (MED 6).

A necessidade iminente de desospitalização e o descredenciamento da Casa de Saúde Dr Eiras contribuiu para o aumento da preocupação em garantir assistência aos egressos das instituições manicomiais extintas em Duque de Caxias. Para não incorrer em desassistência, e para dar conta do número de pacientes egressos destas instituições, previa-se inicialmente a construção de uma Residência Terapêutica, e a perspectiva de implantação futura de mais cinco residências, estas últimas integrariam o complexo Residencial das Flores, que será tratada posteriormente nesta pesquisa. Para tanto, era urgente a interlocução de uma rede de assistência psiquiátrica em substituição ao modelo manicomial, de forma a contemplar o processo de desospitalização destes munícipes, tal como relatado no depoimento acima. Ainda sobre a implicação da Lei 10.216 sobre o processo de desospitalização em Duque de Caxias, é mencionado:

Caxias era quem tinha o maior número de leitos e internava pacientes da redondeza, no Sanatório Duque de Caxias que tinha cadastrado 240 leitos em psiquiatria, um potencial de internação muito grande, e, como a Lei 10.216 já tinha sido aprovada, tivemos que fazer a desospitalização, a desinstitucionalização na verdade, criando uma rede substitutiva como proposta para ir reduzindo esses leitos paulatinamente (ENF1).

Com a elaboração do Primeiro Plano Municipal de implantação da rede substitutiva em Saúde Mental de Duque de Caxias, em 2001, foi possível, três anos após, inaugurar a primeira Residência Terapêutica enquanto dispositivo que compõe a rede de saúde mental no município. A Residência foi estabelecida em um imóvel locado, no bairro 25 de Agosto, no centro da cidade, uma localização considerada valorizada, e mantinha suas ações articuladas com o CAPS, já em funcionamento no mesmo bairro.

A gente vai trabalhando para implantar este trabalho, conseguimos, a princípio, implantar o CAPS apenas, no bairro 25 de Agosto, que é um bairro nobre de Caxias, [...] nós conseguimos um outro imóvel e implantamos a primeira Residência Terapêutica e o CAPS-i, que é o CAPS de atenção à criança e ao adolescente, que é o infanto-juvenil. Então, ficou o CAPSi em baixo e a Residência Terapêutica em cima, aí a gente finalmente conseguiu criar a primeira Residência Terapêutica de Caxias (ENF1).

Na ocasião de sua inauguração, esta primeira Residência foi classificada como tipo 1, que conforme o Ministério da Saúde, destina-se aos usuários com menor grau de dependência em seu cuidado. Cabia a este dispositivo executar medidas que promovessem a reabilitação psicossocial do portador de transtorno psiquiátrico, conforme determinação do Ministério da Saúde:

O suporte [na primeira Residência Terapêutica] focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na Residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos agentes comunitários de saúde do PSF, quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo [Residência tipo 1] mais comum de Residência, onde é necessária apenas a ajuda de um cuidador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.10).

A arquitetura do imóvel locado para o funcionamento desta Residência no bairro 25 de Agosto era a de um sobrado com três quartos, sala, cozinha e banheiro, destinando-se o andar térreo ao funcionamento do CAPS-i. A Residência Terapêutica ocupava o andar superior, como um apartamento. A locação deste imóvel foi considerada uma importante barreira a ser superada, pois foram evidenciadas dificuldades para atender às exigências iniciais. A localização teria que ser próxima ao CAPS Doutor Leslie Sanford Chavim e, ao mesmo tempo, esforços foram despendidos para convencer os locatários a firmarem contrato com a prefeitura, tida como má pagadora, incapaz de cumprir com seus compromissos junto aos proprietários dos imóveis alugados.

A primeira Residência era um apartamento, tinha um terraço, daí o CAPS-I ficou em baixo e a própria residência ficou em cima, com um imóvel de três quartos, sala cozinha e banheiro, um imóvel locado com muita dificuldade por conta de a prefeitura ser a locatária (ENF 1).

Este mesmo empecilho à implantação da primeira RT de Duque de Caxias, foi evidenciado também no município de Volta Redonda. Segundo Martins (2011), parte dos locatários não tinha interesse em alugar seus imóveis para que fossem usados como habitação de portadores de transtorno psiquiátrico, o que fortalecia o estigma para com essas pessoas. Eles acreditavam que esta locação poderia depreciar o patrimônio. Essas dificuldades no município de Duque de Caxias foram lembradas pelo colaborador:

Logo após a implantação do primeiro CAPS, no bairro 25 de Agosto, que é um bairro nobre em Caxias, um dos desafios a ser superado foi o de conseguir locação de imóvel para implantar o Serviço Residencial Terapêutico. É muito difícil as pessoas que são donas de imóveis quererem alugar para o município, para o setor público, porque historicamente o setor público não paga, demora a pagar, e quando a gente consegue locar esses imóveis eles são superfaturados, porque as pessoas pensam que não vão receber e elevam o valor (ENF 1).

Em Duque de Caxias, também no ano de 2004, momento da implantação da primeira Residência, o município estava admitindo profissionais concursados para atuação neste novo modelo assistencial. No entanto, na época, outro desafio desestabilizou o processo de implantação deste dispositivo no modelo de base territorial. Ao contrário do que determinava o Ministério da Saúde quando considerou que a organização da Residência Terapêutica tipo 1 não previa a atuação de técnicos de enfermagem, estes profissionais estavam justamente sendo admitidos em concurso público e com a designação de exercerem atividades na rede em processo de implantação. O preconizado e disposto na portaria que regulamenta o Serviço Residencial Terapêutico seria a atuação de cuidadores, trabalhadores que não precisavam ter formação específica para atuação nas Residências Terapêuticas, pois a estas caberiam à característica de moradia e não de unidade de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Observou-se, contudo, que em Duque de Caxias foram designados profissionais técnicos de enfermagem para atuação na primeira Residência Terapêutica, o que também ocorreu quando da seleção de técnicos de enfermagem para, igualmente, atuarem com a função de cuidadores quando da inauguração do complexo Residencial das Flores, esse último será tratado mais adiante. Além disso, esses profissionais supriram as equipes técnicas da rede substitutiva de saúde mental nos demais Distritos. Isso se deveu a não previsão para a função de cuidadores no processo seletivo público. Assim, esforços foram envidados para a alocação desses profissionais

No momento em que estávamos recebendo os profissionais do concurso para a rede, recebemos psicólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos e mais. Conseguimos implantar equipes em todos os Distritos, e aí nos deparamos com um problema porque para o funcionamento da Residência Terapêutica não se prevê a atuação de pessoal da enfermagem, basta o cuidador, mas pelas condições que se apresentavam no momento, e de se trabalhar com aquilo que é possível, tivemos que receber como cuidadores técnicos de enfermagem (ENF1).

O problema a ser enfrentado em função da contratação de técnicos de enfermagem, profissionais aprovados em concurso público, cuja admissão não previa habilidades e conhecimentos específicos na área da Saúde Mental e Psiquiatria, se

refletia diretamente na qualidade do trabalho realizado na Residência Terapêutica. Do mesmo modo, os técnicos sentiam-se inseguros para desempenhar esta função, tal como revelam os depoimentos:

No meu caso eu parei aqui [no programa de saúde mental] de paraquedas. Fiz o concurso, passei, fui chamada, os lugares que tinham disponíveis para eu ocupar o cargo, não me agradaram. Eles me disseram que tinha uma Residência Terapêutica, até então eu nem sabia o que era, fui fazer a entrevista e chegando lá levei um susto enorme, pois eu nunca tinha lidado com a área de saúde mental, nem sabia que existia o projeto de Residência Terapêutica, e a Residência é uma outra visão, não tem nada de enfermagem. Sou técnica em enfermagem, 22 anos de enfermagem. Aqui não tem o cuidado hospitalar (CUID 8).

A equipe chegou, uma equipe sem experiência prévia com Saúde Mental, inclusive a equipe técnica, todos nós. Esse era um desafio, porque nós não fizemos, nós não tivemos na verdade, se não me falha a memória, tempo hábil para fazer a capacitação com essas pessoas. A capacitação foi no serviço, trabalhando dia a dia, e aí eu fui trabalhando no sentido de desconstruir o papel de técnico de enfermagem para construir o papel de cuidador (ENF 1).

A admissão da equipe formada por técnicos de enfermagem para atuarem como cuidadores, em sua maioria inexperientes e ainda ocupando cargo de cuidadores, conforme depoimentos acima, foi considerada uma importante barreira ao processo de implantação das Residências Terapêuticas, tanto na primeira RT quanto nas cinco outras RT do Complexo Residencial das Flores.

A assistência requerida pelo novo modelo extra hospitalar precisava ser construída no sentido de promover ações para a inserção do indivíduo no território, por meio de ações inclusivas, o que envolvia a importância da atuação da enfermagem neste processo. Paulino (2011) contribui ao assinalar que o progresso obtido no âmbito da assistência em saúde mental remete a um serviço substitutivo ao modelo manicomial, no qual a função do profissional é estimular o autocuidado, realizar a educação em saúde e compartilhar conhecimentos técnicos com as pessoas com transtorno psiquiátrico, com vistas a aumentar sua capacidade de serem terapeutas de si mesmos.

Dessa forma, o trabalho em psiquiatria merece destaque por seu aspecto de aproximação com a integralidade do cuidado, promovendo ações ligadas à

manutenção da saúde, de forma a seguir as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Especificamente no caso da enfermagem, como trabalhadores da saúde mental, o cuidado visa integrar a relação do ser humano com seu ambiente. Este cuidado, por sua vez, é influenciado pela realidade, com ênfase na política, economia e cultura, porquanto sua especificidade abrange tanto o cuidado individual quanto o relacionado a famílias no desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A respeito da importância da qualidade do trabalho desenvolvido no dispositivo Residencial Terapêutico tem-se:

A saída dos pacientes graves do hospital demanda a existência de Residências Terapêuticas na comunidade com diversos níveis de proteção. A qualidade e a intensidade da assistência prestada aos pacientes nestas moradias contribuem para sua reinserção social e diminuem suas re-hospitalizações. (CREMERJ, 2007, p.10)

No entanto, este modelo pode ser comprometido do ponto de vista da obtenção de seus resultados se nele estiverem inseridos profissionais despreparados e sem o devido conhecimento e habilidades importantes para favorecer a articulação dos usuários na rede de apoio extra hospitalar e no meio social ao qual pertencem. O despreparo da equipe designada para atuação na saúde mental é evidenciado no depoimento da enfermeira a seguir:

As pessoas quando fazem concurso elas vão para onde tem vaga, não têm poder de escolha, não se leva em conta o desejo nessa história. A equipe, então, chegou para trabalhar com a saúde mental, uma equipe sem experiência, uma equipe totalmente inexperiente, ainda mais porque era um trabalho muito novo (ENF1).

Aliado ao despreparo e à inexperiência dos profissionais técnicos de enfermagem nomeados para compor a nova rede de atenção à saúde mental do município de Duque de Caxias, mais um obstáculo foi observado quando surgiu insatisfação por parte destes técnicos em suas atuações nas residências, sentimento este, verificado tanto na primeira residência quanto no complexo Residencial das Flores, uma vez que, já no exercício de suas funções, demonstraram sentimentos de inferioridade e até mesmo de desvalorização profissional por estarem exercendo o papel de cuidadores. Segundo eles, operacionalmente, este trabalho poderia ser

realizado por pessoas sem a mesma formação técnica profissional. Tal insatisfação ganha relevância na fala da enfermeira:

E aí houve muitos conflitos, as pessoas entraram em conflitos, o que é natural. Eu sou técnica de enfermagem, eu estou aqui para cuidar de doente, aplicar injeção. Mas não estou aqui para passear com doente, ser babá de maluco, essas expressões. Aos poucos, a equipe foi se integrando, algumas pessoas saíram mesmo, não se adaptaram (ENF 1).

Observa-se com o depoimento acima que, durante a implantação da rede de cuidados em saúde mental formada por dispositivos extra-hospitalares em Duque de Caxias e a atuação dos técnicos de enfermagem, cuidadores na Residência Terapêutica do bairro 25 de Agosto, houve um ambiente de estigma com esse grupo, em função da patologia psiquiátrica. Esta situação interferiu na reabilitação psicossocial e o exercício da cidadania por parte desses moradores. Este estigma foi percebido e ressaltado na fala da colaboradora:

O sanatório é um lugar muito ruim, eles não conseguem se socializar. Eles vieram para gente sem botar roupa, comiam no chão. Sou técnica em enfermagem, 22 anos de enfermagem, e, em relação à enfermagem, ela cuida, mas geralmente de pessoas que estão rejeitadas pela sociedade, ela cuida porque sabe que aquela pessoa vai sarar ou vai morrer. Esse trabalho aqui [nas RTs] não, eles dependem unicamente da gente (CUID 8).

Nesse sentido, extrai-se da fala da cuidadora acima que profissionalmente exerce a função de técnica de enfermagem, a identificação de pessoas estranhas àquelas que, hegemonicamente, estava acostumada a cuidar. À enfermagem cabia o cuidado de pacientes considerados “normais”, o que levava a caracterizar aqueles tidos como “estranhos” de forma pejorativa, em virtude dos atributos e características que os tornavam diferentes. Martins (2013, p.4), ainda em relação ao estigma sofrido pelo portador de transtorno psiquiátrico, pontua que:

Desta forma, a sociedade, ou parte dela, imprime no portador de transtorno psiquiátrico a transição de “criatura comum e total”, para “uma pessoa estragada e diminuída”. Nesta circunstância, evidencia-se uma lógica desumana das relações sociais, pois a estigmatização

sofrida pelo acometido por transtorno psiquiátrico reflete a dificuldade de aceitação deste pelo grupo hegemônico da sociedade, além do não reconhecimento de suas capacidades e de seus direitos.

Nesse contexto, durante o processo de implantação da Residência Terapêutica em Duque de Caxias, emergiu uma crise de identidade profissional, acrescida de estigma, ambos baseados na reclassificação de categoria em que esse profissional estava inserido. Houve resistência por parte dos técnicos de enfermagem, que pode ser compreendida como decorrente do estigma àqueles que não possuem titulação profissional própria aos profissionais da saúde. Nesse sentido, Martins (2011) discorre sobre o efeito desse desconforto profissional manifestado pelos técnicos ao assumirem o papel de cuidador:

Tal desconforto poderia influenciar no envolvimento e no compromisso do profissional, aspectos considerados de “grande valor” e também facilitadores para que a pessoa com transtorno psiquiátrico pudesse reconstruir e retomar seu próprio caminho (MARTINS, 2011, p.6).

Sentimento ainda corroborado pela fala de um dos colaboradores, que demonstra a insatisfação na atuação do cargo designado que difere daquele da formação profissional:

E a residência é uma outra visão, não tem nada de enfermagem, você só atua na enfermagem se tiver que dar alguma injeção, e tal, mas não tem nada a ver com a enfermagem e eu sou técnica de enfermagem, aqui não tem o cuidado hospitalar (CUID 8).

Observa-se, portanto, que a estrutura, organização e o funcionamento do dispositivo Residencial Terapêutico em Duque de Caxias se encontrava comprometido e estaria fadado ao insucesso, uma vez que não havia o cuidador e, principalmente, envolvidos com o processo de desinstitucionalização. Ao contrário, os técnicos de enfermagem mostravam-se insatisfeitos com a contradição entre sua identidade social real e aquela assumida no desempenho de suas tarefas. Este conflito comprometeu os resultados esperados sob a perspectiva de ganho de

autonomia, reinserção social e resgate da cidadania (MARTINS, 2011). Tal como revela a enfermeira:

Então essa parte de ressocialização estava ainda um pouco atrasada porque, tardiamente, é que foi enxergada a necessidade de colocar um profissional específico para isso ali, porque não tinha (ENF 02).

Depreende-se do depoimento acima a necessidade de inserir um profissional durante o processo de desospitalização com o propósito de realizar treinamentos e monitoramento das atividades desempenhadas pelos técnicos de enfermagem que atuavam como cuidadores, embora totalmente despreparados para atuação na saúde mental e, conseqüentemente, para promover um processo de desinstitucionalização e reabilitação social destes moradores.

Não obstante a presença de tantos percalços, Duque de Caxias não desistiu de ver realizada a construção de uma nova assistência psiquiátrica. Com a implantação da primeira Residência Terapêutica em 2004, no bairro 25 de Agosto, foi possível abrigar oito moradores, seis deles oriundos do Hospital de Paracambi. Essa iniciativa foi importante evidenciou outro desafio, qual seja, os pacientes se mostravam agressivos, ao tempo que eram acolhidos por uma equipe despreparada, cuja missão era reproduzir na primeira RT o ambiente próprio de uma moradia. Além disso, os moradores deveriam ser conduzidos sob outra lógica assistencial e, para tanto, deveriam ser inseridos na rede substitutiva (SILVA, 2013).

Cabe ressaltar que conduzir o morador da primeira RT ao CAPS revelou-se uma atividade ímpar, uma vez que permaneceram muitos anos hospitalizados, reclusos no manicômio, logo, não tinham experiência de tratamento e acompanhamento em ambientes terapêuticos distintos. Assim, com frequência se negavam comparecer aos dispositivos extra hospitalares, aspecto destacado no relato a seguir:

Esse foi um desafio, lidar com esses pacientes, reproduzir o ambiente de uma casa, motivar os moradores a irem ao CAPS. O CAPS teve esse papel importante, neste momento, porque os moradores iam para lá, mas muitas vezes eles não queriam ir, havia muita resistência da parte deles em sair, pois estavam tão acostumados a ficar internados que eles não queriam sair para ir ao CAPS (ENF1).

A fala acima evidencia que o trabalho desenvolvido na Residência Terapêutica, como dispositivo extra-hospitalar, exigia, além de conhecimento prévio sobre a assistência e o tratamento das patologias mentais, experiência de como lidar com a pessoa com transtorno psiquiátrico em seu cotidiano e estimular sua autonomia. A importância da autonomia, enquanto fator preponderante na promoção à saúde, foi citada por Fleury-Teixeira e col. (2012). Esses autores classificam a autonomia como uma categoria norteadora da promoção à saúde, na medida em que esta é ampliada, imediatamente há um incremento no fator de proteção à saúde, assim como a sua ausência é vista como fator de risco para agravos e patologias. A autonomia, segundo os autores, é a capacidade de os indivíduos decidirem e terem liberdade sobre suas próprias ações, numa atitude de liberdade, de controle de sua cidadania, com a possibilidade de traçarem suas próprias trajetórias de vida.

No intuito de proporcionar e garantir a autonomia de seus munícipes com transtorno psiquiátrico e em processo de desospitalização, Duque de Caxias iniciou o processo de implantação das Residências Terapêuticas com a primeira sediada no bairro 25 de Agosto. A inexperiência já citada dos trabalhadores se constituiu em um fator dificultador na implantação deste serviço, uma vez que o sucesso do projeto dependia do entendimento de que os moradores, após anos de reclusão, tinham uma subjetividade construída nos moldes dotados pela instituição manicomial e, portanto, seu cuidado precisava ser reelaborado em sua gama de significados. Isso demandava conhecimento específico na atuação com a saúde mental, a fim de construir um vínculo de assistência entre este cuidador e o usuário segundo uma relação mais humana. No entanto, esta relação é intangível diante do despreparo dos profissionais, conforme se pode observar:

É, mas eu não consigo ver humanização não. Porque que acho que, para ter humanização, você teria que dar mais suporte a estes pacientes, só porque está aberto, e ele não está em um local feio, ele está em uma casinha arborizada, num quintal, acho que isso não é humanização. Acho que para ter humanização, eles teriam que ter as necessidades plenas atendidas. Eles teriam que ter uma equipe boa atuando, e com a atuação da enfermeira lá dentro, acho que a coisa tem andado um pouco mais (ENF 2).

Para Nascimento e Oliveira (2010), a inexperiência apresentada por estes trabalhadores pode ser explicada, em parte, pela própria formação dos profissionais da saúde, ainda pautada no modelo biomédico, de forma fragmentada e especializada, o que dificulta a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença. Segundo essas autoras, o trabalho com a saúde mental requer dos profissionais, além das competências técnicas específicas, conhecimento em políticas públicas, território, perfil epidemiológico da população e rede de cuidados.

Com relação à atuação específica dos profissionais envolvidos no cuidado da saúde mental em dispositivos de base territorial, Nascimento e Oliveira (2010) apontam que a assistência psiquiátrica, nos moldes propostos pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, requer uma revisão crítica acerca da capacitação e formação das Instituições de Ensino Superior. Nesse sentido, não apenas os conhecimentos técnicos devem ser revistos, mas, sobretudo, as habilidades e atitudes a serem desenvolvidas, pois se trata de um modelo de saúde inovador, que surgiu no Brasil por volta da década de 1980, devendo ser, portanto, melhor explorado.

Para Martins (2012), a falta de preparo técnico e o prejuízo estabelecido na ressocialização do morador caso seja negligenciada a capacitação profissional resultam em:

Estigma, que pode levar pessoas portadoras de transtorno psiquiátrico ao confinamento e conseqüente cronificação da doença bem como alijá-las do seu direito à cidadania. Por isso, se faz necessária a atuação dos profissionais para buscar a conscientização e desconstrução da imagem pejorativa que envolve tais pessoas. (MARTINS 2012, p.7).

Ainda sobre o estigma, Outro fator dificultador identificado, ao longo do processo de implantação desta primeira Residência, foi o estigma, desta vez por parte dos moradores do bairro 25 de Agosto, um bairro nobre, para com a presença das pessoas em sofrimento psíquico. Este preconceito foi expresso pela insatisfação referida por alguns diante da necessidade de conviver com os egressos da reclusão manicomial, uma vez que a primeira Residência Terapêutica estava localizada em espaços urbanos. Sobre a existência deste estigma é assinalado o seguinte:

A comunidade primeiro teve uma certa resistência até eles perceberem que essas pessoas não são perigosas, aquela questão da periculosidade, que elas podem conviver em sociedade sem nenhum problema, e aí a gente começa a trazer a comunidade para dentro, para poder dar uma minimizada no estigma (ENF 1).

Observa-se, portanto, que além do estigma sofrido pelos portadores de sofrimento psíquico pelos profissionais de saúde envolvidos em sua assistência, também foi possível observar a existência de um segundo estigma, desta vez por parte da comunidade próxima a RT, que passava a conviver com estes egressos das instituições manicomial. A ocorrência destas duas modalidades de estigma pode ser observada, pois o estigma surge sempre que se distancia do tema da construção social e cultural do transtorno psiquiátrico, e exige a exploração dos diversos significados atribuídos pelos sujeitos a esta experiência de vida. Santos (2009) pontua que a experiência do transtorno psiquiátrico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a convivência com um conjunto de desconfortos no âmbito subjetivo, e também a de cada um, como mulher ou homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social. Esta relação fica explícita no seguinte depoimento:

Eu falo mais da implantação desta residência, as dificuldades, os impasses foram muito grandes. Uma luta, porque ninguém quer o que é feio, todo mundo quer o que é belo. Até perante aqui, ao redor, os moradores, a própria comunidade não queria a residência aqui, mas nós fomos lutando (MED 06).

Neste íterim uma relação social desumana é evidenciada, na forma da estigmatização é estabelecida para com os portadores de sofrimento psíquico, refletindo sua dificuldade para serem aceitos pelo grupo hegemônico da sociedade, além do não reconhecimento das suas capacidades e direitos. Segundo Martins et al, 2013, essa conduta pode minimizar as possibilidades dos usuários a ter suas habilidades e outros atributos percebidos pela sociedade, que muitas vezes considera apenas a doença e suas limitações, em vez de indivíduos e seu potencial.

Enfim, os desafios enfrentados com vistas as ações dos hospitalizados no município de Duque de Caxias, foram muitos. Em destaque, a falta de capacitação da equipe multiprofissional que compunha os dispositivos que integravam a rede para receber estes pacientes crônicos, hospitalizados por muitos anos e que, portanto, requeriam uma assistência mais intensiva e especializada. Verificou-se, em Duque de Caxias, ter sido necessário para se promover a ressocialização deste usuário e fazer com que ele se adaptasse ao novo modelo de assistência sem contenções, sem muros, sem trancas e, principalmente, sem coações, a marcante atuação de uma enfermeira nesse processo de implantação das Residências. A participação desta profissional incluiu o preparo das equipes de trabalhadores que comporiam as moradias, de modo a favorecer a desospitalização daqueles com transtorno psiquiátrico, conforme revelam os excertos das entrevistas a seguir:

Eu [enfermeira] fui lotada na Residência para dar suporte, fazia a ambientação dos moradores, (...) mas a ida deles para a Residência implicou em novos problemas, (...) Por questões de pressão do Ministério Público e da Secretaria de Saúde, nós tivemos que desospitalizar os pacientes em tempo recorde (ENF1).

Então, com a vinda enfermeira para atuar na RT, ela já está meio que impulsionando esta questão da desinstitucionalização dos moradores, porque é uma enfermeira que, apesar de estar com essa visão de ressocialização, ela também se atenta para o olhar clínico destes pacientes e, por ela ser uma enfermeira, ela tem implantado umas rotinas que estavam faltando, porque as ações desempenhadas pelo técnico de enfermagem precisam deste olhar que só o enfermeiro tem (ENF 2).

Os depoimentos acima destacam a importância da atuação desta profissional no sentido de possibilitar a implementação de medidas efetivas para a rápida desinstitucionalização e reabilitação psicossocial do portador de transtorno psiquiátrico desospitalizado. Além disso, destaca-se o seu envolvimento com a equipe para compor a estrutura de profissionais atuantes na Residência Terapêutica e, assim, dar conta deste processo em tempo recorde, tal como o relato:

Tenho [inseridos no programa de saúde mental] enfermeiros, tenho estatutários, que são técnicos de enfermagem, e a maioria têm nível superior, tem até uma que está fazendo mestrado em saúde mental, e os contratados que chegaram agora passaram por treinamento,

alguns são leigos, sem experiência alguma, técnicos de enfermagem, mas que vieram como cuidadores (MED 6).

Em Duque de Caxias, o papel desempenhado pela profissional enfermeira na Residência Terapêutica era de uma mediadora de conflitos diante dos diversos estigmas levantados e, ainda, de capacitadora dos profissionais inexperientes admitidos nas moradias, conforme se extraiu do depoimento acima. Esta enfermeira também contribuiu para que se realizassem acolhimento, o cuidado e a assistência à pessoa com transtorno psiquiátrico, desinstitucionalizada e cronicada em sua patologia após anos de reclusão no regime manicomial.

O acolhimento, o cuidado e a assistência ao usuário em processo de desinstitucionalização, materializados nas ações desempenhadas pela profissional enfermeira, almejavam também o desenvolvimento e a promoção do vínculo de cada morador com o cuidador presente na residência. Destaca-se que estabelecer este vínculo era de suma importância neste processo, por propiciar a formação de laços, acelerar o reconhecimento do ambiente como um lar e possibilitar o desenvolvimento de habilidades com vistas ao resgate da autonomia.

Mielke, Kantorski (2009) entendem que o cuidado humanizado requer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre o cuidador e aquele que é cuidado com finalidade terapêutica, não se limitando apenas a condutas técnicas. Algumas estratégias adotadas para construção de vínculos com os moradores são ressaltadas no depoimento a seguir:

E a Residência [como dispositivo extra hospitalar] é uma outra visão, aqui não tem o cuidado hospitalar, eles [os moradores] não têm noção do mundo, mas você consegue fazer com que eles sejam aceitos dentro da sociedade. Eles vão ao mercado comigo, ao banco, mesmo que as pessoas olhem. Então você dá uma chance a uma pessoa que não tem noção de nada, rejeitado pela família, e de repente você faz a pessoa entender o que é melhor. Eles conseguem entender que a RT é melhor que o sanatório. Eles conseguem ter essa visão. Um trabalho que você olha e vê que valeu a pena (CUID 8).

No depoimento acima, apreende-se o forte vínculo estabelecido entre os profissionais e os moradores da RT, condição vista pela equipe como facilitadora do tratamento e aspecto incentivador e motivacional ao trabalho deste profissional,

havendo fidelidade entre ambas as partes. Assim, de modo geral, o cuidado em saúde mental ganha materialidade na atitude daqueles profissionais que buscam estabelecer vínculos na sua relação com os usuários, tendo a integralidade como foco de intervenção (Mielke, Kantorski, 2009).

Importante assinalar também que a enfermeira dirigia suas ações para o fortalecimento do vínculo entre moradores e técnicos de enfermagem que exerciam o papel de cuidadores nestas unidades. Segundo Nascimento e Oliveira (2010), questões singulares como vínculo, acolhimento, escuta e atuação em equipe são indispensáveis ao trabalho em saúde mental, embora muitas vezes não sejam contempladas nas propostas pedagógicas para formação inicial dos profissionais já em exercício, o que justifica e corrobora o importante trabalho desempenhado pela enfermeira nestas unidades desinstitucionalizantes.

Neste contexto, as Residências Terapêuticas, enquanto dispositivos inseridos na rede de cuidados à saúde mental de Duque de Caxias, revelaram-se uma alternativa de cuidado, um recurso projetado para ajudar no desenvolvimento das potencialidades dos ex-internos em um espaço democrático e terapêutico, onde se deve prevalecer o respeito e valorização dos direitos humanos, à vida, à liberdade e segurança (SILVA, 2013). Sobre isso, um dos entrevistados, profissional atuante no processo de implantação deste dispositivo, destaca:

A RT[como dispositivo] tem apoio de toda a rede. O paciente em crise era encaminhado para o hospital Moacyr do Carmo, para emergência psiquiátrica de lá. Mas toda a rede fornece apoio, por exemplo, se um morador precisar, pode contar com o PSF, com o CAPS, porque neles existe o programa de visitas domiciliares, caso seja evidenciado que algum morador esteja adoecendo e não possa sair, nas moradias, toda a rede oferece apoio (MED 6).

A necessidade de um serviço residencial voltado ao indivíduo com transtorno psiquiátrico, para que este conquiste um espaço de territorialidade, ou seja, a sua casa, para que possa se reapropriar do espaço que é seu, justifica a inserção deste dispositivo na rede de cuidados. Trata-se de resgatar as relações interpessoais, o viver em família, com os vizinhos, com a escola e alguns com o próprio trabalho, tal como se observa na fala a seguir:

Eu posso dizer que ele é um vencedor, quando ele [o morador da RT] sai do manicômio, dos sanatórios, para ter a sua realidade né, que é a vivência aqui fora, o extra-muro, e ter sua dependência, ter sua moradia correta, para chamar de sua, e ter dignidade, é você ser digno, e, principalmente, ter o reconhecimento da dignidade que você perdeu há um tempo atrás, que foi retirada de você, mas que hoje eles podem ter e eles a têm devido à implantação das Residências Terapêuticas (TEC ENF 04).

A implantação das Residências Terapêuticas tal como dispositivos e modelos de reabilitação psicossocial aos indivíduos institucionalizados de longa evolução, munícipes de Duque de Caxias, representa a aquisição de conquistas no campo da Reforma Psiquiátrica neste município e possibilita a sensação de habitar, além da noção de lar descrita no depoimento acima. Nestes espaços, é possível estabelecer laços, desfrutar de espaços de circulação, criar contratos materiais e afetivos, incentivar a autonomia, reconhecer as pessoas na sua individualidade e singularidade, estimular a reintegração com a comunidade e criar oportunidades para estes sujeitos nos diversos contextos do cotidiano. Isso confere vida além dos muros reais ou simbólicos e permite a reconstrução pessoal, social e, principalmente, a conquista da cidadania (Belini e Hirdes, 2006).

Sobre o processo de transferência das pessoas com transtorno psiquiátrico do modelo manicomial para o dispositivo Residência Terapêutica, o MS recomendava adotar o critério de dois anos ininterruptos de internação psiquiátrica (Portaria 106/00). No caso de Duque de Caxias, todas as pessoas até então institucionalizadas atendiam a essa exigência, conforme os relatos abaixo:

O critério para nós incluirmos esses pacientes na Residência Terapêutica era ter mais de dois anos ininterruptos de internação psiquiátrica, então todos eles que foram tinham essa característica, embora a Residência Terapêutica tenha outros, [critérios de inclusão] na sua legislação, ela possui outros critérios; mas, naquele momento, para a gente o ideal era esse, até porque a gente estava fazendo a retirada desses pacientes. Paracambi estava sob intervenção do Ministério Público, que foi muito atuante (ENF1).

Os que devem ir para a RT e morar nela são pacientes de longos anos de internação em hospitais psiquiátricos, sem vínculo familiar algum ou com vínculo familiar fragmentado (MED 6).

Ocorre que, em Duque de Caxias, para que fosse possível realizar a desospitalização dos pacientes residentes ainda no Hospital de Paracambi, notou-se a necessidade de ampliar o processo de construção de Residências Terapêuticas, além da já em funcionamento no bairro 25 de Agosto. Desta forma, um complexo residencial projetado para a construção de cinco Residências Terapêuticas, foi pensado para o bairro Jardim Anhangá, um bairro afastado de Caxias, complexo este que recebeu o nome de Complexo Residencial das Flores.

Há que se pensar que, neste bairro afastado, o processo de reabilitação psicossocial mostra-se dificultado, uma vez que o convívio social e a participação no cotidiano da sociedade ficam prejudicados pela distância de sua localização em relação ao centro do município ou outro bairro mais urbano, tal como ocorreu com a primeira residência. Esse distanciamento não assegurava um convívio social e uma interação comunitária adequados para se inserir os portadores de transtorno psiquiátrico em processo de reabilitação psicossocial.

Além daquelas pessoas com transtorno psiquiátrico ainda sob internação psiquiátrica e aguardando transferência para o Residencial das Flores, também se tinha aqueles que já residiam na primeira RT, a do bairro 25 de Agosto e, portanto, já estavam em processo de ressocialização. Assim, considera-se que a inauguração do Complexo Residencial das Flores tinha a finalidade de substituir e ampliar o número de vagas e, desse modo, contribuir com a implantação do serviço assistencial em saúde mental de Duque de Caxias, considerando sua territorialidade.

Na primeira Residência de Caxias o que aconteceu foi que houve uma pressão do Estado para a gente retirar nossos pacientes do Hospital de Paracambi e, assim, mais oito moradores foram incorporados à Residência do bairro 25 de Agosto. (...) este processo de transferência foi muito complicado, mas, assim, ordens são ordens e então nos mudamos para o bairro Jardim Anhangá. Lá ocupamos inicialmente duas casas, porque eram duas equipes e dois grupos de moradores (ENF 1).

De início, foram transferidos 12 pacientes que se encontravam no apartamento onde funcionava a primeira Residência Terapêutica, no bairro 25 de Agosto. De acordo com uma das colaboradoras deste estudo:

Na RT do bairro 25 de Agosto chegou-se a ter 12 moradores, o que evidenciava excesso de moradores, sendo estes remanejados e realocados no complexo Residencial das Flores, no bairro jardim Anhangá (ENF 1).

Neste primeiro momento, foram ocupadas duas casas, com o total de 12 pessoas distribuídas de modo que houvesse, no máximo, oito moradores por casa, conforme Portaria 106/00.

Do ponto de vista dos usuários, esta mudança gerou insegurança por deixarem a antiga Residência, via de regra uma referência segura para eles. Assinala-se que o apartamento no bairro 25 de Agosto já havia sido destinado a outra finalidade, o que corrobora a necessidade de se ocupar o novo complexo de Residências no bairro Jardim Anhangá.

Mas, por questões de transferir esse imóvel, a secretaria de saúde achou por bem pegar nossos moradores e transferir desta Residência de 25 de Agosto para essas Residências novas [Residencial das Flores] e ceder nosso apartamento para uma parceria com a UFRJ (ENF1).

A presença da enfermeira durante este processo contribuiu para a execução de estratégias que permitiram aos novos moradores do Residencial das Flores estabelecer vínculos de confiança com os profissionais e com a proposta adotada, minimizando os conflitos e as inseguranças. Para tanto, também foram consideradas, naquele momento de transição, as histórias, os projetos e a bagagem afetiva de cada morador.

Como todo processo de mudança gera insegurança, e em virtude de outros sentimentos também prejudiciais e pouco favoráveis ao processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno psiquiátrico, foi necessário adotar medidas que minimizassem os efeitos estressantes deste processo, a saber: envolvimento do usuário nesta transição e acolhimento, criação de vínculo com profissionais de referência, ambos os aspectos promovidos pela ação da enfermeira junto às equipes de cuidadores.

As ações da enfermeira permitiram união entre os técnicos de enfermagem recém-contratados como cuidadores, o que permitiu gerar um sentimento de equipe e

apoio mútuo que, por sua vez, contribuíram para a criação do tão desejado vínculo entre estes cuidadores e os moradores das Residências. Ressaltam-se, ainda, a disponibilidade e reciprocidade da atenção dispensada a estes profissionais que, de forma segura e espontânea, se reportavam a esta enfermeira sempre que uma nova demanda se mostrava presente, como pode ser evidenciado na fala:

Qualquer ocorrência que houvesse nos reportávamos a ela. A enfermeira, que era uma pessoa maravilhosa, ela dava umas dicas legais. Aqui fazíamos reuniões uma vez por mês, com todos [os técnicos-cuidadores], víamos o que concordávamos, discordávamos, cada um pensava de um jeito, cada um tinha uma visão, eu não trabalhava igual aos outros cuidadores e tal, mas todos tínhamos um direcionamento da equipe (CUID 8).

A equipe referida neste depoimento era composta por cinco técnicos de enfermagem que desempenhavam o papel de cuidadores, designados por nomeação após aprovação em concurso para atuarem na rede extra hospitalar de atenção à saúde mental de Duque de Caxias, neste depoimento, especificamente, àqueles designados a atuarem no Complexo Residencial das Flores.

Este complexo tinha a vantagem de estar localizado ao lado de uma UBS, o que facilitava a assistência clínica e psiquiátrica aos moradores do Complexo Residencial das Flores e favorecia a melhor adaptação dos moradores à este dispositivo. Esse também era o entendimento da colaboradora:

A minha experiência enquanto enfermeira da Saúde da Família é dar suporte clínico, e com a enfermeira inserida na RT eu tenho facilidades com o “feedback”, eu ajudo ela me ajuda, ela me sinaliza as questões clínicas e a gente trabalha em parceria, ela também fica atenta as questões clínicas e me sinaliza com rapidez porque é só uma grade que separa a Residência do posto, e a partir do momento que a gente sana questões físicas, como por exemplo as dermatoses, aí sim sanadas essas condições físicas, é que se pode começar o processo de ressocialização (...) A proximidade realmente do posto com a RT é muito benéfica para eles [moradores da RT], porque aqui na minha sala, da minha janela eu tenho comunicação direta com a Residência, dá pra ver tudo, e eu já vou sinalizando uma ou outra questão a ser abordada (ENF 09).

O complexo Residencial das Flores, em conformidade com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e com as disposições do Ministério da Saúde em sua Portaria nº106/00, surgiu com o propósito de que a pessoa com transtorno psiquiátrico fosse

percebida sob outro paradigma, o da reabilitação psicossocial, entendida por Mielke, Kantorski (2009) como uma ação ampliada, que considera a vida em seus diferentes âmbitos: pessoal, social ou familiar, objetivando, assim, a reinserção deste sujeito na sociedade.

No Complexo Residencial das Flores, faz-se importante ressaltar que contava também com um projeto terapêutico individual detalhado, construído durante as consultas realizadas com os profissionais do CAPS, como forma de identificar e atenuar individualmente o medo e a insegurança apresentados por cada morador. A fala da colaboradora (ENF 1) discorre sobre a dificuldade inicial durante a transferência da primeira Residência para o Complexo Residencial das Flores:

Com a inauguração do complexo de Residências, no bairro Jardim Anhangá, o que aconteceu foi que nossos moradores não quiseram deixar o apartamento, que já estava muito ruim. Nós profissionais até ficaríamos, porque o bairro é próximo, os pacientes já estavam com seu projeto terapêutico no CAPS, frequentando tudo direitinho e conhecendo a cidade (ENF 1).

Apreende-se no depoimento acima que os profissionais atuantes na Residência Terapêutica do bairro 25 de Agosto, apesar de reconhecerem o estado avançado de deterioração do imóvel, não demonstravam entusiasmo com a transferência para o complexo Residencial das Flores. Eles acreditavam que isso comprometeria o potencial e a finalidade de criação do serviço, pois havia descrédito daqueles que deveriam ser os principais agentes facilitadores deste projeto de reabilitação psicossocial. Assim, mais uma vez, o processo de desospitalização se valeu da postura de uma enfermeira como agente motivacional, que se mostrou capacitada para liderar e gerir os desafios apresentados por esta equipe de profissionais, em transição.

Mudanças geralmente são sempre consideradas bem-vindas, porém geram expectativas, ansiedades e envolvem sentimentos que, para a pessoa com transtorno psiquiátrico, podem significar insucesso em sua adaptação. A fim de minimizar o emergir de tais sentimentos indesejados, algumas estratégias foram adotadas pelas equipes durante o processo de mudança, com vistas a uma melhor adaptação dos moradores. Uma delas consistiu em envolvê-los no processo de readequação e

incentivá-los a manifestarem medos e anseios e, na medida do possível, atender suas expectativas.

Segundo Saraceno (1999), tal estratégia pode afastar o insucesso da adaptação, na medida em que os recursos oferecidos pelos serviços, suas características materiais, organizativas e o estilo do trabalho da equipe são considerados variáveis importantes na evolução da enfermidade mental. Estes, aliados aos recursos individuais do paciente e do seu contexto social e familiar, desempenham papel fundamental no sucesso ou fracasso de um tratamento.

Quando se tira ele [ex-paciente psiquiátrico em processo de desospitalização] desse hospital [manicômio] e põe ele em uma casa onde ele tem um sofá para sentar, tem geladeira, tem prato para comer, garfo, ele fica muito assustado. Então todo espaço emocional dele, o espaço psíquico dele tem que se organizar novamente, então ele se vê em crise. Então, a gente [equipe profissional] espera a crise, esperamos eles se readaptarem ao ambiente, às pessoas. É um trabalho difícil, mas muito gratificante, pois você vê os pacientes melhores quando eles se tornam mais fortes, nos cumprimentam, nos beijam e abraçam. Nós ficamos muito contentes, pois está dando certo (MED 5).

Mudanças também podem ser geradoras de inseguranças e resistências, sobretudo na fase inicial de adaptação, quando parece impossível lidar com tantas variáveis. Ao mesmo tempo, a emancipação do campo da saúde mental implica mudanças em todos os seus componentes, de tal modo que todos se encontram em crise e devem ser parceiros para superá-la. Neste contexto, é preciso reinventar e dotar de sentido as atuações, assim como todos, de certa forma, devem se desinstitucionalizar (ROTELLI, 1999).

Quanto melhor o processo de integração e articulação dos dispositivos, melhor adaptadas estarão as pessoas com transtorno psiquiátrico neles inseridos e, da mesma forma, melhor ou pior será o êxito da reabilitação psicossocial desta pessoa. Rotelli (1990) acrescenta que para alcançar este objetivo faz-se necessário que as novas instituições estejam à altura do objeto que está em constante reconstrução na sua existência – neste caso a reabilitação psicossocial e o direito à cidadania. Esta é a base da instituição inventada.

Em Duque de Caxias, a proximidade do complexo Residencial das Flores com a Unidade Básica de Saúde do bairro Jardim Anhangá facilitou o deslocamento dos moradores que buscavam por atendimento de saúde, garantindo e promovendo maior adesão ao cuidado. Portanto, considerado um aspecto favorável da implantação do complexo Residencial e a desinstitucionalização da pessoa com transtorno psiquiátrico, conforme a fala que se segue:

Aqui na minha sala [sala da enfermeira dentro da Unidade Básica de Saúde Jardim Anhangá], na janela, tem uma comunicação direta com a Residência, dá para ver tudo, somente uma parede divide a RT do posto (ENF 09).

Na Unidade Básica de Saúde de Jardim Anhangá, o morador do Complexo Residencial vizinho, o Residencial das Flores, recebia acompanhamento clínico para as situações próprias de comorbidades, em conjunto com o tratamento psiquiátrico. A fala de ENF 2 mostra a visão da profissional enfermeira da Estratégia da Saúde da Família no tratamento deste portador de transtorno psiquiátrico:

A nossa experiência é só de acompanhamento clínico, porque o acompanhamento psiquiátrico com as medicações, os tratamentos direcionados às doenças psiquiátricas são realizados no CAPS. Na Estratégia da Saúde da Família a gente faz o acompanhamento como se faz com outros pacientes da comunidade (ENF 2).

Extraí-se, da fala da profissional acima, o caráter integrador e igualitário na prestação do cuidado contribuindo para a inserção da pessoa com transtorno psiquiátrico neste dispositivo e na comunidade. Ainda sobre a atuação da enfermeira e da equipe da UBS, no que se refere ao paciente em processo de ressocialização na rede de cuidados de saúde mental em Duque de Caxias, esta mostrou-se de fundamental importância por somar cuidados indispensáveis à inserção na comunidade, conforme se constata na fala de ENF 2:

Eu sou enfermeira da saúde da família, então a gente fica responsável pelas comorbidades: diabetes, hipertensão, as doenças de pele, porque eles [portadores de transtorno psiquiátrico inseridos na residência terapêutica Residencial das Flores] não podem abraçar, estão com tantas lesões, com dermatoses. Então, primeiro passo [do

processo de reinserção social e resgate da cidadania] é esse tratamento clínico da doença para se conseguir uma ressocialização. O que tem ali de profissional na residência são os cuidadores, que por não serem necessariamente profissionais de saúde não desenvolvem o olhar profissional para a questão de saúde dos moradores (ENF 2).

Na congruência das ações entre a enfermeira e a equipe de cuidadores do complexo de Residencial das Flores em Duque de Caxias, se deu a excelência na ação do processo de ressocialização dos moradores. Mais uma vez, destaca-se a importância da atuação da enfermeira, que aproveitou seus conhecimentos para assistir os moradores segundo uma visão holística e, sobretudo, atentou para as comorbidades não relacionadas à doença psiquiátrica, como as dermatoses, que poderiam comprometer sobremaneira o processo de reinserção social. Assim, ao encaminhar e inserir os moradores do Residencial na dinâmica da Unidade Básica de Saúde, esta profissional proporcionou que fossem efetivamente reinseridos na comunidade. Neste contexto, ENF 2 acrescenta:

A função dela [enfermeira na RT] não é fazer, se ocupar da parte clínica, que eles entendem que é a minha função, e que a função dela é a ressocialização, trabalhar essa parte. Mas como eu falei, é impossível você ressocializar pessoas que estão tão doentes. Primeiro você tem que tratar essas dermatoses, essas lesões e, a partir do momento que a gente sana essas questões físicas, aí sim, ela vai ter mais condições de se ressocializar (ENF 2).

Sobre a articulação do Complexo Residencial das Flores com a Unidade Básica de Saúde, vizinha a este residencial, ENF 2 integra:

A enfermeira de lá [enfermeira da Residência Terapêutica] vem e traz as necessidades e a gente vai lá [na residência]. Alguns pacientes vêm até aqui [na UBS], nas consultas clínicas dos médicos, até para estimular a tal da ressocialização. Se ele [o portador de transtorno psiquiátrico] está em processo de ressocialização, ele tem que vir até o posto. Eles vêm aqui colher sangue, só que algumas coisas nós fazemos diretamente lá [nas Residências]. Depende do tipo de atendimento, por exemplo, o mutirão da escabiose foi feito lá. A gente levou a balança, nós [equipe de saúde da UBS] pesamos todos lá, mas o que dá para a gente fazer aqui a gente faz (ENF 2).

No depoimento acima foi levantada a questão de os atendimentos de saúde serem realizados na própria RT, o que, segundo o projeto de atuação das UBS, ocorreria sob a forma de visitas domiciliares (Ministério da Saúde, 2012).

No caso específico do tratamento da escabiose, a avaliação da enfermeira considerou dois aspectos relevantes: o possível comprometimento do processo de ressocialização dos moradores das Residências Terapêuticas, uma vez que, acometidos por dermatose de contágio, poderiam sofrer repulsa por parte da comunidade e serem estigmatizados, e a necessidade de tratá-los para evitar a transmissão aos demais usuários da UBS.

Ressalta-se, portanto, a importância de o atendimento ser realizado com vistas à inserção social como foco primordial, tanto na unidade de atenção básica quanto durante as visitas domiciliares, uma vez que o cuidado tem o morador como agente e centro do cuidado. Sobre a articulação das ações de promoção da saúde mental em Duque de Caxias, executadas pela Unidade Básica de Saúde e o Complexo Residencial das Flores, a colaboradora assinala que:

Aqui [na unidade básica], eles [portadores de transtorno psiquiátrico residentes no Residencial das Flores] entram como qualquer outro cadastrado. Eles são cadastrados do PSF. Eles têm prontuário, ficha da família, cada casinha ali [complexo de cinco Residências que formam o Residencial das Flores] tem um envelope com prontuário, então é dividido por casa, tem número de matrícula (ENF 2).

Do exposto, considera-se necessário o desenvolvimento de ações em direção à implantação de uma política de saúde mental que, incisivamente, promova mudanças tanto no uso quanto na gestão dos recursos e potencialidades dos territórios. Trata-se de uma postura que reafirma a responsabilidade coletiva sobre o cuidado enquanto uma prática compartilhada entre vários agentes, instituições, sistema de saúde e a sociedade em geral.

Neste contexto, pontua-se também a necessidade de fomentar um diálogo permanente com a sociedade para criação e implantação de mecanismos de controle e avaliação da rede hospitalar pública e contratada, por meio dos conselhos distritais e municipais de saúde, e, ainda, das diversas associações.

Dentro desta lógica, neste processo, ressalta-se as ações de uma comissão, a Comissão Intergestores Bipartite, que exerceu um papel relevante quando instituiu uma resolução que aprovou a reorientação dos recursos financeiros gastos no sistema hospitalar (SIH), redirecionando-os para o sistema ambulatorial. O objetivo foi o de acelerar a implantação da rede de atenção psicossocial nos municípios (LIMA, 2001)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica objetiva um modelo assistencial com enfoque na promoção da assistência, reinserção social, resolutividade, intersetorialidade e integralidade das ações com todo o aporte legislativo que cria e regulamenta uma rede de assistência que compõem os serviços: CAPS, Residência Terapêutica, Estratégia de Saúde da Família e leitos em hospitais gerais. Em saúde mental, esta rede de assistência extra-hospitalar, visa a transição efetiva para uma assistência desinstitucionalizante, baseada na moradia sem conotação hospitalar. A preocupação é ofertar a estes usuários serviços que fossem capazes de suprir suas necessidades lhes assegurando direitos antes sonhados pela hospitalização prolongada.

É importante ressaltar que o processo de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atuação em saúde mental, envolveu muito mais do que o simples deslocamento dos espaços de cuidado, foi uma complexa mudança de paradigmas e de práticas no campo da saúde mental.

No município de Duque de Caxias, tornou-se urgente o processo de reformulação da assistência psiquiátrica após intervenção das autoridades que descredenciaram e fecharam instituições psiquiátricas manicomiais como a Casa de Saúde Dr Eiras, o Hospital Psiquiátrico de Paracambi e o Sanatório Duque de Caxias.

No sentido de promover a cidadania e a reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico, passaram a ser desenvolvidas em Duque de Caxias ações primárias em prol da luta antimanicomial e da construção de um novo modelo assistencial. Esse movimento teve início em 2001 com a elaboração do Primeiro Plano Municipal de implantação da rede substitutiva em saúde mental no município.

A Reforma Psiquiátrica determinou o repensar da assistência em saúde mental, o que exige dos profissionais de enfermagem rever sua formação, apontando para novas posturas frente à pessoa em sofrimento psíquico. É imperioso que o profissional reavalie sempre suas atitudes avaliando constantemente as ações e propostas terapêuticas com a finalidade de impedir a reprodução das práticas de

enfermagem tradicionais e cristalizadoras da assistência e, assim, contribuindo para consolidar ações de cunho desinstitucionalizantes.

Nesta lógica, surge a Residência Terapêutica, um dispositivo regulamentado pela Portaria nº- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS, com intuito de fornecer moradia aos que estão em processo de desospitalização, através da adoção de uma prática desinstitucionalizante. A Residência Terapêutica como dispositivo, interage em uma malha integradora dos serviços junto aos demais dispositivos, compondo a rede de assistência a saúde mental, e recebem os ex-internos de instituições manicomiais que de alguma forma não puderam ser contemplados com o regresso ao seio familiar.

A inauguração da primeira RT de Duque de Caxias- RJ, ocorreu em 2004, no bairro 25 de Agosto, considerado bairro central deste município, marcando uma nova fase de enfrentamento e de transformações importantes na assistência, onde barreiras foram vencidas em prol da ressocialização destes usuários.

Por ser um bairro central, foram enfrentados primeiramente obstáculos para se conseguir um imóvel para locação nesta região, onde foi possível ressaltar o aparecimento de fatores como o superfaturamento do valor da locação e a consideração por parte dos locatários do fato de que a prefeitura poderia ser um órgão não pagante da dívida. Superadas essas barreiras iniciais, um sobrado sediou a primeira RT de Duque de Caxias, em seu andar superior.

Esta primeira RT chegou a abrigar oito moradores e como o processo de reestruturação da prática psiquiátrica de Duque de Caxias estava impulsionado pelo descredenciamento de instituições manicomiais, que mantinham uma expressiva parcela de munícipes ainda a serem desospitalizados, um projeto para construção de cinco novas casas foi aprovado, sendo então inaugurado em 2011 neste município o Complexo Residencial Jardim das Flores.

A inauguração deste novo complexo tratou de abrigar os antigos moradores da primeira residência do bairro 25 de agosto, e a expressiva parcela de ex- internos oriunda principalmente do recém descredenciado Hospital Psiquiátrico de Paracambi. Como pontos positivos na construção deste complexo, foram levantados sua próxima localização a um posto de Estratégia de Saúde da Família, fator este, que muito contribuiu para o processo de ressocialização destes moradores por sanar com

agilidade as comorbidades apresentadas por estes, como dermatoses, que colocariam em cheque o convívio social, ressalta-se também o fato de que a proximidade com o posto facilitou a locomoção e o ir e vir dos moradores do Complexo Residencial nesta unidade de saúde, possibilitando que o posto de saúde tornasse um importante local para manutenção do convívio social das pessoas em sofrimento psíquico com a parcela de moradores residente neste longínquo bairro.

Como ponto negativo na construção deste complexo, foi levantado como fator primordial o bairro em que foi construído. Primeiramente foi observado por parte dos profissionais que atuavam na residência de 25 de Agosto uma resistência para se mudarem e atuarem neste novo complexo, uma vez em que estariam saindo de uma região central do município para uma região afastada, vista por eles como bairro de difícil acesso. Ainda como ponto negativo, foi questionada a reinserção social, a ser desenvolvida pelos moradores do Residencial das Flores, uma vez que o bairro Jardim Anhangá, onde esse Complexo Residencial estava localizado, contava com uma ínfima ocupação, por ser um novo loteamento, afastado do movimentado centro de Duque de Caxias.

Em seu cerne, este estudo traz como diferencial a inclusão de uma profissional enfermeira lotada no Complexo Residencial. Esta presença justifica-se primeiramente para dar conta da desospitalização em tempo recorde de uma grande parcela de munícipes de Duque de Caxias, retirados simultaneamente das instituições descredenciadas e alocados em um complexo de cinco residências integradas em um mesmo espaço físico.

Esta profissional mostra-se engajada no processo de desospitalização destas pessoas em sofrimento psíquico, ao passo que coordena uma equipe formada por cuidadores, inexperientes e recém admitidos por concurso, para atuarem na saúde mental, em uma fase de reestruturação da assistência psiquiátrica no município. Estes profissionais recém admitidos, apresentavam ainda o agravante de terem formação profissional diversa daquela realmente exercida na contratação, uma vez que o concurso não previa a vaga de cuidadores. Tal fato gerou um estigma levantado por estes profissionais insatisfeitos no desempenho de suas ações, estigma este, trabalhado pela profissional enfermeira alocada nesta unidade, que tratou de integrar e coordenar esta equipe, treinando-a para atuar frente aos desafios assistenciais propostos pela afirmação da reforma psiquiátrica, acolhendo os

moradores até então destituídos de direitos e cidadania e oferecendo-lhes uma nova realidade em que se faz presente os conceitos de desospitalização, desinstitucionalização e reabilitação social, que passaram a ser a base do cuidado desta nova equipe gerenciada por esta competente profissional.

Conclui-se que a Residência Terapêutica, trata-se de uma estratégia importante no processo de desospitalização, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, e o enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar desempenha um importante papel neste contexto, por ser um profissional com o foco no cuidado, abordado em uma visão holística desta prática. Desenvolve um trabalho visando à integração do ser humano com o seu ambiente, facilitando e acelerando o processo de reconhecimento do ambiente como um lar, possibilitando o desenvolvimento de habilidades que proporcionem o resgate da autonomia, através do acolhimento e do desenvolvimento e a promoção do vínculo de cada morador das RT com o cuidador, reforçando a importância do cuidado humanizado.

Além da visão holística do cuidado, o enfermeiro, traz em sua bagagem acadêmica, técnicas gerenciais que são facilitadoras na condução dos trabalhos, como: negociação e gerência de conflitos, importante neste contexto na minimização dos estigmas, educação permanente, liderança e supervisão. Sendo assim, conclui-se a importância do enfermeiro em todas as unidades de cuidado, principalmente nas desinstitucionalizantes.

Pode-se inferir que, Duque de Caxias ao trazer como diferencial em seu processo de reformulação da prática psiquiátrica, a atuação de uma profissional enfermeira dentro do complexo de cinco residências denominado Complexo Residencial das Flores, pioneiramente consolida a importância da prática deste profissional, enfermeiro, de formação generalista, em mais um campo de atuação, que, com sua visão holística e com a noção de gerenciamento, oferece habilidades postas em prática, que concorreram para o sucesso da implantação de nova prática psiquiátrica neste município, sustentadas pelos pilares da Reforma Psiquiátrica.

Conclui-se que todo o processo de reformulação da prática assistencial psiquiátrica em Duque de Caxias se mostrou facilitado pelas ações desta profissional que, com sua formação voltada para o cuidado somado a sua concepção de equipe e liderança, mostrou habilidades ímpares para a ocorrência do processo de

desospitalização desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos munícipes caxienses, o que suscita um leque de possibilidades para a discussão do papel e a importância do profissional enfermeiro na saúde mental inclusive servindo como caso-base para a o referido processo de reformulação da pratica psiquiátrica em outros municípios.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psi. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BELINI, Marya Gorete, and Alice HIRDES. "Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental." *Texto Contexto Enferm* 15.4 (2006): 562-9.

BODSTEIN, RCA; SENNA, MCM; SOUZA, RG. Novos Desafios à Gestão em Saúde: a experiência do município de Duque de Caxias, RJ. *Rio de Janeiro* 33(4): 63-79. Jul/Ago.1999

BRASIL. Consolidação das leis de saúde. Decreto- lei nº8.080, de 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº106- De 11 de Fevereiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Resolução N° 466, De 12 de Dezembro de 2012. Publicada no DOU nº12-13 de junho de 2013-seção 1-Página 59.

BRASIL. Programa De Volta Para Casa- A Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental. Disponível em <http://www.ccs.saúde.gov.br/vpc/reforma.html>. Acesso em 19 jun.2015

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultura do Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica. Brasil, s/d.
Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/reforma.html>>. Acesso em 19 Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Circular Conjunta n.º 01/03, de 13 de novembro de 2003. Brasília. 2003. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=100995>>144. Acesso em 19 jun. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/ SNAS n° 224 de 29 de Janeiro de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. Sistema de Informação Hospitalar. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiD1dXRvsvNAhVBFJAKHUFMCmwQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fces.ibge.gov.br%2Fbase-de-dados%2Fmetadados%2Fministerio-da-saude%2Fsistema-de-informacoes-hospitalares-do-sus-sih-sus.html&usg=AFQjCNHXtE_hKfFA4RqikY9VY_2aCQRcnA acessado em 23 jul.2016

BRASIL. Portaria nº 88, de 23 de julho de 1993. Normas para Atendimento Hospitalar/ Hospital Especializado em Psiquiatria.

BRASIL. Portaria nº 189 de 20 de março de 2002. Normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em Saúde Mental.

BRASIL. Portaria nº295, de 8 de abril de 2014. Habilita Centros de Atenção Psicossocial. Cad. Saúde Pública vol.17 no.3 Rio de Janeiro May/June 2001

CARDOSO, C. e SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no CAPS. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, volume 11, número 3, p. 775-783. julho/setembro 2006.

CASTRO, H. História Social. In Cardoso CF; Vainfas R (orgs.). Domínios da História. Ensaios de Teoria e Metodologia. Rio de Janeiro. Ed. Campos, 2005.

CHAUVEAU, A.; TÉTART, P. (Org.). Questões para a história do presente. São Paulo: EDUSC, 1999.

CREMERJ. Psiquiatria: A realidade da assistência ao doente mental no estado do Rio de Janeiro. GESTAO 2003/2008.DIRETORIA JUN2005/JAN2007. Rio de Janeiro 2007.

CUNHA, Rogério Torres da. Resumo Histórico do Município de Duque de Caxias: Secretaria da Cultura, 1992.

EXTRA ONLINE | Notícias do Jornal Extra [extra.globo.com/Blog do Alberto Marques](http://extra.globo.com/Blog%20do%20Alberto%20Marques): BAIXADA URGENTE. O Dia na Baixada, disponível em: www.albertomarques.blogspot.com/2012/12/baixada-urgente.html . Acessado em 18 jun.2015

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2.115-2.122, 2012.

GONDIM, D.S.M. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: Inovação ou reprodução do modelo assistencial? [Dissertação de Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Agosto de 2001

HONORATO, C. E.M.; PINHEIRO, R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V.18, nº 2. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331200800020009>. Acesso em 22 fev.2015.

IBGE. Área territorial oficial em 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm. Acesso em 20 mar.2015

IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004-2008>. Acesso em 20 mar.2015

IBGE. Censo 2000. Disponível em [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/acessado em 26/06/16](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/acessado_em_26/06/16) as 16:41.

INSTITUCIONAL - Saúde-Rio - Unidades de Saúde | Secretaria Municipal. Disponível em www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_institucional.htm

LAGO, LC. Desigualdade e Segregação na Metrópole: O Rio de Janeiro em tempo na Metrópole: O Rio de Janeiro em tempo de crise-2 ed – Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.

LIMA, Luciana Dias de.. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 11(1), 199-252, 2001.

MÂNGIA, E.F.; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Brasil, v.13, nº 2, p. 71-77, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13899>>. Acesso em junho de 2015.

MARTINS, G. C. S. et al. Dispositivos extra-hospitalares que apoiam as Residências Terapêuticas para utentes com transtorno psiquiátrico em Volta Redonda/ Rio de Janeiro (2005-2009). Revista Enfermagem Referência [em linha]. Série 3, nº7, p. 93-102. [consult. Jun. 2015]. Disponível em [www:URL:http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=s0874-02832012000200010&script=sci_arttext](http://www.URL:http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=s0874-02832012000200010&script=sci_arttext).

MARTINS, G. C. S. Possibilidades de atuação da enfermagem em saúde mental: contribuições no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2013.

MARTINS (2013, p.4) Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 327-34

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, Fabiana. História oral: como fazer e como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

MIELKE, F. B.; OISCHOWSKY, A.; PINHO, L, B; WETZELL, C; KANTORSKI, L. P. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.65. nº3. Brasília. Maio/JUNHO 2012. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300016>. Acesso em 20mar.2015

MIELKE, Fernanda Barreto, et al. "O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais." Ciênc saúde coletiva 14.1 (2009): 159-64.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2007.

MENDONÇA, Teresa Cristina Paulino de. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Mental health workshops: report of an experience in hospital admission. Psicol. cienc. prof. v.25 n.4 Brasília dez. 2005

NEVES, H.G.; LUCHESE, R.; MUNARI, D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 63, nº 4, p. 666-670. 2010. Disponível em : <URL:http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/25.pdf. Acesso em 19/06/2015.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do, and Maria Amélia de Campos OLIVEIRA. "Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família." O Mundo da Saúde 34.1 (2010): 92-96.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Sílvia. "O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura." São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1994).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Sobre a Saúde do Mundo. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança.2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas.Conferência Regional para Restauração da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde.1992

PAULINO, Tayssa Suelen Cordeiro, et al. "O processo de trabalho da enfermagem em saúde mental pós-reforma psiquiátrica: o caso dos CAPSIII". 2011

Portal do município de Duque de Caxias. Disponível em www.duquedecaxias.rj.gov.br. Acessado em 20 mar.16.

REVEL, J. Jogos de escalas: a experiência da microanálise. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

ROCHA, RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. Texto e Contexto Enferm. 2005; 14(3): 350-7

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SABIN, J. E., 1997. Insurance coverage for promising but unproven last chance therapies: Ethical issues and practical policies. In: Translating Evidence into Practice, Conference Summary, Session E (Ethical Issues in Health Care Delivery). Agency for Health Care Policy and Research. January 1998 <<http://www.ahcpr.gov/clinic/trip1997/trip3.htm>>. Acessado em 25 mai.2016

SARACENO B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SILVA, M. L. S.; MARTINS, G.C.S.; PERES, M.A.A.; ALMEIDA FILHO, A. J. A enfermagem na rede de apoio às residências terapêuticas para moradores com transtorno psiquiátrico. Revista de Enfermagem Referência. 3ª série, nº 11.

Dezembro de 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13135>. Acesso em 20 mar. 232015.

SINASC.1998. Disponível em www.saude.rj.gov.br. Acessado em 26/06/16.

SOUZA, C. Governos e Sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (3): 431-442, 2002.

TENORIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira , da década de 1980 aos dias atuais: História, Ciências, Saúde- Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9 (1):25-59, Jan- Abr. 2002.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; and Paulo AMARANTE. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* vol.6 no.1 Rio de Janeiro 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>

WAIMAN, M. A. P., JOUCLAS, V.M. G. e STEFANELLI, M. C. Família e doença mental. *Fam.Saúde Desenv*, Curitiba, v.1, n.1/2, p.27-32, jan./dez.2002

ZALUAR, A.; NORONHA, J.C E ALBUQUERQUE, C. Violência: Pobreza ou Fraqueza Institucional? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 213-217, 1994

APÊNDICE

CRONOGRAMA

Período de atividade	2014 Segundo semestre	2015 Primeiro semestre	2015 Segundo semestre	2016 Primeiro semestre	2016 Segundo semestre	2017 Primeiro Semestre
Elaboração do projeto	X	X				
Revisão bibliográfica	X	X	X			
Defesa do projeto		X				
Comitê de ética e pesquisa		X				
Coleta de dados		X	X			
Análise preliminar dos dados			X			
Elaboração do artigo científico					X	X
Elaboração do relatório final				X	X	X
Qualificação da dissertação				X		
Defesa da dissertação						X

OBSERVAÇÕES:

1. A pesquisa teve início **após** a aprovação deste projeto no Comitê de Ética;
2. Data prevista (mês/ano) para o término da pesquisa: Fevereiro/ 2017.

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1

- REALIZADA COM PROFISSIONAIS NÃO PERTENCENTES À EQUIPE DE ENFERMAGEM

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS

INSTITUIÇÃO: _____

PROFISSÃO: _____

CARGO(S) OCUPADO(S) NO PERÍODO DE 2004 A 2011 _____

- 1) Como você vê a Residência Terapêutica no contexto da reforma Psiquiátrica de Duque de Caxias?
- 2) Como foi sua participação na implantação das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias?
- 3) Na sua opinião, quais foram as mudanças ocorridas na assistência ao portador de transtorno psiquiátrico de Duque de Caxias com a criação dos dispositivos extra-hospitalares no período de 2004 a 2011?
- 4) Como foi a contribuição da equipe que planejou a Residência Terapêutica? Como foi planejada a Residência Terapêutica?
- 5) Você considera que houve a parceria e a participação do profissional enfermeiro no processo de implantação das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias? Se sim, como você avalia a participação deste profissional?

6) Como você vê o movimento de Reforma Psiquiátrica em Duque de Caxias? Houve algum tipo de interferência deste movimento no seu trabalho? Qual?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 2

- REALIZADA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS

INSTITUIÇÃO: _____

CARGO(S) OCUPADO(S) NO PERÍODO DE 2004 A 2011: _____

- 1- Comente sua trajetória no campo da saúde mental no município de Duque de Caxias.
- 2- Você atuou diretamente na Residência Terapêutica? Comente a respeito, como se dava a participação do enfermeiro nesse dispositivo?
- 3- Como você vê a adaptação do enfermeiro frente a essas transformações na assistência psiquiátrica em Duque de Caxias?
- 4- Como aconteceu a sua inserção nos dispositivos extra-hospitalares no período de 2004 a 2011? Houve algum tipo de treinamento ou capacitação? Quem custeou?
- 5- Como você descreveria o que é e qual a função de uma Residência Terapêutica como dispositivo integrante da rede de assistência extra-hospitalar ao cuidado psiquiátrico em Duque de Caxias?
- 6- Como se deu a criação e a implantação das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias?

7- Qual a participação do enfermeiro nos processos de criação e implantação dessas Residências Terapêuticas?

ORÇAMENTO

Todas as despesas da pesquisa, conforme orçamentos a seguir, serão financiadas pela pesquisadora.

Recursos	Quantidade	Valor Unitário	Custos Totais
Digitador	01	-----	-----
Revisão de português	02	3,00 por página	R\$ 900,00
Canetas, lápis, borracha	4 de cada	1,00	R\$ 12,00
Papel ofício	2 resmas	12,00	R\$ 24,00
Fotocópia	500	0,08	R\$ 40,00
Cartucho de impressora	02	26,00	R\$ 52,00
Cópia da dissertação	10	10,00	R\$ 100,00
Encadernação	10	3,50	R\$ 35,00
Caderno de anotações	02	2,00	R\$ 4,00
Mídia gravável (CD)	02	1,00	R\$ 2,00
Transporte	250	60,00	R\$ 15.000,00
Unidade de armazenamento de dados portátil	01	40,00	R\$ 40,00
Participação em eventos científicos			R\$ 2.000,00
		Custos Totais	R\$ 18.209,00



ANEXOS:

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “Atuação da enfermagem na implantação das Residências Terapêuticas para pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias – RJ (2004 – 2011)”, que tem como objetivos: 1. Descrever as circunstâncias de implantação das Residências Terapêuticas para os doentes com transtorno psiquiátrico nos municípios de Duque de Caxias- RJ; 2. Analisar os aspectos que influenciaram na implantação/ funcionamento das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias – RJ; 3. Discutir como os enfermeiros atuaram e contribuíram para o funcionamento das Residências Terapêuticas do município de Duque de Caxias – RJ. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa de cunho histórico-social.

A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para Fevereiro/2017. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, todavia, por tratar-se de pesquisa histórica, existe a possibilidade de que o colaborador seja identificado. A identificação dos colaboradores no texto da pesquisa se dará pela letra C, seguida do número ordinal conforme a ordem das entrevistas. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá 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(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. A entrevista será gravada em mp3 para posterior transcrição – que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Toda pesquisa possui riscos potenciais. Maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. O (a) pesquisador (a) deverá identificar os riscos, esclarecer e justificá-los aos sujeitos da pesquisa, bem como, as medidas para minimizá-los. Seguem alguns exemplos de risco: (risco de constrangimento durante uma entrevista ou uma observação; risco de dano emocional, risco social, risco físico decorrente de procedimentos para realização de exames laboratoriais...).

Participante da pesquisa

O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail 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!

Enf^a Raquel Tassi Abirached
Mestranda/eean
Cel:(32)99160-3338
E-mail :rtabirached@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ –

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

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. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2016 .

Participante da Pesquisa: _____

2. CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO À DOCUMENTOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Escola de Enfermagem Anna Nery

Rio de Janeiro _____, _____ de 2016.

De: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Para: Ilmo. Senhor

Assunto: Autorização para acesso e uso de documentos sob a responsabilidade de V. Sa.

TEXTO

Considerando a importância de ampliar as pesquisas sobre História da Enfermagem, em especial no campo da saúde mental no município de Duque de Caxias, RJ, solicito a vossa senhoria autorização para consultar os documentos referentes à criação e implantação dessas Residências Terapêuticas, sendo estes: documentos escritos, fotográficos e outros referentes ao período de 2004 até o presente momento. Estes documentos servirão como fontes primárias na construção de uma pesquisa, com o título: Atuação da enfermagem na implantação das Residências Terapêuticas para pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias – RJ (2004 – 2011), cadastrada no CNPq e vinculada ao grupo de pesquisa “Trajetória do cuidado de enfermagem em espaços especializados”.

Esta pesquisa é coordenada pelo Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho, da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ.

Esta proposta pretende descrever as circunstâncias de criação das Residências Terapêuticas no município Duque de Caxias RJ; Caracterizar o funcionamento das Residências Terapêuticas em Duque de Caxias RJ; Discutir as implicações para enfermagem de Duque de Caxias RJ após a implantação das Residências Terapêuticas.

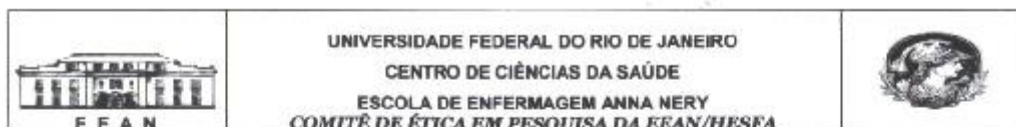
Coloco-me à disposição de V. Sa para quaisquer esclarecimentos e disponibilizo o projeto em andamento para a ciência.

Na certeza de contar com aquiescência de V. Sa, aguardo um pronunciamento.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho
Contato: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho. e-mail: ajafilho@terra.com.br
Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, nº 275 – Cidade Nova – RJ. Tel: (21) 22938048
Ramal 209.

3. PROTOLOLO N° 032/2011, DE APROVAÇÃO DA PESQUISA JUNTO AO CEP.



Protocolo n° 032/2011

Título do Projeto: DISPOSITIVOS EXTRA-HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS - RJ: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.

Pesquisador Responsável: Antonio José de Almeida Filho

Instituição onde a pesquisa será realizada: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 27/4/2011

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 31 de maio de 2011.

Caso o pesquisador altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que o pesquisador deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 07 de junho de 2011.


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UF RJ