

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A desconstrução do manicômio interno como determinante para
a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**

Daniela Martins Machado

Brasília

2006

Daniela Martins Machado

**A desconstrução do manicômio interno como determinante para
a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito Parcial para a obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Helena Eri Shimizu

Brasília

2006

Daniela Martins Machado

A desconstrução do manicômio interno como determinante para
a inclusão social da pessoa em sofrimento mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito Parcial para a obtenção do grau de mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora – Prof^ª Dr^ª Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília

Membro Efetivo – Prof^ª Dr^ª Marisa Pacini Costa
Escola Superior de Ciências da Saúde /FEPECS / ES / DF

Membro Efetivo – Prof^ª Dr^ª Denise Boutellet Munari
Universidade Federal do Goiás

Membro Suplente – Prof^ª Dr^ª Maria da Glória Lima
Universidade de Brasília

Brasília, 07 de agosto de 2006

MACHADO, Daniela Martins

A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental. Brasília, 2006.

Número 173 p.

Dissertação (mestrado) apresentado à Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Shimizu, Helena Eri

1- Loucura. 2- Saúde Mental. 3- Inclusão Social. 4- Reabilitação Psicossocial. 5- Representações Sociais. 6- Enfermagem Psiquiátrica.

*Dedico este trabalho aos dezenove que tiveram sua humanidade subtraída de suas vidas
e que, por centenas e milhares de dias, tiveram seu horizonte recortado pelos muros de
frios asilos...*

*Dedico também aos vinte e quatro que têm feito de sua própria humanidade instrumento
e compromisso de resgate da condição cidadã daqueles de quem passam os dias a cuidar...
E a cada um em minha vida, por sua especial participação nesta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

À amada Presença Divina e suas hierarquias, pela fonte de luz infinita;

Aos meus pais e familiares, companheiros de caminhada espiritual, pelo apoio e sustentação ao longo desta vida;

À Jayme e Teodoro, meus amores, fontes de inspiração e amor, pela paciência e presença constante;

Aos irmãos do caminho ascensional, pelas constantes emanções de amor;

À professora Helena Eri Shimizu por ter aceitado o imenso desafio que foi orientar-me;

À Eva Faleiros, Glória Lima, Juliana Pacheco e Maria Aparecida Gussi, parceiras de ideal e de luta e grandes fontes de inspiração, pelas contribuições efetivas na correção de rumos e em especial à Gussi por me conceder seu espaço mágico, onde passei horas frutíferas de estudo.

À Ana Paula Correa pela atenção dispensada, pelo cuidado na revisão do trabalho e pelas correções pontuais;

Ao Instituto de Saúde Mental, que busca incansavelmente seu melhor devir e em especial à Direção, pelo apoio incondicional a esta pesquisa;

À Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por viabilizar o estudo;

À Dilce Dias, Elenith Almeida, Luana Carvalho, Margareth Kalil, Sandra Gomes, Sônia Nogueira e Zeliane Gregorato, o mais harmonioso time da Gerência de Enfermagem da SES/DF, por terem me proporcionado condições ideais para o desenvolvimento da pesquisa e por seu apoio incomensurável;

Aos sujeitos de pesquisa, pessoas de grande valor humano, por sua inestimável e insubstituível colaboração. Sem vocês nada disso teria sido possível;

Aos usuários todos com os quais tenho a alegria de conviver e àqueles que ainda hei de encontrar.

Loucura o que é? Quais são suas manhas e artimanhas? Como se a percebe? Como se lida com ela? O homem se sabe louco? A loucura se sabe humana?

Ali adiante estão um espelho e uma porta, são dois caminhos, mas um único ponto de partida e um único ponto de chegada. O homem que empreende esta viagem sai de si para conhecer o mundo e segue pela porta. Ele volta a si para conhecer ainda melhor o mundo e segue pelo espelho.

Aquele que ama o saber ama também a verdade, pois não se pode saber aquilo que não é. Por amor ao saber, o homem busca conhecer, usa seus sentidos para experimentar o mundo e trazer para dentro aquilo que aparentemente está fora. E, já não são dois os caminhos, mas apenas um; porta e espelho se sobrepõem, se confundem, se fundem...

A realidade, que viaja para dentro, de sensação se transforma em sentimento e pensamento, ao mesmo tempo se alimenta da razão que dá consciência ao pensar e ao sentir. A consciência, que viaja para fora, devolve à realidade um existir repleto de agir humano. E, já não são dois o homem e a realidade, ambos se sobrepõem, se confundem, se fundem.

Quanto mais para fora tanto mais para dentro.

Razão, consciência, pensamento, sentimento, sensação, realidade. Onde um começa? Onde outro termina? Quem dá a medida? Quem decreta a verdade? Os são? Os loucos? E, já não são dois os caminhos...

Não há desafio em desvendar a loucura, pois não há desvendar possível para ela. Há, sim, um diálogo possível entre o homem que se sabe louco e a loucura que se sabe humana. O desafio talvez esteja em fazer a loucura atravessar o caminho que vai para além do espelho e da porta e que casa homem e realidade numa relação imanente.

Daniela Martins Machado

RESUMO

Machado, Daniela Martins. A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental, 2006. 173 p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

O estudo teve como objetivo identificar e analisar as representações sociais dos auxiliares de enfermagem que trabalhavam na “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental, acerca da loucura e do louco, da clientela da unidade e de suas práticas, bem como, verificar como estas representações e as práticas realizadas têm favorecido ou dificultado o processo de inclusão social desta clientela. Para tanto, utilizamos a metodologia qualitativa, na modalidade de estudo de caso, que constou, primeiramente, de análise documental e do relato da nossa vivência no âmbito da instituição, o que possibilitou nossa contextualização sócio-histórica, frente ao panorama local e nacional de atenção à saúde mental. No segundo momento, visando captar as representações sociais, realizamos entrevistas com 11 auxiliares de enfermagem que prestavam assistência direta aos usuários da “Residência Terapêutica” há pelo menos seis meses, por meio de um roteiro semi-estruturado, cujo propósito era permitir a livre expressão destes sujeitos acerca das questões levantadas. O Projeto de Pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética e os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, dos quais emergiram três categorias: o significado da loucura, o trabalho em saúde mental e o caminho da inclusão social. Evidenciamos que a loucura é ainda compreendida dentro do paradigma manicomial, enquanto desrazão, desequilíbrio e doença, do mesmo modo, o louco é visto como pessoa debilitada, dependente, em constante sofrimento e doente. As práticas de atenção em saúde mental caminham do modelo médico-biologicista, com forte cunho hospitalocêntrico e medicamentoso, para o modelo humanista, em que se valoriza o relacionamento interpessoal e a produção de subjetividade singularizada, apontando para a desinstitucionalização e para práticas de reabilitação, aproximando-se do paradigma psicossocial. O avanço destas práticas, no entanto, é dificultado pela ausência de um projeto institucional, interdisciplinar para o serviço residencial terapêutico e pela ausência de projetos terapêuticos interdisciplinares individualizados, voltados à inclusão social da clientela da unidade. Verificamos a necessidade de superar barreiras governamentais, para favorecer a efetivação de políticas públicas inclusivas em saúde mental; barreiras institucionais, para favorecer o repensar de saberes e práticas e, sobretudo, das barreiras subjetivas, para possibilitar a desconstrução do manicômio interno – o mais contundente instrumento de exclusão social do louco.

Palavras-Chaves: LOUCURA; SAÚDE MENTAL; INCLUSÃO SOCIAL; REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL; REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA.

SUMMARY

The study's objective was to identify and analyze social representatives of the nursing assistants which worked under the "Therapeutic Domicile" of the Mental Health Institute, on the madness of the mad, professional practices, clients social inclusion possibilities, as well as tried to analyze how this representations and usual practices has being favored or rendered difficult the social inclusion process of the clients of the "Therapeutic Domicile". For that we had used qualitative methodology, at case study model, which included at first, documental analysis and a report based on our experience of life within the institution; what allowed us to contextualize its socio-historic, upon the local and national scene on the mental health. The next step, aiming to capture social representations, we held interviews with eleven nursing auxiliaries which worked directly with the "Therapeutic Domicile" users, at least for six months, thought a semi-structured guide-book, which purpose was to allow free expression of these citizens about raised issues. The research Project was approved by an Ethics Committee and the citizens signed a clear and free permission term. The data analysis was accomplished using the content analysis, from where three categories were raised: the madness meaning, the mental health work and the social inclusion way. We found out that clearly the madness is still understandable within the mad-house pattern, whilst unreasonableness, unsteadiness and disease, by the same way the mad is seen like a feeble-minded person, dependent, in constant suffering and sick. The mental health care practices move towards from the medical-biologist model, with a strong hospital centric and medicamental matrix, to the humanistic model, in which the interpersonal relationship and the singular subjective quality of character production is valued, that points out to a deinstitutionalization and for rehab practices, approaching to the psychosocial paradigm. The progress of this practices, although, becomes difficult because of the lankness of an institutional interdisciplinary project to the activity domiciliary therapeutic and by the lack of individualized interdisciplinary therapeutics, directed to the units clients social inclusion. We understand that there's a need of overcome governmental barriers, which favors the effect of rendering effective the mental health inclusive public politics, institutional barriers, allowing the rethink of practices and knowledge and above it all the subjective barriers that allow the deconstruction of the intern mad-house – the most incisive instrument of social exclusion of the mad.

Key-Words: MADNESS, MENTAL HEALTH, SOCIAL INCLUSION, REHAB, PSYCOSOCIAL, SOCIAL REPRESENTATIONS, PSYCHIATRIC NURSING.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 3.1 Serviços Residenciais em Funcionamento em 2004	41
Quadro 3.2 Número de CAPS implantados por UF e ano	42
Figura 6.1 Esquema do Instituto de Saúde Mental do ano de 1998	69
Figura 6.2 Esquema do Instituto de Saúde Mental do ano de 2001	71
Figura 7.1 Gráficos comparativos de tempo de atuação profissional	85

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ASSIM	Associação dos Familiares e Amigos da Saúde Mental
ASMABPT	Associação dos Malucos Beleza do Planeta Terra
ASSUME	Associação de Usuários da Saúde Mental
APAC	Autorização de procedimentos de alta complexidade
AIHs	Autorização de Internações Hospitalares
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
COMPP	Centro de Orientação Médica e Psicopedagógica
CRP	Clínica de Repouso do Planalto
CCIH	Comissão para Controle de Infecção Hospitalar
CABESSA	Cooperativa Beneficente e Social da Saúde Mental
COSAM	Coordenação de Saúde Mental do DF
DA	Direção Administrativa
DRMA	Direção de Recursos Médicos e Assistenciais
DF	Distrito Federal
DDI	Divisão de Documentação e Informação
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDT	Gerência de Diagnose e Terapia
GAO	Gerência de Apoio Operacional
GAS	Gerência de Assistência
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISM	Instituto de Saúde Mental
HBDF	Hospital de Base
HPAP	Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico
HRAS	Hospital Regional da Asa Sul
HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde

MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAS	Núcleo de Assistência
NE	Núcleo de Enfermagem
NEPT	Núcleo de Ensino Pesquisa e Treinamento
NELAC	Núcleo de Esporte, Lazer e Atividades Comunitária
NIS	Núcleo de Inserção Social
NOFAT	Núcleo de Oficinas Terapêuticas
NOC	Núcleo de Organização do Cotidiano
NP	Núcleo de Pessoal
NRCA	Núcleo de Registro, Controle e Avaliação
NRSFB	Núcleo de Reinserção Social Franco Baságli
NTAG	Núcleo de Transporte e Atividades Gerais
OT	Oficinas Terapêuticas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PROSUS	Promotora de Justiça e Defesa da Saúde
PTI	Projeto Terapêutico Individualizado
RS	Reforma Sanitária
RT	Residências Terapêuticas
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SSMI-HMIB	Serviço de Saúde Mental Infantil do Hospital Materno-Infantil do DF
SIH /SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS/DF	Sistema Único de Saúde
UNIR	Unidades Interdisciplinares de Referência
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
VEC	Vara de Execuções Criminais do DF Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 O PERCURSO HISTÓRICO DA LOUCURA E DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	7
2.1 O MODO MANICOMIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	7
2.1.1 O MANICÔMIO.....	12
2.2 O MODO PSICOSSOCIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	15
2.2.1 INCLUSÃO SOCIAL	19
2.2.2 O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO INTERNACIONAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA.....	21
3 PANORAMA BRASILEIRO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	24
3.1 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA	24
3.2 O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA	26
3.3 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	29
3.4 DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	32
3.4.1 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS	32
3.4.2 OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	35
3.5 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE MENTAL	38
3.6 A EXPANSÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	40
4 PANORAMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL	45
4.1 “40 ANOS DE LOUCURA NO DISTRITO FEDERAL: HISTÓRIA BREVE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL NO DF” E SUA INTERFACE COMO CONTEXTO NACIONAL.....	45
4.2 ACONTECIMENTOS RECENTES NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DO DF.....	48
5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	53
5.1 ESTUDO DE CASO.....	53
5.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL	56
5.3 COLETA DE DADOS.....	57
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	60
6 O INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL – UMA TRAJETÓRIA PELO NOVO.....	62
6.1 O QUE É O INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL	63
6.2 A “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA” DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL	76
6.3 ISM CAMINHANDO PARA O NOVO DE NOVO.....	83
7 TRAÇANDO O PERFIL DOS SUJEITOS DE PESQUISA	85
8 DIANTE DA LOUCURA.....	87

8.1 Qual o significado da loucura	88
8.2 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	99
8.2.1 O PROCESSO DE INSERÇÃO DA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA” (RT) NO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL (ISM)	99
8.2.2 ASPECTOS FÍSICO-FUNCIONAIS DA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA”	101
8.2.3 A CLIENTELA DA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA”	103
8.2.4 AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS NA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA”	108
8.3 O CAMINHO DA INCLUSÃO SOCIAL	124
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	160
ANEXO A	169
ANEXO B	170
ANEXO C	172

1 INTRODUÇÃO

A trajetória deste estudo inicia-se como tantos outros que, objetivando uma investigação científica, lança-se a uma busca ao mesmo tempo desafiadora e instigante. Sendo uma pesquisa em ciências da saúde, depara-se com o desafio peculiar de confrontação com as realidades, quase sempre marcadas por sofrimento, dos sujeitos com quem se estabelecem relações de ajuda.

Em minha vivência, desde a academia até os dias atuais, sempre me pareceu tarefa impossível separar a pessoa que eu era da aluna no exercício da enfermagem e, mais tarde, da enfermeira atuante. Uma não existia sem a outra. Era através dos olhos e das mãos da pessoa que a enfermeira podia fazer seus diagnósticos, era sua sensibilidade, sua história, sua essência que viabilizavam a atuação da profissional, munida, é claro, de todo o arcabouço teórico-técnico acumulado nos anos de estudos acadêmicos e nos anos subsequentes.

Alguns anos de atuação como enfermeira psiquiátrica e a experiência de uma especialização na área de saúde mental foram fortalecendo algumas posturas apreendidas e modificando outras tantas. Na enfermagem e na vida, procurei manter viva a chama do espírito investigativo, crítico, questionador, em que é fomentada a transformação e o crescimento necessário a qualquer caminhada, que, acredito, pode impedir a alienação e a estagnação profissional.

Descobri que a chave para uma atuação sempre consciente é o desafio de manter-se em busca de novos aprendizados; superar uma postura dilemática e adotar uma postura dialética frente à realidade. O exercício era simples. Questionar a realidade posta, descobrindo suas contradições, seus meandros, as bases sobre as quais se alicerça, como que a provocando, desafiando-a a sustentar-se diante dos questionamentos, e assim fazer girar a roda da cotidianidade.

O aprendizado continuado foi uma das noções que procurei compartilhar com os profissionais da unidade de trabalho onde atuo, sobretudo os da equipe de enfermagem, pois ele é a maior ferramenta para uma prática profissional reflexiva e crítica, na qual se busca conhecer e questionar a realidade, para consolidar os aspectos positivos e transformar os negativos.

A busca pela renovação do conhecimento – entendida aqui como este processo continuado de aprendizagem, é a postura que vem pautando minha atuação nas diferentes

dimensões de relação profissional, seja com o ambiente, com a equipe ou com o usuário da saúde mental. Focando meu contexto de trabalho, reconhecendo que minha percepção das pessoas em sofrimento mental determina minha atuação frente a sua problemática, surgiram em mim algumas interrogações fundamentais.

Qual a visão dos profissionais que compõem minha equipe de trabalho quanto à loucura e o louco? Como eles representam suas práticas profissionais e as possibilidades de inclusão social dos pacientes crônicos que atendem? Como problematizar estas questões poderia levar-me a uma atuação mais consciente e integradora, com repercussões transformadoras para meu ambiente de trabalho?

Para uma melhor compreensão da natureza e da finalidade deste estudo, passo a contextualizá-lo frente ao campo da atenção à saúde mental no Brasil e no Distrito Federal – DF e com relação ao local onde se desenvolve a pesquisa.

A atenção à saúde mental vem, nas últimas décadas, passando por transformações tão profundas que chegaram a fundar dois paradigmas antagônicos: o paradigma manicomial e o psicossocial.

No paradigma manicomial predomina uma abordagem terapêutica hegemonicamente hospitalocêntrica e medicamentosa, tendo como principal consequência a exclusão social da pessoa em sofrimento mental.

No paradigma psicossocial predomina uma abordagem voltada para a integralidade da pessoa em sofrimento mental, com respeito à sua dimensão subjetiva, sua singularidade e para seu processo de inclusão social (ambos serão apresentados com maior detalhamento em capítulos subseqüentes).

Nos últimos anos, a política pública de atenção à saúde mental no Brasil tem visado ao redirecionamento das práticas de atenção à saúde mental, reduzindo progressivamente o número de leitos psiquiátricos no país e ampliando a rede de serviços de atendimento-dia, substitutivos aos serviços de internação.

Como estratégia para a consolidação desta política, novos dispositivos terapêuticos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais – UPHG, foram criados e vêm constituindo uma rede de atenção à saúde mental, que se encontra em franca expansão no Brasil.

A política proposta pelo Ministério da Saúde, que vem sendo executada por todo o País, visa a ações de atenção básica e atenção a usuários com demandas específicas, tais como os dependentes químicos e os loucos infratores; programas permanentes de formação de

recursos humanos no enfoque psicossocial de atenção; participação e controle social e avaliação contínua dos serviços de saúde mental.

Para entender o cenário brasiliense de atenção à saúde mental, vale ressaltar alguns aspectos importantes de sua história. Na década de 60, ainda nos primeiros anos da cidade, inaugurou-se a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Base (hospital de nível terciário). Ela foi uma das primeiras em hospital geral no país, acompanhando o pioneirismo da cidade.

O serviço atendia pessoas portadoras de transtorno mental que se encontrassem em crise. Os pacientes considerados crônicos e, por vezes, também os não crônicos, imigrantes de todas as partes do Brasil, eram encaminhados a clínicas psiquiátricas privadas na periferia do Distrito Federal.

Em razão desta orientação que previa o encaminhamento dos pacientes crônicos para cidades do entorno de Brasília, não havia a preocupação de criar dispositivos terapêuticos para o atendimento desta clientela na cidade. Tal situação perdurou até 2003, tempo durante o qual várias clínicas psiquiátricas privadas disponibilizaram leitos para o SUS/DF. Muitas delas tendo sido fechadas por denúncias de maus-tratos aos pacientes.

Hoje, além do HSVP (serviço inaugurado em 1976) e da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base, o Distrito Federal conta com uma rede pública de atenção à saúde mental ainda bastante incipiente se comparada a outros Estados do Brasil. Esta rede se organiza em quatro Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS do Centro de Orientação Médica e Psicopedagógica – COMPP, o CAPS do Instituto de Saúde Mental, o CAPS do Guará, destinado a atender pessoas com dependência química e o CAPS do Paranoá.

Até abril de 2003 a Secretaria de Estado de Saúde do DF ainda mantinha convênio com um hospital psiquiátrico privado localizado em Planaltina, a Clínica de Repouso do Planalto – CRP. Esta clínica disponibilizava cento e quarenta e seis leitos para pacientes do SUS/DF. A CRP era a última clínica psiquiátrica conveniada com a SES/DF.

Após denúncias de maus-tratos a pacientes ocorridos neste estabelecimento e com a intervenção do Ministério Público do DF, a clínica foi fechada e os pacientes do SUS que lá estavam foram transferidos para unidades de saúde mental da Secretaria de Saúde do DF. O Instituto de Saúde Mental – ISM foi uma das unidades a receber pacientes provenientes da CRP.

Para o ISM foram encaminhados 26 pacientes, que se encontravam “internados” na CRP há pelo menos três anos. A maioria destas pessoas não possuía mais qualquer vínculo familiar ou social identificável. Devido ao seu grau de comprometimento e cronificação, muitos já não tinham lembrança nem do próprio nome. Outra dificuldade para sua

identificação e para a localização de suas famílias foi a precariedade dos registros e da documentação encaminhados ao ISM pela Clínica Planalto.

O ISM, até então destinado a prestar assistência em regime de atendimento-dia, via-se na incumbência de articular uma complexa reorganização em sua estrutura, tanto em termos da adaptação de uma área física para a instalação dos usuários, quanto em termos de seu funcionamento para o atendimento em tempo integral de seus novos clientes.

Inicialmente, instalou-se uma unidade com características de enfermaria. Ela foi organizada de maneira improvisada e precária, com vistas a acolher provisoriamente os usuários, até que os serviços residenciais terapêuticos do DF fossem montados. Havia uma previsão de que isto ocorreria em três meses, expectativa que não se confirmou até o momento.

Após a chegada dos usuários ao ISM várias iniciativas foram tomadas no sentido de melhorar as condições gerais dos mesmos quanto à nutrição, repouso, acompanhamento clínico, medicamentoso, de lazer e outros. As famílias de alguns usuários foram encontradas depois de um longo trabalho de investigação e vários deles retornaram às suas casas. Alguns idosos do serviço foram transferidos para abrigos, nos quais puderam gozar de maior conforto e privacidade.

Em março de 2006, a unidade abrigava 17 usuários, “moradores” do serviço. Cunhou-se para ela o nome tanto de enfermaria quanto de “Residência Terapêutica”, embora a maneira como esteja organizada não atenda as recomendações da legislação vigente.

Com o fim da política de contratação de leitos psiquiátricos privados pelo SUS/DF, a Secretaria de Saúde local passa a ter a incumbência de implantar dispositivos terapêuticos que atendam a demanda específica de pacientes crônicos, submetidos a longo processo de institucionalização.

Um destes dispositivos está descrito na Portaria nº 106 do Ministério da Saúde, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT em saúde mental no âmbito do SUS. Eles têm por finalidade “cuidar de portadores de transtorno mental, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social”.

Ainda na falta das residências terapêuticas no DF, o ISM vem promovendo mudanças internas que visam à melhoria da qualidade de vida dos 17 usuários abrigados no serviço. Em parceria com a Coordenação de Saúde Mental do DF, ele vem também trabalhando em projetos que visam à instalação das residências terapêuticas, para torná-las uma realidade dentro da rede de atenção à saúde mental local.

A instalação de serviços residenciais terapêuticos no DF é uma proposta que vem sendo discutida desde 1995, no entanto tem encontrado inúmeras dificuldades para sua efetivação. Uma delas é quanto ao aluguel de casas na comunidade, há entraves de ordem burocrática e também da ordem do “preconceito”, pois muitos donos de imóveis e imobiliárias resistem a alugar suas casas quando ficam sabendo qual a destinação a ser dada.

Outras dificuldades, além das resistências sociais, relacionam-se com a falta de preparo das equipes para lidar com o paciente institucionalizado, com a descrença dos profissionais quanto às possibilidades de inclusão social desta clientela e com a falta de clareza com relação ao projeto das residências terapêuticas.

Podemos citar ainda como um entrave para a implantação das residências terapêuticas a falta de empenho político das autoridades locais, que não priorizam ações de atenção à saúde mental, nem destinam verbas para este fim, apesar de o Ministério da Saúde disponibilizar recursos específicos para a implantação de serviços substitutivos em saúde mental.

Este momento da história da saúde mental do DF, que envolve a transferência de usuários cronificados para o ISM – uma unidade cuja realidade assistencial dá-se em uma perspectiva de atenção psicossocial – traz consigo a possibilidade de construção de uma nova modalidade terapêutica que responda a necessidade de desinstitucionalização dos usuários provenientes da Clínica de Repouso do Planalto.

O evento traz ainda a possibilidade de desconstrução de um aparato manicomial, que não reside apenas nas instituições formais de assistência, mas, sobretudo, nas pessoas que perpetuam o manicômio do lado de dentro de si mesmas. Ressaltam-se aqui os valores que norteiam as práticas em saúde mental.

A criação das residências terapêuticas no DF configura-se como um desafio, para o qual se faz necessária a articulação entre instâncias do Estado, trabalhadores da saúde mental, sociedade civil organizada e comunidade, no sentido da discussão e legitimação de um espaço social para estes pacientes, que, em muitos casos, por quase toda uma vida, foram excluídos de qualquer possibilidade de cidadania.

Se o caminho a ser tomado já é sabido – criar os serviços residenciais terapêuticos – falta ainda descobrir como fazê-lo. Está posta a exigência de abrir estrada pela mata densa da inexperiência, formar o “trieiro” que poderá vir a ser o caminho da efetivação das residências, corrigir a direção sempre que se perceberem suas distorções, fazer e refazer o trajeto – “a obra”, com todo o zelo e a prudência de quem lida com vidas humanas, com histórias humanas.

É preciso que juntos, usuários, trabalhadores, Estado e comunidade, estejam abertos ao diálogo necessário e dispostos a assumir o desafio de construir o novo, de enfrentar os riscos do desconhecido. Que isso seja feito em nome destas pessoas que tiveram suas vidas roubadas quando a sociedade lhes impôs o manicômio.

Em nome delas sim, mas não só, é preciso torná-las ativas neste processo, devolver-lhes o direito de participar, devolver-lhes o direito de reconstruir suas vidas, não de um lugar na platéia, mas no palco, como seres atuantes, como pessoas de vontades, de desejos e de sonhos, como pessoas de possibilidades, sobretudo.

Este é o cenário no qual se desenvolve o presente estudo. A pesquisa realizada com os profissionais de saúde, que atuam na “Residência Terapêutica” do ISM, visa a identificar e analisar suas representações sociais acerca da loucura e do louco bem como das práticas terapêuticas adotadas e das possibilidades de inclusão social da clientela atendida, oferecendo subsídios para repensar saberes e práticas relacionados aos cuidados de pacientes crônicos.

2 O PERCURSO HISTÓRICO DA LOUCURA E DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A loucura como foco constante da atenção humana foi ao longo da história vista, entendida e abordada das mais diversas formas. Na antiguidade, tomando os egípcios como referência, temos que “eram profundamente crentes e místicos e tinham a certeza de que o mundo havia sido governado por deuses”. (PEDRO, 1986, p. 35).

Vemos que muitas das manifestações hoje consideradas como sinais e sintomas da loucura eram tidas como normais, eram possibilidades do homem de comunicar-se com os deuses.

Na Idade Média a loucura era tida como castigo de Deus, assim como outros males, como a lepra. Vejamos o que diz o ritual da Igreja de Viena à época: “Meu companheiro, apraz ao senhor que estejas infestado por esta doença, e te faz o senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste neste mundo”. (FOUCAULT, 1997, p. 6).

Era comum, portanto, que os loucos fossem abandonados à própria sorte ou depositados em locais de internamento (os antigos leprosários), evitando assim seu convívio com a comunidade em geral. Vejamos uma citação contida na obra de Foucault “Prender os loucos é essencialmente imunizar a sociedade contra o perigo que eles representam” (1997, p. 430).

2.1 O MODO MANICOMIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Seguindo-se a este período histórico, fins do século XVIII, temos as primeiras concepções da loucura como um fenômeno patológico. Aos poucos, o local de internamento, antes reconhecido apenas como espaço de exclusão e confinamento, passa a ser entendido como espaço de observação e tratamento dos loucos pela medicina, “A possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço, para conhecer e tratar suas loucuras permite o nascimento da psiquiatria” (AMARANTE, 1996, p. 41). Este foi o início da patologização da loucura.

A constituição do modo manicomial de atendimento pode ser mais bem entendida ao explorarmos alguns aspectos das ciências naturais e do pensamento positivista. Minayo, ao referir-se ao pensamento positivista, aponta como uma de suas teses básicas que “só é real aquilo que pode ser captado e percebido pelos sentidos humanos” (MINAYIO, 2004, p. 39).

Esta idéia, juntamente com a de que é possível dar conta da totalidade do fenômeno mediante o estudo das suas partes, influenciou sobremaneira o desenvolvimento das ciências médicas quanto à definição de doença e do processo saúde-doença, depositando no corpo o princípio e o fim de todos os males, “Em medicina, o encontro médico-paciente ocorre no corpo mesmo do doente, considerado como um objeto de pesquisa em sua pura materialidade” (BASÁGLIA, 1991, p. 104). A redução do homem à sua dimensão biológica vai constituir-se na chamada corrente médico-biologicista.

É possível observarmos que a concepção do fenômeno da loucura dá-se nessa perspectiva positivista, buscando no fenômeno próprio da loucura suas causas e seus efeitos, privilegiando uma abordagem fundamentalmente biologicista, destacando nela os sinais e sintomas do adoecimento. Sobre esta abordagem e sua implicação no percurso institucionalizante do doente mental, temos que “O doente mental seria considerado resultado de uma alteração biológica indefinida, restando aceitar sua diferença relativamente à norma. É daí que decorre a ação exclusivamente e tutelar das instituições” (Ibid., p. 104).

Amarante, ao referir-se à lógica positivista de intervenção em saúde diz que “a ciência de base positivista vem exercitando um processo de objetivação da natureza, em que a relação que estabelece é entre sujeitos epistêmicos de um lado e de coisas e objetos de outro” (AMARANTE, 1999, p. 48).

O fenômeno da loucura será estudado no manicômio e as intervenções médicas serão feitas deixando entre parênteses o sujeito para dar foco à doença, entendida apenas como resultado de uma alteração biológica, sobre a qual o asilo tem tutela. Baságliã, fazendo uma crítica a esta lógica propõe que se torna “necessário focar este doente de um modo que coloque entre parêntese a sua doença” (BASÁGLIA, 1991, p. 28) para enfatizar a natureza plural e complexa do homem que não cabe em qualquer diagnóstico e da qual nenhuma instituição asilar deu ou dará conta.

Nesse período, surgem os primeiros apontamentos nosográficos dos transtornos mentais trazidos por Pinel em sua obra “*Traité médico-philosophique sur l’alienation mentale*”. Segundo Amarante (1999), esta é a primeira incursão especificamente médica sobre a loucura.

Entre algumas idéias fundamentais do pensamento de Pinel está a de que a loucura representa o rompimento com a racionalidade, que se expressa por meio de sinais precisos e constantes que podem ser classificados e agrupados. Esta desrazão, também chamada alienação, é por ele definida como resultado de um “distúrbio da paixão, no interior da própria razão”. (AMARANTE, 1996, p. 44).

A desrazão constitui-se ainda um estado de privação da liberdade, pois um sujeito alienado não tem governo sobre si, não goza de livre-arbítrio. Partindo destes pressupostos, Pinel propõe o tratamento moral, cujo princípio fundamental é o do isolamento do mundo exterior “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, 1996, p. 50).

O asilo apresenta-se, nesse contexto, não só como lugar do tratamento moral, mas também, ele mesmo, como o seu aspecto mais relevante. Isolar, no entanto, não era o bastante, era preciso disciplinar os loucos, os desviantes da razão e da ordem. Pinel afirma que “Torna-se possível tratar a alienação mental reeducando a mente alienada” (Ibid., p. 49).

Este foi apenas o início de uma série de ações tidas como disciplinadoras dentro dos asilos. Não tardaram para que se confundissem com ações punitivas e castigos aos loucos que transgrediam a ordem estabelecida no interior das casas de alienados. Tais ações eram justificadas pelos inúmeros estigmas atribuídos ao louco, como o da agressividade/ periculosidade “ele é o único doente que não tem o direito de ser doente porque é definido como perigoso para si mesmo, para os outros e causa de escândalo público” (BASÁGLIA, 1991, p. 15).

Outras terapêuticas eram utilizadas de forma especulativa à época, na intenção de se observar que efeitos teriam sobre as manifestações da loucura. Em geral estes pacientes, residentes dos grandes asilos, eram acorrentados em seus leitos, submetidos a choques térmicos, elétricos, insulínicos e outras ações violentas ou permaneciam ociosos, perambulando pelos pátios.

Ressaltamos que a maioria dos pacientes ficava toda a vida nestes locais, uma vez que não havia qualquer redução do seu sofrimento ou mudança significativa em sua dinâmica psíquica que justificasse sua alta. Além disso, o tempo de internamento transcorrido era tão longo, que a maioria deles perdia suas referências familiares e sociais.

As primeiras idéias de Pinel sobre alienação e isolamento perduraram através dos séculos e até hoje vingam em muitos projetos institucionais que se propõem a intervir junto à loucura. Tais idéias encontram sustentação também em outro pilar do positivismo, o da neutralidade científica. Este pressuposto pretende deixar de fora da produção do conhecimento científico tudo o que não é fato e que se encontra na esfera dos valores “a ciência se ocupa do fato e deve buscar se livrar do valor” (MINAYO, 2004, p. 39).

Esse princípio de certa forma possibilitou ao mundo negar a condição humana do doente mental, o ser desprovido de razão, alienado e, por isso mesmo, encarado quase sempre

como menos humano, quando de todo, diante das práticas manicomial, não perdera por completo sua humanidade.

Era possível, em nome da neutralidade científica, deter-se apenas ao fenômeno da loucura, encerrado em si mesmo e reduzido a sinais e sintomas psíquicos. Era possível fechar os olhos para as dimensões histórica, cultural e social do sujeito louco, submetendo-o a tudo o que apraz a medicina moral e toda a sorte de abusos cometidos em seu nome, na tentativa de trazer o doente de volta do desvio à norma, tendo o asilo como palco dessas práticas.

Transcendendo as proposições positivistas que justificam o manicômio, outros elementos merecerão especial atenção nessa análise. Um destes considera que o asilo exerce um espectro variado de funções. Neste sentido, vemos que o manicômio é lugar em que se estabelecem claras relações de poder. Internamente, ele limita o sujeito louco às normas asilares, e, externamente, mantém estes sujeitos excluídos da ordem social.

Os principais atores no interior da instituição asilar são os terapeutas e os doentes, sendo os primeiros os sujeitos que detêm saber e poder sobre a loucura, e os doentes os sujeitos coisificados, objetos de estudo e de intervenção. Esta relação caracteriza-se, em última instância, por uma relação entre os que têm o poder e os que não têm, da qual, segundo Baságliã, decorrem ainda relações de opressão, violência e exclusão, pois “a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade”. (BASÁGLIA, 1991, p. 101).

Na década de 70, estudos com base no materialismo histórico formulam críticas ao modelo de atenção à saúde, na medida em que este, ideologicamente, está alicerçado no modo de produção capitalista no qual se nutre e para o qual serve de nutriente. “A prática e o saber médico fazem parte da dinâmica das formações socioeconômicas, é no interior delas que podem ser explicadas como fenômenos históricos específicos, mas correlacionados com o processo social global” (MINAYO, 2004, p. 78).

O modo de produção capitalista vai impor ao homem o rótulo de sujeito produtivo, que tem de dar conta do trabalho, dentro de uma lógica de máxima produção, com a máxima eficácia, no menor tempo, pelo menor custo e para o máximo lucro. O homem que falha em sua produtividade deixa de atender a uma exigência fundamental do modo capitalista, não sendo produtivo é visto como alguém que não goza de sua perfeita saúde. Assim, a saúde, entendida como ausência de doenças, passa a ser entendida no modo capitalista, como ausência de impedimentos para ao trabalho.

Trazendo o foco para o contexto da saúde mental, vemos que o modo capitalista, aliado ao saber médico, vai justificar a classificação e a exclusão dos incapacitados para o

trabalho na medida em que “o modelo econômico excludente é colocado em paralelo com o paradigma excludente da saúde mental e vice-versa, até este momento as lutas contra o hospital psiquiátrico, se mesclam inteiramente com as lutas sociais”. (COSTA-ROSA, 2001, p. 13).

A luta a que se refere o autor traduz-se na luta contra toda a sorte de exclusão, sustentada principalmente pelo modo de produção capitalista, estejam os excluídos em manicômios, guetos ou ruas.

No que diz respeito às relações que se estabelecem dentro ou com o asilo, o autor segue argumentando que a questão da saúde mental à luz do materialismo histórico é entendida em uma perspectiva da luta entre os interesses de classe. Ele fala de uma fragmentação própria do modo de produção capitalista que tira do homem o sentido daquilo que ele produz na esfera do trabalho, rouba-lhe a subjetividade para transformá-lo em peça na engrenagem da produção, uma extensão da máquina equiparada a qualquer outra de suas extensões, sem distinção.

Esta fragmentação é explicitada quando observamos a cisão entre trabalho intelectual e trabalho de execução, ou entre a atividade diagnóstica e a atividade terapêutica. Evidenciamos que “estes são alguns dos modos de expropriação tanto de trabalhadores quanto de usuários, do excedente precioso, que é o equivalente da mais valia no contexto das práticas de saúde mental” (COSTA-ROSA, 2001, p. 21). O autor refere-se aí justamente à produção de subjetividade singularizada, via pela qual se rompe com a lógica fragmentária dos sujeitos.

Nas instituições manicomiais, a fragmentação acontece de parte a parte, se, por um lado, o trabalhador, em sua ação, é privado da totalidade do sentido do seu trabalho, o sujeito louco, antes do trabalhador, já sofrera fragmentação maior, quando foi desapropriado de si mesmo, quando o manicômio primeiro o reduziu a corpo doente e quando depois jogou fora tudo o que lhe pertencia e que não estava contido em seu corpo, a saber, sua dimensão histórica e sociocultural.

Esta perspectiva fragmentária pode ser superada pela valorização da subjetividade e de seu processo de singularização. Assim, a produção de subjetividade entendida como um bem no processo de trabalho pode ser devolvida como propriedade dos trabalhadores e usuários da saúde mental e pode novamente estar a seu serviço.

Com o fenômeno da industrialização, vemos aumentar assustadoramente o contingente de pessoas encaminhadas aos asilos: “o enclausuramento de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica [...] enclausuramento na intenção absolutista de ocultar a miséria” (DESVIAT,

1999, p. 15). Este fenômeno não encontra justificativa no espectro das ciências naturais e tão somente pode ser analisado no contexto do materialismo histórico.

Não é por serem considerados doentes mentais que os sujeitos agora, no contexto capitalista, estão sendo exilados em manicômios, mas sim porque não acompanharam as transformações e as novas exigências sociais, sobretudo, no que concerne aos modos de produção.

Evidenciamos aqui que outros critérios, agora não mais da ordem das manifestações biológicas, se apresentam como determinantes para o diagnóstico da loucura. Em que pesem os aspectos biológicos, um dos determinantes para a constatação da alienação é justamente a incapacidade do sujeito para o trabalho. O rótulo da incapacidade somado ao da periculosidade são os dois principais estigmas impostos ao portador de sofrimento mental.

O paradigma que define a loucura e o louco como objeto da ciência médica e dá ao médico autoridade sobre o doente, legitimando a instituição asilar como o seu espaço de tratamento e a medicalização como sua ferramenta básica, ficou conhecido como Modo Manicomial ou Asilar.

Neste modelo está presente a impossibilidade de uma flexibilização nas relações interpessoais, uma vez que se estabelece a supremacia do profissional médico sobre o doente e se tira deste o direito de voz. No contexto asilar, o que se espera, em última instância, é a adaptação do sujeito louco às condições estabelecidas no interior das instituições.

2.1.1 O MANICÔMIO

Entendido o percurso histórico trilhado pelo sujeito louco até a constituição dos asilos e as questões implicadas na base deste percurso, faz-se necessário analisar as conseqüências da institucionalização na vida destes sujeitos e o que de fato ela representa.

O doente psiquiátrico crônico pode ser conceituado como “aquele que padece de uma doença que se prolonga no tempo e afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e tornando-o dependente de atendimento sanitário e social” (DESVIAT, 1999, p. 89). No caso da pessoa institucionalizada a razão de sua cronificação é também resultado da sua condição de isolamento e da falta de perspectivas dentro do espaço asilar.

Baságliia defende que as conseqüências da doença variam segundo o tipo de abordagem adotada em relação a ela. Referindo-se ao nível de destruição e de

institucionalização do paciente internado em manicômios ele diz que “tais conseqüências não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra e, através dele, a sociedade, estabelece com o doente” (BASÁGLIA, 1991, p. 106).

A institucionalização é justamente este percurso feito pelo interno dentro dos manicômios mediante o qual ele vai se tornando cada vez mais dependente da estrutura institucional como garantia de sua sobrevivência, em decorrência do isolamento social e da perda progressiva das capacidades e habilidades dos internos submetidos a rotinas disciplinadoras e despersonalizantes.

A institucionalização traz como uma de suas conseqüências a cronificação do doente mental, uma vez que os sujeitos condenados à tutela dos grandes asilos lá permanecem, por vezes, por toda uma vida.

Impotentes diante da repetição de rotinas hospitalocêntricas, massificadoras e de uma conseqüente indiferenciação de suas personalidades por práticas quase sempre castradoras, os pacientes vêem-se em uma situação de perda progressiva de suas habilidades e de agravamento de suas limitações.

A instituição pode ser entendida como “formação material constituída por um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso ideológico” (COSTA-ROSA, 2000, p. 145). Vale lembrar que este componente ideológico guarda relação direta com as questões sociais, sobretudo de ordem econômica, e que são por natureza, contraditórias.

Tomando a instituição como ponto de partida, vemos que o processo de institucionalização ultrapassa o confinamento asilar e fala de tudo o que se atribui ao doente a partir de seu diagnóstico, por um lado, e, por outro lado, de tudo o que é atribuído aos técnicos, enquanto partes da instituição. Os técnicos confirmam o asilo em seus saberes e práticas e estão ao mesmo tempo também submetidos a ele.

O fenômeno da institucionalização do doente mental não fala apenas de seu confinamento aos muros do asilo, mas consolida-se enquanto uma dimensão teórico-conceitual e outra política e ideológica, determinando práticas que, por sua vez, também se institucionalizam.

É no manicômio que começa o processo de institucionalização, mas não é no manicômio que ele termina. Ele avança incrustando nos sujeitos, manifestando-se e reproduzindo-se nas relações que se estabelecem para além dos muros do manicômio, como podemos ver:

As características próprias da instituição ao se expressarem na forma como se organizam os seus serviços de atendimento, estabelecendo rotinas, normas, horários enfim, nas condições gerais do trabalho médico e via de circulação do paciente, estabelecem certos parâmetros de atuação social tanto para o médico como para o paciente. (SUCUPIRA, 1981, p. 311).

Baságlija descreve três tipos de relação entre médico e paciente, a primeira é a relação aristocrática, em que o médico é o detentor de saber técnico e o sujeito está em sua função social de doente; a segunda pode ser chamada mutualista, nesta situação há uma reciprocidade da relação de poder entre o médico por seu saber e o doente pela consciência de seus direitos; a terceira e última é a institucional:

Na qual aumenta vertiginosamente o poder puro do médico (já nem é necessário que seja poder técnico), exatamente porque diminui vertiginosamente o do doente, o qual, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que lhes aprouver, sem qualquer apelação. Na dimensão institucional a reciprocidade não existe; sua ausência, aliás, não é nem sequer camuflada. É aqui que se vê, sem véus e sem hipocrisia, o que a ciência psiquiátrica, enquanto expressão da sociedade que a delega, quis fazer do doente mental. (BASÁGLIJA, 1991, p. 107).

Durante séculos esta foi a expressão das relações estabelecidas entre o corpo técnico dos manicômios e os pacientes psiquiátricos, o que permitiu toda sorte de abusos contra os doentes e permitiu ainda o abandono dos loucos à sua própria loucura como decorrência da constatação da impossibilidade da cura (único alvo do modelo médico tradicional, “a pronta recuperação, ao se fazer impossível leva ao abandono fácil e costumeiro”).(DESVIAT, 1999, p. 88).

Fracassado o modelo médico diante da enigmática loucura e nenhuma alternativa terapêutica posta, ficam os pacientes expostos a uma crescente potencialização de suas fragilidades e a uma degradação progressiva de suas capacidades. O modo asilar, no que tange aos seus mais diferentes aspectos, vai constituir-se enquanto um paradigma que se ramifica, ao mesmo tempo em que aglutina questões dos campos teórico-técnico e jurídico-ideológico.

É necessário pontuar que tal paradigma guarda em si inúmeras contradições evidenciadas no processo de institucionalização dos doentes mentais, são elas:

- Sujeito louco reduzido à sua dimensão biológica em detrimento da perspectiva de sujeito pluridimensional – ser histórico e sociocultural;
- Sujeito louco reduzido a corpo doente com sinais e sintomas em detrimento da visão de sujeito em relação ao seu sofrimento ou de ser de vontades, desejos e gostos reduzido a sujeito coisa – propriedade da instituição psiquiátrica;
- Instituição asilar totalizadora, mas que não dá conta da totalidade do sujeito ou que se pretende lugar de cura e recuperação, mas que cronifica e institucionaliza o doente;

- Instituição asilar como lugar de tratamento, mas que nega ao sujeito a possibilidade de criação de subjetividade singularizada como instrumento de inserção no mundo.

Este paradigma foi aos poucos se mostrando absolutamente ultrapassado e carente de alternativas que pudessem abolir ou, ao menos, abalar as armadilhas criadas por suas próprias contradições.

É no interior deste paradigma que suas contradições vão fomentar questionamentos, descontentamentos e fazer emergir posições diversas das que até então se apresentam instituídas, traduzidas enquanto coisificação do sujeito, hospitalização, medicalização e adaptação e hierarquização das relações com a valorização do saber médico.

2.2 O MODO PSICOSSOCIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

O rompimento do paradigma científico moderno pelo paradigma pós-modernista vai influenciar diretamente a superação do paradigma manicomial pelo paradigma psicossocial, pois os aspectos que forjaram as transformações do primeiro são os mesmos que impulsionam as transformações do segundo. Eles falam de uma revolução não só das ciências, mas de uma revolução da postura do homem diante do mundo, de como ele agora se coloca com relação à sua dimensão subjetiva e com relação à sua dimensão social, cultural, econômica e política.

No contexto pós-modernista, a noção de uma realidade linear e invariante foi sendo substituída pela noção de realidade complexa e dinâmica, que não é em todos os seus aspectos mensurável e controlável, como pretendeu o positivismo.

As ciências sociais propõem uma verdadeira revolução no campo da produção do conhecimento científico na medida em que propõem uma ruptura com a visão de mundo positivista, em que a realidade é encarada como linear e em que se considera científico somente aquilo que pode ser medido.

Tendo como foco o campo da saúde, vemos que o fenômeno saúde/doença constitui-se enquanto uma das esferas da realidade social, e, como tal, participa da complexidade da dinâmica social exigindo abordagens próprias, não só das ciências naturais como das ciências sociais para melhor compreender este fenômeno enquanto um processo que ocorre em um contexto de determinações sociais, econômicas, políticas e ideológicas.

Observando agora o campo da saúde mental, vemos que na segunda metade do século XX foram descobertas as primeiras medicações psicotrópicas, o que trouxe às pessoas

portadoras de sofrimento mental grande alívio dos sinais e sintomas dos transtornos mentais. Esta terapêutica, associada à idéia da multideterminação do sofrimento mental, possibilitou que outras áreas de conhecimento fossem se apropriando desse objeto e trazendo para o contexto assistencial novas abordagens terapêuticas.

Atores como psicólogos, assistentes sociais, músicos, artistas e outros começam a figurar, lado a lado, com os médicos e a equipe de enfermagem nestes espaços de tratamento que, aos poucos, passavam a focar o sujeito integral e seu sofrimento, e não mais apenas o doente e a remissão dos seus sintomas. Foi o início do repensar do espaço asilar como espaço legítimo de atenção à saúde mental e da sua desconstrução.

Tal processo culminava com a estruturação de serviços substitutivos que favoreciam uma abordagem interdisciplinar de atenção à saúde e ainda privilegiavam a manutenção do convívio familiar e social para os usuários dos serviços como primeiros passos para a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental.

Este modo de atenção em saúde mental ficou conhecido como Modo Psicossocial de Atendimento, no qual as perspectivas de atenção voltavam-se para um investimento na maior autonomia e independência da pessoa portadora de sofrimento mental, com sua ressocialização e reabilitação psicossocial para sua efetiva inclusão social.

Tal como o modo asilar, também o modo psicossocial constituiu-se como um paradigma com ramificações teórico-técnicas e jurídico-políticas de aspectos diametralmente opostos aos colocados no modo asilar. As palavras de ordem do modo psicossocial são desinstitucionalização, desmedicalização, valorização da subjetividade e da singularidade, democratização com a valorização da interdisciplinaridade, interlocução entre técnicos, usuários, familiares e comunidade.

A inclusão social, neste contexto, adquire contornos bem mais amplos que só o da simples desospitalização e a possibilidade de um retorno ao lar pode ser entendida como o movimento que visa a:

Tornar a pessoa excluída novamente participante da vida social, econômica e política, assegurando o respeito aos seus direitos no âmbito da sociedade, pelo Estado e pelo poder público, reconhecendo suas necessidades especiais, geradoras de direitos específicos, cuja proteção e exercício dependem do cumprimento dos direitos humanos fundamentais. (OLIVEIRA, 2000, p. 13).

A superação do paradigma positivista nas ciências sociais da saúde em favor do paradigma psicossocial constitui-se numa verdadeira revolução científica.

Buscando demonstrar a correlação entre a superação do paradigma positivista nas ciências sociais da saúde em favor do paradigma psicossocial e a superação do modo

manicomial de atendimento em saúde mental pelo modo psicossocial, vamos nos aprofundar nos aspectos relacionados a este último.

Se retomarmos as contradições do paradigma manicomial, veremos que o paradigma psicossocial em saúde vai preencher várias das lacunas deixadas pelo modelo anterior – tais lacunas resultaram em imenso sofrimento para todas as pessoas acometidas de sofrimento mental.

Este novo paradigma fundamenta-se numa perspectiva do sujeito enquanto ser pluridimensional – histórico, social, cultural – e procura incorporar estas dimensões ao fenômeno da loucura, tentando tratá-la em toda a sua complexidade.

Ele traz a perspectiva do sujeito em seu sofrimento tentando superar a visão biológica de corpo doente, seus sinais e sintomas, buscando alternativas que abarquem questões do seu mundo relacional e da sua dimensão subjetiva.

Traz também a noção de que o louco é antes um sujeito humano – ser de vontades, desejos e gostos, que não pode ser tomado como propriedade da instituição psiquiátrica, uma vez que ela jamais dará conta da complexidade da pessoa humana.

Daí então o novo paradigma apoiar-se numa perspectiva contrária à da instituição asilar ou manicomial, que é totalizante e cronificadora, uma vez que não propõe alternativas para o sujeito louco, senão ser refém de sua própria loucura para suportar os desmandos do asilo. O novo paradigma reconhece que a instituição asilar nega a subjetividade dos sujeitos, nega todas as suas dimensões que não residem no corpo e, por isso mesmo, ele, homem, passa de sujeito à coisa.

Assim o modo asilar – que tanto negou ao sujeito, sobretudo, o seu direito de estar no mundo apesar da sua loucura e impôs a ele o exílio, a exclusão – passa a ser negado como lugar de cura e recuperação, tendo se mostrado mesmo ineficaz para isso, “o doente mental é doente, sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos em relação a quem se pode tudo”. (BASÁGLIA, 1991, p. 29).

O paradigma psicossocial não propõe apenas a extinção do manicômio como lugar de tratamento, propõe sim a extinção de toda a lógica assistencial que nasceu ainda antes do manicômio, que o constituiu e que morou também dentro dele.

O novo paradigma propõe uma nova maneira de encarar e lidar com o sujeito louco e a loucura e toda a sorte de diferenças que ela gera. Este novo paradigma quer encontrar um lugar de legitimação do diferente, buscando incluí-lo no contexto da família e da sociedade, no contexto da cultura e do trabalho, propondo o caminho inverso ao da exclusão.

Discutindo sobre os princípios de uma prática clínica antimanicomial (termo muito adequado para o momento em que a autora produz sua obra), Lobosque reflete sobre o que ela chamou de princípio do limite, ressaltando que a cultura é limitante na medida em que rotula tudo o que considera excessivo e desordenado e que trilhar o caminho da não exclusão, ou melhor, da inclusão, exige que se possa rever a maneira como a cultura própria compreendeu e agiu com relação à loucura, reforçando muitas vezes o modelo manicomial.

Questionar a exclusão, não é o mesmo que incluir pura e simplesmente. Assim fazer caber o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com uma certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites. Uma sociedade não tem como desconstruir seus manicômios permanecendo intocada em suas estruturação: pensar, propor sustentar formas de contrato social nas quais não seja mortífera a presença da loucura. (LOBOSQUE, 1997, p. 23).

A autora ainda se refere a outros dois princípios para uma clínica antimanicomial. Um deles é o princípio da singularidade, que fala não de uma distinção entre o particular e o universal, mas sim de um atributo que não se dissolve em um ideário individualista, nem se amarra em uma perspectiva de unidade ou totalização. Fala da necessidade de reconhecer o que há de próprio em cada sujeito e de singular no coletivo que é composto a partir de várias individualidades, em que “tomaremos como antimanicomial toda clínica que convide o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social” (Ibid., p. 23).

Mais modernamente, fala-se da produção de subjetividade singularizada, com este idêntico princípio, podendo-se reconhecer nele também um princípio ético que respeita o universo interno de cada sujeito, enfatizando cada aspecto que possa resgatar aquilo que a pessoa, acometida de sofrimento mental, tenha de próprio, de valoroso e de instrumental para uma vida de inclusão na esfera da família e da sociedade em todas as suas dimensões.

O último princípio para uma clínica antimanicomial, proposto por Lobosque (1997), é o princípio da articulação entre diferentes atores sociais, que, preocupados com as perspectivas excludentes do modo manicomial “também sustentam uma posição de combate aos diversos dispositivos de exclusão” (Ibid., p. 24).

Nessa perspectiva, instituições de saúde mental que propõem uma prática substitutiva ao modelo de atendimento hospitalar e que objetivam a reabilitação para a vida social dos usuários da saúde mental estarão buscando entre os diferentes atores sociais instâncias governamentais, ou não, parceiros que possam favorecer a inclusão dos usuários na esfera da educação, do trabalho e do lazer, como ferramentas para a sua definitiva desinstitucionalização.

2.2.1 INCLUSÃO SOCIAL

No modo psicossocial de atenção à saúde mental, muito se fala sobre reabilitação psicossocial e inclusão social como elementos fundamentais para a construção de uma nova cidadania para a pessoa em sofrimento mental, uma vez que no modo manicomial ela foi forçada ao isolamento social por força das estruturas manicomial.

Para falar sobre tais elementos, é importante fazermos uma discussão inicial sobre o que é autonomia, do ponto de vista da pessoa em sofrimento mental. Devemos traçar um paralelo entre dois termos, autonomia e loucura.

A palavra autonomia vem do grego, *autos* (si mesmo) e *nomos* (lei). “Um sujeito autônomo é aquele que goza de liberdade e pode, assim, dar a si mesmo a regra, ou seja, autodeterminar-se” (FERRAZ, 2001, p. 76). Hegel conceitua loucura como “a subversão da hierarquia interna onde a consciência ordena o universo sensitivo, ideativo e volitivo; no indivíduo são a consciência coordena todas as atividades, no alienado um destes elementos foge ao controle e instala a contradição” (AMARANTE, 1996, p. 48).

Tendo em vista estes dois conceitos, vemos que a própria condição do adoecimento mental pode comprometer a autonomia da pessoa em sofrimento. Isto ocorre porque seu transtorno por vezes a incapacita, mesmo que temporariamente, para algumas habilidades já adquiridas por ela antes do adoecimento.

Por exemplo, pessoas que trabalhavam não conseguem mais desenvolver suas atividades com a mesma destreza ou no mesmo ritmo, pessoas que administravam seus bens e recursos financeiros podem ter dificuldades para gerenciá-los. Essa incapacidade pode levá-las à perda da sua autonomia, não só pessoal como também do ponto de vista jurídico, quando perdem o direito de responder por si mesmas e passam a ser representadas por seus tutores ou curadores.

A vulnerabilidade é um outro conceito que está intimamente relacionado com o de autonomia. A pessoa em sofrimento mental apresenta-se, muitas vezes, em condição de extrema vulnerabilidade em razão de suas fragilidades emocionais e psíquicas, mesmo que temporárias, ficando assim entregue a decisões de familiares ou responsáveis em seus momentos de crise.

Do ponto de vista social não há outro diagnóstico que traga mais estigmas do que o transtorno mental, fato que se fundamenta não nas incapacidades trazidas pela patologia em si, mas sim pelas discriminações de que são vítimas as pessoas em sofrimento. Vejamos as

palavras de Teixeira em um seminário sobre direito e saúde mental, ocorrido na Câmara dos Deputados: “Na realidade temos pessoas desamparadas, desvalidas do destino, da vida, do Estado, condenadas à prisão perpétua por acusação de loucura” (TEIXEIRA, 2002, p. 16).

Para finalizar a análise sobre a autonomia do sujeito em sofrimento mental, citaremos Ferraz (2001), que considera o sujeito autônomo como um sujeito ideal, já que:

Ele pode ter um grau de flexibilidade em sua faculdade de emitir juízo de valor, bem como de auto transformar-se, desde que este processo não resulte de violência moral por imposições inaceitáveis e nem signifique indiferença quanto ao destino de si mesmo e dos outros (FERRAZ, 2001, p. 79).

Esta é uma ponderação da condição talvez utópica de autonomia do ser.

O paciente institucionalizado pode, aos poucos, perder suas capacidades e habilidades, cronificando-se muito mais por ação do contexto hospitalar do que propriamente em função de sua patologia. É por esta razão que a idéia da reabilitação psicossocial nasce junto com a idéia de desinstitucionalização, ambas vão representar a busca pelo resgate da autonomia dos sujeitos em sofrimento mental, sua reinserção no contexto da família e da comunidade, no mundo da cultura, do trabalho e do lazer.

Para falar em reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento mental, cronificadas e institucionalizadas, faz-se necessário voltarmos para os novos dispositivos terapêuticos em saúde mental.

Os novos serviços devem prestar-se principalmente a ampliar capacidades e habilidades dos sujeitos e elevar sua qualidade de vida; devem reabilitá-los para uma vida fora dos muros institucionais, abandonando a prática do tratamento massificador, serializado, para promover a expressão de subjetividade singularizada, possibilitando a recriação do universo interno e externo do sujeito louco, de modo que ele encontre seu espaço de legitimação no mundo social e da cultura.

A reabilitação psicossocial é um conceito central no contexto da saúde mental, ela se apresenta como um dos aspectos da desinstitucionalização da pessoa em sofrimento mental, devendo estar inserida como estratégia em qualquer serviço que vise a ampliar as possibilidades de cidadania do paciente. Desviat define reabilitação enquanto uma ação que “visa desenvolver habilidades que permitam ao paciente melhorar seu manejo do cotidiano e sua competência, tornando-se menos vulnerável”. (DESVIAT, 1999, p. 95). De um modo geral, reabilitação pode ser entendida como:

Processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, compreendendo medidas que visam compensar uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais. (LIMA, 2001, p. 48).

Vemos que a reabilitação é um grande desafio para os que se propõem a realizar atenção à saúde mental em uma perspectiva psicossocial. Ela surge em um contexto de superação da lógica manicomial que valorizava a doença, a medicalização e o hospital e atua em uma lógica que valoriza o sujeito em seu sofrimento e sua reintegração na vida social.

A proposta de reabilitação pauta-se em uma visão integralizadora do sujeito, tentando dar respostas, ou melhor, buscando com o usuário, a família e a comunidade, respostas para suas necessidades biopsicossociais.

Dentro desta perspectiva surgem os serviços substitutivos ao modelo de internação integral, propondo-se a ser espaços para a realização de terapêuticas que acolham, além dos usuários, sua família e sua comunidade.

A reabilitação psicossocial pode trazer, também, um foco na inserção dos usuários no mercado de trabalho, com vistas ao exercício da vida laborativa (em que sejam respeitadas suas peculiaridades e seu ritmo) e à geração de renda. O investimento na dimensão do trabalho representa para os usuários um caminho para sua independência financeira e o alargamento do seu horizonte de pessoa participativa e cidadã.

O processo de Reforma Psiquiátrica, no qual se inserem as práticas de reabilitação, estimula as diferentes esferas governamentais a investirem em políticas que garantam a inserção dos usuários no mercado de trabalho.

Suas proposições são pela criação de oficinas de capacitação e de produção, também chamadas oficinas protegidas, pela criação de cooperativas de trabalho, além de associações de usuários e familiares da saúde mental, como formas de articulação social que fortaleçam os usuários em sua luta por maior autonomia e cidadania.

2.2.2 O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO INTERNACIONAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA

Apresentados os dois paradigmas do modo de atenção à saúde mental, evidenciamos que o Modo Psicossocial diferencia-se do Modo Manicomial em todas as suas dimensões, seja

do ponto de vista teórico-técnico ou político-ideológico, vale ressaltar de que maneira estruturam-se, no contexto internacional, os movimentos de reforma que preconizam a substituição do velho paradigma pelo novo.

A Segunda Guerra Mundial foi um marco para o repensar de uma série de posicionamentos sociais vigentes. Variadas discussões ganham amplitude social. Elas giram em torno dos conflitos éticos que surgem em função dos avanços científicos e tecnológicos e da defesa dos Direitos Humanos. Desta última discussão culmina a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

Neste contexto do pós-guerra, está posta a reconstrução social e o crescimento econômico. Nele, crescem também os movimentos que discutem as desigualdades sociais e movimentos de “maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias”. (DESVIAT, 1999, p. 23). Neste campo fértil formulam-se críticas mais enfáticas às estruturas asilares e ao modo de atendimento manicomial.

Os primeiros movimentos pela Reforma Psiquiátrica surgem sem a perspectiva de superação do manicômio como espaço de tratamento. São experiências que procuram melhorar as condições de vida dos doentes ainda dentro dos asilos, propondo mais uma reestruturação interna do que um rompimento com o modelo.

Essas experiências são as comunidades terapêuticas na Inglaterra e nos EUA, que procuram democratizar as relações existentes dentro das instituições psiquiátricas, e a psicoterapia institucional na França. Desviat, *apud* Hochmann, diz que esta perspectiva terapêutica “é a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio [...] procura organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes”. (DESVIAT, 1999, p. 25).

Outros dois movimentos pela Reforma Psiquiátrica marcam sua diferença para com os que os antecederam, pois vão colocar em xeque justamente a legitimidade do asilo como lugar de tratamento. São eles a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana.

A Antipsiquiatria surge na Inglaterra, nos anos 60, questionando o saber médico e sua eficácia no trato com a loucura. Ela vai propor um diálogo entre razão e loucura, entendendo que a loucura está entre os homens e não dentro deles, “aqui é formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença”. (AMARANTE, 1998, p. 42).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana tem origem nos anos 60 com Baságlio, psiquiatra envolvido com a causa da reformulação do modo de atenção à saúde mental. Ele propõe que para compreender cientificamente o problema do doente mental “será preciso por

entre parêntese a doença e o modo pela qual ela foi classificada, para considerar o doente em seu desdobrar-se em modalidades humanas que – justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis”. (BASÁGLIA, 2005, p.36).

Nesta perspectiva Baságlija preconizava não só o fim do manicômio como esta instituição de violência, a serviço de ideologias excludentes, mas também o reconhecimento de que o saber médico não responde ao problema da loucura em sua integralidade.

Era preciso considerar, para além da doença, a pessoa em seu sofrimento, uma vez que o fenômeno da loucura não existe enquanto fato “natural”, só se revelando nas experiências concretas de sofrimento dos sujeitos por ela acometidos.

Sua bandeira era a de um repensar de saberes e práticas com implicações históricas socioculturais e político-ideológicas que levasse à construção de novos espaços e novas formas de tratamento, com a perspectiva da inclusão da pessoa em sofrimento mental na sociedade.

Na Itália, a reforma psiquiátrica seguiu uma trajetória marcada pela criação de novos dispositivos terapêuticos. Ao mesmo tempo em que se criavam centros de saúde mental e casas-lares (para abrigar os moradores dos manicômios que haviam perdido suas referências familiares e sociais), leitos psiquiátricos eram fechados. Propunha-se um diálogo com as diversas instâncias sociais, chamando a comunidade para se apropriar do movimento e ao mesmo tempo endossá-lo.

O movimento italiano fez despertar a consciência de que a manutenção do manicômio respondia a interesses que fugiam do âmbito da saúde para justificar questões político-sociais favoráveis à exclusão do doente como forma de controle social. A reforma avança com o desmonte dos hospitais psiquiátricos tradicionais e com a criação de novos espaços de atenção em saúde mental, integrados com as comunidades locais, estende-se ao Legislativo com a aprovação da Lei nº 180, que dispõe sobre o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental em todo o país.

3 PANORAMA BRASILEIRO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para compreender o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil é importante situá-lo frente ao contexto sócio-histórico no qual emerge. No final dos anos 70, uma grande mobilização social, constituída por intelectuais, trabalhadores, sindicalistas e outras instâncias da sociedade civil organizada, dá origem a um movimento denominado Movimento Sanitário, que vem questionar e propor mudanças nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil.

Questionando o modelo hegemônico da saúde de foco curativista, o movimento reivindicava uma política pública em saúde que se sustentasse nos princípios da integralidade e equidade na atenção, universalidade de acesso, descentralização e participação popular na gestão. Este movimento dará origem ao Sistema Único de Saúde – SUS.

No rastro do Movimento Sanitário e fundamentado nos mesmos princípios, surge o Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

3.1 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA

O Movimento pela Reforma Sanitária – MRS é um dos movimentos sociais que merecem grande destaque. Ele nasce dentro de um movimento mais amplo pela redemocratização do Brasil.

Assim como o Movimento de Reforma Psiquiátrica, ele surge a partir da organização de trabalhadores da saúde, de movimentos sindicais, pelo envolvimento de alguns partidos políticos e outras instâncias ligadas à intelectualidade universitária. Todos estes atores, desejosos de uma revisão na esfera da saúde brasileira, vão fortalecer o MRS. Teixeira descreve o MRS como:

Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos, e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços, sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

O movimento “serviu para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde” (KRUGER,

2000, p. 121), e tem como um de seus desdobramentos a criação do SUS. Passadas quase duas décadas do início deste movimento, a agenda da Reforma Sanitária ainda não está esgotada.

Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2000, algumas de suas proposições são revalidadas, como bem explicita a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (2002), que traz como pauta de discussão a melhoria das condições de saúde; a existência efetiva de políticas públicas integradas, articuladas intersetorialmente; o compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana; o fortalecimento do caráter público das ações e serviços de saúde e responsabilidade do Estado no provimento da saúde ao povo; a consolidação do SUS como sistema público de saúde, descentralizado e democrático, com participação e controle social, mediante conferências e conselhos de saúde deliberativos e paritários; implantação de política de recursos humanos para o SUS com contratação mediante concurso público, centrada na profissionalização e na multiprofissionalidade e aprimoramento continuado; o acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, com autonomia de Municípios e Estados na definição de políticas de saúde locais e a priorização de serviços de atenção básica como o Saúde da Família para porta de entrada no sistema.

Muitos dos desafios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira agora estão imbricados com os desafios para o fortalecimento do próprio Sistema Público de Saúde do Brasil, o que faz ver a necessidade de considerar as questões que levam aos frequentes desvios de rumo, dificuldades de efetivação de ações que visem a fortalecer princípios e diretrizes do SUS e analisar erros de entendimento do próprio ideário do SUS.

Estes desafios estão colocados para a sociedade e, sobretudo, para as instâncias participativas do SUS, tais como gestores e conselheiros de saúde, como explicita o relatório da 123ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, destacando que os desafios pensam o fortalecimento do SUS sob o ângulo da estruturação do novo modelo de atenção à saúde “que subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas de interesse coletivo e aos direitos da cidadania, e realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde”. (ABRASCO, 2002, p. 299).

Estes desafios dizem respeito à superação definitiva de uma perspectiva que é contrária às conquistas do SUS e que encontra aliada poderosa na recente política neoliberal, a superação da perspectiva hospitalocêntrica e privacionista e todos os seus desdobramentos.

O Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica entrelaçam-se em muitos de seus aspectos, enfrentam desafios semelhantes e buscam, sobretudo, defender os mesmos princípios que fundamentam a própria estruturação do SUS:

universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação social.

Os avanços nas políticas públicas para a saúde como um todo são acompanhadas por avanços nas políticas de saúde mental. Retroceder neste processo pode representar muito mais do que a piora do sistema público de saúde, denuncia um retrocesso das conquistas sociais como um todo.

Torna-se fundamental defender o sistema público de saúde, assim como fortalecer as instâncias de controle social que fazem a ponte entre Estado e população, garantindo que as políticas públicas venham ao encontro de uma maior cidadania. Na saúde mental isso representa a plena inclusão das pessoas portadoras de sofrimento mental nas instâncias sociais enquanto legítimos cidadãos.

3.2 O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira vai buscar inspiração no movimento italiano e desponta no final da década de 70, tendo como alguns de seus defensores integrantes dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental, do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e trabalhadores da saúde.

Os primeiros passos pela reforma psiquiátrica no Brasil foram dados pelos trabalhadores da saúde mental que levavam a público denúncias de maus-tratos no interior dos hospitais psiquiátricos e as péssimas condições dessas instituições. A articulação dos trabalhadores dá origem ao Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental – MTSM.

Este grupo vai ocupando espaço dentro de vários eventos técnico-científicos, levando para a pauta a discussão sobre a necessidade de reformulação do modelo de atenção à saúde mental, na perspectiva da superação do modo manicomial e seu redirecionamento para um modo psicossocial de atendimento.

As primeiras críticas ao modelo vigente destacam a ineficiência do modo asilar, que traz como conseqüências a cronificação do doente, sua estigmatização e exclusão social, ressaltando ainda o caráter político-ideológico de tais instituições.

O MTSM critica a política pública de contratação de leitos psiquiátricos privados, ressaltando a lucratividade das internações psiquiátricas, nas quais se investia basicamente em terapêuticas medicamentosas (daí o interesse econômico também da indústria farmacêutica).

Estes dois segmentos, a Federação Brasileira de Hospitais e a indústria farmacêutica serão os dois grandes opositores da Reforma Psiquiátrica no país.

No início dos anos 80 vemos uma tentativa de reversão da política de contratação, pelo Estado, de leitos privados para a saúde como um todo. De uma parceria entre o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS e o Ministério da Saúde – MS, ocorre o que ficou conhecido como “co-gestão” na saúde.

Vários profissionais ligados ao MTSM passam a propor uma reformulação das políticas de atenção à saúde mental articulando-se com a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM do MS, instância que se beneficia das conseqüências da co-gestão no sentido de uma maior descentralização e dinamicidade.

Este momento marca o início de uma trajetória de superação do manicômio e um maior foco em estratégias de ressocialização do paciente psiquiátrico, com aumento de verbas para a saúde mental pública, ampliação de recursos humanos e investimento em atendimento ambulatorial na área.

O MTSM mantém-se em articulação com o Estado colaborando na formulação e no gerenciamento das políticas públicas de atenção à saúde mental. Essas políticas são foco de discussões em vários eventos técnico-científicos, como a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida entre os dias 25 e 28 de junho de 1987, logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A 1ª CNSM vai marcar o distanciamento do MTSM com as instâncias públicas e uma maior aproximação com instâncias sociais, como usuários familiares e sociedade civil organizada. Neste evento, as discussões avançam para conquistas tanto técnicas quanto sociais, o processo de reforma psiquiátrica brasileira “deixa de ser restrito ao campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa... nos campos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”. (AMARANTE, 1998, p. 76).

No Brasil, assim como no Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano, ressalta-se a necessidade da superação do manicômio como lugar de tratamento e, sobretudo, a desinstitucionalização do doente mental como algo além da desospitalização, mas como a superação de saberes e práticas excludentes e a conquista de novos espaços sociais para as pessoas em sofrimento mental.

O MTSM desdobra-se no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – MNLA, do qual participavam também vários outros segmentos sociais, incluindo usuários da saúde mental, familiares e entidades afins com a causa da saúde mental.

Outros eventos importantes ocorrem nesse período. Durante esses eventos se debatia sobre a necessidade de levar a um público mais amplo as questões da saúde mental. Tal debate desdobrou-se na inclusão de estratégias como festas e eventos para os quais toda a sociedade era convidada a fim de aproximar-se das discussões acerca da saúde mental.

As discussões avançam para o campo jurídico-político, culminando, em 1989, com a apresentação do Projeto de Lei nº 3657/89, que propõe o redirecionamento da atenção à saúde, com a extinção progressiva dos manicômios e a criação de serviços substitutivos a esta modalidade de atendimento. Outras leis locais foram sendo aprovadas nos diversos Estados brasileiros.

Mesmo antes da aprovação da Lei – que só vai acontecer em 2001, vários serviços substitutivos começam a ser inaugurados no Brasil, como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Santos, CAPS – Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987. Até então não havia legislação que definisse a natureza destas unidades de saúde.

O projeto do primeiro CAPS destacava que uma de suas finalidades era “criar um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária”. (AMARANTE, 1998, p. 82).

Em 1989, outro fato marcante no contexto da saúde mental teve repercussão nacional. Trata-se da intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, que culminou no fechamento da clínica após constatação de maus-tratos e mortes de pacientes.

Associações de usuários e familiares e cooperativas começam, também, a serem instituídas, reforçando-se a participação social na discussão e proposição de políticas de atenção à saúde mental inclusivas para a pessoa em sofrimento mental.

No final da década de 90, o Ministério da Saúde passa a regulamentar a implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e garantir financiamento para as novas unidades.

Em 1998 já eram 170 os CAPS no Brasil e 1.410 pacientes eram atendidos em serviços de hospital-dia. O número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais era de 1.720. (AMARANTE, 1998).

Outros dispositivos tais como centros de convivência e espaços de orientação jurídica a usuários de serviços psiquiátricos também eram criados, fortalecendo o processo de reforma psiquiátrica no país.

Tecidas estas considerações sobre o Modo Manicomial e o Modo Psicossocial de atenção à saúde mental, evidencia-se que a opção por um ou outro tem implicações que vão

além da definição do lugar de tratamento, se no hospital ou se em estruturas extra-hospitalares.

Esta opção define um modo de ver e de agir diante da pessoa em sofrimento mental, se ele vai ser encarado como um objeto ou como um sujeito de direitos e deveres. Ela provoca uma definição entre desqualificar o diferente a ponto de torná-lo invisível socialmente ou respeitá-lo, responsabilizando-se por ele e buscando para ele um lugar legítimo na sociedade.

3.3 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Para a efetiva transformação do modelo de atenção à saúde como um todo e dentro dele a saúde mental, é imprescindível a participação social, como os movimentos sociais já demonstraram.

O envolvimento das diversas instâncias sociais articuladas com o Estado garante uma pauta de reivindicações mais próxima das verdadeiras necessidades da população e, portanto, mais justas. Algumas das vias pelas quais se insere a sociedade civil nas discussões e na elaboração das políticas públicas de saúde são as conferências locais e nacionais de saúde, em que se fomentam proposições que resultam em ações de fato transformadoras no âmbito da saúde.

Alguns eventos destacam-se como marcos históricos importantes quanto à participação popular na organização das políticas de saúde no Brasil, entre eles está a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que foi determinante para a formulação de um projeto de reforma sanitária e da proposta da criação do SUS.

Nesta conferência ficaram estabelecidas as principais diretrizes para a reorientação do sistema de saúde no Brasil e foram trazidos para a proposta do SUS os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Em 1988, ocorre a promulgação da nova Constituição Brasileira, que em seu capítulo sobre a saúde guarda reflexos das proposições do movimento popular de reforma sanitária. Nela fica determinado que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

A efetiva regulamentação do SUS vai ocorrer somente a partir da promulgação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na

gestão do SUS, por meio dos conselhos gestores de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Logo após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, da qual saem recomendações importantes, como a necessidade da união de esforços entre trabalhadores e sociedade civil para o redirecionamento das práticas em saúde mental, ênfase na participação popular para a elaboração e execução de políticas públicas de saúde mental e o redirecionamento dos investimentos financeiros do sistema público de saúde (antes dirigidos à manutenção de leitos psiquiátricos) para a estruturação de serviços extra-hospitalares.

Vemos que as diversas conferências nacionais de saúde avançam nas discussões para o fortalecimento do SUS como estratégia de reforma sanitária e de garantia de maior acesso e qualidade na atenção à saúde da população. Vemos, a cada um dos eventos, fortalecerem-se os princípios e diretrizes do SUS quanto à descentralização e à participação social.

Destacam-se aqui dois eventos. A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que traz como tema central a questão da municipalização como caminho para a efetivação do SUS. A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que traz a afirmação de que a efetivação do SUS só é possível com controle social, conforme carta aberta divulgada ao seu término.

Outro evento importante foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental – realizada em 2002, que traz como tema central “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Destacamos um trecho do relatório final da III CNSM, que contém alguns dos seus aspectos mais importantes:

O processo da reforma psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por desafios e conflitos [...] buscamos, sobretudo transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais [...] o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais. (MS, 2002, p. 19-20).

As conferências apresentam-se como momentos importantes para o fortalecimento dos movimentos sociais que apóiam a reforma sanitária e, dentro dela, a reforma psiquiátrica. São estes eventos que traduzem e subsidiam discussões que podem colaborar na transformação do contexto de atendimento à saúde mental.

Alguns documentos também são bastante relevantes para o contexto da reforma psiquiátrica. Documentos elaborados por instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, ajudam a subsidiar as ações do movimento, pois expressam valores fundamentais e trazem em sua essência a preservação dos Direitos Humanos.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil provocou a elaboração de várias leis que surgem no sentido de garantir os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e o redirecionamento das práticas manicomiais para ações substitutivas a este modelo, ao mesmo tempo, aprovadas as leis, elas fortalecem o movimento e provocam a reestruturação da rede de atenção à saúde mental no país.

Em 2006 o Brasil conta com uma vasta legislação em saúde mental. Merece destaque a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Entre as principais questões abordadas na lei estão: garantia de acesso ao melhor tratamento disponível; garantia de tratamento humanizado, respeitoso, livre de abusos e realizado por meios menos invasivos; foco na recuperação, reinserção na família, na comunidade e inserção na esfera do trabalho; garantia de privacidade e sigilo sobre os casos; garantia de atendimento interdisciplinar; garantia de acesso aos meios de comunicação, garantia de acesso à informação sobre a doença e o tratamento, garantia de que o tratamento seja feito preferencialmente em serviços comunitários. Por fim, a lei recomenda que a internação só seja indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Quanto aos Estados, verifica-se que já são muitos os que possuem legislação específica, incluindo o Distrito Federal, com a Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, que fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no DF. São poucos os Estados brasileiros que não contam com uma legislação em saúde mental, como Mato Grosso e alguns Estados do Nordeste.

Quanto às portarias do Ministério da Saúde, destacamos as que definem dispositivos terapêuticos substitutivos ao modelo de internação integral, como a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que cria os CAPS, e a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, que cria os SRT.

3.4 DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Para detalharmos dois dos dispositivos terapêuticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, retomamos aqui o conteúdo da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que cria os CAPS, e o da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os SRT.

3.4.1 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Os CAPS são serviços de atenção diária fora de unidade hospitalar que devem estar capacitados para atender prioritariamente pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, eles são fundamentais para o redirecionamento das práticas hospitalocêntricas, sua regulamentação está descrita na Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002.

São eles que vão garantir atendimento focado não na doença e na remissão de sintomas, e sim no sujeito – pessoa singular que sofre, mas que também ama e sonha – alguém capaz de contribuir na discussão de seu projeto terapêutico e participar ativamente do seu desenrolar.

O projeto terapêutico institucional dos CAPS prevê a elaboração de projetos terapêuticos individualizados para cada usuário do serviço, este é um recurso fundamental para o delineamento da assistência prestada e deve ser construído interdisciplinarmente.

Peduzzi (1998) *apud* Sartre (1987) afirma que o projeto é a mediação entre dois momentos de objetivação, encontra-se em um campo de possibilidades, sendo delimitado pelas contradições do contexto e pelas escolhas dos homens. A construção do projeto confronta a realidade objetiva com proposições subjetividades.

Neste sentido “mesmo a conduta mais rudimentar deve ser determinada ao mesmo tempo em relação aos fatores reais e presentes que a condicionam e em relação a certo objetivo a vir que ele tenta fazer nascer” (SARTRE, 1987, p. 152).

Tais dispositivos podem assegurar o rompimento da lógica manicomial, na medida em que suas práticas se voltem, de fato, para a construção de espaços de exercício de subjetividade singularizada, de respeito ao diferente e de busca pela inclusão das singularidades no âmbito social.

Estes serviços têm um papel importante na articulação entre técnicos, clientes e comunidade e na promoção do diálogo entre estas instâncias. Com o atendimento sendo dado preferencialmente na modalidade “dia”, reduzem-se as internações hospitalares e permite-se a continuidade do convívio com a família e com a comunidade – a manutenção dos laços sociais é um grande passo para a não institucionalização da pessoa em sofrimento mental.

Entre as suas estratégias, os CAPS devem incluir o acolhimento de familiares dando-lhes suporte para o cuidado e o convívio com a pessoa em tratamento e a articulação com os recursos da comunidade, a fim de garantir a penetração e a circulação dos usuários por estes espaços de maneira cidadã.

Os CAPS devem garantir ainda atenção integral ao usuário dada por equipe multiprofissional e em uma perspectiva do trabalho interdisciplinar, propondo assim a articulação entre os diferentes saberes para uma abordagem mais ampla dos múltiplos aspectos do sofrimento mental.

O foco interdisciplinar de atendimento favorece o repensar de saberes e práticas em saúde mental, uma vez que cada profissional é chamado a rever seu papel frente à pessoa em sofrimento em todo o seu contexto de vida e de tratamento.

O trabalho interdisciplinar exige do profissional a adoção de uma postura aberta ao aprendizado continuado, um exercício de flexibilização, de diálogo e de respeito aos diferentes atores, sejam eles colegas de trabalho, usuários, familiares ou membros da comunidade.

O foco no trabalho interdisciplinar favorece ainda a quebra da hegemonia médica e o fim da centralidade do foco medicamentoso. Neste sentido, os investimentos terapêuticos propostos são da ordem da ressocialização e da reabilitação psicossocial e se valem de estratégias de atendimento individual e grupal.

O atendimento individualizado é dado pelos diferentes profissionais, médicos, psicólogos, equipe de enfermagem, nutrição, serviço social, de orientação e outros que podem compor a equipe interdisciplinar. Este atendimento visa ao cuidado relacionado a demandas específicas de cada usuário.

As atividades grupais podem ser de psicoterapia, grupo operativo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, reuniões, assembléias, entre outros, e podem ser desenvolvidas por qualquer membro da equipe habilitado para tal. Elas ocorrem no sentido de fortalecer a interação e o convívio social do usuário.

Os espaços de atividade grupal são espaços onde o usuário, com direito à voz e “voto”, pode colaborar para a construção e o fortalecimento do projeto institucional e do projeto

terapêutico individualizado. Ele pode ainda influenciar na mudança de rumos de práticas terapêuticas consideradas inadequadas.

Uma das ações terapêuticas do CAPS inclui a realização de oficinas de caráter profissionalizante. Elas capacitam o usuário para a vida laborativa e atuam no sentido da reintegração dos usuários no contexto do trabalho, trazendo-lhes a oportunidade de se perceberem produtivos e distanciando-os do rótulo da incapacidade. As oficinas podem garantir ainda certo provimento financeiro aos usuários.

Os CAPS podem constituir-se em diversas modalidades por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, respeitando os princípios do SUS quanto à regionalização, descentralização e hierarquização.

O CAPS I deve ser instalado prioritariamente em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, deve funcionar de 8h00 as 18h00, nos cinco dias úteis da semana.

O CAPS II é referência para uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, podendo funcionar em um terceiro turno até as 21 horas, ao longo dos dias úteis da semana.

O CAPS III deve se instalar em municípios com população superior a 200.000 habitantes e seu funcionamento deverá ser contínuo, durante as 24 horas do dia, incluindo feriados e finais de semana.

A Portaria nº 106 define ainda a modalidade de CAPS – i II, para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, e de CAPS – ad II, para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Os CAPS, independentemente de sua modalidade, têm um papel fundamental como articuladores da rede de atenção à saúde mental, possibilitando que o usuário transite entre os vários dispositivos terapêuticos, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, quando for o caso.

O CAPS é responsável pelo suporte técnico às residências terapêuticas, assegurando atendimento individual e grupal aos usuários na unidade ou fazendo visitas de supervisão as casas, para acompanhamento de seus moradores. O suporte às residências terapêuticas pode ser dado em articulação com as equipes dos programas de atenção domiciliar.

Por serem dispositivos relativamente novos (o primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado no final dos anos 80), há uma grande variedade na maneira como se organizam pelos diferentes Estados do Brasil. Cada um nasce e se desenvolve em uma perspectiva bastante regionalizada, segundo a cultura própria de cada localidade.

A garantia de que os CAPS funcionem de fato como serviços substitutivos ao manicômio dependerá não só de estarem situados fora do espaço hospitalar, mas, sobretudo,

de se constituírem como espaços em que a lógica massificadora dos manicômios não predomine. Novos dispositivos terapêuticos em saúde mental exigem um novo sentir, um novo pensar e um novo agir frente à loucura.

O fortalecimento de práticas terapêuticas inovadoras requer o acompanhamento das equipes, sua adequada capacitação e supervisão, para que os profissionais não se vejam repetindo velhas posturas em novos lugares e para que o trabalho resulte de fato na inclusão social destas pessoas que, por tanto tempo e de maneira tantas vezes cruel, ficaram alijadas de suas possibilidades sociais.

3.4.2 OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

No processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental, preconiza-se primeiramente o seu retorno ao contexto familiar. Em muitos casos, no entanto, os vínculos familiares ou sociais destas pessoas se perderam, em razão dos anos em que passaram confinadas nos hospícios.

Para estas pessoas, o retorno para casa já não é possível. Nem por isso elas devem ser deixadas nos hospitais. Pensando nelas é que, entre os dispositivos terapêuticos propostos pela legislação em saúde mental, estão incluídas as Residências Terapêuticas.

As Residências Terapêuticas são moradias, lares, e não unidades de terapia de qualquer natureza, e devem atuar no sentido de promover a reinserção de seus moradores na comunidade. Sua regulamentação está descrita na Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000 e são apresentadas com instrumentos de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos.

O projeto terapêutico destes serviços deve ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana. Essa abordagem requer um trabalho, em tudo, diferenciado das ações realizadas nas unidades de saúde mental.

Aqui se deve ter clara a habilitação do usuário para a vida no lar, o respeito ao seu espaço privado, pois ele é o “dono da casa”, o respeito à sua singularidade, ao seu “jeito de fazer as coisas”, de dispor os móveis, de como e quando tomar banho, fazer o seu jantar e outras tantas coisas.

Na casa, o técnico é colaborador, é “apoiador” para a organização do cotidiano. Ele deve primar pela autonomia do usuário, por sua liberdade para decidir e resolver seus

problemas e, sobretudo, pelo respeito ao espaço de moradia. Quando o técnico entra na casa do usuário, ele deve colocar-se como cidadão além de profissional.

Quando o usuário está de volta a uma casa, ele está reaprendendo a viver e a ressignificar sua vida, suas ações cotidianas e sua própria noção de lar. Ele está reaprendendo que pode sonhar e desejar sem emoldurar seus sonhos com os muros do manicômio. O que as Residências Terapêuticas representam para os usuários que deixam o hospital psiquiátrico só pode ser compreendido plenamente por quem já viveu a experiência do isolamento e da perda de sua humanidade.

Estas Residências são moradias inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do hospital especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital.

Os recursos antes destinados a cobrir gastos com internações hospitalares devem ser redirecionados para a cobertura de despesas com os novos Serviços Residenciais Terapêuticos.

As Residências Terapêuticas têm como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho e de mobilização de recursos comunitários.

Este projeto deve prever o investimento na formação de associações de usuários, familiares e voluntários como formas de organização social e de participação dos mesmos nos fóruns de discussão pública, tais como conselhos de saúde e outros.

Como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental no SUS, temos que devem ser exclusivamente de natureza pública ou não governamental, sem fins lucrativos, devendo ter projetos terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Tais serviços devem estar integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a esses usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial.

Eles devem estar sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, aos CAPS ou serviços ambulatoriais especializados em saúde mental mais próximos de sua localidade.

Para assegurar uma vida confortável aos seus moradores, com privacidade e liberdade, essas residências devem situar-se fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando integradas à comunidade.

O espaço físico deve ter dimensões específicas para abrigar um número de no máximo oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório, sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; dormitórios devidamente equipados com cama e armário; copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.).

Vários Estados do Brasil já contam com Serviços Residenciais Terapêuticos, alguns, inclusive inaugurados mesmo antes da aprovação de legislação específica, a exemplo as Residências Terapêuticas da cidade de Santos/SP, inauguradas no início dos anos 90.

A vinculação dos Serviços Residenciais Terapêuticos com os CAPS é imprescindível para que as residências funcionem de fato como espaços de vivência e relação, e não como espaço de terapias, o suporte terapêutico deve ser dado nos CAPS.

A diferenciação entre a finalidade de um dispositivo e outro é fundamental para que não se perca a perspectiva da desinstitucionalização e para que não se corra o risco de levar para a Residência Terapêutica a lógica do cotidiano institucional, experimentada pelos usuários em seus anos de hospitalização.

Assim como para os CAPS, a exigência para as equipes de saúde mental é que busquem uma nova maneira de abordar a loucura e a pessoa em sofrimento mental. Sendo os profissionais os principais articuladores de práticas capazes de assegurar a inclusão social desses usuários, furtar-se a esta reflexão pode representar o aprisionamento dos usuários em espaços urbanos e não sua inclusão neles.

Mesmo habitando casas, os usuários ainda correm o risco de estar sob o jugo do manicômio se aqueles com quem se relacionam não respeitarem os princípios básicos do modo psicossocial, se não levarem em conta sua singularidade, se não priorizarem o resgate progressivo de sua autonomia e se não promoverem de fato sua circulação pelo espaço social de maneira cidadã.

Para que os pacientes institucionalizados possam vivenciar a experiência das Residências Terapêuticas – RT, é importante que passem por um período de adaptação, no

qual sejam estimulados a passear, participar de atividades comunitárias e outras que enriqueçam seu mundo relacional.

Para ilustrar um pouco da dinâmica destes dispositivos, veremos o relato de algumas experiências de lares abrigados (outro nome para RT) no município do Rio de Janeiro, descritas por Barros e Josephson (2001). As autoras falam do desafio da desinstitucionalização enquanto desafio de ganhar com os usuários o espaço urbano, não mais o deixando sobre a tutela da instituição.

Na experiência relatada, os critérios para que os usuários possam ingressar nos lares é que estejam em condições de alta, não tenham para onde ir e estejam mobilizados para trabalhar sua autonomia. Nos lares, o que se privilegia é o convívio entre seus moradores evitando, ali, a realização de atividades terapêuticas.

O tipo de intervenção que os técnicos realizam na casa depende do grau de autonomia dos moradores; quanto maior o seu desempenho para o autocuidado e para o gerenciamento da casa, menor a necessidade de intervenções técnicas. A rotina da casa busca favorecer a autonomia dos moradores, de modo que cada um possa cuidar dos seus pertences e organizar seus espaços privados.

Os lares são subsidiados pelo Estado. Os moradores também podem contribuir para as despesas da casa, em algumas residências se estabelece uma “caixinha”, que é mantida com parte de renda de cada morador, advinda do “Benefício de Prestação Continuada” ou do “De Volta Para Casa”, ambos os benefícios previstos em legislação específica. Há um grande incentivo à integração dos moradores com a comunidade e com o CAPS de referência, integração que se faz por meio da promoção de festas e eventos comunitários.

3.5 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE MENTAL

Quando se fala na criação de novos dispositivos terapêuticos e em políticas de atenção à saúde mental, um elemento fundamental é a política de recursos humanos para o trabalho em saúde mental, que reconhece os trabalhadores como fundamentais para a efetivação da mudança do paradigma assistencial e para o fortalecimento dos dispositivos terapêuticos com foco na reabilitação psicossocial.

Ao se reconhecer a necessidade de superação do paradigma manicomial pela perspectiva psicossocial, é preciso reconhecer que a força deste paradigma não se aloja

somente no manicômio – lugar concreto onde ocorrem práticas desumanas e desumanizadoras, ela se aloja, sobretudo, no manicômio interno – lugar subjetivo, onde sobrevivem as representações dos sujeitos acerca da loucura e de onde emergem posturas individuais ou coletivas que se aproximam do modo manicomial.

A desconstrução do manicômio interno, neste sentido, deve ser tomada como ponto de partida para a superação de tal paradigma e para a inclusão social da pessoa portadora de sofrimento mental.

O trabalhador da saúde mental pode atuar no sentido de reforçar o manicômio interno ou pode colaborar para a sua superação, modificando sua perspectiva e suas práticas de atenção, aproximando-se do Modo Psicossocial.

Cabe a ele fazer a ponte entre as pessoas em sofrimento mental, sua família e a comunidade. Cabe ao trabalhador dar a tônica, o foco da assistência. Está atrelada ao modo de ver e de agir do trabalhador a possibilidade de fazer com que as pessoas em sofrimento mental superem a perspectiva institucional e possam alargar seus horizontes sociais mediante práticas reabilitadoras e inclusivas.

Todos os fóruns técnico-científicos reconhecem a importância dos recursos humanos para a consolidação do modo psicossocial de atenção em saúde mental e fazem proposições para políticas adequadas de recursos humanos.

Como consta no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (MS, 2002), é necessário garantir a capacitação e a qualificação continuadas, por meio da criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços; remuneração justa dos profissionais, condições de trabalho, carreira e salário; saúde e saúde mental do trabalhador; supervisão clínica e institucional.

As políticas de recursos humanos devem garantir a contratação de pessoal por meio de concurso público e ter foco no trabalho interdisciplinar pela

Construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde [...] estimular a dissolução do manicômio mental implícito no saber científico convencional, que discrimina o saber popular, por meio da maior valorização da experiência de familiares e usuários, garantindo desta forma a integração e o diálogo com os saberes populares. (MS, 2002, p. 67-68).

Não se pode esquecer que o movimento de luta pela extinção dos manicômios e a própria Reforma Psiquiátrica, no Brasil, começaram com os trabalhadores, que se

organizaram para denunciar as más condições dos hospitais psiquiátricos e para levantar a bandeira de uma atenção à saúde mental mais digna e cidadã.

Foi pelas mãos dos trabalhadores que novas práticas psicossociais foram aos poucos substituindo velhas práticas manicomiais e é pelas mãos dos trabalhadores que ainda mais avanços serão conquistados no contexto da saúde mental.

A valorização e o investimento em recursos humanos são indispensáveis para o aperfeiçoamento de saberes e práticas e para garantir que os usuários contem com profissionais qualificados, que lhes atendam com habilidades teórico-técnicas e, sobretudo, habilidades individuais para um manejo ético das relações interpessoais.

É indispensável também o investimento em supervisões para as equipes dos novos serviços de atenção à saúde mental. Mediante capacitações e supervisões os trabalhadores poderão adquirir novas habilidades, flexibilizar valores e ajustar suas condutas, diante das experiências vividas nos novos serviços.

3.6 A EXPANSÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, apresenta uma política de atenção à saúde mental que visa a reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, ampliando e fortalecendo a rede extra-hospitalar: CAPS, SRTs e UPHG, além de qualificar os profissionais da saúde mental para o trabalho na perspectiva do paradigma psicossocial.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil está em pleno andamento e expansão, o que se traduz na implantação de inúmeros dispositivos terapêuticos como CAPS, SRT, centros de convivência, hospitais-dia, ambulatórios e outros por todo o país.

O número de Residências Terapêuticas no Brasil contabilizadas em 2004 era de 272. Estas casas abrigavam 1.363, antes moradores de instituições psiquiátricas fechadas. O Quadro a seguir mostra o número de Residências Terapêuticas no Brasil e sua distribuição pelos estados, pelo ano de credenciamento e pelo número de moradores.

Quadro 3.1 Serviços Residenciais em Funcionamento em 2004

UF	Município	Nº. de Módulos	Nº. de Moradores
PA	Belém	1	5
CE	Sobral	1	8
MA	São Luiz	2	14
PE	Camaragibe	1	6
PE	Recife	5	35
RN	Natal	2	-
SE	Itabiana	1	8
SE	Nossa Senhora da Glória	1	6
SE	Nossa S ^a . do Socorro	5	22
GO	Goiânia	2	16
MT	Cuiabá	10	80
ES	Cariacica	1	-
MG	Araçuaí	1	10
MG	Barbacena	12	87
MG	Belo Horizonte	8	75
MG	Betim	2	6
MG	Juiz de Fora	1	5
RJ	Bom Jesus de Itabapoana	1	7
RJ	Carmo	5	24
RJ	Duque de Caxias	1	6
RJ	Itaocara	1	2
RJ	Niterói	2	14
RJ	Paracambi	7	44
RJ	Rio de Janeiro	17	71
SP	Amparo	1	8
SP	Araraquara	5	12
SP	Campinas	30	148
SP	Casa Branca	48	198
SP	Itapira	1	6
SP	Lins	1	6
SP	Mococa	2	13
SP	Piracicaba	1	8
SP	Promissão	2	17
SP	Ribeirão Pires	9	83
SP	Ribeirão Preto	6	17
SP	St ^a Rita do Passa Quatro	24	110
SP	Santo André	3	19
SP	Santos	1	19
SP	São José dos Campos	1	5
PR	Campina Grande do Sul	2	34
PR	Curitiba	2	13
PR	Pinhais	1	10
RS	Alegrete	1	8
RS	Bagé	1	8
RS	Porto Alegre	30	70
14	45	262	1.363

Fonte: Coordenação de Saúde Mental /SAS /MS

* Dados de 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Em agosto de 2005 já havia 650 CAPS espalhados pelo Brasil. O Quadro a seguir mostra o número de CAPS no Brasil e sua distribuição pelos Estados e pelo ano de credenciamento, de 2001 a 2005.

Quadro 3.2 Número de CAPS implantados por UF e ano

ESTADO	2001	2002	2003	2004	2005
	CAPS	CAPS	CAPS	CAPS	CAPS
AC	0	0	1	1	1
AL	5	6	7	7	11
AM	0	0	0	0	0
AP	0	1	1	2	2
BA	7	14	32	37	40
CE	20	24	26	29	29
DF	1	2	2	2	3
ES	5	6	7	9	11
GO	4	6	11	13	14
MA	3	4	5	6	9
MG	36	56	67	80	85
MS	2	4	4	5	7
MT	4	9	12	17	17
PA	12	12	15	19	19
PB	2	2	4	12	13
PE	9	11	17	20	23
PI	0	1	1	3	4
PR	11	15	16	22	27
RJ	43	51	52	59	60
RN	4	6	7	9	12
RO	0	2	3	4	4
RR	0	0	1	1	1
RS	53	55	61	70	72
SC	20	25	25	33	36
SE	2	3	8	13	13
SP	48	105	110	127	132
TO	4	4	5	5	5
TOTAL	295	424	500	605	650

Fonte: Coordenação de Saúde Mental /SAS /MS
 Dados atualizados até 24 de agosto de 2005

Em 3 de março de 2006, credencia-se junto ao Ministério da Saúde o CAPS de número 800, o Centro de Atenção Psicossocial Nise da Silveira, localizado no município de São José da Tapera/AL.

O nome do CAPS foi uma homenagem ao centenário de nascimento da psiquiatra alagoana Nise da Silveira, mulher que se destacou por sua luta pela reforma psiquiátrica brasileira, mesmo quando esta não era uma discussão intensa no país. Ela, em 1956, fundou a “Casa das Palmeiras” – um dos primeiros serviços diferenciados do país em atenção à saúde mental.

São objetivos da política nacional de atenção à saúde mental, além da expansão dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a inclusão de ações de saúde mental nos

programas de atenção básica, tais como os programas de atendimento domiciliar e a implementação de uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

O Governo Federal prevê ainda a ampliação do programa "De Volta Para Casa", destinado à pessoas portadoras de transtorno mental egressas de longas internações psiquiátricas, beneficiando-as com a remuneração de um salário mínimo e promoção de ações que assegurem os direitos de usuários e familiares, incentivando estes últimos à participação no cuidado.

Outros objetivos da política nacional relacionam-se à garantia de tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no manicômio judiciário) e a avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria.

Segundo o MS, o cenário atual configura-se por uma perspectiva de reversão do modelo hospitalar para a ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária; a abordagem das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública com prioridade de atenção; o fortalecimento das diretrizes do SUS pela Lei Federal nº 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Alguns dados importantes divulgados pelo MS apontam que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessita de algum tipo de atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS destina-se para a saúde mental (MS, 2006).

Alguns dos desafios para a área de saúde mental relacionam-se com o fortalecimento das políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial e a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania.

Outros desafios dizem respeito ao aumento de recursos do orçamento anual do SUS para a saúde mental e a implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego.

As ações de reorientação das práticas em saúde mental no Brasil, impulsionadas pelo paradigma psicossocial, têm sido realizadas em um esforço de revisão não só dos dispositivos terapêuticos externos (serviços), mas também, e principalmente, em um esforço de revisão dos dispositivos terapêuticos internos – enquanto postura dos profissionais diante da loucura.

O desafio se põe também para o usuário dos novos serviços que precisa redescobrir sua autonomia e sua cidadania e voltar a acreditar em sua posição de sujeito e não mais de “instrumento técnico nas mãos dos técnicos”. (DESVIAT, 1999, p. 88).

4 PANORAMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL

Fazendo um recorte no cenário nacional, apresentamos aqui o panorama da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal. Buscando uma aproximação ainda maior com o cenário no qual estão inseridos os sujeitos desta pesquisa, fazemos um segundo recorte, para apresentar o Instituto de Saúde Mental, palco dos últimos acontecimentos marcantes no contexto da saúde mental do Distrito Federal.

4.1 “40 ANOS DE LOUCURA NO DISTRITO FEDERAL: HISTÓRIA BREVE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL NO DF” E SUA INTERFACE COM O CONTEXTO NACIONAL

“40 anos de loucura no Distrito Federal” este é o título de uma carta aberta, escrita pelo Dr. Augusto César de Farias Costa, ex-coordenador de saúde mental do DF e militante do Movimento Pró-Saúde Mental do DF, por ocasião do Dia 18 de maio de 2000 – dia nacional da luta antimanicomial.

O documento, após apresentar dados sócio-históricos e políticos da saúde mental do DF do período que vai de 1960 a 2000, conclama usuários, familiares e profissionais da saúde mental para uma mobilização em torno da execução do Plano Diretor de Saúde Mental do DF e outras questões. A partir desta e de outras fontes, narramos aqui, fatos importantes do cenário local de atenção à saúde mental.

Na década de 60, ainda nos primeiros anos da criação de Brasília, inaugurou-se a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Base. Ela foi uma das primeiras em hospital geral no país, acompanhando o pioneirismo da cidade. O serviço atendia pessoas portadoras de transtorno mental que se encontravam em crise.

Durante este período, o hospital priorizava a internação de pacientes em quadros psicóticos agudos e preferencialmente de primeiro surto. Os pacientes considerados crônicos, imigrantes de todas as partes do Brasil, eram encaminhados ao Sanatório Espírita de Anápolis, clínica particular de Goiás, conveniada como SUS/DF, bem como para outras clínicas conveniadas no DF.

Esse fato “correspondeu a uma concepção higienista, de uma Brasília asséptica, onde não existiam loucos e nem lugar para eles”. (COSTA, 2000, p. 1).

No ano de 1976, o governo local, ainda sem uma proposta clara de atenção à saúde mental para o DF, inaugura o HPAP, localizado na cidade satélite de Taguatinga. Esta iniciativa representou, em certa medida, um retrocesso à perspectiva de vanguarda, introduzida pela inauguração da Unidade Psiquiátrica do Hospital de Base, que propunha atendimento de pacientes psiquiátricos em hospital geral.

Mesmo após a inauguração do HPAP, manteve-se a orientação de encaminhamento dos pacientes crônicos para cidades do entorno de Brasília. Não havia, assim, a preocupação de criar dispositivos terapêuticos para o atendimento dessa clientela na cidade. Tal situação perdurou até 2003, tempo durante o qual várias clínicas psiquiátricas privadas disponibilizaram leitos para o SUS/DF. Muitas delas foram fechadas por denúncias de maus-tratos aos pacientes.

No final dos anos 80, duas mobilizações importantes surgiram no cenário nacional, o Movimento pela Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. O primeiro Movimento desencadeou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do SUS.

As discussões em torno do cenário de atenção à saúde mental no Brasil deram origem a outro Movimento importante, o MTSM, provocando a realização da I CNSM em 1987 e a II CNSM, já em 1992.

Ainda em 1980, os trabalhadores da saúde mental do DF, mesmo não organizados em um movimento formal, influenciam na criação de uma Comissão Assessora de Psiquiatria, no âmbito da Fundação Hospitalar (Rede Pública de Atenção à Saúde).

Tal Comissão, que tinha como objetivo reorientar a assistência psiquiátrica pública no DF, em 1990, encerra suas atividades sem ter podido colocar em prática qualquer ação voltada para a Reforma Psiquiátrica. Ela “terminou abortada de forma truculenta por contrariar interesses poderosos à época”. (COSTA, 1997, p. 3)

Em 1987 cria-se o Instituto de Saúde Mental, unidade substitutiva ao hospital psiquiátrico, com serviço de hospital-dia e de ambulatório. Ele surge em um esforço de mobilização dos trabalhadores de saúde mental e sociedade civil organizada a favor da reformulação da proposta de atenção em saúde mental no DF.

Em 1990, por ocasião do XI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorre a primeira reunião de articulação do Movimento Nacional da Luta antimanicomial, como um desdobramento do MTSM. O movimento vai reivindicar a aprovação do Projeto de Lei para a saúde mental nº 3.657.

Somente em 1991, a mobilização dos trabalhadores locais formaliza-se como Movimento Pró-Saúde Mental do DF. Ele surge como desdobramento do 1º Encontro dos Profissionais de Saúde Mental do DF ocorrido em 17 de abril e se institui em 25 de abril deste ano.

Com o fortalecimento do Movimento Pró-Saúde Mental e sua efetiva participação na elaboração da Lei Orgânica do DF, aprovada em 1993, tem-se no artigo 211 deste documento um destaque para a garantia dos direitos aos doentes mentais.

Em 1995 realiza-se o I Fórum de Saúde Mental do DF, concomitantemente à realização da III Conferência de Saúde do DF. Neste Fórum é elaborado e aprovado o Plano Diretor de Saúde Mental a ser apresentado com proposta de execução pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF, hoje Secretaria de Estado de Saúde do DF – SES/DF.

Em 03 de Julho de 1995, o Instituto de Saúde Mental credencia-se junto ao Ministério da Saúde como CAPS e a SES/DF institui a Coordenação de Saúde Mental do DF – COSAM, em ato publicado na Portaria nº 15/95 do Diário Oficial do DF, de 06/06/95.

A criação da COSAM passou a garantir uma centralidade maior nas discussões sobre políticas públicas de Saúde Mental locais, o que até então acontecia de forma desarticulada no âmbito da FHDF. Esta Coordenação tem como objetivos:

Propor e participar da formulação de políticas públicas de saúde, planos e programas estratégicos para a Saúde Mental do DF, compatibilizando-as com as diretrizes do Ministério da Saúde, promover e participar de estudos que visem à reorientação e à reestruturação da Saúde Mental, buscando a oferta de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais; além de propor e acompanhar a aplicação de indicadores para a avaliação dos Programas de Saúde Mental. (SES/DF, 2006).

Ainda no ano de 1995, ocorre a aprovação da Lei Distrital nº 975 que prevê o redirecionamento da atenção à saúde mental no DF com a composição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Em 1996, a COSAM – DF implanta um serviço de fiscalização, controle e avaliação dos Serviços de Saúde Mental públicos e privados conveniados com o SUS/DF. Neste ano, aproveitando a estrutura do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica, cria-se o segundo CAPS do DF.

O COMPP foi criado com o propósito de “resgatar a saúde mental da criança e do adolescente de zero a 18 anos incompletos, com vários níveis de sofrimento emocional e mental, tais como, vítimas de violência e /ou abusos; depressão, dificuldades de aprendizado; autismo; psicóticos e outros”. (SES/DF, 2006).

Em 1997, realiza-se o II Fórum de Saúde Mental do DF e instituiu-se o Serviço de Saúde Mental Infantil do Hospital Materno-Infantil do DF – HMIB, hoje chamado Hospital Regional da Asa Sul – HRAS.

Em 1998, Brasília sedia o I Encontro Nacional dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, em que várias experiências de Reforma Psiquiátricas foram apresentadas por representantes de quase todos os Estados do Brasil. Este foi um momento importante de troca de experiências e de fortalecimento de iniciativas de atenção psicossocial em saúde mental.

Entre 1995 e 1998 o Hospital São Vicente de Paula – HSVP, único especializado em psiquiatria no DF passou por profundas transformações. A direção passa a investir no redirecionamento da assistência de emergência e internação para os serviços de hospital-dia, ambulatório, oficinas terapêuticas e de produção, aproximando a unidade dos princípios preconizados no Modo Psicossocial de Atenção à Saúde Mental.

A Coordenação de Saúde Mental do DF propôs a reorganização do HSVP e sua transformação em um CAPS, transferindo o serviço emergencial e de internação para o Hospital Regional de Taguatinga. Esta proposta, no entanto, não foi levada a cabo.

Em 1998 cria-se no âmbito da SES/DF o Curso de Especialização em Saúde Mental aos moldes de Residência Multiprofissional, como uma das iniciativas de capacitação de profissionais para o trabalho em saúde mental voltado para o paradigma psicossocial. O curso foi extinto logo após o encerramento da segunda turma.

Após mudanças no cenário governamental local em 1999 “observa-se uma crescente desestruturação e estagnação da Reforma Psiquiátrica no DF” (COSTA, 2000, p. 4).

Esta desestruturação é percebida com maior nitidez, sobretudo no HSVP, local onde a Reforma Psiquiátrica retrocedeu em relação ao período de 1995-1998, “reforçando nas atividades, o modelo hospitalocêntrico e da especialidade, excludente ao acesso do usuário e família”. (LIMA, 2002, p. 166).

4.2 ACONTECIMENTOS RECENTES NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DO DF

Em maio de 2000 ocorre em Brasília um evento chamado “Varal da Casa Verde”, com exposições de arte, apresentações teatrais, exibição de vídeos e o colóquio “loucura e arte”. Este evento foi organizado pelos alunos do curso de Especialização em Saúde Mental da

SES/DF, em conjunto com usuários dos serviços de Saúde Mental, artistas, profissionais de saúde e estudantes de diferentes áreas.

Deste evento em que vários segmentos sociais afins à causa da saúde mental estavam representados, idealizou-se a INVERSO – ONG em Saúde Mental. Esta ONG foi fundada em março de 2001 e desde então “tem realizado ações políticas, culturais, e de cunho terapêutico, no sentido da defesa do ideário da Reforma Psiquiátrica”. (INVERSO, 2006)

Ainda em 2000, o governador do DF em ato de transformação da Fundação de Saúde em Secretaria de Estado de Administração Direta, passa o controle orçamentário e financeiro do Fundo de Saúde à Secretaria da Fazenda. Além disso, a rede de saúde pública local perde *status* de Fundação Hospitalar e passa a *status* de Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF.

Desde então, a SES/DF vem sofrendo freqüentes desabastecimentos de materiais e medicamentos básicos. A precariedade dos serviços de saúde foi constatada em inúmeras investigações e auditorias realizadas pelo Conselho Local de Saúde e Ministério Público do DF. Tal situação foi alvo de matérias publicadas em jornais locais e nacionais que apontavam a crise no Sistema Público de Saúde do DF:

Prateleiras vazias [...] Faltam remédios em hospitais e postos de saúde em diversos pontos da rede pública do Distrito Federal desde o ano passado. Pacientes carentes têm duas opções: comprar caro na farmácia ou permanecerem doentes. Secretário de Saúde admite o problema, culpa a burocracia das licitações, mas reconhece ser difícil atender a demanda local e do Entorno. (CORREIO BRAZILIENSE, 2002).

Conforme relatório da 133ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 06/08/2003, o promotor público do Ministério Público do DF, Jairo Bisol, endossa a seguinte declaração sobre a saúde do DF “representava, até então, desgosto, vergonha e desesperança, tanto para os trabalhadores de saúde quanto para a população do DF”. (CNS, 2006).

Outros problemas enfrentados pela saúde pública do DF dizem respeito à carência de recursos humanos nas mais diversas áreas técnicas e à descontinuidade das políticas de atenção à saúde em virtude das transições de governo e das freqüentes mudanças administrativas, dentro de uma mesma gestão.

A Secretaria de Saúde do DF é uma das mais afetadas por estas mudanças. O secretário no ano de 2006, Dr. José Geraldo Maciel, assumiu o órgão em 2005, depois que seu antecessor foi afastado por denúncias de corrupção.

Em razão deste cenário que acarretou inúmeras substituições, também em nível da Coordenação de Saúde Mental, as discussões para a criação de novos serviços em saúde

mental ficaram paralisadas e as instâncias não governamentais como o Movimento Pró-Saúde Mental e a INVERSO não encontraram espaço de diálogo com o governo e pouco puderam colaborar com propostas para a constituição de uma rede de atenção à saúde mental do DF.

Em 2002, entre os dias 11 e 15 de dezembro, em meio a todo este contexto acima descrito, ocorre em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Meses antes, as unidades de saúde e instâncias da sociedade civil organizada reuniram-se em plenárias locais, organizadas como preparação para a Conferência Nacional.

Em abril de 2003, a Clínica de Repouso do Planalto, última clínica psiquiátrica privada que mantinha convênio com a SES/DF, foi fechada depois que o Ministério Público constatou inúmeras irregularidades que iam desde a falta de alvará de funcionamento até maus-tratos a pacientes.

Os 146 leitos psiquiátricos mantidos pelo SUS/DF junto à clínica foram extintos e os pacientes remanejados às unidades de saúde do DF. O fechamento da CRP constitui um marco para o contexto da Reforma Psiquiátrica do DF, tendo recebido grande atenção da imprensa local mesmo antes de sua interdição.

Em jornal de circulação local foi publicada matéria sobre a clínica com a seguinte chamada “Clínica dos horrores – Instituição de saúde mental que funciona em Planaltina sem alvará e em condições precárias de higiene é acusada de maus tratos e sumiço de pacientes”. (ROCHA, 2003).

Neste mesmo ano, realizou-se em Brasília, entre os dias 7 e 11 de dezembro, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde, um direito de todos e um dever do Estado – A saúde que temos e o SUS que queremos”. Conforme relatório final da conferência, avaliou-se o evento como um dos mais ricos e produtivos já realizados no âmbito das Conferências de Saúde.

Mais recentemente destacam-se, no contexto da Saúde Mental do DF, algumas mudanças no Hospital São Vicente de Paula. A unidade sofre, há anos com problemas em sua estrutura física, apontados por inúmeras vistoriais técnicas.

Em abril de 2005, uma comissão com representantes da Câmara Legislativa do DF, de diversos conselhos profissionais, Ministério Público do DF e Vigilância Sanitária da SES/DF realiza uma nova inspeção no hospital, apontando a necessidade urgente de desocupação de um de seus prédios, com vistas à sua demolição.

Em nota divulgada pela “Revista da Associação Médica de Brasília”, integrantes desta comissão, após visita ao hospital, encaminharam ao Ministério da Saúde relatório sobre o que consideraram “estado de calamidade do Hospital São Vicente de Paula”. (AMBr, 2005, p. 12).

Diante desta situação, foi preciso redimensionar alguns serviços do hospital, o que resultou na desativação do hospital-dia e no remanejamento de seus 15 pacientes para o Instituto de Saúde Mental.

A decisão foi bastante questionada por usuários e familiares que temiam pelo fechamento do hospital, no entanto, permaneceram em funcionamento a emergência, a internação, o ambulatório e as oficinas terapêuticas da unidade. Algumas discussões no âmbito da SES/DF aventam a possibilidade de transformação da unidade em um CAPS III (de funcionamento ininterrupto).

Em 10 de Janeiro de 2006 inaugura-se, na cidade satélite do Guará, o CAPS – ad, destinado a atender pessoas em sofrimento mental decorrente do uso de substâncias psicoativas. Este CAPS funciona com uma equipe terceirizada, constituída de profissionais vinculados à Fundação Zerbini.

A Fundação Zerbini, de utilidade pública e sem fins lucrativos, “foi criada em 1978 para apoiar o departamento de Bioengenharia do Instituto do Coração, expandindo suas atividades, atualmente ela assume outras responsabilidades em áreas diversas da saúde e do ensino”. (FUNDAÇÃO ZERBINI, 2006).

Esta fundação apóia o Programa Família Saudável executado pelo GDF, sendo a gestora dos recursos humanos do programa. Seus funcionários são contratados mediante seleção pública. Há certa polêmica em torno da terceirização de recursos humanos para atuarem no atendimento público de saúde – o Ministério Público do DF acompanha a questão, discutindo a legalidade do ato.

O Programa Família Saudável tem por objetivo a ampliação do acesso da população à saúde, por meio do atendimento domiciliar; prevê a redução das demandas hospitalares e o foco na prevenção e promoção à saúde. Dentre as suas 190 equipes, uma está direcionada para a atenção à saúde mental. (SES/DF, 2006).

Atualmente, a rede pública de atenção à saúde mental do DF ainda é bastante incipiente se comparada a outros Estados do Brasil. Além do CAPS – ad do Guará, o DF conta com o CAPS do COMPP, com o Serviço de Psiquiatria Infantil do Hospital Regional da Asa Sul – HRAS, com o HSVP, com a unidade de psiquiatria do Hospital de Base – HBDF, com o Instituto de Saúde Mental – ISM, com hospital-dia e com CAPS.

Há previsão de que outros CAPS também sejam instalados até o final desta gestão, em dezembro de 2006. Na cidade satélite do Paranoá foi instalado um CAPS tipo II. Inaugurado em 09 de março de 2006, o serviço já está em funcionamento, mas aguarda credenciamento junto ao Ministério da Saúde para oficializar-se como CAPS.

No âmbito da COSAM – SES/DF, discute-se a proposta de instalação de várias Residências Terapêuticas no Distrito Federal. Elas deverão abrigar não só os usuários hoje residentes no ISM, mas também oito usuários da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Presídio do DF e 48 usuários da saúde mental que se encontram em um abrigo em Águas Lindas do Goiás, todos provenientes do sistema público de saúde do DF.

Já estão tramitando processos para a instalação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, na SES/DF (processo nº 060.009.365/05). A COSAM – DF pretende que estas residências funcionem aos moldes do que é preconizado na Portaria nº 106 do MS, de 11/02/2000.

Vale ressaltar que a proposta de implantação destes serviços no DF é muito anterior ao fechamento da Clínica Planalto, pois remonta ao ano de 1998, quando se inaugurou duas casas construídas no ISM com esta finalidade, mas as residências não foram efetivadas.

A proposta das Residências Terapêuticas, conforme pensadas em nível local, pretende garantir a estas pessoas o convívio social, abrigando-as em casas localizadas nas comunidades, próximas aos serviços de saúde mental de referência, onde os usuários possam então ser estimulados à máxima autonomia e independência. O suporte técnico, nestas casas, deverá ser oferecido conforme o grau de dependência de seus moradores.

Espera-se avançar para a inserção social desta clientela, do ponto de vista da identidade e identificação legal e autonomia financeira, por meio de sua inclusão nos programas de distribuição de renda e participação efetiva no contexto social e cultural.

Hoje as atividades desenvolvidas pela COSAM – DF relacionam-se com a realização de palestras e cursos, treinamento e supervisão do CAPS II do Guará, investimento em projetos para a criação dos Serviços Substitutivos de Saúde Mental e emissão de pareceres de medicação de alto custo (SES/DF, 2006).

Duas importantes discussões que estão sendo feitas pela COSAM – DF dizem respeito à integração das ações de saúde mental no Programa Família Saudável e à descentralização na distribuição dos psicotrópicos para que os usuários sejam atendidos de maneira regionalizada.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa desenvolveu-se dentro de uma abordagem qualitativa, que busca explicar um determinado fenômeno e não apenas descrevê-lo e que se propõe a observar este fenômeno reconhecendo “sua carga histórica, cultural, política e ideológica, que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (MINAYO, 2004, p. 22). Optamos por um estudo de caso com análise documental, observação e entrevistas semi-estruturadas para alcançar as representações sociais dos sujeitos da pesquisa. Para a análise do material coletado nas entrevistas, utilizamos o método da análise de conteúdo. Apresentamos, a seguir, cada uma destas perspectivas teórico-metodológicas.

5.1 ESTUDO DE CASO

Nesta pesquisa optamos por realizar um estudo de caso, método que permite explorar um determinado fenômeno a partir da observação de uma ampla gama de dados que podem fazer chegar a uma melhor compreensão sobre um determinado problema.

O estudo de caso permite conhecer melhor o contexto eleito, seus membros, suas atividades, suas interações e inter-relações no interior do grupo e com o mundo, permite ainda desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre o fenômeno analisado, seu processo, sua regularidade e “permite que nos concentremos em alguns problemas mais relevantes para a discussão de um determinado fenômeno, sendo possível reorientar o estudo na medida em que se vai avançando na pesquisa” (BECKER, 1999, p.119).

O estudo de caso é uma estratégia de investigação qualitativa que se aplica ao estudo de fenômenos sociais complexos a partir do qual se pode conhecer melhor o como e o porquê de determinado problema. Embora a técnica do estudo de caso não permita muitas generalizações, ao final do estudo se podem formular proposições e esclarecer com maior precisão vários aspectos do problema levantado.

Considerando o foco do presente estudo, argumentamos que ele tem relevância suficiente para ser analisado com a profundidade que esta técnica permite, uma vez que se trata de uma experiência singular de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos.

A pesquisa foi desenvolvida no ISM, unidade da SES/DF destinada a atender pessoas maiores de 18 anos, portadoras de sofrimento mental com quadros psicóticos e neuróticos graves.

O foco maior da pesquisa está centrado sobre a “Residência Terapêutica” do ISM. Esta unidade foi montada para acolher provisoriamente 26 usuários, provenientes da Clínica de Repouso do Planalto, onde estavam residindo já havia mais de três anos, por não possuírem mais qualquer vínculo familiar ou social alcançáveis.

A SES/DF está comprometida a criar os Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher os usuários hoje abrigados no ISM e outros que também necessitam de tal dispositivo terapêutico. Tão logo os SRT sejam criados, a “Residência Terapêutica” do ISM, enquanto unidade provisória, deverá ser desativada.

Como o ISM, até a instalação da “Residência Terapêutica”, era uma unidade que contava apenas com serviços de atendimento-dia, neste caso ambulatório, CAPS e hospital-dia, a montagem desta nova unidade modificou intensamente a dinâmica e as perspectivas do Instituto em termos de seu projeto terapêutico institucional. Este é o contexto, foco central do presente estudo de caso.

Na etapa inicial do estudo de caso, utilizamos a leitura de alguns documentos, como Portaria de criação do Instituto de Saúde Mental, regimento da instituição, alguns registros em livros de relatório e prontuários e procedemos ao relato da vivência da pesquisadora na instituição, a fim de subsidiar uma melhor contextualização histórica e social do cenário no qual se insere o grupo estudado.

Em seguida o estudo foi direcionado aos profissionais que atuam na “Residência Terapêutica” do ISM, para buscar conhecer e analisar suas representações sociais acerca da loucura, do louco e das possibilidades de inclusão social da clientela que atendem.

Temos aqui a pesquisa que surge de questionamentos que emergem a partir da prática profissional; parafraseando Bleger (1992, p. 33) dir-se-á que não se pode ser enfermeiro se não “se é, ao mesmo tempo, um investigador dos fenômenos que se quer modificar e não se pode ser investigador se não se extraem os problemas da própria prática e da realidade social que se está vivendo em um dado momento”.

A opção pelo estudo se fez pelo entendimento de que o processo investigativo se fortalece quando nasce apoiado pela prática do pesquisador. Sobre esta questão Shimizu (2000, p. 92) aponta que “a vivência no campo de pesquisa possibilita o desenvolvimento de um estudo bastante consistente e enriquecedor”.

O fato de a pesquisadora ser enfermeira do serviço, no entanto, foi motivo de grande preocupação. Temíamos pela parcialidade e tendencialidade, pela contaminação frequentemente trazida pelo convívio com os pares e pelas vivências no âmbito institucional.

Mais do que temores, no entanto, esta opção trouxe desafios. O primeiro deles dizia respeito à coleta de dados, pois os sujeitos de pesquisa, mais do que auxiliares de enfermagem que atuavam na “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental, eram também colegas de trabalho e, por muito tempo, estiveram técnica e administrativamente subordinados a esta enfermeira.

O segundo desafio e, talvez o mais difícil, era discutir as representações destes profissionais interfaceando-as com o contexto no qual nasciam e se reproduziam - o contexto institucional e cultural, fazendo-o de forma vigilante para evitar possíveis vieses e atropelos, próprios de quem conta a história que ajudou a escrever.

Encarar estes desafios era tarefa árdua, mas da qual a pesquisadora não poderia se furtar se quisesse de fato compreender em profundidade os conteúdos emergidos nas entrevistas. Redobramos os cuidados e intensificamos a vigilância. Buscamos inspiração no trabalho de Bleger, no qual ele discute um método de análise institucional que se vale de uma observação detalhada e cuidadosa, realizada em um enquadramento rigoroso. Tal enquadramento é por ele considerado “um conjunto das condições nas quais se realiza a observação” (BLEGER, 1992, p. 46).

Para atingir as condições do enquadramento, deve-se levar em consideração o que o autor chamou de indagação operativa, que pode ser sistematizada pela observação dos acontecimentos, seus detalhes e seu desencadeamento histórico; compreensão do significado dos acontecimentos e da forma como eles se relacionam ou se integram; inclusão dos resultados desta compreensão em forma de interpretação e o reconhecimento de que esta compreensão é uma hipótese que pode ser retificada, ratificada ou acrescida de novas hipóteses.

Neste sentido, cabe ao pesquisador delimitar seu objeto de estudo e fazê-lo frente a um contexto sócio-histórico determinado, no qual ele adquire relevância sempre limitada, temporal e transitória, tendo em vista a permanente mutabilidade da realidade social.

Reconhecidos os temores e os desafios, esta pesquisadora os assumiu como tarefa valiosa, entendendo que o estudo proposto pode contribuir para o esclarecimento do contexto institucional e pode trazer subsídios que viabilizem o processo de inclusão social da clientela hoje abrigada na “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental.

5.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Definindo aqui o conceito de representações sociais, trata-se de um termo que surge no âmbito da filosofia e diz respeito à reprodução de um conteúdo de pensamento ou de uma percepção previamente tida pelos sujeitos. No contexto das Ciências Sociais, definem-se representações sociais como “categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (MINAYO, 2004, p. 158).

As representações sociais historicamente vêm sendo discutidas dentro de diferentes correntes de pensamento. Como aponta Minayo (2004), Durkheim foi o primeiro a utilizar o termo, emprega-o como sinônimo de representações coletivas – categorias de pensamento por meio das quais a sociedade elabora e expressa sua realidade.

Para esse autor, as representações coletivas funcionam direcionando a maneira como os sujeitos se apropriam das realidades sociais, demarcando o campo de suas representações. Apoiando-se em uma perspectiva positivista, o autor diz que o método sociológico deve ser neutro, objetivo e factual, no qual os fatos sociais devem ser objetivados para que sejam estudados.

Outro autor importante que debate as representações sociais é Max Weber – considerado o pai da Sociologia compreensiva, ele vai alargar o conceito de representações sociais, agregando a ele a noção de que as vivências cotidianas são carregadas de sentido, de significação cultural. Para ele, as representações sociais são “juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem” (MINAYO, 2004, p. 161).

Diferentemente de Durkheim, Weber defende que os sujeitos tanto têm suas representações sociais determinadas pelo social, como são capazes de influenciar na determinação das mesmas. Ele ressalta a importância de pesquisar as idéias ao mesmo tempo em que se procura compreender o contexto histórico e social no qual elas se constituem e se reproduzem.

No contexto da Fenomenologia, outro teórico que discute as representações sociais é Alfred Schutz. O autor refere-se às representações enquanto “senso comum”. Para ele, tanto a produção do conhecimento científico, quanto a do senso comum se dão pela interpretação de fatos cotidianos, exigindo certa formalização no processo de sua constituição. Neste contexto, estudar as representações é procurar interpretar as significações dadas pelos sujeitos aos fatos da vida cotidiana.

A dialética marxista surge como uma terceira corrente na interpretação do papel das representações sociais. Karl Marx formula críticas contundentes ao modo de produção capitalista em expansão na segunda metade do século XVIII. Ele ressalta que “as representações, as idéias e os pensamentos são o conteúdo da consciência que por sua vez é determinada pela base material”. (MINAYO, 2004, p. 166).

Gramsci, discorrendo sobre a teoria de Marx, flexibiliza a idéia do determinismo econômico de base material proposta pelo autor, ressaltando que a representação social tem um potencial transformador na medida em que o “senso comum” se aproprie criticamente de suas condições reais de vida e possa fomentar mudanças no pensamento hegemônico.

A idéia de representação social enquanto “visão de mundo” vem com Lukacs, para quem a representação social é um conjunto de aspirações, sentimentos e idéias que reúnem os membros de um grupo e os opõem a outros grupos. Ele reforça a idéia de que as consciências individuais expressam a consciência coletiva.

Apresentadas as diferentes correntes de pensamento acerca das representações sociais, adotaremos para este estudo o conceito de representação social enquanto esta construção coletiva que os atores sociais possuem sobre a realidade. Ela não se constitui enquanto realidade, mas revela concepções acerca das mesmas, podendo ser aproveitada como matéria-prima para a análise social.

Neste sentido, destaca-se que as representações sociais são manifestadas por meio da linguagem e das condutas sociais e se constituem dentro de certo contexto histórico e social.

Cabe ressaltar que as mesmas podem não ser conscientes, manifestando-se como expressão de ideologias dominantes, podem ainda revelar contradições presentes dentro do pensamento hegemônico, a partir das quais se fomenta sua transformação.

5.3 COLETA DE DADOS

O grupo alvo pesquisado constituiu-se de auxiliares de enfermagem que atuavam na Residência Terapêutica do ISM por um tempo maior que seis meses na ocasião da coleta de dados e que prestavam assistência direta aos usuários desta unidade.

Este grupo de profissionais foi escolhido por ser o grupo com maior envolvimento com os usuários da Residência Terapêutica, e por ter sido o único grupo do Instituto de Saúde mental que, em sua maioria os acompanhou desde sua chegada até o momento atual, reunindo

assim condições ímpares de discutir, em profundidade, como percebem a clientela em questão e suas possibilidades de inclusão social bem como as dificuldades vivenciadas neste processo.

O fato de todos os sujeitos de pesquisa pertencerem à categoria de auxiliares de enfermagem não foi uma definição, mas resultou da inexistência de profissionais de outras categorias que atuassem de forma sistemática e frequente junto à clientela da Residência Terapêutica.

A estes profissionais foi feita consulta inicial quanto à sua disposição e disponibilidade em participar como sujeitos de pesquisa. Foi explicado a eles o objetivo e a finalidade da pesquisa e lhes foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, para que eles assinassem caso concordassem em participar do estudo como sujeitos da pesquisa. O termo constou de duas vias, para que uma permanecesse com o pesquisador e outra com o entrevistado.

O número dos sujeitos do estudo não foi definido a priori. A intenção inicial era que o limite numérico fosse definido pelo critério da saturação proposto por Minayo (2004), em que a definição da amostragem privilegia os sujeitos que conhecem o fenômeno a ser estudado e os considera em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, não desprezando, no entanto, as peculiaridades dos discursos individuais.

Importante ressaltar que a ênfase não foi na representatividade numérica destes profissionais, mas nas possibilidades de aprofundamento e abrangência na compreensão do problema que cada profissional nos permitiu verificar, sendo que uma amostra ideal “é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (MYNAYO, 2003, p. 43).

Até fevereiro de 2006, a unidade contava com 14 auxiliares de enfermagem trabalhando em carga horária integral. Destes, apenas três tinham tempo de trabalho na unidade inferior a seis meses, tendo sido excluídos da pesquisa. O número total de entrevistados foi, portanto, de 11 sujeitos.

A exigência de que os profissionais pesquisados tivessem pelo menos seis meses de atuação no serviço deveu-se à avaliação de que este seria o tempo mínimo para a familiarização e a adaptação do profissional à unidade, bem como para sua apropriação acerca da proposta e do funcionamento do serviço e, sobretudo, para um melhor conhecimento da clientela nela atendida.

A coleta de dados foi feita a partir de um roteiro de entrevista semi-estruturada, em que “a técnica nos permite partir de certos questionamentos básicos (apoiados em teorias e

hipóteses) oferecendo possibilidades de interrogativas, fruto de novas hipóteses que possam surgir” (TRIVIÑOS, 1995, p. 146).

O roteiro da entrevista foi definido levando-se em consideração questões de natureza avaliativa, permitindo ao entrevistado discursar mais livremente sobre o tema proposto, colocando suas percepções e sentimentos e possibilitando a explicitação de suas construções simbólicas quanto à questão da loucura e da pessoa acometida de sofrimento mental crônico, suas práticas assistenciais e suas perspectivas quanto às possibilidades de inclusão social desta clientela.

As ações foram definidas dentro de um cronograma que incluiu o agendamento de visita ao gestor da unidade para a exposição do projeto e obtenção de autorização para o desenvolvimento da pesquisa e encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS – SES/DF, para sua aprovação.

Foi feita posterior consulta aos profissionais da Residência Terapêutica para a obtenção de sua autorização para as entrevistas e foi feito o agendamento das mesmas. As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2005 e fevereiro de 2006.

O lugar onde as entrevistas foram realizadas foi a sala da coordenação do hospital-dia. O local favoreceu um ambiente calmo, livre de interferências e com privacidade para que pesquisador e entrevistados ficassem à vontade para a entrevista. Apenas duas delas ocorreram em local diferente, uma na biblioteca – que foi reservada exclusivamente para o procedimento, e outra na sala do serviço social no prédio do ambulatório, que também ficou reservada durante todo o tempo de entrevista.

As entrevistas foram iniciadas com a exposição aos entrevistados de que esta enfermeira, embora profissional da unidade, estava, naquele momento, agindo apenas em seu papel de pesquisadora e que nada do que fosse dito na entrevista serviria para interferir em condutas relacionadas ao exercício profissional de ambos os atores.

Todos os convidados a cederem entrevistas aceitaram de bom grado participar da pesquisa, não tendo demonstrado qualquer dúvida ou temor com relação ao procedimento, e as entrevistas ocorreram em clima de empatia, conforto e liberdade.

Na maioria dos casos, o conteúdo trazido pelos entrevistados extrapolou as expectativas da pesquisadora, o que tornou o procedimento de coleta de dados mais rico do que o esperado inicialmente.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Na fase seguinte de análise dos dados, o objetivo era de estabelecer relações entre as questões teóricas levantadas na pesquisa e a realidade observada, buscando desvelar o âmbito explícito e implícito do fenômeno escolhido, pois “o pesquisador deve aprofundar sua análise tratando de desvendar o conteúdo latente que ele possui” (TRIVIÑOS, 1995, p. 162).

A análise compreendeu duas fases, uma de organização do material coletado (transcrição das entrevistas) e outra de interpretação dos dados. Nesta fase, buscamos o aprofundamento das leituras, bem como das significações e dos conteúdos explícitos e implícitos presentes no material coletado.

Como já foi explicitado, a análise de conteúdo deu-se com base nas representações sociais dos sujeitos de pesquisa. Para o tratamento e análise dos dados coletados, utilizamos o método de pesquisa qualitativa de análise de conteúdo. Este método representa:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção destas mensagens. (MINAYO, 2004, p. 199).

A análise de conteúdo sustenta-se em concepção crítica e dinâmica da linguagem enquanto expressão das representações sociais acerca de uma determinada realidade. Na presente análise, valorizamos aspectos sintáticos, tais como frequências de palavras e expressões-chaves, bem como a ordenação das falas, seqüência das idéias, arranjos argumentativos e, sobretudo, a análise semântica, destacando o sentido e o significado das falas.

Tendo como ponto de partida a mensagem trazida pelas falas dos sujeitos desta pesquisa e reveladora de suas representações sociais quanto à loucura, à pessoa em sofrimento mental e às suas possibilidades de inclusão social, passamos à organização do material das entrevistas para a constituição de um *corpus* que contivesse as unidades de sentido de cada fala.

A partir daí, procuramos destacar os conteúdos explícitos das falas, ressaltando as idéias recorrentes por meio da demarcação de palavras e expressões chaves e da apresentação textual, no momento da análise, das falas mais representativas para cada idéia recorrente. Esta foi uma fase mais descritiva do tratamento dos dados.

Quando as falas são textualmente citadas, utilizamos uma codificação para as mesmas. Neste sentido, cada sujeito de pesquisa recebeu um número correspondente – [S1], [S2], e assim sucessivamente, até o número total de entrevistas, que foi de 11. Estes números não representam na ordem com que as entrevistas foram colhidas e foram dispostos aleatoriamente para que a identidade dos sujeitos de pesquisa fosse mantida em sigilo.

Um segundo momento da análise nos permitiu realizar inferências acerca dos autores das falas, das condições em que as mesmas foram produzidas, bem como de seus conteúdos implícitos. Tomando a inferência como objetivo último da análise de conteúdo, iniciamos a fase interpretativa.

Aqui se fez o cruzamento entre as idéias expressas nas falas e os conteúdos teóricos explicitados nos capítulos concernentes à revisão bibliográfica, ou seja, o percurso histórico da loucura e da atenção à saúde mental, os panoramas internacional e nacional da Reforma Psiquiátrica, situando-o frente ao Modo Asilar e ao Modo Psicossocial de Atenção à Saúde Mental.

Fizemos também o cruzamento dessas idéias com o que foi evidenciado acerca do contexto histórico e social no qual estão inseridos os sujeitos de pesquisa, mais precisamente, ao contexto da Reforma Psiquiátrica e da atenção à saúde mental no Distrito Federal e ao contexto do Instituto de Saúde Mental enquanto *locus* de trabalho dos sujeitos de pesquisa.

6 O INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL – UMA TRAJETÓRIA PELO NOVO

Neste capítulo apresenta-se uma descrição do ISM, cenário no qual se desenvolve a pesquisa e que é alvo do presente estudo de caso. Em um segundo momento apresentamos com maior destaque a “Residência Terapêutica” do ISM, unidade à qual pertencem os sujeitos de pesquisa deste estudo.

Compreender o Projeto Terapêutico Institucional, a estrutura, a organização e a dinâmica de funcionamento do ISM é imprescindível para a contextualização das falas dos entrevistados e para a melhor compreensão das representações dos mesmos quanto à loucura, ao louco e às possibilidades de inclusão social de sua clientela.

A história do ISM começa no final da década de 80, em meio à florescência, em todo o país, de dois importantes movimentos de trabalhadores da saúde – um pela Reforma Sanitária e outro pela Reforma Psiquiátrica, vivia-se no Distrito Federal um período de “insatisfação crescente com o modelo tradicional de assistência aos doentes mentais” (COSTA, 2000, p. 3).

Era um período em que os trabalhadores buscavam alternativas para a melhoria das condições de atendimento da pessoa em sofrimento mental. Havia a proposta de criação de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que vinha sendo fomentada no âmbito da rede pública de saúde local. A idéia da implantação do ISM, na Granja do Riacho Fundo, surgiu em 1986, durante uma reunião ocorrida no Hospital Regional da Ceilândia.

A proposição surgiu como resposta a um padioleiro que, nesta reunião, perguntou ao governador o que ele faria para melhorar a vida dos loucos no DF, uma vez que eles, freqüentemente, tinham que ser contidos nas emergências dos hospitais e levados ao HPAP, mais tarde, denominado HSVP.

Em 28 de abril de 1987, ano em que o primeiro CAPS do Brasil foi implantado no Estado de São Paulo, deu-se a publicação do ato de criação do ISM, por meio do Decreto nº 10.352 do GDF. A unidade seria oficialmente inaugurada dois meses depois.

O ISM ocupou as instalações que serviram de Residência Presidencial durante os anos da ditadura no país. Ao comentar sobre este fato, Dr^a Zelia Serra, uma das idealizadoras do projeto ISM, fala da repercussão do gesto “tendo sido a residência do poder máximo da ditadura, transformou-se no primeiro espaço de liberdade dos doentes mentais de Brasília”. (SERRA, 1997, p. 21).

6.1 O QUE É O INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL

O Instituto de Saúde Mental é uma unidade pública de atenção à saúde mental que faz parte da rede de serviços da SES/DF.

Esta unidade oferece assistência a pessoas com mais de 18 anos de idade portadoras de transtornos mentais, com quadros psicóticos e neuróticos graves (exceto os decorrentes do uso de substâncias psicoativas), na modalidade hospital-dia e ambulatório, este último em funcionamento conjunto com as oficinas terapêuticas constitui o CAPS I do ISM.

A unidade conta com os seguintes profissionais técnicos e administrativos: assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, de nutrição, de serviço social e de terapia ocupacional; enfermeiros; farmacêuticos; nutricionistas; psicólogos e psiquiatras; um administrador; agentes administrativos e de portaria; um marceneiro e motoristas. Prestam serviço terceirizado à unidade duas firmas, uma de limpeza e outra de segurança.

O ISM está localizado na Granja do Riacho Fundo, próximo às cidades satélites do Riacho Fundo I e Riacho Fundo II, Núcleo Bandeirante, Taguatinga e Recanto da Emas. Possui área física de 52 hectares, com nascentes de água e piscina de água mineral, terras agricultáveis com vasta e exuberante vegetação típica do cerrado.

Esta unidade possui várias edificações: um prédio denominado Casa Grande (em referência à obra Casa Grande e Senzala), onde funciona o hospital-dia; outro denominado Querência dos Maragatos – utilizado para atividades coletivas; outros prédios menores onde estão instalados os demais serviços, administração, refeitório, Residência Terapêutica, direção, grupo Aroeira, Cooperativa – CABESSA – e alojamento dos funcionários da limpeza. Além disso, existe uma quadra poliesportiva e um outro prédio – atualmente cedido a uma associação que atende crianças com transtorno invasivo do desenvolvimento.

Dois outros prédios foram construídos entre 1997 e 1998 com o objetivo de constituir Serviços Residenciais Terapêuticos. Em razão da recomendação presente na Portaria 106 de 11/02/00, de que as Residências Terapêuticas fossem instaladas fora da área hospitalar, a destinação inicial das casas foi revista e o espaço foi reaproveitado para a instalação do ambulatório e do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Treinamento.

Vale destacar que no ISM as edificações estão integradas à natureza, favorecendo a realização de atividades ao ar livre, tais como caminhadas por trilhas e visitas ao lago, atividades esportivas e de livre expressão.

Logo que o ISM começou a funcionar, ainda não havia em suas proximidades as cidades do Riacho Fundo I e II. O acesso à unidade era bastante difícil em virtude de estar mais isolado das áreas urbanas. Hoje ainda se encontra certa dificuldade de acesso, sendo restritas as linhas de ônibus e de vans que fazem o percurso cidades – ISM – cidades.

O ISM começou com sete técnicos e dez pacientes e funcionava na modalidade de hospital-dia. Como o Instituto foi pioneiro em atendimento-dia no DF e uma das primeiras experiências do Brasil, a implantação do projeto, bem como sua ampliação, constituíram-se em grande desafio a todos os que se dispuseram a participar da proposta.

Nas palavras do psiquiatra Canfora (1997, p. 6) “como ninguém sabia direito o que fazer, esse espírito de humildade permitiu que o modelo fosse sendo aos poucos construído a partir dos acertos e principalmente dos erros e sempre num diálogo com os pacientes”.

O serviço foi crescendo e logo se viu a necessidade da instalação de um ambulatório que pudesse absorver os usuários com alta do hospital-dia. Assim foi feito, e em 1991 o ISM passou a contar com uma unidade ambulatorial.

O trabalho desenvolveu-se na perspectiva “de uma psiquiatria social contrária à realidade de isolamento e propõe a ressocialização através de um ambiente terapêutico” (GONDIM, 1997, p. 40).

O foco do trabalho estava centrado no sujeito e seu sofrimento, diluindo a perspectiva médico-biologicista, focada apenas na doença. Priorizavam-se ações para a reinserção social e reabilitação psicossocial dos usuários.

O projeto terapêutico do ISM estava em consonância como os princípios do modo de atenção psicossocial que prima pela interdisciplinaridade, democratização das relações entre os atores sociais, valorização da dimensão subjetiva e sociocultural dos sujeitos, bem como pela interlocução entre equipe, usuários e população.

Evidenciava-se uma clara disposição a que o trabalho se desenvolvesse em perspectiva contrária à perspectiva manicomial confrontando exclusão e inclusão social. Nas palavras de Cãnfora, “O que pode melhor caracterizar o instituto é a busca do que é saúde nos pacientes, familiares, técnicos e na comunidade” (CANFORA, 1997, p. 5).

No sentido de corroborar a perspectiva psicossocial de atenção, destacam-se algumas ações terapêuticas que foram valorizadas durante a implantação do serviço, algumas das quais perduram até hoje. Várias delas foram inspiradas em experiências de comunidades terapêuticas ocorridas na Inglaterra e nos EUA.

Destacamos aqui o “Grupo de Chegada” – grupo que se reunia semanalmente. Este grupo funcionava em sistema de assembléias, nas quais estavam presentes técnicos, usuários

e, por vezes, familiares e outros membros da comunidade e onde se discutiam muitas outras questões relacionadas ao cotidiano da unidade. Eram espaços onde usuários, técnicos e comunidade tinham o mesmo direito de voz e decisão.

As assembleias constituíam-se em fóruns tanto informativos quanto deliberativos. Nessas assembleias, as questões eram debatidas livremente, variando desde reivindicações para o melhoramento da área física, até a definição pela reorientação de condutas terapêuticas entendidas como inadequadas. Todas elas eram registradas em livros de relatórios.

O trabalho no hospital-dia e no ambulatório era realizado por equipes multiprofissionais de referência ou Unidades Interdisciplinares de Referência – UNIR, das quais faziam parte enfermeiros e auxiliares de enfermagem, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e auxiliares de serviço social, nutricionistas e auxiliares de nutrição.

Estas equipes atendiam um número determinado de usuários e tinham como propósito alinhar, em parceria com o usuário e seus familiares, um projeto terapêutico individualizado. Elas se reuniam sistematicamente com vistas a uma abordagem interdisciplinar de atendimento. Todas elas eram registradas em livros de relatórios.

O Projeto Terapêutico Individualizado – PTI, previsto no Projeto Institucional, objetivava apontar quais das abordagens terapêuticas disponíveis ajustavam-se melhor às condições e ao momento do usuário, bem como definir outras estratégias que se julgassem pertinentes.

O PTI era bastante flexível, sendo revisto freqüentemente a fim de sofrer ajustes, quando necessário. Tal flexibilidade garantia ao serviço, como um todo, abertura para a inserção de novas práticas e a revisão das já instituídas, quando não se mostrassem adequadas aos seus fins.

Outros fóruns importantes de discussão técnica eram as reuniões técnico-administrativas de freqüência semanal e o Relatório Institucional, que acontecia sempre no início das manhãs, onde se democratizavam as principais ocorrências do dia anterior, as admissões e altas, casos peculiares e onde se discutiam as atividades importantes da semana, além de outras pautas. Ambas as reuniões eram, também, registradas em livros de relatórios.

Entre as abordagens terapêuticas disponíveis, destacavam-se as seguintes: atendimento médico, psicológico, nutricional, social e de enfermagem, que podiam acontecer em grupo ou individualmente; oficinas terapêuticas, tais como trabalho com argila, horticultura e avicultura, atividade corporal, livre expressão e outras.

Estas oficinas funcionavam enquanto espaços que valorizavam a subjetividade e a intersubjetividade, diluindo a perspectiva apenas medicamentosa de tratamento. Mas também

aconteciam atividades externas, tais como visitas domiciliares e passeios nos quais estavam presentes profissionais das mais diversas áreas técnicas; reuniões sistemáticas com familiares de usuários do hospital-dia e do ambulatório.

As reuniões de família, previstas no PTI, não se caracterizavam como espaços de psicoterapia, e sim como espaços de continência para as famílias, espaço de troca de experiências entre equipe e familiares e dos familiares entre si.

Nessas reuniões se podia melhor contextualizar o usuário frente ao seu ambiente familiar, e melhor compreender sua dinâmica na instituição. As trocas entre equipe, usuário e seus familiares favoreciam o fortalecimento do PTI.

Visitas domiciliares e visitas institucionais eram realizadas para uma aproximação com o contexto extra-hospitalar do usuário e para a realização de intervenções que se mostrassem inviáveis no âmbito institucional. Destas atividades participavam profissionais das mais diversas áreas técnicas.

Em 1993, a Dr^a Henriqueta Camarotti, então diretora do ISM, trouxe da Itália – onde a Reforma Psiquiátrica estava em expansão, a idéia da criação do Núcleo de Reinserção Social Franco Baságli – NRSFB, que uniria a estrutura do ambulatório e das oficinas terapêuticas para uma melhor articulação entre os serviços.

A equipe do NRSFB reunia-se freqüentemente para discutir acerca dos projetos terapêuticos dos usuários, das questões técnicas e administrativas do serviço e da realização de supervisões.

Ainda em 1993 e por inspiração da Dr^a Henriqueta, profissionais do ISM em parceria com representantes da sociedade civil organizada instituem a Cooperativa Beneficente e Social da Saúde Mental – CABESSA.

A cooperativa, conforme seu estatuto, tinha como objetivo a reinserção dos usuários no Mercado de trabalho, mediante oficinas de capacitação e de produção, que garantiam a eles a experiência do trabalho protegido, permitindo que vivenciassem a vida laborativa em ambiente de respeito às diferenças e valorização das potencialidades individuais.

Essa cooperativa realizou convênio com a SES/DF no qual se definiram como obrigações da SES/DF garantir à cooperativa espaço físico para o desenvolvimento de suas atividades e profissionais para atuarem junto às oficinas e junto ao corpo administrativo. A entidade recebia em suas oficinas usuários dos diversos serviços de saúde mental da SES/DF. As primeiras oficinas foram de marcenaria e serigrafia, tear e costura.

Atualmente, não há usuários ou familiares no corpo administrativo da cooperativa. Estão em funcionamento duas oficinas coordenadas por profissionais do ISM, a saber,

serigrafia e marcenaria, com respectivamente nove e oito usuários. Os mesmos recebem uma remuneração pelos serviços prestados à entidade.

Em 03 de julho de 1995, ocorre o credenciamento, junto ao MS, do CAPS I do ISM – o primeiro do DF. Esta conquista se dá como um desdobramento das proposições de ampliação do caráter substitutivo à internação psiquiátrica do NRSFB e do próprio fortalecimento deste núcleo.

Outras ações bastante significativas desta gestão ocorreram no sentido de garantir a participação organizada da sociedade civil nas discussões acerca da saúde mental, como preconizado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, para tanto, propôs-se a criação de associações de usuários e de familiares e buscou-se articulação com estes seguimentos para a efetivação da proposta.

A iniciativa de criação das associações evidenciava uma preocupação em instrumentalizar a comunidade enquanto uma ferramenta indispensável para a construção da cidadania dos usuários e para uma articulação efetiva com a sociedade e instâncias envolvidas com as questões da saúde mental.

As associações de usuários e familiares, em que estes se organizam de maneira efetiva, funcionam como ferramentas também para a progressiva desmistificação da loucura no âmbito da coletividade, possibilitando um diálogo entre a instituição de saúde e a sociedade, permitindo que a coletividade se aproprie desta nova visão em saúde mental.

A participação da comunidade nas atividades das associações é garantida mediante a realização de eventos científicos e culturais, organizados em parceria com os serviços de saúde mental.

Estas organizações, quando atuantes, favorecem o fortalecimento dos princípios e diretrizes do serviço que contam com olhos atentos e zelosos da comunidade sob suas práticas cotidianas.

Houve uma grande mobilização em torno da criação destas associações e duas chegaram a ser instituídas: a Associação de Usuários da Saúde Mental – ASSUME e a Associação dos Malucos Beleza do Planeta Terra – ASMABPT, como uma dissidência da ASSUME.

O edital de convocação para a assembléia de fundação da ASSUME, que ocorreu em 02 de junho de 1995, foi publicado, em 1985, em jornal de grande circulação local – o Jornal de Brasília. A pauta incluía discussão e aprovação de estatuto da ASSUME; fundação da ASSUME, eleição e posse da Diretoria e do Conselho Fiscal.

Em seu estatuto definem-se como ações da ASSUME colaborar na formação, capacitação e desenvolvimento do usuário do serviço de saúde mental e na sua reintegração na sociedade.

Embora a ASSUME tenha realizado assembleia de fundação da entidade, não houve registro da mesma em ata e ela, assim como a ASMABPT, continuou existindo de forma não oficializada e desarticulada. A inexperiência dos usuários aliada ao insuficiente apoio e envolvimento dos técnicos a estas duas associações culminaram no desmonte destas entidades que deixaram de existir, anos depois.

Ainda nesta gestão, é criada a Associação dos Familiares e Amigos da Saúde Mental – ASSIM. Essa entidade fortaleceu-se ao longo dos anos, adquiriu sede própria (situada na comunidade do Riacho-Fundo I) e organizou, em parceria com o ISM, vários eventos sociais e educativos realizados no hospital e participou de inúmeros fóruns de discussão acerca da saúde mental.

Hoje a ASSIM mantém-se em funcionamento, oferece vários cursos profissionalizantes aos usuários da saúde mental e pessoas da comunidade em geral. Sua articulação com o ISM, porém, não existe mais.

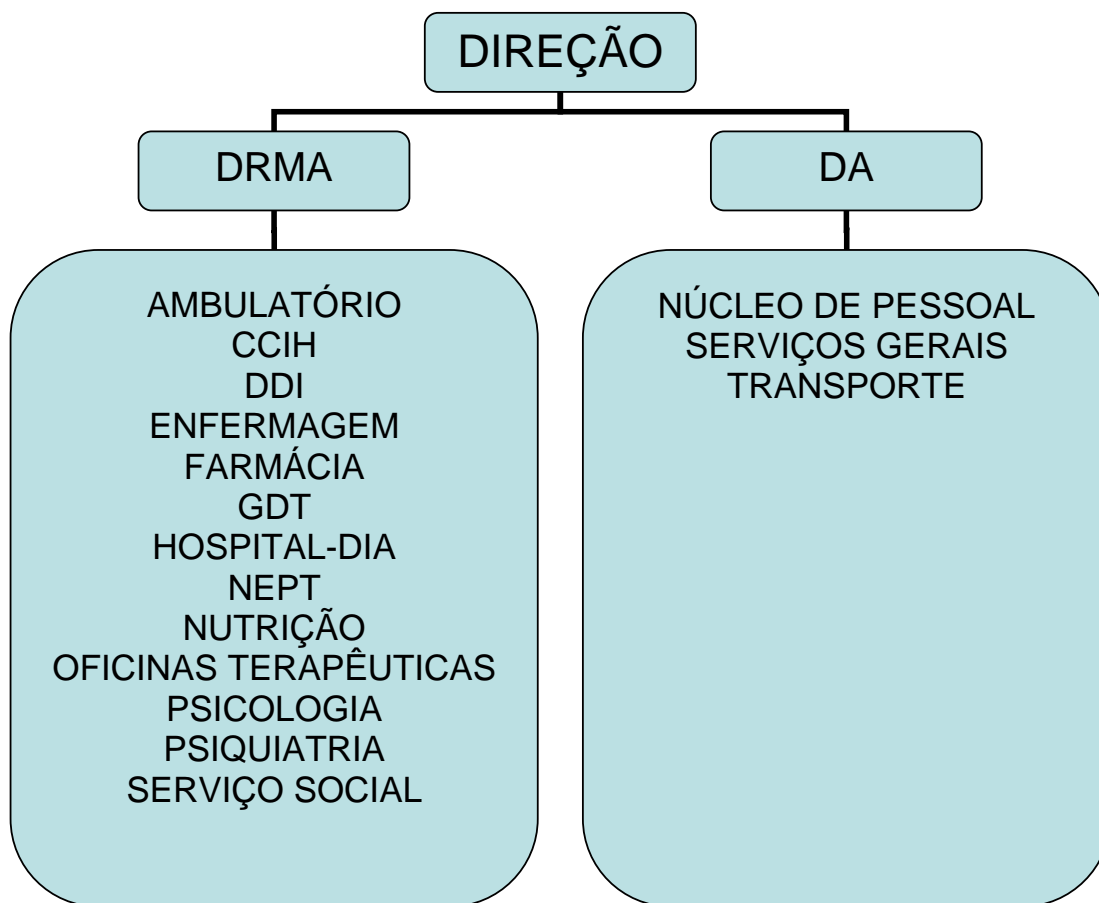
Em 1996, já na gestão da Dr^a Zélia Serra, o ISM sedia um importante evento do cenário brasileiro, o Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Dele participaram vários serviços de saúde mental do DF, representantes da ASSUME, da ASSIM, da CABESSA e do Movimento Pró-Saúde Mental do DF.

Deste período até 1998, o instituto passa por um momento de estabilidade, sem grandes transformações internas. A equipe investia em supervisão institucional, no diálogo com outras unidades de saúde mental e na capacitação dos técnicos para assumirem o papel de acompanhantes terapêuticos (projeto para implantação de acompanhantes terapêuticos no ISM).

A experiência de acompanhamento terapêutico no ISM foi bastante frutífera. Foi um momento de maior proximidade entre profissional e usuário, no qual predominavam relações menos marcadas pelo poder/saber técnico, princípio ressaltado no Projeto de Acompanhamento Terapêutico escrito para a unidade.

Até 1998, o ISM, administrativamente, estava organizado em termos de uma Direção à qual se subordinavam diretamente a Direção de Recursos Médicos e Assistenciais – DRMA e a Direção Administrativa – DA.

Figura 6.1 Esquema do Instituto de Saúde Mental do ano de 1998



Como se pode ver no esquema acima, à DRMA estavam subordinados a Gerência de Diagnose e Terapia – GDT; o Núcleo de Ensino Pesquisa e Treinamento – NEPT; a Chefia de Enfermagem; a Chefia de Psiquiatria; a Comissão para Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; os setores de serviço social, psicologia e nutrição; a farmácia e a Divisão de Documentação e Informação – DDI.

À GDT estavam subordinados o hospital-dia, o ambulatório e as Oficinas Terapêuticas – OT, e à DA estavam subordinados os serviços de transporte, Núcleo de Pessoal – NP, suprimento e serviços gerais.

O CAPS I do ISM, embora exista oficialmente, não está contemplado no organograma da unidade, sendo representado aqui por suas duas estruturas: o ambulatório e as oficinas terapêuticas.

Em 1999, assume a direção do Instituto o Doutor Adhemar Borges da Silva, que com sua nova equipe propõe uma reorganização da estrutura técnico-administrativa do hospital. É constituído um grupo de estudos para esta tarefa e deste estudo resulta a proposta de criação e

a efetivação de diversos núcleos, como explicitado no Regimento Interno da unidade, reformulado em 2000.

Estes núcleos tinham por finalidade agregar melhor os serviços de modo que o projeto terapêutico para cada um deles pudesse ser pensado como maior ênfase nas peculiaridades de cada um. Havia também a pretensão de maior articulação entre os membros das distintas equipes e a oferta de atividades terapêuticas para usuários do CAPS do hospital-dia indistintamente.

Entre os núcleos criados estavam o Núcleo de Transporte e Atividades Gerais – NTAG, o Núcleo de Inserção Social – NIS, o Núcleo de Enfermagem – NE e os Núcleos de Psicologia, Psiquiatria e Nutrição, correspondentes aos diversos setores. Mudam também alguns nomes, tais como, Núcleo de Oficinas Terapêuticas – NOFAT, Núcleo de Organização do Cotidiano – NOC em substituição ao hospital-dia, Núcleo de Assistência – NAS em substituição ao ambulatório, Gerência de Assistência – GAS em substituição ao DRMA, Gerência de Apoio Operacional – GAO em substituição à DA e o Núcleo de Registro, Controle e Avaliação – NRCA em substituição à DDI.

Outro núcleo criado foi o Núcleo de Esporte, Lazer e Atividades Comunitárias – NELAC. Ele era constituído de auxiliares de enfermagem e visava, segundo o projeto, à organização e articulação de atividades terapêuticas que preenchessem o tempo ocioso dos usuários, além de ajudar a mudar a cultura subordinativa dos auxiliares de enfermagem, que não eram acostumados a desempenhar tarefas autônomas, sobretudo na proximidade com o enfermeiro.

Este trabalho do NELAC foi muito importante para o contexto do hospital, pois deslanchou uma série de atividades terapêuticas. Foi um momento em que muito se investiu em atividades externas, como passeios a museus, parques, cinemas e outros.

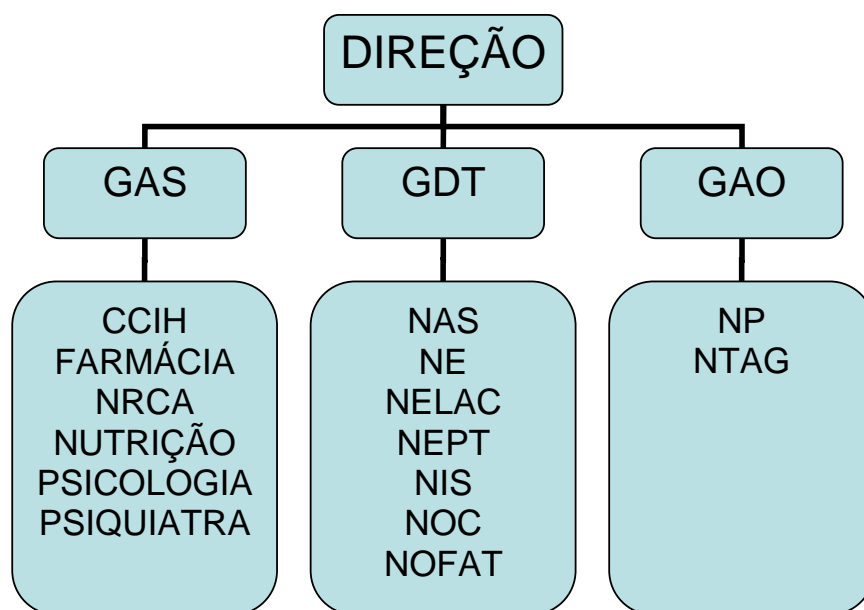
Outras mudanças realizadas no ISM foram de ordem física, como a inversão do espaço do ambulatório (agora NAS) para a Casa Grande, onde funcionava o hospital-dia (agora NOC), e do NOC para o local onde funcionava o NAS.

Em 15 de março de 2001, em virtude de uma deliberação da SES/DF, vários cargos de chefia, em nível dos hospitais, passam por reformulações. Publica-se no Diário Oficial do Distrito Federal o Decreto nº 22.003, no qual as mudanças internas na organização do ISM passam a constar de seu organograma, que fica assim: uma Direção, à qual se subordinam diretamente a GAS, a GAO e a GDT.

Como se pode ver no esquema a seguir, mudam-se algumas relações de subordinação e a Gerência de Diagnose e Terapia passa a ter maior controle sobre todos os Núcleos do hospital, enquanto a Gerência de Assistência sofre redução dos serviços a ela subordinados.

Houve uma grande centralização do poder técnico e administrativo por parte da GDT, o que dificultou ainda mais que as decisões institucionais fossem tomadas de forma democrática e participativa.

Figura 6.2 Esquema do Instituto de Saúde Mental do ano de 2001



Neste novo contexto, o CAPS (que ainda não aparece no organograma da instituição) fica representado pelo NAS e NOFAT. O NAS presta atendimento tanto a usuários considerados exclusivamente de ambulatório, quanto a outros considerados de CAPS.

Os usuários de ambulatório e de CAPS diferenciam-se pela forma com que se inserem no Sistema de Informações Hospitalares – SIH do SUS, em que se distingue o tipo de procedimento realizado junto a cada cliente.

Os usuários que freqüentam o NAS com a finalidade de apenas realizar consultas, são considerados pacientes de ambulatório (de baixa complexidade), já aqueles que, além de realizarem consultas, freqüentam oficinas terapêuticas são considerados usuários do CAPS (de alta complexidade). Para estes é feita emissão de autorização de procedimentos de alta complexidade – APAC, descrita na Tabela de procedimentos do SUS.

Ao longo do tempo, não só algumas destas mudanças administrativas, mas outras medidas tomadas pela gestão 1999-2005, mostraram-se conflitantes com a proposta inicial da unidade. Estas medidas proporcionaram a fragmentação de várias atividades que antes aconteciam de maneira articulada entre os setores e provocaram o desvirtuamento, bem como a extinção de várias outras. Este movimento pode ser acompanhado nos livros de relatórios das reuniões técnico-administrativas.

Os desdobramentos mais perceptíveis destas medidas foram quanto à mudança de área física entre NAS e NOC, que aumentou o isolamento dos usuários, e a desarticulação entre os núcleos, dificultando, inclusive, a participação dos usuários nas atividades cotidianas. A mudança reverteu-se poucos meses depois, quando então os serviços voltaram aos seus locais de origem.

Com o passar do tempo, a centralização da organização de atividades terapêuticas coletivas pelo NELAC acabou acarretando uma redução acentuada da participação dos demais técnicos e, sobretudo, dos usuários na definição e na realização destes eventos.

Houve também um esvaziamento dos fóruns de discussão, tais como grupo de chegada, relatório institucional (que acabou extinto), reunião técnico-administrativa, reunião de núcleos entre outros. A razão para esta desarticulação progressiva foi que estes fóruns, aos poucos, perderam seu caráter deliberativo e passaram a ser espaços apenas informativos para as questões deliberadas pela direção.

As ações dessa direção eram mais conservadoras e centralizadoras, reduzindo os espaços de discussão democráticos e dirigindo as ações terapêuticas para modos mais tradicionais.

Priorizavam-se atividades de cunho psicoterápico e medicamentoso, o que estava nitidamente em contraposição à perspectiva original do ISM, de adotar métodos alternativos e possibilitar o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, conforme consta de seu regimento de 1988.

As atividades coletivas, tais como reuniões de família, visitas domiciliares e institucionais, festas e comemorações já não contavam mais com a participação de profissionais das várias disciplinas, ficando a cargo, na maioria das vezes, somente dos profissionais da equipe de enfermagem. Estes, por sua vez, passaram a valorizar cada vez menos tais atividades e reduziram também seu envolvimento com as mesmas.

O aumento da demanda, tanto de usuários para o hospital-dia quanto para o CAPS, explica, em parte, a ausência de profissionais da psiquiatria e da psicologia destas atividades.

Com uma demanda crescente de usuários para o serviço, algumas iniciativas foram adotadas para ampliar o número de atendimentos oferecidos. Uma delas foi a substituição dos atendimentos individualizados da psicologia por atendimentos grupais.

O CAPS do ISM, pressionado pelo volume de usuários, passou a atendê-los em uma perspectiva muito semelhante à de um ambulatório tradicional. Já não era possível, diante da crescente demanda, discutir projetos terapêuticos individualizados para sua clientela.

Neste contexto surge ainda um agravante. O Núcleo de Inserção Social viu-se bastante desfalcado, tendo perdido cinco de suas sete assistentes sociais, a maioria por remoção para outras unidades.

A desarticulação deste núcleo fez sucumbirem várias iniciativas de reinserção e reabilitação psicossocial para os usuários da saúde mental. Atualmente o núcleo atende demandas emergentes, em sua maioria relacionadas à aquisição de benefícios de prestação continuada, cestas básicas e passe livre.

Percebeu-se, aos poucos, uma mudança no trajeto da instituição. Antes as ações terapêuticas voltavam-se para fora do instituto no sentido da reintegração dos usuários às famílias e à comunidade, com ênfase no resgate de sua condição cidadã.

Mais recentemente há uma grande morosidade nas altas do NOC e uma progressiva institucionalização dos usuários, seja na estrutura do hospital-dia, seja na estrutura do CAPS. A permanência dos usuários do hospital-dia ultrapassa uma média de dois anos de duração.

Hoje o foco da atenção restringe-se à manutenção do quadro de estabilidade dos usuários, com ênfase na terapêutica medicamentosa e na participação dos usuários nas atividades que ocorrem dentro do ISM. A participação das famílias no contexto da unidade restringe-se basicamente ao momento da admissão dos usuários e das reuniões, que acontecem mensalmente.

Ocorrem com menor frequência eventos festivos para os quais familiares e comunidade são convidados, o que contrasta fortemente com o momento anterior, em que a comunidade participava no planejamento e na execução de atividades socioculturais.

Cabe ressaltar aqui, no entanto, algumas terapêuticas diferenciadas que sobreviveram às mudanças de rumo e atravessaram a gestão 1999-2005. Elas representam o maior diferencial entre esta unidade e os serviços tradicionais de atenção à saúde mental, como descrito a seguir.

São estas as atividades ligadas ao Núcleo de Oficinas Terapêuticas. Atualmente estão em funcionamento o artesanato, a terapia corporal, o teatro, o jornal, a casa do barro, a ludoterapia, o esporte, a horticultura, o grupo de convivência, a educação alimentar e coral.

No CAPS acontece a Terapia Comunitária – coordenada por enfermeira e assistente social. Esta atividade terapêutica tem a finalidade de promover a saúde e a atenção primária em saúde mental e “funciona como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e da identidade cultural das comunidades carentes” (MISMEC, 2006).

Os encontros de frequência semanal visam a desenvolver atividades de prevenção e inserção social de usuários e pessoas da comunidade; promover a integração e o resgate da dignidade e da cidadania, reduzindo a exclusão social; promover a melhora da auto-estima e autoconfiança; reforçar vínculos interpessoais, respeitando as diferenças culturais entre os participantes.

Sob a coordenação do CAPS, acontece ainda o grupo para atendimento da melhor idade “Maior idade, maior saber” e a oficina denominada Espaço Criativo, na qual os usuários realizam uma diversidade de trabalhos manuais, tais como confecção de bijuteria, crochê, bordado e corte e costura.

Esta oficina, que ocorre no interior de um ônibus-sucata adaptado, destaca-se no aproveitamento de materiais recicláveis. Trata-se de uma atividade que não limita o número de participantes, acolhendo a todos os que chegam para trabalhar.

Objetos artesanais produzidos na oficina são freqüentemente comercializados pelos usuários. Muitos adquiriram habilidades tão refinadas, que hoje garantem seu sustento com a venda de panos de prato e bijuterias lá confeccionados.

No hospital-dia NOC está em andamento um outro projeto relevante enquanto proposta de reabilitação psicossocial, o da reinserção social de pacientes jurídicos internados em um manicômio judiciário do DF, denominado de Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP.

O projeto foi elaborado em consonância com a legislação em saúde mental atendendo especificamente o que consta na Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que dispõe sobre a aprovação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Este Plano destina-se a garantir atenção integral à saúde da população prisional com ações de saúde mental voltadas para a prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento e atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

O trabalho do ISM junto à clientela da ATP começou em 1996, com o atendimento mensal dos usuários, ainda nas instalações do presídio. Foi um trabalho pioneiro – até hoje são poucas as iniciativas no Brasil de atendimento em serviços substitutivos a pacientes com restrição de liberdade.

Até sua chegada ao hospital-dia, estes usuários não contavam com qualquer abordagem psicoterapêutica, apesar de estarem submetidos à medida de segurança em razão de terem cometido delitos em circunstâncias de adoecimento mental.

Em 2002, esse trabalho continua em parceria com o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, com a Vara de Execuções Criminais do DF – VEC e com a Seção Psicossocial deste órgão, planeja-se a transferência dos atendimentos desta clientela para o hospital-dia do ISM. Somente em 2004 os usuários da ATP passaram a freqüentar a unidade de segunda a sexta-feira, das 8h30 min às 17h00, quando retornavam à ATP.

Para a efetivação do projeto, foi preciso que ocorressem longas e difíceis negociações e que fossem vencidas várias resistências, como os temores e o preconceito de diversos profissionais e usuários do ISM com relação aos pacientes jurídicos.

A questão foi motivo de debate em mesa redonda ocorrida no ISM, por ocasião da II Semana de Saúde Mental do DF, em 18 de maio de 2005, em que o tema central foi o atendimento de pacientes jurídicos em serviços de atendimento-dia. O evento foi organizado pela Coordenação de Saúde Mental do DF.

Para Canfora (2005), o redirecionamento, tanto da conduta frente à clientela, quanto do local de atendimento, era uma estratégia que objetivava realizar atendimento em um ambiente aberto, menos ostensivo e favorecer o convívio social destes usuários e sua progressiva reintegração à comunidade.

Visava-se oferecer subsídios às instâncias jurídicas competentes para a emissão do laudo de cessação de periculosidade, viabilizando o retorno dos usuários aos seus lares. Outro objetivo era o atendimento das famílias e sua sensibilização para o acolhimento dos usuários, tão logo fosse extinta sua medida de segurança.

Essa iniciativa mostrou-se bastante eficiente e, desde a admissão do primeiro usuário da ATP no hospital-dia, vários já tiveram sua medida de segurança extinta e estão de volta às suas casas. Alguns se mantêm em acompanhamento no hospital-dia, outros já são atendidos no ambulatório.

Além das atividades descritas acima, o ISM mantém os atendimentos individuais e grupais pela psiquiatria, psicologia, serviço social, nutrição e enfermagem. Tais atividades, juntamente com as oficinas, ocorrem de segunda a sexta-feira das 9h00 às 17h00 e são abertas aos usuários dos diferentes serviços. Ao longo do dia os usuários realizavam três refeições: café da manhã, almoço e lanche da tarde.

Em agosto de 2005, o Dr. Renato Canfora Castro assume a direção do ISM em meio a uma realidade institucional perceptivelmente distante do seu projeto inicial.

Ele e sua nova equipe de direção assumem o compromisso de resgatar os princípios de democracia e participação na gestão da unidade, fortalecendo uma vez mais a perspectiva psicossocial, reduzindo o enfoque hospitalocêntrico e medicamentoso que vigorou durante a gestão anterior.

6.2 A “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA” DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL

Considerando o contexto histórico e organizacional do ISM apresentado anteriormente, fazemos um destaque especial à instalação da “Residência Terapêutica” no âmbito deste serviço, reconhecendo a relevância da unidade dentro deste estudo.

Resgatando o panorama da Saúde Mental no DF em 2003, vemos que, nesta época, a Secretaria de Saúde do DF ainda mantinha convênio com a Clínica de Repouso do Planalto – CRP, uma clínica psiquiátrica privada, que disponibilizava 146 leitos (SUS/DF).

A interdição da CRP, ocorrida em 04 de abril de 2003, depois de constatadas irregularidades em seu funcionamento, resultou na transferência dos usuários vinculados ao SUS que lá se encontravam para o Hospital São Vicente de Paula, para a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base e para o ISM. Alguns outros pacientes receberam alta.

Em razão do fechamento da clínica, coube ao ISM receber 26 usuários que estavam residindo na CRP havia um tempo médio de três anos, muitos deles já não possuíam qualquer vínculo familiar ou social identificáveis.

Para acomodar os usuários recém-chegados, foram necessárias algumas adaptações, como a desativação de uma área anexa ao refeitório e à administração, onde estavam alojadas as oficinas terapêuticas.

Lá foi instalada inicialmente uma enfermaria, montada em um espaço de tempo de apenas um dia antes da chegada dos usuários. Sua área física constava de um galpão com 26 leitos dispostos de quatro em quatro, entre meias paredes de modo que a visualização de todos eles era possível a partir do posto de enfermagem. Contava ainda com uma rouparia que também servia de repouso feminino; um repouso masculino; um expurgo; dois banheiros (cujos boxes de sanitário e chuveiro, em sua maioria, não possuíam portas); uma copa, restrita aos técnicos, e uma sala para atendimento individualizado.

Como seria necessário manter a unidade em funcionamento por tempo integral e, de início, não havia novos profissionais de enfermagem, a equipe existente passou a dobrar

plantões a fim de cobrir a escala, como consta nos relatórios de enfermagem da “RT” do ano de 2003.

Nas semanas seguintes, por ocasião da contratação de novos auxiliares de enfermagem aprovados em concurso, a SES/DF passou a lotá-los no ISM. A maioria destes profissionais permanece até hoje compondo a equipe da unidade.

A perspectiva inicial de permanência destes usuários no ISM era de três meses, prazo dado pela COSAM – DF para a montagem das Residências Terapêuticas na comunidade. Em abril do ano de 2006 o serviço completou três anos de existência.

A instalação da enfermaria teve grande repercussão sobre o corpo técnico do ISM e sobre sua dinâmica de funcionamento em razão, sobretudo, do contraste entre a clientela deste serviço e a que habitualmente freqüentava os serviços do ISM.

A primeira clientela, constituída por um grupo de pessoas sem lar e sem referência familiar conhecida e já bastante cronificada, contrastava com a clientela geral do ISM, constituída de pessoas menos comprometidas do ponto de vista psíquico e relacional e que contam com suporte familiar e social.

Outra diferenciação fundamental é que a enfermaria, funcionando ininterruptamente, rompia com a perspectiva de atendimento-dia do ISM. A unidade, afinal, havia sido criada em uma perspectiva de serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Estas e outras razões, como a maneira abrupta com que a unidade foi instalada, sem que a equipe tivesse sido preparada para isso, colaboraram para certo estranhamento dos demais serviços para com a enfermaria. Os técnicos tinham muitas dúvidas quanto ao funcionamento da nova unidade e quanto à clientela que para lá havia sido mandada. Essas questões estão registradas nos relatórios de reuniões de enfermagem do ano de 2003.

A nova unidade instituiu-se primeiramente como uma enfermaria e, aos poucos, os técnicos do ISM foram se acostumando com a sua existência. Alguns profissionais passaram a denominá-la “Residência Terapêutica” para minimizar sua conotação de enfermaria. A intenção era reforçar o caráter de moradia intrínseco àquele serviço, embora ela não estivesse funcionando em consonância com a Portaria nº 106, do MS, de 11 de fevereiro de 2000.

Esta posição defendida pela equipe foi muitas vezes questionada pela direção da unidade, que chegou mesmo a proibir que se expedissem documentos em que constasse tal nomenclatura, para não comprometer o instituto com a existência deste dispositivo terapêutico.

De fato, não se podia denominar “Residência Terapêutica” aquele serviço que guardava forte semelhança com uma unidade hospitalar, no entanto, não se podia também

chamar de enfermaria um serviço no qual os usuários não tinham a perspectiva de alta hospitalar e que se constituía mesmo como a única referência de habitação destes usuários.

Embora parecesse sem importância a definição do nome para a unidade, tal situação revelava um conflito de interesses entre a direção e os técnicos que atendiam diretamente os usuários do serviço.

De um lado, os técnicos batizando o serviço de “Residência Terapêutica”, querendo assumir os usuários como moradores do serviço, pessoas que precisavam ser cuidadas em um nível de complexidade bem maior que os usuários do hospital-dia ou do ambulatório. Pessoas sem identificação, sem família, sem renda, sem infra-estrutura domiciliar, mesmo sendo domiciliados na unidade.

De outro, a direção batizando o serviço de enfermaria, entendendo-o como provisório e aguardando intervenção de instâncias superiores a abduzir de lá os usuários para qualquer lugar fora do ISM. Mais objetivamente, esperavam que a COSAM instituisse rapidamente as Residências Terapêuticas, antes que fossem necessárias maiores medidas junto aos usuários por parte da unidade.

O momento de apreensão, vivido por todo o ISM, decorrente da existência da nova unidade, vai somar-se a certo descontentamento já presente entre a equipe, em razão de medidas da direção da época que contrariavam propostas originais da instituição.

Para exemplificar tal fato, destacamos a tentativa da direção de instituir o uso de jalecos entre os profissionais de todos os serviços, inclusive ambulatório e hospital-dia, por ocasião do aniversário do ISM. Dados do memorando 01/2004 – GAB/ISM/SES.

Estas ações da direção e outras, como restringir a participação de usuários e familiares nos fóruns de discussão do instituto, demonstravam a tendência ao conservadorismo, presente entre os gestores da época, o que gerava desconforto, sobretudo entre os técnicos que defendiam o avanço de medidas mais democráticas e de abertura do serviço.

Em alguns momentos a equipe reagiu contra essas medidas, como no caso da obrigatoriedade do uso do uniforme. Como a ausência de uniforme sempre havia sido uma das peculiaridades do ISM e uma iniciativa que se mostrou eficiente para uma maior aproximação entre equipe, usuários e familiares logo se mobilizaram e a equipe derrubou a medida, forçando a direção a rever sua posição.

Uma determinação posterior da direção recomendava a abertura de um grupo de trabalho para “estudar princípios e normas para uso de uniforme nas diversas unidades do Instituto”. Dados do memorando 02/2004 – GAB – ISM – SES.

No âmbito da nova unidade, no entanto, o uso do jaleco foi naturalmente incorporado, reforçando as diferenças já existentes entre esta unidade e as demais. A equipe adotou o uso do jaleco com alegações de que lá era preciso auxiliar os pacientes no banho e no uso do sanitário; foi também considerada uma medida higiênica, em princípio, já que muitos usuários apresentavam lesões cutâneas de natureza desconhecida.

A adoção do uso do uniforme perdurou, reforçando o caráter de enfermaria da unidade. Esta foi apenas uma das muitas características da organização do serviço, que se diferencia dos demais serviços do ISM.

Para uma melhor compreensão da unidade, passamos a descrevê-la, considerando sua clientela e algumas das ações realizadas junto aos usuários, no decorrer de três anos de sua existência.

Ressaltamos que dos 26 usuários encaminhados para o ISM, sete retornaram às suas famílias tão logo as mesmas foram localizadas, dois foram encaminhados a abrigos de idosos, onde puderam gozar de maior conforto e privacidade.

Na ocasião de sua chegada, os usuários encontravam-se, em sua maioria, em grave estado de desnutrição e desidratação, apresentavam escabiose e pediculose, assim como prejuízo de sua integridade cutânea e perda de autonomia para o autocuidado – o que era evidenciado pela precária higiene física e bucal, pelos hábitos inadequados para o sono, alimentação e eliminações fisiológicas.

As primeiras ações junto aos usuários foram no sentido de garantir suporte nutricional adequado, eliminação das patologias cutâneas, suporte apropriado para realização das atividades de vida diária e prática, incluindo acompanhamento e dispensação de cuidados durante o banho, alimentação e eliminações, bem como o investimento em aspectos relacionados à educação para a saúde, como pode ser verificado nos prontuários e nos relatórios de enfermagem da unidade.

Os usuários recebiam cinco refeições por dia, sendo que o café da manhã, almoço e jantar eram servidos no refeitório anexo, o lanche da tarde e a ceia, na própria unidade.

Inicialmente, todos os usuários foram encaminhados a consultas em clínica geral, oftalmologia e cardiologia, e as mulheres passaram por avaliação ginecológica. Foi estabelecida uma parceria com a Universidade Católica de Brasília, que garantiu a criação de um Programa para Atendimento Odontológico aos usuários e outro de atendimento fisioterápico.

Os programas estão em andamento desde o 1º semestre de 2003. Além disso, usuários com questões clínicas específicas têm recebido atendimento nos hospitais regionais conforme

suas demandas e têm realizado exames complementares, incluindo exames laboratoriais e de imagem.

Atualmente os usuários encontram-se adaptados ao ambiente físico, apresentam-se em condições físicas e nutricionais adequadas, com ciclos de sono e vigília regulares, e já adotaram hábitos de vida diária e prática mais saudáveis, não dispensando ainda o acompanhamento por tempo integral. Alguns usuários apresentam maior dependência para o autocuidado, tendo uma atenção diferenciada por parte da equipe.

Logo que assumiu a direção do ISM, em agosto de 2005, o Dr. Renato Canfora Castro, propôs a reorganização da “Residência Terapêutica”, com vistas à sua adequação ao que está preconizado na Portaria nº 106, do MS, de 11 de fevereiro de 2000, e à reformulação de várias práticas institucionais.

Atualmente, está na pauta de discussões do instituto a reorganização não só da “Residência Terapêutica”, mas também do hospital-dia e do CAPS. A direção está buscando a reativação dos fóruns de discussão como espaços deliberativos e não mais informativos, a valorização da participação de usuários, familiares e comunidade junto aos técnicos nas instâncias decisórias do ISM.

A direção busca ainda a valorização de ações de ressocialização e reabilitação psicossocial, a reorientação do serviço prestado no CAPS, de modo que se supere seu caráter ambulatorial e que se possa garantir a elaboração de projetos terapêuticos individualizados. Discute-se com a COSAM – DF a possibilidade do redirecionamento da clientela ambulatorial para outros serviços regionalizados.

Hoje o ISM mantém a chamada “Residência Terapêutica” com atendimento integral a 17 usuários, cujos vínculos familiares ou sociais são desconhecidos ou inalcançáveis, mas existe a perspectiva de que a COSAM – DF efetive os Serviços Residenciais Terapêuticos na comunidade até o final desta gestão.

Os usuários, hoje abrigados no ISM, são, em sua maioria, pessoas com longa história de internação em instituições manicomiais. Conforme registros, alguns vêm sofrendo internações psiquiátricas há pelo menos 40 anos.

Eles estão bastante cronificados pelos anos de institucionalização, apresentando perdas das habilidades para o autocuidado e necessitando de investimentos terapêuticos voltados à sua inclusão social, em uma dimensão bem mais complexa do que a que se desenvolve junto aos usuários dos demais serviços do ISM.

Algumas questões relacionadas com a condição destes usuários na Residência Terapêutica do ISM merecem destaque.

Essas pessoas, em sua maioria, não estão legalmente identificadas e não estão munidas de Carteira de Identidade, Título de Eleitor nem de Cadastro de Pessoa Física – CPF (condição em que chegaram no ISM), sendo assim, não são reconhecidas como sujeitos sociais, para quem a documentação pessoal é imprescindível.

Estes usuários não possuem recursos financeiros próprios, apesar de fazerem jus ao Benefício de Prestação Continuada (Decreto nº 1.744, de 08/12/1995) e ao benefício proveniente do Programa Federal “De volta para casa” (Lei nº 10.708, de 31/07/2003) e à carteirinha de passe livre (Decreto nº 3.691, de 19/12/2000) o que lhes permitiria acesso gratuito aos meios de transporte coletivos.

Esses recursos não podem ser disponibilizados a esta clientela justamente porque lhes falta documentação de identificação pessoal, necessária para o seu cadastramento no Instituto Nacional de Seguridade Social e em seus Programas de Distribuição de Renda.

Em razão disso, estes usuários valem-se da caridade de outros cidadãos, que freqüentemente lhes ofertam doações de artigos de vestuário, higiene e beleza, com os quais eles se mantêm. Estas doações chegam aos usuários por meio de campanhas que são realizadas pelos funcionários do setor.

O Ministério Público vem acompanhando esta questão propondo às instâncias competentes que seja feita a identificação tardia dos usuários, bem como sua interdição para que se estabeleçam curadores que poderão futuramente responsabilizar-se pela administração de seus benefícios.

Outra grave situação que envolve os usuários é a inexistência de uma vinculação oficial desta clientela com a Secretaria de Estado de Saúde, não estando cadastrados enquanto pacientes de hospital-dia ou de ambulatório, nem tão pouco de Residências Terapêuticas.

Estes usuários, oficialmente, não existem para o sistema público de saúde como informado pelo NRCA / ISM em junho de 2006. Suas despesas com medicação, alimentação e todos os outros gastos provenientes de sua manutenção no sistema não geram retorno para a SES/DF, pois não há meios de realizar seu faturamento junto ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH /SUS.

O pagamento que o SUS repassa às Secretarias Estaduais de Saúde é feito pela emissão de Guias de Autorização de Internações Hospitalares – AIHs, quando se trata de pacientes atendidos em emergências, internações ou ambulatórios, ou pela emissão de Guias de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade – APACs, quando se trata de pacientes atendidos em Serviços Residenciais Terapêuticos, por exemplo.

A dificuldade em classificar os usuários da “Residência Terapêutica” dentro destes dois sistemas de cobranças deve-se primeiro ao fato de que o ISM está cadastrado junto a SES/DF como serviço de atendimento-dia, não podendo ser remunerado por procedimentos na modalidade de internação, e segundo a existência da Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, que proíbe a criação de novos leitos hospitalares no DF.

A terceira razão é que os usuários não têm como comprovar endereço residencial, uma vez que suas referências familiares foram perdidas. Para a emissão de AIHs na modalidade de atendimento ambulatorial exige-se endereço residencial.

Finalmente, estes usuários não podem ser caracterizados como moradores do serviço porque nele oficialmente não está instituída uma “Residência Terapêutica”, o que é obrigatório para a emissão de APACs. O ISM só está cadastrado junto ao Ministério da Saúde como hospital-dia e CAPS.

Tal situação evidencia que estes usuários não existem para a sociedade nem como usuários do sistema público de saúde, nem como cidadãos. A falta de identificação e conseqüentemente de documentação pessoal, assim como a falta de endereço e de família, fazem destas pessoas “não sujeitos”, seres invisíveis para sistema social como um todo.

Em uma dimensão bem mais intrínseca, é possível dizer que, quando estes usuários experimentam a consciência de seu sofrimento, ele se amplia para além da sua condição de “sujeitos loucos”, como freqüentemente são rotulados, se aloja onde a sociedade lhes nega qualquer direito de existir enquanto partes integrantes dela, não lhes deixando qualquer alternativa que não a sua completa exclusão do sistema.

Tal situação excludente não se dá por força de sua loucura, mas por força desta conjuntura social que lhes toma de fora para dentro, esvaziando-os de si mesmos e de tudo o que possa atribuir-lhes dignidade e cidadania.

Para estas questões não existem ainda soluções postas. A instituição espera o pronunciamento da justiça com relação ao processo de identificação tardia como primeiro passo para a reconquista dos direitos de cidadania destes usuários.

Enquanto isso não acontece, o ISM disponibiliza para os usuários uma equipe específica de auxiliares de enfermagem e um enfermeiro, que se revezam em uma escala de trabalho com assistência 24 horas. Estes usuários também são atendidos por outros profissionais – um psiquiatra, uma nutricionista e auxiliares de serviço social que se encontram alcançáveis, uma vez que não possuem rotina de atendimento estabelecida para tal clientela.

A partir desta descrição, notamos que a proposta de atendimento interdisciplinar, prevalente no ISM, não se estende à Residência Terapêutica, nem tão pouco se trabalha com os usuários na perspectiva da construção de um Projeto Terapêutico Individualizado.

As atividades atualmente realizadas com os usuários valorizam a manutenção de seu quadro de estabilidade, enfatizando a terapêutica medicamentosa. Como as ações terapêuticas realizadas junto aos usuários desta unidade ficam a cargo, quase que integralmente, dos auxiliares de enfermagem, o foco do atendimento está no atendimento de suas necessidades básicas, como higiene, alimentação, sono e medicação.

A equipe focaliza também a valorização da relação interpessoal por meio da escuta qualificada e do diálogo. Além disso, realizam-se caminhadas pela área do ISM, banhos de piscina, artesanato com material reciclável, participação no grupo de convivência (que inclui atividades externas), atividades de higiene e beleza e participação nos eventos comemorativos do ISM.

Outras atividades realizadas por eles são passeios ao Parque da Cidade, ao Teatro Nacional, cinemas, lanchonetes, exposições e outros. Importante destacar que a participação dos usuários nestas atividades não ocorre de maneira sistemática e que a rotina de atividades diária varia de acordo com a equipe presente.

6.3 ISM CAMINHANDO PARA O NOVO DE NOVO

A atual direção do Instituto de Saúde Mental, na pessoa do Dr. Renato Canfora, em parceria com o Ministério Público, Promotoria de Justiça e Defesa da Saúde – PROSUS, e a INVERSO – ONG em saúde mental do DF, promove discussões voltadas para mudanças na “Residência Terapêutica”.

Está prevista para maio de 2006 a transferência dos usuários para duas outras áreas do ISM. Uma, que constituirá a Residência I, tem estrutura física que será aproveitada para a montagem de três quartos, um banheiro e uma sala. A “casa” não contará com copa ou cozinha. A outra, que constituirá a Residência II, ocupará o espaço onde até a pouco tempo estava instalado o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Treinamento em Serviço. Sua área física conta com quatro quartos, uma sala, dois banheiros. Esta “casa” não conta com copa ou cozinha.

Ao se resgatar a história do ISM aqui narrada, vê-se que esta casa era justamente um dos prédios que haviam sido construídos com a finalidade de instalação de Serviços Residenciais Terapêuticos, o que na época não se viabilizou.

É importante lembrar que ambas as “casas”, por situarem-se ainda no interior de uma unidade de saúde, poderão ter o funcionamento muito semelhante ao de uma enfermaria, com horários estabelecidos para refeições, medicações e atividades.

Além disso, faz-se necessária uma sensibilização, de usuários e equipe, para a mudança de foco que substitui a perspectiva de enfermaria pela de uma casa.

Pelo fato de os usuários terem sido afastados desta possibilidade de vida doméstica por tanto tempo, hoje, para que retomem sua autonomia, é preciso investir em sua adaptação à realidade de uma casa, na qual, espera-se, eles tenham de cozinhar, lavar, limpar e organizar suas próprias coisas, como é costume entre os moradores da cidade.

Como os novos espaços lembrarão mais a estrutura de “casas urbanas”, o objetivo da mudança de área física vai ao encontro desta possibilidade de que o novo espaço possa funcionar como transitório até a posterior transferência dos usuários a casas instaladas na comunidade.

Há ainda a perspectiva de que os profissionais da enfermagem que hoje atuam junto à clientela da “Residência Terapêutica”, e outros que se interessarem, sejam capacitados para o trabalho de acompanhamento terapêutico a ser realizado nas novas moradias.

7 TRAÇANDO O PERFIL DOS SUJEITOS DE PESQUISA

O grupo alvo da pesquisa constituiu-se de 11 profissionais da saúde, auxiliares de enfermagem que atuavam na “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental por um tempo maior que seis meses na ocasião da coleta de dados.

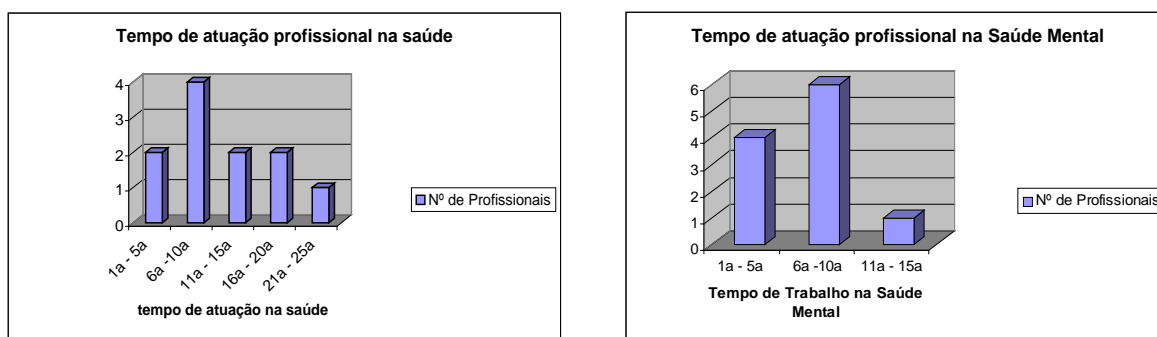
Ressaltamos que todos os profissionais possuem um vínculo de trabalho estável com a Secretaria de Saúde do DF, sendo todos eles concursados. Somente um dos profissionais ainda se encontra em período de estágio probatório.

O grupo de profissionais pesquisados constitui-se de seis homens e cinco mulheres, com idade entre 26 e 40, caracterizando-se por um grupo relativamente jovem.

Os 11 entrevistados têm formação de nível médio, com curso profissionalizante para auxiliar de enfermagem, e todos fizeram complementação para o nível de técnico de enfermagem. dez deles já têm formação nesta área há mais de seis anos. Neste grupo existem três profissionais cursando graduação em Enfermagem, evidenciando sua opção por tal área.

Os gráficos a seguir apresentam uma relação entre o tempo de trabalho na saúde e o tempo de trabalho na saúde mental:

Figura 7.1 Gráficos comparativos de tempo de atuação profissional



Quatro dos profissionais entrevistados estão atuando na saúde mental desde que iniciaram sua carreira profissional e sete deles já atuam nesta área há mais de seis anos, tempo considerável para que conheçam a área e façam opção por ela. Neste sentido, pode-se inferir que os que continuam atuando na saúde mental tenham se definido pela área, posição que se confirma também pela inexistência de pedidos de remoção para outras unidades da SES/DF.

Todos os entrevistados iniciaram sua experiência profissional nesta área no Instituto de Saúde Mental, com exceção de dois casos, cujos profissionais já tinham trabalhado em outras unidades de saúde mental.

Este dado evidencia que a permanente construção do arcabouço teórico-prático em saúde mental dos entrevistados, em continuidade ao que foi adquirido em sua formação profissional, está sendo fomentado, tendo como pano de fundo o contexto histórico e organizacional do Instituto de Saúde Mental.

Embora 5 dos 11 entrevistados trabalhem no ISM há menos de 6 anos, 10 deles trabalham na “Residência Terapêutica” do ISM desde que ela foi instalada, ou seja, há três anos. Todos os dez, portanto, vivenciaram o processo de instalação e fixação da unidade e acompanharam a trajetória dos usuários desde a sua chegada ao serviço.

Nos registros do Núcleo de Ensino Pesquisa e Treinamento, consta que todos os sujeitos de pesquisa passaram por várias capacitações com temáticas voltadas para o Modo de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e para dispositivos terapêuticos da Reforma Psiquiátrica, não existiram, no entanto, capacitações com temáticas específicas sobre dinâmica e organização de Serviços Residenciais Terapêuticos para esta equipe.

Embora as capacitações oferecidas a estes profissionais não tenham tido como temática central os Serviços Residenciais Terapêuticos, todos os profissionais, ao assumirem suas atividades na Residência Terapêutica do ISM, possuíam algum conhecimento teórico que os subsidiava na condução do trabalho.

Ocorreu ainda que estes profissionais participaram de reuniões, coordenadas pela direção, em que se discutiram propostas de mudanças para a unidade, no sentido de tornar sua dinâmica de funcionamento mais próxima do que é preconizado para o dispositivo residencial terapêutico. Discutiu-se também a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos na comunidade.

8 DIANTE DA LOUCURA

Retomando as considerações iniciais e as interrogações fundamentais que orientam este estudo, direcionamos a pesquisa aos auxiliares de enfermagem da “Residência Terapêutica” do ISM, para buscar, por meio de suas falas, compreender de que maneira ordenam e reproduzem sua realidade.

Considerando que as falas são reveladoras do modo como os indivíduos se relacionam com tudo o que está à sua volta, buscamos apreender as representações destes frente à loucura e ao louco, se esta visão influencia o profissional em sua atuação junto à equipe, aos usuários e ao ambiente institucional e de que modo estas representações repercutem em suas práticas assistenciais, favorecendo ou dificultando a inclusão social desta clientela.

Para melhor situar as falas dos sujeitos, fizemos uma análise do cenário no qual eles estão inscritos, na tentativa, não de esgotar, mas de delinear a conjuntura histórica e social na qual suas falas se constituem e se reproduzem.

Posteriormente à leitura do conteúdo transcrito das entrevistas, buscamos um ordenamento dos dados, de modo que se pudesse ver emergir algumas categorias empíricas, para então discuti-las frente às categoriais de análise eleitas.

Nesse movimento, privilegiamos tanto pontos comuns nas falas dos sujeitos – que evidenciaram aspectos extensos, quantos pontos peculiares – que conduziram a aspectos intensos e não menos relevantes em termos de seu sentido e significado.

Lembrando Habermas (1987, p. 236), “esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado”.

Na organização formal do material coletado, procedemos a uma categorização dos dados, cujo critério adotado foi o semântico. Sendo assim, os dados foram agrupados a partir da relevância de sentido e significado de certos temas emergentes.

Desse trabalho de categorização dos temas, surgiram três eixos categoriais. O primeiro, denominado “Qual o significado da loucura”, diz respeito às concepções acerca do fenômeno da loucura e do louco.

O segundo eixo categorial, denominado “O trabalho em saúde mental”, concerne às concepções acerca do trabalho em saúde mental enquanto uma decorrência da concepção que

se tem da loucura e do louco e do contexto institucional e sociocultural no qual se inserem os profissionais.

O terceiro e último eixo categorial, denominado “O caminho da Inclusão Social”, explicita as representações acerca do processo de Inclusão Social das pessoas institucionalizadas e as perspectivas dos profissionais quanto ao futuro dos usuários da “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental.

8.1 QUAL O SIGNIFICADO DA LOUCURA

Conhecer as representações sociais dos auxiliares de enfermagem da Residência Terapêutica do Instituto de Saúde Mental, acerca da loucura e do louco foi considerado o primeiro passo no sentido de compreender como eles se colocam diante deste fenômeno e da pessoa por ele acometida.

Observamos, a seguir, dois fragmentos de fala que ilustram as representações emergidas das entrevistas:

[S4] Loucura para mim é a pessoa que não está no seu estado emocional e mental dentro da normalidade, vamos dizer assim entre aspas; que não tem assim uma noção da realidade, que está fora da realidade.

[S7][Loucura é] uma falta de controle do próprio pensamento, das atitudes, do meio de vida, de se relacionar com as pessoas. Uma falta de controle.

Vemos que as falas apresentam a idéia da loucura enquanto um distúrbio provocado por estado emocional e mental anormais, uma falta de controle do pensamento e das atitudes e uma fuga da realidade.

Esta idéia de loucura enquanto doença mental surgiu no final do século XVIII, quando “O louco, de desarazado à idade clássica e despossuído da razão pelo alienismo, vai sendo transformado, por sucessivos golpes de força, em doente mental” (CARVALHO; AMARANTE, 2000, p. 44). Este conceito surge como um desdobramento do pensamento de Descartes, para quem a razão ocupava *status* de determinação da própria existência, como vemos em sua afirmação “*cogito, ergo sum*”.

Se, na Idade Antiga, tomando como base as idéias de Platão, a desrazão humana era, em certa medida, uma porta para alcançar a razão divina, “o delírio que procede dos deuses é

mais nobre que a sabedoria que vem dos homens” (HEGEL, 1989, p. 245), na Idade Moderna, com Descartes, para quem o saber se constituía não mais por inspiração divina, “a loucura torna-se um negativo da razão”. (VASCONCELOS, 2000, p. 20). Descartes inaugura este momento histórico em que tudo o que escapa à racionalidade carece de controle, pois se torna, em certa medida, ameaçador ao projeto de racionalidade que se instituíra à época:

[S10][loucura] é aquilo que foge dos parâmetros que nós consideramos normais.

A concepção de loucura trazida pelos sujeitos evidencia aspectos relacionados à noção de anormalidade, falta de controle, desregramento e desrazão. Esta definição advém da idéia de loucura enquanto doença mental, caminha na esteira do saber médico e incorpora aspectos relacionados ao desequilíbrio e à anormalidade.

No Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais, a loucura – aqui denominada distúrbio mental – é definida como:

Uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que ocorre numa pessoa e, que está associado com a presença de mal-estar (um sintoma doloroso) ou incapacidade (comprometimento de uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um significativo aumento de risco de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade. (DSM-III-R, 1989, p. XXIII).

As representações dos entrevistados, acerca da loucura, estão ancoradas, em certa medida, na definição trazida pelo DSM – III:

[S1]O que eu entendo por loucura?! Uma deficiência mental. O que mais eu posso dizer? É isso aí, um tipo de deficiência mental.

[S9]Eu entendo que é um transtorno da mente, um transtorno, uma doença séria que se complica, um transtorno mental.

Neste ponto faz-se necessário discutir como se dá o diagnóstico em psiquiatria e no que ele difere dos diagnósticos clínicos em geral.

Quando se está diante de uma doença física, vê-se que ela se aloja no corpo e pode ser descrita, de modo bastante seguro e objetivo, em termos de sua etiologia, sinais e sintomas, evolução e prognóstico; além do que, existem inúmeros meios de detecção do agravo (exames laboratoriais e de imagem etc.) e inúmeras formas de intervenção clínica (medicamentosa,

cirúrgica etc.). Em suma, o diagnóstico de agravos físicos se dá com base em evidências objetivas, extensas e quantificáveis.

Já no que concerne aos “agravos” da mente, no entanto, o diagnóstico faz menção a fenômenos internos, intensos e inalcançáveis já que subjetivos. Por esta razão, os fenômenos subjetivos só podem ser detectados na medida em que se manifestam no corpo, por meio de expressões verbais e do comportamento perceptível. Aqui está a interface entre o agravo mental e o físico, na expressão da loucura através do corpo.

Para assegurar a existência do fenômeno da loucura, é preciso que esta experiência seja, portanto, compartilhada; é por meio do cruzamento entre a vivência subjetiva de quem supostamente está acometido da loucura e a vivência subjetiva de quem o observa que o observador pode aproximar-se da experiência subjetiva do outro, comparando-a com a sua própria, buscando compreendê-la e explicá-la.

Exige-se, para a determinação do “agravo” mental, o exercício de ir buscar a vivência subjetiva tal como é percebida pelo sujeito e compreendê-la a partir dele.

Se o observador busca nas experiências subjetivas próprias os padrões de comparação que definem a condição de normalidade e de anormalidade dos fenômenos subjetivos do outro, há que se considerar quais fatores influenciam seu julgamento quanto ao que sejam ocorrências equilibradas ou desviantes, como se percebe a partir da seguinte fala:

[S5][Louco] eu acho que é todo indivíduo que não age conforme a sociedade exige.

Esta concepção pode ser considerada resultante daquilo que os sujeitos incorporaram como padrões de equilíbrio e desequilíbrio, de normalidade e anormalidade, conforme suas experiências socioculturais, o compartilhamento de vivências, por meio deste passeio entre mundo interno e mundo externo de cada sujeito.

Um segundo momento de discussão da categoria “O significado da loucura” traz as representações dos profissionais acerca da pessoa por ela acometida. Esta concepção vai abrir um pouco mais as portas para a compreensão de como os profissionais se colocam diante da loucura e do sujeito louco e, a partir desta visão, como organizam suas práticas.

Segue uma representação acerca das pessoas acometidas pela loucura:

[S2]A pessoa que demonstra um sofrimento mental é aquela pessoa onde ela não consegue se expressar, ela não consegue viver uma vida socialmente, dignamente, ela necessita de auxílio e de apoio, não conseguindo viver assim de forma plena, ou seja, de uma forma saudável, de uma forma que ela

sinta prazer na vida que tem diante do seu estado, o que a impossibilita muitas vezes de estar na sociedade, ser aceito na sociedade, nos parâmetros da realidade que nos cerca na sociedade, então ele sente essa dificuldade.

Os profissionais ressaltam a noção de que a loucura traz sofrimento constante e intenso:

[S3] Horrível, horrível, não posso nem imaginar o quanto é horrível você ter uma doença mental, é um sofrimento assim que talvez nem as outras doenças, talvez não sejam tão sofredoras como a doença mental. Um a dor constante, 24 horas de sofrimento, de angústia.

Estas falas, assim como as demais, evidenciam a noção de que a pessoa acometida da loucura torna-se debilitada, com dificuldades para realizar o autocuidado e para aprender, tornando-se dependente, necessitando de cuidados constantes:

[S1] Eu vejo como uma pessoa com dificuldade de [...] se auto [...] dificuldade de se ajudar, uma pessoa com dificuldade de se auto [...] com dificuldade, às vezes em aprender e às vezes também de ser ajudado [...] isso que eu acho.

Os profissionais destacam ainda que estas pessoas têm potencial para comportamentos imprevisíveis, o que as faz semelhantes a crianças, além de não conseguirem estabelecer relações interpessoais efetivas, como esclarece o próximo depoimento:

[S7] Na maioria das vezes eles tomam atitudes que só crianças tomariam [...] um comportamento que, às vezes, você não espera que aconteça, né, comportamentos imprevisíveis [...] não sabe lidar com quem ele está se relacionando [...] ele tenta também se relacionar e vejo a dificuldade que ele tem de se relacionar com a gente também e, eu sinto ele assim ainda mais deprimido [...].

Segundo as representações, o louco, além de pessoa infantilizada e imprevisível e de sua conseqüente dificuldade de se expressar e de se relacionar com as pessoas, está em constante sofrimento diante do seu estado, o que se agrava na medida em que se percebe discriminado, excluído, carente de amor, atenção e respeito, o que fica explícito com a fala a seguir:

[S4] Eu vejo essa pessoa assim muito debilitada e carente, excluída da sociedade por conta do seu problema, eu acho que é uma pessoa que vive em constante sofrimento.

Segundo estas representações, o louco é aquela pessoa que tem dificuldade de ser aceita na sociedade, o que acaba provocando seu isolamento. Nessa situação, ela perde a escuta e o direito de reclamar, ficando à mercê de quem cuida dela:

[S5]Ele acaba ficando a mercê de quem cuida, se cuidar bem cuidou, ele não tem muito o direito de reclamar, né, de mostrar sua dor, seu sofrimento, não tem para quem falar, isso às vezes até agrava mais o sofrimento da pessoa [...] Eu acho que você perder a sua saúde, mas ter a sua razão é triste; mas você não ter a sua razão, você fica sem escuta porque usam o argumento [Ah, é louco] isso é muito triste.

Dada a representação social da loucura, compreende-se que, se aqui loucura é vista como doença, o louco é visto como doente, ele é um sujeito em constante sofrimento, debilitado, dependente, desequilibrado, enfermo (do latim: *infirmum*: que não está firme) e traz consigo todos os atributos de alguém que fracassou em sua experiência de normalidade.

Que repercussões têm para o sujeito louco compreendê-lo enquanto doente ao mesmo tempo em que se compreende a loucura como doença? Para esta discussão, propomos inicialmente definir o termo sujeito, considerando-o como uma sentença que qualifica o ser humano.

Herzog (1991, p. 145), fazendo uma releitura de Foucault (1984), apresenta duas acepções para o termo sujeito: “sujeito submetido ao outro pelo controle e dependência” e “sujeito ligado à sua própria identidade pela consciência ou conhecimento de si”.

A primeira acepção apresenta o sujeito em uma condição de submissão, o que nos remete a idéias como sujeição, constrangimento e vulnerabilidade. A segunda acepção apresenta o sujeito em uma condição de autonomia, ou seja, o sujeito como ser capaz de dar a si mesmo a lei, capaz de se autodeterminar.

Herzog (1991) ainda em releitura de Foucault apresenta três tipos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos. O primeiro tipo confere *status* de sujeito ao ser humano mediante diferentes abordagens científicas, por exemplo, a economia objetivando o sujeito produtivo e a biologia objetivando o sujeito enquanto ser vivo.

O segundo tipo de objetivação dá-se pelo estudo do sujeito com relação ao seu mundo interno e ao seu mundo relacional. O terceiro tipo analisa a transformação do ser humano em sujeito como um processo que ocorre em um contexto de lutas de poder e resistência.

O ser humano, estando imerso em um contexto de lutas de poder, exercita diferentes posicionamentos, ora no sentido da dominação, ora no sentido da sujeição e ora no sentido

das resistências às formas de dominação e sujeição. Ele adquire ou perde *status* de sujeito autônomo segundo os mais diferentes tipos de objetivação já exemplificados.

No campo da economia, tendo o modo capitalista de produção como referencial, sujeito autônomo é aquele capaz de produzir riquezas, sejam elas bens ou serviços. O campo da saúde, contaminado pelo modo de produção capitalista, vai desenhando para o sujeito que trabalha e produz outro *status*, o de sujeito saudável.

O sujeito saudável pode em algum momento tornar-se sujeito-da-doença, pois “A condição de sujeito passível de ser sujeito-da-doença se estabelece na medida em que o indivíduo é socializado nos padrões de normalidade impostos pelo saber médico”. (HERZOG, 1991, p. 149).

A apropriação da condição de sujeito-da-doença passa, em um primeiro momento, pela noção de que “algo não vai bem”, o sujeito sente-se doente e na impossibilidade de restabelecer sozinho seu equilíbrio. Ele logo procura ajuda especializada, podendo ter confirmado seu estado de adoecimento por meio de um diagnóstico médico.

O diagnóstico pode levar a pessoa a transpor a condição de sujeito-da-doença para a condição de sujeito-doente. Se a cura não vem, a afirmação de temporalidade transitória “estou doente” passa a ser agora “sou doente”. A doença passa a ser um atributo permanente que se soma à sua condição de sujeito.

Se lhe escapa a saúde de maneira transitória – apenas “estando doente” – ele terá assegurado seu retorno às práticas de vida comuns e à condição de sujeito autônomo e saudável. É quando ele se sente “não apenas apto ao meio e às exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida”. (CANGUILHEM, 1982, p. 161).

Na condição de sujeito-doente, ele assume de modo permanente sua condição de desequilíbrio, de incapacidade, de impossibilidade de seguir funcionante do modo como lhe era costumeiro antes do advento da doença.

Quando o agravo pelo qual ele foi acometido se manifesta no corpo, a incapacidade está bem delimitada; embora a doença possa remetê-lo a uma condição de diferenciação em relação aos demais, não lhe tira, a priori, sua capacidade de decidir por si mesmo, sobre si e sobre seu meio. Ele segue soberano da sua vontade, como sujeito autônomo, mesmo que seu *modus operandi* se modifique em razão da doença.

Retomando as representações expressas pelos entrevistados, vemos que o sujeito louco sofre de uma “doença”. O agravo torna o sujeito incapaz tanto para o autocuidado quanto para a vida relacional. A loucura rouba-lhe a razão, turva-lhe os pensamentos, faz com que ele não consiga se relacionar e o torna dependente de cuidados constantes.

Esta visão vai ao encontro à proposição de Hegel, que apresenta a loucura enquanto uma subversão da hierarquia interna, e argumenta que, se no indivíduo são a consciência ordena o universo sensitivo, ideativo e volitivo e a consciência coordena todas as suas atividades, “no alienado um destes elementos foge ao controle e instala a contradição”. (AMARANTE, 1996, p. 48).

A loucura, neste sentido, não permite ao sujeito ordenar suas atividades. Não sendo dono da sua razão, ele perde a capacidade de decidir por si mesmo, sobre si e sobre seu meio. Tal representação do louco implica percebê-lo em uma condição de diferenciação e marginalidade maior do que aquele que sofreu um agravo no corpo, mas que, mantendo sua razão, continua senhor de si. Ao sujeito a quem se atribui o *status* de louco e doente cabe também o *status* de sujeito em condição de submissão.

Esta noção do louco incapaz, imprevisível e uma ameaça para si e para os outros vem se perpetuando em séculos de história da loucura. Castel, ao discorrer sobre as formas de controle da loucura no séc. XVIII, fala das imagens que o louco evocava em relação à coletividade:

Ao mesmo tempo que perigoso o louco é também lastimável, é um miserável, um desafortunado, que perdeu o atributo mais preciosos do homem, a razão. Ele representa um pólo de imoderação sem reciprocidade, ao qual a racionalidade da sanção não pode se fixar. Não se pertencendo mais a si mesmo, não é susceptível de participar do processo de produção e de aquisição. (CASTEL, 1978, p. 44).

Segundo esta representação, a periculosidade e a incapacidade de responder por si mesmo fazem do louco uma pessoa impossibilitada de participar da vida social, não cabendo a ele, portanto, nem deveres nem direitos civis.

Esta visão do louco como doente e sem condições de mobilidade social vai justificar seu exílio no manicômio, lugar dentro do qual ele permanece sob tutela, vigiado contra o que possa fazer de mal a si e aos outros, bem como sendo “assistido” em suas limitações para o autogerenciamento.

A idéia da loucura enquanto doença mental e do louco enquanto doente implica a legitimação do saber-poder médico, sendo este o saber hegemônico que norteia as práticas e as intervenções junto à pessoa em sofrimento mental, dentro do paradigma manicomial.

Pensar a loucura dentro do discurso médico dá-lhe uma leitura e uma compreensão recortada pelo conceito de doença. Tal abordagem, no entanto, não dá conta da complexidade do fenômeno em questão, encobrendo grande parte de sua tessitura, pois “A psiquiatria [...] não deixa a loucura falar por si [...] Produz discurso sobre ela, fala em nome do louco, dá-lhe

status patológico, prescreve intervenções e cria um campo de práticas”. (CARVALHO; AMARANTE, 2000, p. 46).

Tendo como objeto de sua atenção a doença, o modo manicomial requer práticas hegemonicamente de caráter hospitalocêntrico e medicamentoso, no qual o sujeito é coisificado, podendo, enquanto objeto, sofrer intervenções no sentido do seu “tratamento”.

Reconhecendo que a concepção acerca da loucura e do louco, aqui explicitada pelos sujeitos de pesquisa, decorre de padrões socioculturais incorporados, esta concepção por sua vez traz conseqüências quanto ao modo de estes sujeitos se colocarem diante da loucura e da pessoa por ela acometida.

Sendo uma doença, a loucura carece de intervenção e de cuidados, segundo a lógica das intervenções em saúde e dentro do modelo médico e assistencial. Estas intervenções são feitas, quase sempre, no sentido de devolver ao sujeito o equilíbrio perdido e a possibilidade de um comportamento consonante com os padrões de normalidade estabelecidos socialmente ou aceitos de modo comum.

No que tange ao contexto socioeconômico em que surge o conceito de doença mental e a representação do sujeito louco enquanto sujeito incapaz, há que se considerar que esta representação está ancorada também na questão da improdutividade, enquanto incapacidade para o trabalho, conforme preconizado pelo modo de produção capitalista, em que se persegue a máxima produtividade, no menor tempo e com a maior eficácia possível.

Em nossa sociedade, é inegável a influência do capitalismo enquanto um sistema com penetração não só econômica como também política, social e cultural, no qual o homem que fracassa na experiência da produção, em última instância, fracassa em sua experiência de normalidade.

Ser improdutivo nesse contexto é o mesmo que ser incapaz. A noção de incapacidade aproxima a experiência da improdutividade da experiência do adoecimento, enquanto perda de funcionalidade e ausência de normalidade. Aqui se delineia um dos atributos pejorativos associados à noção de loucura, o atributo da incapacidade como algo inerente à pessoa em sofrimento mental.

Outro desses atributos, frequentemente associado à pessoa do louco, é o da periculosidade como resultado da agressividade, como se depreende da fala seguinte:

[S8][Os loucos] alguns se agriem entre si, né, a própria loucura deles[...].

Esta representação pode estar evidenciando um movimento social no sentido de afastar da sociedade tudo o que é incômodo, excluindo dela este todo indesejado e depositando-o no outro – agora louco, desprovido de razão e de equilíbrio, a quem pertencem todas as mazelas sociais.

Sobre este movimento social que quer depositar no louco os males sociais, Pelbart (1990, p. 133) diz que a loucura pode ser entendida como “uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, seu outro, o seu além”.

O louco, como perigoso, permite uma assepsia social, carregando em si aquilo que coletivamente não se pode suportar, aquilo com o que ninguém quer se haver, por mais que tenha parte nele. O atributo desloca da sociedade para o louco a questão da agressividade, da violência e das perversões e carrega a idéia de que “toda loucura é perigosa”, embora nem todo perigo se abrigue no louco.

Com esta análise, não se pretende negar a loucura naquilo que ela traz de conseqüências para a pessoa em sofrimento mental, a dor, o desconforto, o isolamento pelo preconceito e tantas outras vivências que só o usuário pode, de fato, descrever.

O que se pretende é evidenciar aspectos, tais como o da periculosidade e da incapacidade, que foram ao longo de tempo incorporadas à loucura por força de conjunturas sociais, políticas e culturais e que nada falam do louco e do seu sofrimento concreto; aspectos que apenas colaboram para o preconceito e que reforçam a exclusão social da pessoa em sofrimento mental, esvaziando-a de suas possibilidades, reduzindo-a a fragmentos e incapacidades.

Há, portanto, que se pensar a loucura para além do princípio da clínica e, para tanto, é preciso primeiro despi-la de seu caráter convencional, colocando em xeque seu conceito de doença mental e buscando “construir um pensamento diferenciado que vê, na loucura, forças em dinâmica, processo de diferenciação e caminhos possíveis de subjetivação”. (CARVALHO; AMARANTE, 2000, p. 41).

Abrimos aqui um parêntese para introduzir dois conceitos fundamentais o da subjetividade e o da subjetivação. Para muitos autores, dentre os quais Foucault (1974) a subjetividade não é algo dado a priori que confira ao homem a faculdade racional, mas sim produto das redes da história, forjada nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças (TORRE e AMARANTE, 2001).

Neste sentido a subjetivação, pode ser entendida como o processo no qual se dá a produção de subjetividade, ela funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e de pensar dos indivíduos (TORRE e AMARANTE, 2001) um ato criativo e nunca acabado, possuindo, portanto uma dimensão estética que a aproxima da arte.

Neste sentido, há que se reconhecer o fato de que se a produção de subjetividade ocorre de forma singularizada, esta singularização não só é possível como legítima, uma vez que é imanente aos sujeitos. Sendo assim, a perspectiva da loucura enquanto este caminho possível de singularização permite que ela se manifeste e seja acolhida, sem que isso incorra na exclusão do diferente por parte da sociedade.

Fazendo uma trajetória que se distancia do modo manicomial ao mesmo tempo em que se aproxima do modo psicossocial, há que se considerar a possibilidade de olhares que alargam a concepção da loucura e do louco para além do seu caráter de doença/doente mental, olhares que apontam, inclusive, as limitações desta categorização.

Valendo-se das idéias de Deleuze (1992), Carvalho e Amarante (1998) propõem construir para a loucura um novo conceito, enquanto uma nova maneira de pensar o fenômeno; um novo percepto, enquanto uma nova maneira de ver e de ouvir a loucura e um novo afeto, enquanto uma nova maneira de sentir a loucura.

A esta altura faz-se um chamamento a pensar a loucura e o louco para além dos enunciados científicos, pensá-los em suas multiplicidades, contradições e em sua impossibilidade de redução à representação de doença ou doente mental.

Os autores seguem argumentando que, neste ponto, a loucura pode ser vista como força ativa e transformadora que envolve processos de produção de subjetividade singularizada. Esta perspectiva traz ao palco uma nova possível dimensão para a loucura, a dimensão de arte – enquanto um plano de composição para o novo e para o diferente. O louco, agora devidamente reapropriado de sua capacidade de pensar diferente, pode manifestar sua subjetividade singular, libertada dos grilhões e do cárcere da normatividade.

As vivências subjetivas do louco, por serem diferentes, não precisam ser tomadas como distorções, aberrações ou morte de toda a racionalidade. Aqui a loucura não é tomada como uma abominação, mas como algo próprio e constitutivo do sujeito, que o singulariza, permitindo que ele construa, de forma particular, seu modo de ser e de estar no mundo, enquanto um ser ativo frente ao seu sofrimento e às suas capacidades. Sujeito que pode legitimar-se enquanto cidadão a despeito de sua loucura.

Para que esta possibilidade se torne uma realidade, exige-se, no entanto, um outro movimento fundamental. É necessário que este novo olhar sobre a loucura possibilite a

adoção de uma nova postura diante dela e do outro em sofrimento mental, possibilite a desconstrução da velha loucura (noção impregnada de desqualificações e preconceitos) e sua substituição pela nova loucura (força dinâmica, de subjetivação e singularidade).

Pelbart (1990), inspirado pelas idéias de Félix Guattari (1987), propõe o fim do manicômio mental como uma meta a ser perseguida tanto quanto o fim dos manicômios enquanto unidades de tratamento mental. Ele faz menção ao direito a desrazão, entendendo que este direito é a possibilidade de “pensar loucamente, [...] liberar a subjetividade das amarras da verdade, devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não ao impensável”, (PELBART, 1990, p. 137), fala do direito à desrazão e também de um direito ao reconhecimento da parte desarazoadada que mora em cada um de nós.

Propõe-se, finalmente, a substituição do paradigma técnico-científico, norteador de saberes e práticas em saúde mental, pelo paradigma batizado por Guattari (1987) de “ético-estético”, no qual a loucura emerge como esta possibilidade de construção de um modo peculiar de existência, geradora de “novas formas de sociabilidade que escapam à produção em série dos manicômios hospitalares e profissionais” (LANCETTI, 1990, p. 145).

Neste rearranjo, será fundamental que a equipe de saúde reconstrua, ela própria, seus saberes e práticas, incorporando outras dimensões possíveis para a loucura, para a pessoa em sofrimento mental e para os modos de relação com a mesma.

Esta proposta é acolhida dentro do Modo Psicossocial de Atenção à Saúde Mental – enquanto paradigma que substitui o modo manicomial. Ela traz como consequência a revisão das práticas centradas em uma abordagem hospitalocêntrica, medicamentosa e de coisificação do louco, visando a uma abordagem integradora do sujeito, seu sofrimento e suas possibilidades, enquanto esta força dinâmica para o exercício de uma subjetividade singularizada com lugar no social.

Sendo os profissionais da saúde responsáveis por este trânsito entre a cultura e o saber técnico, a reconstrução de seus saberes e práticas pode provocar a abolição do louco da ditadura da racionalidade e permitir que as pessoas, de um modo geral, construam uma nova maneira de abordar as pessoas em sofrimento mental que se afaste da representação evidenciada na fala a seguir:

[S11]O paciente na rua, ele já é muito discriminado, ele já é visto assim, como, um não cidadão, ele já é visto, assim, como uma pessoa isolada de tudo e qualquer coisa, então é aquela última pessoa que você vai chamar para uma festa, é aquela pessoa que você nunca vai lembrar, porque se você chama vem o fulano e diz [não porque chega aqui vai fazer isso, aquilo e eu não vou gostar].

Tal reconstrução pode favorecer a concepção de uma nova perspectiva que supere de vez a concepção excludente da loucura e do louco, ainda hoje, hegemônica no seio da sociedade.

8.2 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Para dar início às discussões desta categoria de análise, na qual será discutida a “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental, retomamos algumas considerações feitas no capítulo seis deste estudo onde se destacou que, embora o serviço receba a denominação de “Residência Terapêutica”, ele não está em consonância com o que é preconizado na Portaria do Ministério da Saúde nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, para este dispositivo terapêutico.

Tal denominação foi adotada, neste estudo, por ser ela predominantemente utilizada no contexto da instituição. Algumas vezes os profissionais referem-se a ela também como enfermaria. Outra variação presente nas falas é que os profissionais, ao referirem-se à clientela do serviço, ora usam a denominação de pacientes, ora de usuários.

Inicialmente, apresentaremos as percepções dos entrevistados quanto à clientela a que assistem e à unidade em que trabalham e de que modo estas concepções vão influenciando na maneira com que os profissionais vão organizar suas práticas.

Importante ressaltar que não é objetivo deste estudo analisar o processo de trabalho em enfermagem do ponto de vista da ergonomia, jornada de trabalho etc., e, sim analisar em que medida as práticas desenvolvidas favorecem ou não a inclusão social da clientela do serviço.

8.2.1 O PROCESSO DE INSERÇÃO DA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA” (RT) NO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL (ISM)

Iniciando esta trajetória até chegar à descrição das ações terapêuticas propriamente ditas, os profissionais começam por explicitar como percebem o processo de inserção da Residência Terapêutica no contexto do ISM.

Eles se referem às impressões que tiveram de como o corpo técnico e os usuários dos demais serviços reagiram à chegada dos novos usuários e técnicos e à instalação da nova unidade (RT), como fica demonstrado com a fala que segue:

[S5]Olha quando eu cheguei aqui, eu achei, assim, meio complicado porque parecia assim[...] que o pessoal da Residência estava invadindo um espaço[...] os próprios pacientes do Hospital-Dia parece que estavam se sentindo assim[...] Em relação aos técnicos também, eu senti um certo receio[...] a princípio era para ser uma coisa provisória de dois, três meses[...] e já se vão três anos[...] Agora eu já estou me sentindo assim mais acolhida pelo Instituto todo, porque as pessoas do NAS e do hospital-dia acabam dando uma força para a gente lá, na hora do sufoco os colegas estão presentes, hoje eu sinto que estamos interagindo melhor.

Esta fala demonstra que, logo quando foi instalada a “Residência Terapêutica” no Instituto de Saúde Mental, os novos usuários pareciam estar invadindo o espaço da instituição, havia certo desconforto por parte de alguns profissionais e usuários quanto à nova unidade e à sua clientela. No ano de 2006 já se percebe um maior acolhimento e interação entre as unidades.

No capítulo em que tratamos do Instituto de Saúde Mental, descrevemos as circunstâncias em que a “Residência Terapêutica” foi montada, ressaltamos a urgência que havia em sua instalação, em razão da interdição da Clínica Planalto e da situação de desamparo em que os usuários se encontravam.

Descrevemos também a escassez de tempo que houve entre a decisão de que os usuários seriam encaminhados ao ISM e sua chegada, não tendo sido possível preparar os técnicos ou aprofundar as discussões acerca do novo serviço.

Como a “Residência Terapêutica” precisaria funcionar em tempo integral para atender a nova clientela e a cobertura da unidade demandaria uma expressiva ampliação de recursos humanos, foi preciso reforçar a equipe de auxiliares de enfermagem.

Muitos profissionais novos chegaram dias após a instalação da unidade. Eles, assim como os usuários, estavam sendo recebidos no serviço e passando pelo mesmo processo de familiarização e adaptação à unidade. Por isso talvez, em seus depoimentos, os profissionais da “RT” ressaltem tão claramente a percepção do desconforto por parte dos técnicos e dos usuários dos demais serviços do ISM.

Alguns dos auxiliares de enfermagem mais antigos do ISM também se apresentaram como voluntários para o trabalho na nova unidade, tendo eles colaborado, inclusive, no transporte do mobiliário e dos equipamentos para a montagem da “Residência”. Estes profissionais e os recém-chegados não só constituíram o corpo técnico da unidade, como

também foram ativos no processo de estruturação e fixação do serviço, tendo sido responsáveis também pela fase de acolhimento e adaptação dos usuários à sua nova “morada”.

8.2.2 ASPECTOS FÍSICO-FUNCIONAIS DA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA”

As falas abaixo destacam como os profissionais percebem a área física onde foi instalada a RT. Elas ressaltam que a unidade surgiu de forma emergencial e improvisada para acolher alguns pacientes da Clínica de Repouso do Planalto – CRP logo após sua interdição e manteve-se durante três anos nesta mesma condição provisional:

[S6]É triste o espaço porque o ser humano merece mais[...] as mulheres sem privacidade, não têm o seu quarto, não tem o seu banheiro, não tem o seu armário, as roupas emprestadas, todas misturadas.

[S5]Eu acho que assim aquele lugar onde foi montado a enfermaria eu acho assim muito sem calor humano, assim, não dá uma visão de casa.

[S2]A Residência Terapêutica é um lugar que surgiu de forma emergencial, eu vejo que foi criada para receber pacientes com deficiência né, com distúrbios que a gente vê que são distúrbios gravíssimos, ou seja, são pessoas que são psicóticas, pessoas que não tem convivência [costume] de estar só [estar por conta própria], de conviver.

[S10]Eu vejo como um local onde ficam pessoas, homens e mulheres tudo junto porque na realidade não é uma Residência[...] na realidade não é um local adequado para eles, tipo assim, não tem privacidade para os paciente, os banheiros não tem porta, esse negócio todo.

Nos depoimentos anteriores, os profissionais ressaltam a precariedade e inadequação da área física da “RT”, explicitando suas limitações quanto a não apresentar aspecto de “casa”, como deveria ser, já que abriga pessoas que são “moradoras” do serviço. Eles destacam a ausência de portas nos banheiros e de quartos e armários para a guarda de pertences, que acabam ficando misturados, sendo usados coletivamente.

Como consequência destas condições precárias, tem-se a impossibilidade de garantir ao usuário o mínimo de privacidade e conforto, dificultando sua identificação com um espaço que ele possa considerar, de fato, seu e dificultando ainda sua apropriação de roupas e calçados de uso particular.

Levando-se em consideração que o atual espaço é transitório e que há a perspectiva de que os usuários sejam transferidos para casas na comunidade, deve-se pensar neste local como um espaço de adaptação e treinamento dos usuários para a vida na comunidade, no entanto, o contexto não favorece esse trabalho adaptativo. Embora os usuários não utilizem roupas hospitalares, o fato de os pertences serem de uso coletivo não permite que se fortaleça a identidade pessoal, também conferida às pessoas pelo seu modo particular de vestirem-se.

Outro aspecto que favorece a diferenciação e individualização das pessoas é a possibilidade de possuírem um espaço que reconheçam como seu, por exemplo, seu quarto, seu armário, sua cabeceira. Em se tratando de uma “moradia”, ainda que provisória, torna-se relevante também a liberdade para definir o que e de que forma será produzido e consumido como alimento, como e quando será feita a arrumação da casa etc.

A Portaria nº 106, de 11/02/2000, reforça estes aspectos quando prevê que as Residências Terapêuticas assegurem em sua estrutura física dimensões compatíveis para abrigar no máximo oito pessoas, na proporção de três por dormitório, contemplando ainda a existência de copa, cozinha e todos os equipamentos necessários para que os usuários possam exercitar certa mobilidade, em se tratando de uma rotina domiciliar.

Os profissionais seguem descrevendo suas representações acerca do funcionamento da unidade logo que a mesma foi instalada. Eles apontam que as primeiras ações ocorridas na “RT” foram no sentido de dar suporte clínico aos usuários, como se depreende das próximas falas:

[S5] A gente teve que conhecê-los realmente, porque quando a gente chegou a dúvida, assim, maior que a gente tinha era {Será que era aidético, será que tinha alguma doença crônica, será que tinha alguma doença contagiosa?} A primeira coisa que a gente foi ver, foi trabalhar o lado físico deles, ver o que podia ter ou não ter [...] mas assim, graças a Deus [...] não tinha nada de mais sério assim; foram feitos exames, foi feita anamnese neles todos e a gente ficou feliz que nenhum tinha nenhuma doença assim grave fisicamente, né.

[S8] Bom a Residência Terapêutica do ISM foi um local improvisado no início[...] nós recebemos esses pacientes oriundos da Clínica Planalto - totalmente desestruturado lá [...]. A Residência [...] começou um pouco capenga, hoje em dia está melhor[...] os pacientes são encaminhados para as diversas categorias médicas de que têm necessidade, desenvolvem algumas atividades.

Conforme se pode verificar nos registros em prontuário dos usuários acolhidos no ISM, logo após a interdição da CRP, vários deles se encontravam em quadro de desnutrição e desidratação importante. Muitos apresentavam lesões cutâneas de origem desconhecida, além

de escabiose e pediculose. Foi feita uma ampla investigação clínica, com encaminhamento dos usuários a várias especialidades médicas nos hospitais gerais da rede pública.

O estado geral dos usuários, do ponto de vista clínico, psicoafetivo e relacional, estava altamente deteriorado, dificultando investimentos terapêuticos da ordem da inclusão social.

A partir dessas representações e da não identificação de documentos que atestem a existência de um projeto terapêutico para a “Residência Terapêutica”, percebemos que a unidade organizou-se em torno de ações assistenciais dirigidas ao atendimento das necessidades básicas dos usuários, diferentemente do Hospital-Dia e do CAPS, que se organizaram subsidiados por projetos terapêuticos próprios, como se evidencia na próxima fala:

[S2]Diante do meu pensar é um lugar que tem uma estrutura [funcional] muito boa de[...] desde o amor de cada funcionário, desde as suas instalações, que melhorou muito devido às necessidades, devido ao procedimento deles [técnicos] tem melhorado, tem tentado se encaixar de acordo com as necessidades de cada um.

O que fica evidenciado nas falas é que esta forma de organização perdura até hoje, embora, com o tempo, vários aspectos tenham sido melhorados:

[S8]Hoje em dia, acho que já melhorou de 50% a 60%, só que o que eles necessitam mesmo são as Residências Terapêuticas e uma qualidade melhor, com profissionais qualificados em termos de enfermagem, em termos de terapia ocupacional, em termos de psicologia, em termos de psiquiatria.

Embora se tenha a noção de que as condições físico-funcionais da “Residência Terapêutica” tenham melhorado com o passar do tempo, há o reconhecimento de que os serviços residenciais terapêuticos implantados na comunidade trariam maior benefício aos usuários, assim como a existência de profissionais qualificados para atuar no contexto destes dispositivos terapêuticos e com esta clientela específica.

8.2.3 A CLIENTELA DA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA”

Quando os profissionais descrevem os aspectos físico-funcionais da “Residência Terapêutica”, ressaltam que a unidade foi criada para abrigar pessoas que haviam sido abandonadas na antiga Clínica de Repouso do Planalto e que estavam muito cronificadas.

Os profissionais começam a descrever como percebem a clientela da “RT” e vão explicitando o quadro de vulnerabilidade extrema em que se encontravam, e ainda se encontram os usuários. Ressalta-se a condição de abandono e a inexistência de alternativas sociais para estes sujeitos:

[S10][A RT] é um local onde ficam os paciente que foram abandonados pelas famílias; não tinha um local para colocar e foi improvisado um local para colocar.

Os profissionais seguem falando de como perceberam as condições em que os usuários chegaram ao instituto. Eles ressaltam que os pacientes vieram de uma realidade de maus-tratos e suas condições físicas e emocionais eram precárias:

[S10]O que a gente percebia neles é que eram pacientes que já tinham sido muito maltratados, tiveram um tratamento, assim, subumano onde eles estavam.

[S5]Eles estavam muito perdidos[...] e eles quando eles chegaram aqui eles estavam assim maltratados, com escabiose, com sarna, eles não sabiam usar um vaso sanitário, eles não sabiam sentar no refeitório para fazer suas refeições, usar um talher, isso foi com o tempo, tendo que ser trabalhado no dia a dia.

[S2]Eles chegaram com condição nenhuma de sobrevivência, estas questões de convivência[...] não tinham condições de conviver entre eles mesmos, e aí é uma questão totalmente grave. Eram totalmente desesperados, com uma gula terrível, muitas vezes quando estavam diante de uma alimentação, uma refeição ficavam comendo como se fosse assim um ser [...] um bicho mesmo de sete cabeças, uma coisa horrível, de pegar com a mão de desespero, de catar do chão, era como se fossem realmente animais[...] entre eles sempre brigavam, sempre discutiam, não tinham respeito nenhum pela equipe, não digo todos, mas de modo geral, não tinham nenhum espírito, nenhum desejo de cooperativismo, de cooperação, de afetividade.

Os profissionais explicitam que os pacientes que foram encaminhados à “RT” encontravam-se cronicados, com sinais claros de deterioração da sua condição humana, já haviam passado por dezenas de clínicas psiquiátricas ao longo de anos de institucionalização em manicômios, sendo o último deles a Clínica de Repouso do Planalto:

[S8]Esses usuários aqui [da RT] do Instituto, são, eles já tem um longo tempo de internação, tem usuário aí que tem 45 anos de internação, outros 25 anos.

Está posta uma triste condição que reflete não só a situação dos usuários acolhidos no Instituto de Saúde Mental, como também a realidade de milhares de pessoas que hoje sofrem as conseqüências da institucionalização.

Cunha, ao reproduzir o registro, datado de 1908, no prontuário de uma paciente do Juquery, destaca “assim é que tendo dado entrada aos 35 anos, mostrava-se atualmente, toda encanecida, com estigmas evidentes de senilidade, justificáveis pelos 65 anos atuais na condição de reclusa” (1986, p. 94), dos quais, 27 anos passou sem qualquer revisão médica.

Algumas das características do processo de institucionalização marcam a omissão, a negligência e a desumanidade com que os usuários são tratados dentro dos manicômios. Um exemplo claro, registrado nos arquivos da unidade, é o fato de que alguns pacientes encaminhados ao Instituto de Saúde Mental tiveram suas identificações trocadas nos registros clínicos oriundos da clínica de origem e eram chamados por nomes que não lhes pertenciam, tamanho o descaso com que haviam sido tratados.

Ao se apresentar o paradigma manicomial evidenciamos que as instituições asilares – ou manicômios – focalizam não os sujeitos em sua existência /sofrimento, mas a doença /sinais e sintomas; não a produção de subjetividade singularizada, mas apenas a remissão de quadros sintomáticos; não as capacidades e possibilidades dos sujeitos e sim suas fragilidades e limitações; não a reintegração social e sim o enclausuramento.

A proposta de isolamento da pessoa em sofrimento mental no paradigma manicomial não vem acompanhada da proposta de práticas terapêuticas solidárias, integrativas ou ao menos humanizadoras, ao contrário, o que prevalece no interior dos asilos, durante o tempo de exclusão social, é justamente o ócio, a medicalização, a imposição de rotinas massificadoras repetitivas e desprovidas de qualquer sentido.

No manicômio, as horas, os dias, as estações do ano passam indiferenciadamente, levando os internos a perder paulatinamente sua referência de mundo, de sonhos e desejos. A eles não resta qualquer alternativa senão resignar-se diante desta rotina iatrogênica e despersonalizante, o que a próxima fala esclarece:

[S6]Então esse é um sofrimento muito grande, então é uma dor, assim, que nós que nos dizemos normais, que temos uma vida digna, não temos noção do sentimento de cada um deles, dentro da sua própria loucura[...] hoje eles são tão prejudicados que teria que ter muita[...] muito tempo para que eles aprendessem a se identificar, porque é tanto abandono que a gente nem sabe se eles têm condições de aprender a se identificar, embora na loucura deles eles brigam por algumas coisas [esse papelzinho é meu, esse sabonete é meu].

No asilo, se eles não são estimulados à higiene pessoal e ao banho e já não conseguem realizá-los, ficam negligenciados; aos poucos vão perdendo a referência da auto-imagem, da auto-estima, que não resiste ao abandono. Se não há refeitório, se não são levados à mesa para as refeições, sentam-se no chão para comer como bichos, porque, aos poucos, suas boas maneiras – se algum dia lhes foram ensinadas – vão cedendo lugar aos humilhantes recursos de que dispõem.

No asilo, não se reconhecem mais como humanos e nem tão pouco os que estão à sua volta. Em um lugar de total privação, vivem como selvagens e entre eles o que predomina é a lei das selvas, os fortes prevalecem sobre os fracos que se tornam submissos, resignados “doentes, sujos, babando, gritando, prontos a se baterem por uma guimba; ou então silenciosos anos a fio [...] antes coisas do que homens” (BASÁGLIA, 1985, p. 54).

Este é o mesmo retrato espelhado nas palavras dos que viram a condição em que os usuários chegaram ao instituto, pessoas que foram submetidas ao asilo cronicamente e institucionalizante, que foram submetidos à lógica do ócio e do abandono e que estavam entregues à sua própria sorte.

Os profissionais apontam a diferença entre a realidade vivida pelos usuários antes e depois de sua chegada à “RT”:

[S11]O que a gente percebe é que os maus tratos com esse tipo de paciente, em pleno 2006 ainda continua e de uma forma até subumana, como foi o caso dos pacientes que vieram da Clínica Planalto, que foi constatado que realmente para os pacientes o tratamento ali era subumano, era um tratamento que não fazia parte de um ser humano, tratavam eles como um bicho[...] Ao chegarem aqui, foram recebidos assim, de braços abertos, uma equipe, assim, excelente que fez o acolhimento desses pacientes, onde eles começaram a aprender um cotidiano de cidadania, voltaram a ser seres humanos.

[S5]Acho que a Residência Terapêutica foi a salvação para aqueles pacientes, porque ali eles vieram de um lugar onde eles estavam muito maltratados e ali eles receberam muito calor humano, não só o pão, ali eles receberam amor, receberam atenção, aqui a gente faz o que pode e o que não pode para amenizar o sofrimento dessas pessoas.

Apesar do caráter provisório do serviço e da precariedade das instalações físicas, já apontadas, os profissionais qualificam o trabalho desenvolvido como bom e humanizado, como deixam claro as próximas falas:

[S3]Por ser improvisado, mesmo sendo improvisado, eu acho que a gente pelo menos está correspondendo ao que eles necessitam [os usuários][...] o trabalho que a gente está fazendo nesse local eu já acho bom - não que seja

o máximo, a gente poderia fazer mais alguma coisa, mas eu acho que o mais viável a gente está fazendo, o correto, o correto a gente está fazendo para eles.

[S2]A Residência tem humanização, trata de uma forma humana, de interação[...] A rotina de trabalho é variada, são várias as atividades[...] nós procuramos inseri-los conforme as suas capacidades, respeitando seus limites[...] Mais precisamente, nós chegamos e cuidamos dos seus banhos[...] e logo após banho, se alimentar, medicar, medicação, aí começamos as atividades[...] caminhada[...] piscina, brincadeiras, musicoterapia, com jogos.

[S9]Na Residência funciona, para eles, graças a Deus, tudo funciona, medicação, banho de aspersão, alimentação, dormitórios, rouparia, tudo funciona perfeitamente bem.

Verificamos que os profissionais qualificam o trabalho desenvolvido na unidade pelo tipo de intervenção que fazem no sentido da atenção às necessidades básicas dos usuários e do respeito às suas limitações.

Ainda no que diz respeito à clientela deste serviço e tendo em vista o processo de cronificação dos usuários, os profissionais ressaltam como percebem suas limitações para a realização do autocuidado:

[S1]É complicado, eles[...] não ligam em relação à vestimenta, se autocuidar; tem outros que já não ligam mesmo - se não tiver o cuidado da gente assim 24h, eles realmente ficam largados, jogados - tem que ter cuidado 24h.

[S1]Os pacientes eles precisam totalmente dos nossos cuidados[...] para a higiene pessoal, para se encaminhar aos locais, para fazer tudo junto com eles[...] Na higiene pessoal, estar ali perto para eles[...] para escovar um dente ou tomar um banho assim tem de ajudar ali [Oh, lava tal parte, tal parte, pega a escova, toma aqui, escova ali].

A cronificação das pessoas submetidas a longos períodos de internação dá-se em razão de sua institucionalização muito mais que em razão de seu sofrimento mental. Nos manicômios, os internos vão perdendo suas referências para o autocuidado e pela falta de estímulo e de recursos vai ocorrendo uma precarização de suas condições gerais e cada vez maior dependência para a realização destas atividades, o que fica explícito pelos depoimentos seguintes:

[S5]Eu vejo aqueles pacientes assim como umas crianças, para mim é como se fossem crianças, porque eles são muito dependentes da gente[...] crianças que precisam de muito amor, muita atenção, muito carinho e muito respeito e serem tratados sempre como seres humanos.

[S9] Para mim especialmente, eu vejo eles como filhos, assim, são meus filhos, eu cuido deles assim com muito carinho[...] porque eles merecem ser tratados assim.

Aqui se reforça a idéia de que o estado crônico dos portadores de sofrimento mental torna estes sujeitos pessoas debilitadas, negligentes com o autocuidado e por isso mesmo muito dependentes para realizar ações básicas de higiene, como banho, escovação dentária, cuidados com a aparência, vestuário etc. Por percebê-los assim, os profissionais acabam por tratá-los como crianças ou como filhos a quem se deve dar muito amor, carinho e atenção.

Outros aspectos relacionados à clientela, como a falta de vínculos familiares e de recursos financeiros próprios, também aparecem nas representações, mas serão discutidos dentro da categoria “O caminho da inclusão social”.

Cabe ressaltar, no entanto, que a condição de vulnerabilidade em que os usuários se encontram é percebida pelos profissionais e influencia diretamente nas práticas de atenção à saúde mental, como explicitado nas representações seguintes.

8.2.4 AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS NA “RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA”

Nesta categoria serão discutidas as representações dos auxiliares de enfermagem sobre suas práticas em saúde mental. Eles inicialmente trazem suas representações sobre como seria o trabalho na área de saúde mental, as razões que conduziram sua opção pela área e as ações terapêuticas realizadas.

Por ações terapêuticas entendemos aquelas em que o cuidador ou terapeuta age no sentido de ajudar o outro naquilo de que ele precisa. Elas envolvem, para além da técnica, a preocupação com a qualidade da relação interpessoal estabelecida no cuidado.

As ações terapêuticas podem se desenvolver no contexto de uma relação terapêutica, definida por Rogers *in* Furegato (1999, p. 28) como aquela capaz de promover no outro “o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”. Neste sentido, podem ser identificadas ações terapêuticas, que se esgotam em si mesmas, não conduzindo ao estabelecimento de uma relação terapêutica.

A relação terapêutica envolve outros elementos que vão além das ações terapêuticas. A construção da relação terapêutica vai sendo evidenciada nas representações dos profissionais, na medida em que suas práticas vão incorporando à ações terapêuticas isoladas outros valores e abordagens, fortalecendo a relação como um todo.

Ao falarem do trabalho em saúde mental, primeiramente os profissionais ressaltam que, antes de trabalharem nesta área, sua visão era a de um contexto de agressividade e agitação de pacientes e maus-tratos no atendimento, no entanto, ao conhecerem o trabalho do Instituto de Saúde Mental, formou-se uma idéia diferente, relacionada a um tratamento humanizado e respeitoso, como fica explícito nas próximas falas:

[S3] Antes de conhecer o Instituto de Saúde Mental a gente tem uma idéia completamente diferente né, a gente pensa logo em agressividade, em pessoas agitadas, acorrentadas, na realidade não tem nada a ver, as pessoas são sempre pessoas carentes que precisam de carinho e de atenção, simplesmente isso não tem nada a ver.

[S5] Eu tinha uma visão assim, que em todos os lugares, falava em saúde mental era maltratar os pacientes, e aqui no Instituto eu aprendi que não, aqui é um lugar onde se dá muito amor para o paciente da saúde mental.

Estas falas evidenciam que os entrevistados, antes de trabalharem na Saúde Mental, tinham uma visão que se aproximava da visão encontrada no senso comum, o louco como apresentado em personagens de filmes ou livros que, quase sempre, reforçam a idéia da agressividade e da periculosidade, que devem ser contidas em hospícios, onde o que prevalece é o abandono e os maus-tratos.

Esta visão do senso comum com relação à pessoa em sofrimento mental vai ser modificada na medida em que os entrevistados começam a trabalhar no Instituto de Saúde Mental e neste contexto são apresentados a uma nova realidade assistencial que garante maior respeito e dignidade aos usuários.

Ao falarem da opção pelo trabalho em saúde mental, eles destacam que ela se faz pela idéia de ser útil e de poder somar na vida dos pacientes, sendo essa uma escolha mais sentimental que racional, como mostram as falas seguintes:

[S7] Foi minha escolha, na verdade[...] eu decidi, disse {gente essa área é a área que eu quero trabalhar} na verdade eu não sei se essa minha decisão foi racional, ou sentimental, eu acredito que foi sentimental, eu cheguei aqui eu vi, né, eu disse {gente eu preciso ver se eu faço alguma coisa nisso daí, porque não é possível, um ser humano não pode viver dessa forma}. Eu acho que quando eu decidi vir para essa área, foi exatamente por

isso eu achei que eu poderia somar na vida deles e eles acabam também me ensinando muita coisa.

[S5]Eu costumo dizer que a Saúde Mental está no meu destino.

[S8]É uma área que eu sempre gostei de trabalhar, tanto é que foi uma opção minha vir para cá.

Para que se discutam as práticas de enfermagem, é preciso lembrar que elas traduzem a ação de “cuidar”. Fazendo alusão à extensão do ato de cuidar, a palavra inglesa *nurse*, que designa a profissional enfermeira, também pode ser traduzida como nutris.

O cuidado, tomado de forma mais ampla, está presente na trajetória de vida das pessoas, ele é indispensável no sentido de assegurar a sobrevivência e o crescimento. Em algumas situações, o cuidado deve ser diferenciado, como aquele dispensado às pessoas com necessidades especiais, fragilidades ou limitações.

O marco para a constituição da enfermagem enquanto profissão dá-se em 1860, quando, a pedido do governo britânico, Florence Nightingale – nobre inglesa que se destacou na Guerra da Criméia por reduzir drasticamente a mortalidade entre os feridos, organiza a primeira escola de formação de enfermeiros.

A profissão de enfermagem, no Brasil, surge como um desdobramento e uma sistematização das ações de cuidado realizadas em abrigos e Santas Casas de Misericórdia. Até então, o cuidado guardava um forte caráter altruísta, de quando era realizado por “religiosas, viúvas, virgens e nobres, tendo como objetivo primordial a caridade [...] também as prostitutas que buscavam a própria salvação - cuidar dos doentes tornou-se para elas forma de expiação”. (GUSSI, 1992, p. 70). A partir deste momento a profissão ganha também um caráter técnico, que vai se mesclando ao primeiro.

Mesmo atualmente, quando a profissão apresenta-se mais fortalecida em seu caráter técnico, mediante a ampliação de um arcabouço teórico-científico e de sua regulamentação legal, o caráter altruísta permanece fortemente arraigado.

Ao analisarmos as representações trazidas pelos profissionais, vemos que elas estão em consonância com esta abordagem mais caridosa, perspectiva que é reforçada quando eles ressaltam qualidades que consideram importantes para sua atuação, destacando que os usuários, por estarem fragilizados e serem dependentes, por vezes, se beneficiam mais dos atributos humanos que dos técnicos. É o que esclarece a próxima fala:

[S2]Incentivo a fazer, carinho no fazer, sempre um acompanhamento direto com o paciente, de amor, de compreensão, de atenção, de paciência, é desta forma que nós temos agido com eles, com esse amor.

[S7]Eles dependem mais da paciência da gente do que do nosso conhecimento, eles dependem mais do seu jeito de agir com eles do que daquilo que você estudou no colégio[...] eu tenho paciência suficiente para persistir por um resultado no finalzinho.

Em estudo realizado sobre as práticas de enfermagem na psiquiatria, Kirschbaun (1997) descreve como as instituições psiquiátricas se organizaram no Brasil a partir de 1920 e como os profissionais de enfermagem foram sendo preparados para atuar nestas instituições.

Até o final do século XIX a administração dos asilos – constituídos nas Santas Casas de Misericórdia – ficava a cargo de congregações religiosas e o cuidado dos loucos ficava a cargo de irmãs de caridade. Tal situação se modifica com a chegada dos psiquiatras a estes espaços, pois eles assumiram a direção dos asilos brasileiros e a loucura passou a ter *status* de doença mental.

Estas instituições – antes espaços apenas de exclusão dos loucos – foram se transformando em locais de produção de saber sobre a loucura e de aplicação dos princípios do tratamento moral, em expansão na Europa desde o final do século XVIII.

Já no período compreendido entre os anos 20 e 50, ocorre no interior dos asilos a introdução de estudos e práticas biomédicas e também de cunho psicológico que vão aos poucos se somando aos princípios do tratamento moral.

O projeto psiquiátrico implantado no Brasil privilegiava o hospital como local de tratamento e, nele, a figura do médico como centralizador do poder técnico e administrativo.

A organização do espaço asilar, dentro do foco biomédico, propunha um movimento voltado à separação dos doentes por alas conforme a classificação nosográfica de suas patologias e à observação constante sobre os mesmos a fim de descreverem-se seus sinais e sintomas psicopatológicos.

Concomitantemente a isso, preservavam-se os princípios do tratamento moral, que impunha às práticas assistenciais de enfermagem a tarefa de “levar o doente a transformar sua conduta estranha e diferente numa atitude de obediência e adaptação à organização asilar” (KIRSCHBAUN, 1997, p. 20). É o que fica explícito com o depoimento a seguir:

[S10]Eu procuro mais é dar trabalho pra elas[...] eu quero que elas organizem o armário, que elas colaborem no serviço, que saibam lidar com suas próprias coisas, dobrar sua roupinha, colocar no armário, arrumar sua caminha, dobrar o cobertor, manter tudo organizadinho.

Era preciso que os agentes da ordem (guardas e profissionais da enfermagem) regulassem o tempo e o espaço dos internos, de modo que tudo acontecesse em um contexto de forte disciplinaridade e hierarquização, ao qual estavam submetidos, não só os internos, mas todo o corpo técnico, sob o comando de uma direção centralizadora (Ibd., 1997).

Neste sentido a formação dos profissionais da enfermagem para atuarem com os loucos internados nos asilos voltava-se para noções de anatomia e psicopatologia, farmacológicas, de higiene e cuidados gerais (esta perspectiva perdura até hoje nos cursos de formação profissional).

Os psiquiatras, como responsáveis pelos asilos, nesta época ressaltavam algumas qualidades que julgavam fundamentais para os profissionais que desejavam atuar na psiquiatria, como “paciência e doçura, intercaladas com energia e firmeza de caráter”. (KIRSCHBAUN, 1997, p. 24). É o que esclarece a fala seguinte:

[S7][Quando] o paciente fica muito solto, eles não conseguem ter um acesso maior, um conhecimento maior, um relacionamento melhor com esse paciente para poder ajudá-lo, eu acho que da forma como a gente trabalha aqui, onde a gente restringe eles um pouco mais, a gente tem a oportunidade de acompanhá-los mais de perto, acho que essa forma surte um efeito melhor, porque você pode ver se está melhorando ou não[...] essas coisas dá para a gente perceber só quando a gente está mais perto.

Ao resgatar as representações dos profissionais quanto ao trabalho em saúde mental, vemos que não só a opção pela área dá-se em uma perspectiva altruísta e caridosa, como também a própria abordagem dada no ato do cuidar. Para este trabalho, eles se pautam na paciência, na amabilidade e na doçura, considerando tais requisitos importantes no trato com a pessoa em sofrimento mental.

Outro fator evidenciado nas falas é que no cuidado dispensado aos usuários da “Residência Terapêutica” ainda está presente o caráter de vigilância, controle e certa disciplinarização dos usuários, o que remonta a alguns aspectos das práticas pedagógicas do tratamento moral:

[S2]Igual aqui, um lugar[...] com estrutura, certa estrutura para estar com eles e para ter um controle maior sobre cada um.

Observamos que a assistência, além de manter uma abordagem altruísta e o foco em práticas voltadas a atender princípios do tratamento moral, volta-se também a atender princípios biomédicos. Destacam-se ações terapêuticas relacionadas à orientação, supervisão e acompanhamento no atendimento das necessidades básicas dos usuários em termos de medicação, alimentação, higiene e repouso, conforme esclarecem as próximas falas:

[S5]A gente encaminha para banho café, medicação[...] eles têm a rotina deles que é tomar banho, tomar café, tomar a medicação; aí vamos fazer uma atividade com eles né, a gente acompanha no refeitório as refeições deles, observa se eles estão se alimentando direito, quem está com mais dificuldade ou menos dificuldade, se está se alimentando direitinho se não está.

[S10]Eu chego vou fazer os cuidados de enfermagem que é do banho da manhã, vou cuidar da medicação, acompanho eles no refeitório, faço os cuidados básicos.

Ao se resgatar aqui a representação dos profissionais acerca dos usuários da “Residência Terapêutica”, temos que eles são vistos como pessoas extremamente dependentes, como esclarece a fala a seguir:

[S1]Os pacientes eles precisam totalmente dos nossos cuidados, outros já dá[...] a gente pode tanto ajudar como eles podem ajudar[...] Outros necessitam totalmente de cuidados para a higiene pessoal, para se encaminhar aos locais, para fazer tudo junto com eles.

Tendo esta representação, a equipe acabou por adotar práticas assistenciais no sentido da tutela dos usuários. Percebemos que a tônica do cuidado, em um primeiro momento, foi dada em fazer por eles o que não conseguiam fazer por si mesmos, já que estavam extremamente debilitados e carentes, em função do sofrimento passado anteriormente:

[S5]Às vezes, a gente até estraga eles assim, entre aspas, porque[...] pelo fato deles terem chegado assim tão maltratados, aí você quer amenizar de alguma forma, né então você acaba fazendo tanto o querer deles que eles ficam mal acostumados[...] eles acabaram ficando muito dependentes e hoje a gente trabalha para que eles sejam mais independentes, auto-suficientes.

Há certo entendimento de que a adoção destas práticas acabou tornando muitos usuários mais dependentes para a realização de ações que levassem à satisfação de suas necessidades básicas, mas, na medida em que os profissionais reconheceram este aspecto de sua prática, passaram a trabalhar para que os usuários tivessem mais autonomia.

É a partir deste momento que se pode observar uma progressiva mudança de foco nas práticas assistenciais dispensadas:

[S7]A gente pelo menos tenta, né, conhecê-los melhor, fazer com que eles se abram[...] quando eles começam a questionar [sobre a família], porque que fulano não vem e tal[...] a gente tenta desconversar a família, para ver se eles ficam mais dentro de nós ali, junto com a equipe mesmo, vendo a gente como um complemento daquilo que eles não tem.

Esta fala demonstra a preocupação dos profissionais com o sofrimento que vai além do corpo, que diz respeito à falta que o usuário sente da família, à sua solidão e ao reconhecimento de que são necessárias ações que extrapolem o cuidado biológico, que deixem emergir uma sensibilidade para a escuta qualificada e para o diálogo.

Enquanto a preocupação dos profissionais está voltada para a doença no sentido do desequilíbrio evidente, da perda de habilidade para o autocuidado, da fragilidade física e mental, as intervenções são realizadas no sentido de fazer pelo usuário e não de estimular que façam por si mesmos. Neste contexto, a posição do usuário é de total passividade diante do processo do cuidado. Há certa coisificação dos sujeitos como, ocorre dentro do modelo biomédico e asilar, com foco na doença e na remissão de sinais e sintomas – em que não há um reforço ao potencial subjetivo do usuário e à sua possibilidade de fazer escolhas e agir com independência.

Rogers *in* Furegato (1999, p. 20) aponta que “quando somos considerados objetos, o indivíduo subjetivo, o eu interior, a pessoas num processo de transformação, a consciência espontânea de ser, todo o lado interior da vida é enfraquecido”.

Desse modo, por mais que se adote uma postura altruísta e caridosa diante dos usuários, a forma como se estrutura a assistência não permite que se evolua da tutela para o investimento na independentização da clientela.

Quando se percebe uma melhora acentuada no quadro clínico e psiquiátrico dos usuários e avança-se na sua maior adaptabilidade ao ambiente, outros investimentos vão sendo feitos pela enfermagem, como se percebe a partir da fala seguinte:

[S8] Às vezes, dizem que {Ah, você não tem que dar muito papo para o paciente e tal}, mas eu acho que o mínimo de conversa que você dá para o paciente ele se sente mais feliz, autêntico, né, sai daquele isolamento que o usuários tem.

Se em um primeiro momento o foco do cuidado está na remissão de sintomas psiquiátricos e no atendimento das necessidades básicas dos usuários, em um segundo momento os profissionais passam a atentar para outras questões não menos relevantes na atenção em saúde mental.

Podemos identificar aqui que os profissionais representam suas práticas assistenciais dentro de uma trajetória que atravessa duas abordagens distintas, uma que se sustenta no Modelo Médico e outra que se sustenta no Modelo Humanista.

A segunda abordagem surge justapondo-se à primeira, de modo que esta vá deixando de ser predominante. As ações de foco humanista aparecem nas representações dos profissionais quando eles ressaltam a importância da escuta qualificada e do diálogo. É o que percebe pelos depoimentos a seguir:

[S5] Às vezes eu noto que a pessoa que tem o transtorno mental ela quer, às vezes ela só quer ser ouvida um dia, alguém que escute suas dores, seus lamentos; ela quer um carinho, uma atenção, né, quem não quer? Você não precisa ter um transtorno mental para gostar dessas coisas [...] eu converso muito e escuto muito e eu acho que isso ajuda [...] a gente usa o que tem, eu, uma coisa que eu gosto muito é de conversar com eles, ouvir eles, dar um carinho, né, porque é uma coisa que você dá e recebe.

[S1] Então sentar, conversar com eles, perguntar qual é o problema se eles estão tristes, se estão tendo algum problema, às vezes eles falam, às vezes não falam, às vezes se abrem com a gente, assim é a parte que a gente muito ajuda.

Para marcar diferenças entre práticas com foco biomédico e outras com foco humanista, apresentamos aspectos dos dois modelos propostos por Furegato (1999).

O Modelo Médico tem como pressuposto que o indivíduo que apresenta uma diferenciação em suas funções físicas ou psíquicas apresenta um distúrbio e, portanto, está doente. As doenças podem ser classificadas, têm um curso, um prognóstico e um tratamento que se baseia em intervenções geralmente medicamentosas. Tal modelo é subsidiário do Modo Asilar.

As implicações deste modelo para a assistência de enfermagem são o estabelecimento de relações de submissão em relação à pessoa do médico (ele é o detentor do saber sobre o tratamento do agravo) e a determinação de práticas assistenciais focadas na doença, na medicalização e na remissão dos sintomas.

O Modelo Humanista está centrado na preocupação com o homem total, sem a dicotomia mente-corpo. Ele tem como pressupostos que os conflitos psíquicos são resultado de conflitos entre as motivações ou valores internos e os valores do meio. Nesta abordagem, valoriza-se o indivíduo pelo que ele é, o relacionamento estreito e equilibrado com o mundo natural, as relações interpessoais dos indivíduos na família, no trabalho e no mundo.

Este modelo supõe que as pessoas tendem naturalmente ao pleno desenvolvimento, buscando-o constantemente, quanto melhor elas se conhecem mais ativas e produtivas elas são; ninguém é capaz de conhecer melhor as pessoas do que elas mesmas, uma vez que estão sempre mudando.

Nesta perspectiva, propõe-se tratamento por meio de vivências enriquecedoras que promovam maior capacidade para os indivíduos enfrentarem a vida, oportunizando-lhes várias direções. O foco principal da atenção está nos recursos do terapeuta e nas potencialidades do ser humano. A partir destes dois elementos se definem as práticas.

As implicações deste modelo para a assistência de enfermagem são: o estabelecimento de relação de ajuda entre profissional e cliente – visando a ajudar o indivíduo a encontrar suas próprias soluções e sair mais amadurecido do processo – e a utilização de si mesmo como instrumento terapêutico, colocando o cliente no centro da relação. Neste processo, terapeuta e cliente se transformam.

Nesta trajetória assistencial, os profissionais parecem se aproximar da perspectiva humanista. Como visto em suas representações, eles destacam investimento feito no vínculo terapêutico e na integração dos usuários em atividades coletivas:

[S11]São as atividades e oficinas que ajudam o paciente a estar se integrando com o outro colega, né, o outro paciente lá {não me ajuda aqui} então já vai fazendo um vínculo, com os funcionários também tem muito isso, hoje em dia tem que ver com que o paciente se identifica, não é {ah, eu vou te colocar ali e pronto e acabou}, não, acho que cada ser humano tem um perfil para alguma coisa, tem que estar aproveitando estes perfis aí para estar construindo algo que realmente seja proveitoso para o paciente.

Esta fala demonstra não só a valorização do usuário, como sujeito de vontades e de potencialidades, como também a valorização da escuta qualificada, do diálogo e do vínculo terapêutico enquanto elementos importantes da relação terapêutica:

[S3]Tem um trabalho também de estar sempre dando atenção, proporcionando para eles lazer, caminhada, enfim este é um trabalho que normalmente a gente está sempre inovando, buscando outras coisas, inovações.

Rogers (1982) ao estudar a relação terapêutica, conclui que as atitudes do terapeuta são mais importantes do que sua orientação teórica ou que as técnicas empregadas, o que se esclarece com a próxima fala:

[S9]São desenvolvidas várias [atividades], a gente tenta entrosá-los o máximo possível, em todos os sentidos, além dos passeios que a gente faz com o pessoal aqui do Instituto [hospital-dia e ambulatório/ CAPS]: teatro, cinema, lanchonete, jogos, diversos lugares, ainda tem as, as atividades terapêuticas, horta, trabalhos manuais para aqueles que se interessam, né. E uma coisa muito legal agora que é o videoquê que eles estão amando cantarem, estar participando, eles têm bem aceito essa atividade.

As representações evidenciam uma preocupação dos auxiliares de enfermagem com o lazer dos usuários, seu maior entrosamento dentro e fora do instituto, a partir de uma maior participação nas atividades coletivas. Há aí maior investimento nas relações interpessoais, não só dos usuários entre si, mas deles com os técnicos. Esta é uma tendência que vai aos poucos descentrando o foco da questão biomédica e apontando para o foco psicossocial.

Para que aconteça, de fato, uma relação terapêutica, Rogers (1982) ressaltava alguns elementos que são essenciais, como a empatia – enquanto a capacidade de buscar sentir e pensar como se estivesse no lugar do outro; a aceitação – no sentido de acolher o outro integralmente, sem preconceitos, críticas ou julgamentos; a autenticidade – enquanto a capacidade de ser verdadeiro, mostrar-se com autenticidade, de forma genuína, expressando, seja por palavras ou atos, seus verdadeiros sentimentos.

Outros elementos importantes para uma relação terapêutica dizem respeito à coerência entre o que se sente, o que se fala e o que se faz, como a prontidão – enquanto a capacidade de trabalhar a própria relação de ajuda, abordando os sentimentos logo que eles surgem na troca com o outro – e significação – enquanto a capacidade de compreender as experiências do outro o ajudando a também compreendê-la, decodificando os elementos que a compõem, como se depreende da próxima fala:

[S5]A gente tem algumas dificuldades e tudo, mas é uma equipe assim que trabalha com calor humano, os pacientes se identificam, cada um com um técnico, seja com uma pessoa da segurança, seja com uma pessoa da limpeza, mas tem as pessoas que escutam o que eles têm para falar.

As falas acima ressaltam a importância da escuta e da identificação entre técnico e usuário. Estas são possibilidades do ato de comunicação interpessoal. A comunicação é um elemento fundamental para a concretização da relação de ajuda, pois ela permite trazer à tona os conteúdos internos dos sujeitos, como sugere a própria etimologia da palavra comunicar, que deriva do latim *comunicare* e significa tornar comum, partilhar.

A comunicação terapêutica deve primar pela ausência de ruído ou mal entendido, pela possibilidade de que o usuário se expresse livremente e pela estimulação de uma ampla compreensão daquilo que está sendo dito, de modo que ele possa ressignificar suas ponderações e atuar no sentido da autotransformação.

Assim como alguns elementos favorecem a relação de ajuda, outros podem ser prejudiciais à sua efetivação, como a falta de interesse do terapeuta para as questões do cliente, atitudes distantes ou simpatia excessiva, aconselhamentos diretos e precisos ou com

grande ênfase no passado em vez do enfrentamento de problemas atuais. (FUREGATO, 1999).

Atentar às condutas profissionais é fundamental para evitar que situações desfavoráveis interfiram na qualidade da relação de ajuda. Sobre isto, os entrevistados ressaltam que:

[S6]Nós, técnicos precisamos prestar atenção em nós, o que é que nós vamos falar para o paciente junto dele, isso é uma coisa muito importante dentro do nosso trabalho, porque dependendo da minha conduta eu posso estar prejudicando o paciente, como posso estar banalizando o que ele está sentindo.

A postura do profissional é constitutiva da comunicação. Ela própria é capaz de expressar uma série de elementos como segurança, confiança, amabilidade, aceitação, bem como impaciência, pressa, contrariedade e outros. Estes elementos podem ser decodificados pelo usuário no momento da interação entre ambos, favorecendo ou dificultando a relação terapêutica.

Ao atentar à sua própria conduta e ao valorizar uma postura autêntica, aberta e reflexiva, o profissional é convidado a rever a todo o momento seus valores e suas atitudes, na tentativa de aproximar-se da experiência do usuário buscando compreendê-la a partir do ponto deste que a vivencia.

No movimento de aproximar-se do outro e voltar a si, profissional e cliente vão descobrindo novas formas de ver e significar suas experiências e vão se transformando. O que se espera da relação de ajuda é a modificação na expressão dos problemas, na medida em que velhas questões vão sendo superadas e novas vão surgindo. Ao atentar a si mesmo, o profissional reconhece que a relação de ajuda não ocorre se não há identificação com o outro, se não há uma atitude afetuosa e compreensiva de parte a parte, como exemplifica a próxima sentença:

[S1]Tem que gostar para trabalhar com eles, essa parte mental é complicada[...] às vezes você acaba até se envolvendo com o que eles falam, você sempre se envolve um pouco mais com alguém.

Quanto a essa identificação entre profissional e usuário, vemos que muitas vezes ela pode levar a vivências de forte emoção e dor frente ao sofrimento do próprio usuário. Borsoi (1992) discute estas questões apontando que o sofrimento é uma constante na assistência. Como os agentes mais próximos destes aspectos são precisamente os trabalhadores da

enfermagem, são eles os receptores diretos dos momentos de angústia do usuário, como esclarece o depoimento seguinte:

[S5]Então estas coisas tocam a gente, tem hora que eu fico muito assim, às vezes eu fico chocada, às vezes eu fico revoltada, às vezes eu fico emocionada; se você trabalhar ali com atenção, ligado em cada movimento daqueles pacientes, você aprende muito, ali para mim é uma escola assim que nenhuma faculdade[...] nada na vida vai me dar o que eles me dão, é uma troca.

Nesta circunstância, o que mobiliza o profissional diante do usuário é justamente o “caráter humanitário-religioso, implícito na própria enfermagem e o fato de o sofrimento e a morte, enquanto retratos da fragilidade e da impotência humana, imprimirem sentimento de compaixão em quem presencia o processo”. (BORSOI, 1992, p. 61).

Há que se considerar a necessidade de que os profissionais estejam também sendo cuidados, no sentido de evitar que vivências dolorosas se tornem desequilibrantes e provoquem o adoecimento dos mesmos.

São comuns os registros de adoecimento, somatizações e de vivências depressivas entre trabalhadores da saúde, pois “a reação depressiva poderia ser expressão psicológica daqueles que ainda não constituíram formas de defesa específicas frente à dor alheia”. (BORSOI, 1992, p. 62).

Daí que, ao discutir sobre recursos humanos na área da saúde mental, destacamos a importância da capacitação e da supervisão dos profissionais e suas equipes, no sentido de acompanhar, não só o desenvolvimento do trabalho, como também a saúde do trabalhador.

Dois fatores corroboram a manutenção da saúde do trabalhador. Um diz respeito às condições de trabalho favoráveis do ponto de vista do ambiente, dos materiais e equipamentos disponibilizados para a execução das tarefas.

O outro fator que pode colaborar para a manutenção da saúde do trabalhador é a organização do trabalho com relações democráticas, flexíveis, projetos terapêuticos definidos que assegurem abordagem interdisciplinar, definição clara de papéis e justa divisão do trabalho, de modo a evitar a sobrecarga de uma única categoria:

A qualidade de vida no trabalho é uma compreensão abrangente e comprometida das condições de vida no trabalho, que inclui aspectos de bem-estar, garantia da saúde e segurança física, mental e social, e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso de energia pessoal. Não depende só de uma parte, ou seja, depende simultaneamente do indivíduo e da organização, e é este o desafio que abrange o indivíduo e a organização. (SILVA, 2000, p. 11).

Ao explicitarem suas representações sobre tais vivências, os profissionais ressaltam que o trabalho feito com amor contribui para a superação da dor frente ao sofrimento dos usuários e também para a superação das dificuldades de ordem física e organizacional, é o que destaca o próximo depoimento:

[S6]O que a gente dá para eles é, como é que eu digo, é muito bonito, porque quem ali [RT] quem está trabalhando tem muito amor[...] só o amor faz a gente ficar ali dentro, junto com eles, sem espaço, sem identidade, sem individualidade. O que eu quero dizer [...] então o amor supera tudo isso.

Esta fala explicita vivências experimentadas pelos profissionais da “RT” em razão de perceberem o sofrimento dos usuários (como a falta de espaço e de individualidade). Os profissionais, ao descreverem seu trabalho ainda ressaltam:

[S9]Então são pessoas assim [...] que a gente ama do fundo do nosso coração e que realmente é um prazer sair de casa e estar vindo para a Residência Terapêutica para cuidar[...] eu cuido com maior prazer e carinho.

[S2]Para nós é uma realização, porque o resultado[...] das nossas metas é vê-los conseguindo inserir[...] brincar, sorrir; é ter uma vida de uma forma prazerosa diante daquilo que ele se sente bem, daquilo que ele está a fim, deixando ele feliz, expressando o seu desejo e a sua vontade.

Estas representações evidenciam vivências de satisfação e prazer, presentes no mesmo contexto em que ocorrem também as vivências dolorosas. Diante destas possibilidades de satisfação e insatisfação, dor e alegria frente ao trabalho, eles destacam a importância de respeitar os limites de cada profissional:

[S6]A gente sabe que hoje nós temos as nossas dificuldades e mexer com a loucura não é fácil não, a gente trabalha, mas a gente sabe que tem que respeitar essas dificuldades.

Os profissionais ressaltam que, com relação à segurança na realização do trabalho, ajuda o fato de ter amor pela profissão e pelo que se faz:

[S1]Para a gente se sentir seguro na vida a gente tem que gostar do que faz e eu gosto muito. Acho que dessa área eu gosto muito e não penso em sair desta área não. O que eu faço é por amor [...] eu me sinto seguro sim no trabalho e com eles [os pacientes] no dia a dia.

A busca constante de qualificação, o estudo e a própria relação com o paciente são fatores que colaboram para uma maior segurança no exercício profissional, como depreendemos das falas seguintes:

[S6]Eu me sinto preparada sim, dentro da minha capacidade, mas com o pensamento de que eu aprendo todos os dias[...] com esse pensamento, com essa realidade eu acho que eu estou preparada sim para aprender com eles [usuários] todos os dias.

[S8]Eu me sinto, eu tento cada vez mais ler, me qualificar melhor, eu gosto do que eu faço, tanto é, que isso foi uma opção minha[...] Eu amo o que eu faço[...] É uma coisa complicada, tem dia que é mil maravilhas, tem dia que é um sufoco, então você tem que saber e você tem que gostar do paciente.

A partir destas representações, vemos que os profissionais, ao se referirem à segurança na execução do trabalho, enfatizam o amor pela profissão mais que a capacitação técnica, o que evidencia o caráter humanitário-religioso, herdado no percurso histórico da profissionalização do cuidado.

Tendo em vista as ações terapêuticas desenvolvidas e as relações terapêuticas estabelecidas, a melhora dos usuários é atribuída, pelos profissionais, aos cuidados prestados:

[S2]Vejo que durante esse período eles têm encontrado, têm tido melhora, nesse período eles têm tido um avanço e a gente vê a manifestação deles através do carinho, porque tem pacientes que eles[...] nós saímos com eles, passeamos e eles se mostram tão amáveis, tão perfeitamente normais, que esse tipo de deficiência, de loucura, fica até difícil de dar a eles esse nome diante da alegria, do convívio deles, da interação[...] Isso é o que, o resultado exatamente deste investimento que tem sido feito, desse trabalho que tem sido feito com eles.

Faz-se necessário retomar aqui a percepção dos profissionais acerca das condições em que os usuários chegaram à unidade. Eles se encontravam clinicamente deteriorados e extremamente comprometidos do ponto de vista psicoafetivo e relacional, conforme explicita o depoimento a seguir:

[S11]Ao chegarem aqui, foram recebidos assim, de braços abertos, uma equipe, assim, excelente que fez o acolhimento desses pacientes, onde eles começaram a aprender um cotidiano de cidadania, voltaram a ser seres humanos... então, assim, isso, hoje, três anos depois, ou menos, o que se percebe é que são uns pacientes que já usam talher, é um paciente que já olha para a gente sem o ar de assustado, porque até muitos, a gente se aproximava do paciente e o paciente já começava a se bater com medo de que a gente fosse agredi-lo.

Os profissionais percebem que os usuários, hoje, sentem-se mais livres e já expressam com mais facilidade suas carências, o desejo de ter uma vida familiar e social, a vontade de ir e vir e a possibilidade de reivindicar amor e amizade, além de apresentarem esperança renovada quanto ao futuro e suas possibilidades sociais. Segundo a próxima fala:

[S2][Eles] têm tido resultado assim de melhora tremenda na vida deles, de socialização, de interação, de amor, de carinho, de dizer que queria estar com a família, de dizer que queria ir para casa, de desejar construir uma vida ai fora, de ter um lar.

Tomando como referencial esta representação, é possível perceber que, na situação em que chegaram, tinham, em muitos aspectos, perdido sua humanidade e inicialmente os profissionais não viam outra possibilidade de investimento que não fosse resgatar sua condição humana, como esclarece o trecho a seguir:

[S5]Quando eles chegaram aqui eles estavam assim maltratados, com escabiose, com sarna, eles não sabiam usar um vaso sanitário, eles não sabiam sentar no refeitório para fazer suas refeições, usar um talher.

Hoje, os profissionais percebem que os usuários almejam maior dignidade, maior conforto, liberdade e vida social cidadã. Eles atribuem isso ao fato de os usuários já terem sido atendidos em suas necessidades mais básicas, evidenciando a trajetória de reumanização da clientela.

Prosseguindo nesta análise, percebemos que, ao se valorizarem aspectos como os da escuta e do diálogo e o descentramento do foco biomédico, o caráter das ações terapêuticas em alguns de seus aspectos enfatizam a integração da dimensão racional do cuidado a uma dimensão sensível. Urasaki (2002) discorre que a prática do cuidar da enfermagem vem modificando-se ao longo da história.

Na Era Moderna, ao se instituírem os mitos da tecno-ciência e da funcionalidade, o cuidado tendeu a perder seu significado maior, que é justamente o compromisso com o outro; privilegiou-se a dimensão racional do cuidado ao mesmo tempo em que se enfraqueceu sua dimensão sensível.

A modernidade anunciava liberdade e progresso ao homem pela via da ciência e da tecnologia. A visão de mundo da Era Moderna, de cunho funcionalista, dualista, reducionista e tecnocêntrica começa a ruir quando essa libertação do homem não acontece.

A pós-modernidade surge com o questionamento do determinismo das ciências modernas, quando Einstein anuncia a relatividade do tempo e do espaço, provocando abalos nas noções clássicas da Física. Estas se enfraquecem ainda mais com as descobertas do Princípio da Indeterminação, anunciado por Heisenberg, e com o fortalecimento dos princípios da Física Quântica. Com o fim das verdades absolutas da Era Moderna, sobrevêm as incertezas Urasaki (2002).

A pós-modernidade abre-se à diversidade, à diferença e ao pluralismo, opondo-se ao positivismo do paradigma científico. Entram em cena novas visões de mundo que falam do caos, da transitoriedade, da descontinuidade e da complexidade da realidade humana e, sobretudo, da impossibilidade de lidar com ela somente pela via da racionalidade, apontando a necessidade de agregar ao racional valores da ordem do sensível e do imaginário.

Neste movimento histórico, o cuidado vai tomando diferentes contornos, sendo convidado a resgatar a sensibilidade tão reduzida pelo foco cientificista e a resgatar o olhar que passeia entre o racional e o sensível “no âmbito da saúde sabemos que as pessoas que buscam por cuidado esperam mais que procedimentos técnicos bem executados; esperam solidariedade e sensibilidade” (URASAKI, 2002, p. 48).

A partir das representações dos profissionais, vemos que as ações terapêuticas descritas evidenciam um alargamento das práticas de cuidado que evoluem de uma abordagem biomédica e foco asilar para uma abordagem humanista e foco psicossocial – na qual o usuário, embora seja considerado ainda um doente, é visto também como um sujeito de necessidades e vontades, de fragilidades, mas também de potencialidades.

As práticas humanistas evidenciam a relação de ajuda, sobre a qual se destaca que: se entendemos a relação de ajuda como uma oportunidade de reforçar certos tipos de palavras ou de opiniões no outro, estamos tendendo a confirmá-lo como objeto (mecânico e manipulável). Se vemos nela a oportunidade de reforçar tudo o que ele é, como todas as suas possibilidades existentes, então vamos confirmá-lo como uma pessoa viva, capaz de um desenvolvimento interior e criador. (FUREGATO, 1999, p. 35).

Os cuidados dirigidos à clientela da “RT”, embora mantenham um foco medicamentoso, caminham para ações de integração social. Reforça-se a participação dos usuários em atividades coletivas e em atividades extramuros, estando ainda muito incipiente ações que possam ser classificadas como de inclusão social. É o que esclarece o trecho a seguir:

[S1]Tem um horário de medicação, almoço, de jantar, lanche extra, mas geralmente a gente faz uma atividade de caminhada ou de dança, ou vê um filme ou alguma coisa assim, um passeio externo que a gente vai, essas são as atividades.

Essa perspectiva desdobra-se na possibilidade de uma interação entre profissional e usuário que transcenda à frieza do tecnicismo, caminhando para uma relação solidária, holística e ética.

Ao longo da análise desta última categoria, observou-se que as práticas de atenção à saúde mental desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem da “RT” tiveram como moldura não só a organização da “RT”, como a organização do Instituto de Saúde Mental como um todo. Estes aspectos serão aprofundados na discussão da próxima categoria.

8.3 O CAMINHO DA INCLUSÃO SOCIAL

Ao discutirmos na categoria anterior o Modelo Humanista, vimos que ele está em consonância com o Modo Psicossocial de atenção à saúde mental em seus princípios de democratização, valorização do sujeito e suas potencialidades, em vez da doença com seus sinais e sintomas, e a valorização de novas perspectivas terapêuticas que descentram o foco da questão medicamentosa para a promoção de vivências integralizadoras e transformadoras.

Há que se ressaltar, porém, que o Modo Psicossocial implica a perspectiva da inclusão social da pessoa em sofrimento mental que perdeu sua cidadania, deixando de ser parte integrante da sociedade, em razão de seu percurso de institucionalização e de cronificação.

O que será discutido ao longo desta terceira categoria de análise são as representações dos profissionais acerca das limitações e das possibilidades dos usuários relacionadas à sua inclusão social.

Ressaltamos que a “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental é uma unidade provisória e que a Secretaria de Estado de Saúde do DF, representada pela Coordenação de Saúde Mental e pelo próprio ISM, continua envidando esforços pela efetivação dos Serviços Residenciais Terapêuticos na comunidade.

Ao serem apresentadas as representações dos profissionais entrevistados sobre as possibilidades de inclusão social da clientela da “Residência Terapêutica”, ficam evidenciadas algumas dificuldades sentidas por eles como entraves a este processo. Elas dizem respeito à

organização institucional, à organização da “Residência Terapêutica” propriamente dita e às condições dos usuários.

Vale ressaltar que, ao se falar em propostas de inclusão social, não se pretende atribuir exclusivamente a esta categoria de profissionais a responsabilidade das ações ou do projeto que venha a garanti-las. Entendemos que o projeto de inclusão social deve ser institucional, constituído por equipe multiprofissional com foco interdisciplinar e pelos sujeitos a quem se quer devolver a mobilidade social. Para analisar estas representações, partimos do pressuposto de que eles, em suas práticas, refletem as proposições institucionais.

Ao destacarmos as representações e as práticas dos auxiliares de enfermagem, entendemos que elas refletem as proposições institucionais, uma vez que, como ilustra Ferreira-Santos *in* Furegato (1999, p. 10), “O médico é o líder técnico do sistema e os cuidados de enfermagem estão na dependência da determinação médica”.

Vemos que mais recentemente esta relação de poder-subordinação estende-se aos demais profissionais graduados, incluindo aí enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos que compõem o corpo técnico das unidades de atenção em saúde mental.

Neste sentido, estes profissionais – designados por vezes como profissionais “psi” – são tidos, pelo corpo técnico da enfermagem, como aqueles que podem apontar os caminhos possíveis para a loucura e o louco, do mesmo modo que são eles também que podem apresentar as possibilidades de investimento para a reabilitação psicossocial dos usuários cronicados.

Importante ressaltar, no entanto, que um modelo assistencial com ênfase no trabalho interdisciplinar vai diluir estas relações de poder-subordinação existentes entre as categorias da saúde mental, na medida em que integra as competências diversas, valorizando-as enquanto instrumentos que enriquecem as proposições terapêuticas:

O diálogo entre os profissionais contempla a dimensão técnica, referidas às atividades, aos procedimentos e a todos os instrumentos necessários para atingir a finalidade da prestação de cuidados, e a dimensão ética, que não se reduz ao relacionamento interpessoal entre os profissionais, que se espera respeitoso como cabe ser nas relações humanas, mas estende-se à preocupação em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos demais, seja da mesma área de atuação seja de outras. (PEDUZZI, 1998, p. 9).

Buscar a compreensão da complexidade das relações de trabalho no contexto institucional permite uma melhor compreensão do modo como estas relações interferem na organização institucional e na elaboração e adoção de práticas de atenção à saúde mental.

Retomando as representações dos auxiliares, temos que eles explicitam inicialmente certa descrença na possibilidade dos usuários irem viver na comunidade, é o que se pode perceber a partir do próximo depoimento:

[S9]Eu vou ser sincero, acho que isso em relação à Residência Terapêutica [na comunidade] não vai mudar praticamente nada para eles. Não sei, é minha opinião, porque eles sempre vão precisar de cuidados, nunca vão ser independentes e para mim eu acho que tanto faz eles ficarem aqui conosco ou irem para uma Residência, acho que não vai fazer muita diferença não, até mesmo porque tem o caso político também, depende da política, não sei se eles se empenham para isso.

Os profissionais questionam o grau de autonomia dos usuários para viverem nas Residências Terapêuticas, ressaltando sua necessidade de cuidados constantes e a impossibilidade de retornarem às suas famílias:

[S9]O futuro né, é meio complicado porque a gente vê que embora, o atendimento desde o início, quando eles vieram para cá, eles tiveram uma melhora assim bem acentuada, melhoraram bastante em relação a quando eles vieram. A gente tem sempre aquela esperança que melhorem mais e mais, mas eu acho que a vida deles vai ser aqui com a gente o tempo todo, não vejo nenhuma esperança de retornarem à família, acho que eles vão estar com a gente o tempo todo até sei lá, e a gente tem que acolher eles como filhos.

O que apreendemos destas representações é que são, em grande medida, influenciadas pelo tipo de investimento que a instituição faz junto aos usuários. Como já discutido na categoria anterior, os usuários da “RT” não contam com projetos terapêuticos individualizados, não estando incluídos em atividades assistenciais de foco interdisciplinar, voltadas à sua reabilitação para a vida social, como ocorre nos demais serviços do ISM (hospital-dia e ambulatório/CAPS).

Diante deste fato, vemos que a “RT” do ISM não se estruturou dentro das proposições contidas no Plano Diretor do ISM, desse modo, o percurso de seus usuários diferenciou-se daquele preconizado para todos os demais usuários da instituição.

O Plano Diretor do Instituto de Saúde Mental, conforme regimento interno de 1988, prevê que esta unidade de saúde se estabeleça enquanto um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e centre suas ações em uma abordagem psicossocial de cunho reabilitador, para a qual o trabalho interdisciplinar coloca-se como instrumento fundamental.

Para Demo (2004), a interdisciplinaridade é uma exigência da própria complexidade da realidade. Reconhecendo esta complexidade, o modo psicossocial enfatiza que a produção

de saberes e práticas acerca da loucura e da pessoa em sofrimento mental não pode se dar sob o foco biomédico apenas, como no Modo Manicomial.

Segundo Morin (1996), a complexidade da realidade se coloca pela própria complexidade dos sujeitos enquanto seres plurais que se constituem em um contexto histórico e sociocultural, seres de necessidades e desejos e também de criação, que estão em reconstrução permanente.

A pluralidade dos sujeitos e sua complexidade fazem com que, para buscar compreendê-los, seja necessária uma composição de olhares diversificados, de disciplinas diversificadas. É este ponto de vista que valida a perspectiva interdisciplinar.

A existência-sofrimento, enquanto uma condição dos sujeitos e uma das conseqüências do adoecer psíquico, sendo uma questão real e, portanto, complexa, deve ser abordada também sob os mais diferentes olhares e por diferentes disciplinas, de modo que cada uma possa evidenciar uma das múltiplas facetas desta realidade.

A interdisciplinaridade permite, então, um maior acesso e uma melhor intervenção junto aos sujeitos, enriquecendo as possibilidades de mobilidade não só dos profissionais como dos usuários da saúde mental, sobretudo aqueles cronificados pelos anos de institucionalização, que aprenderam a ver o mundo sob o prisma monocromático do manicômio. A abordagem interdisciplinar pode contribuir para que se construa um novo prisma multicolorido, em uma perspectiva psicossocial.

A validade desta abordagem, no entanto, está no fato de levar-se em consideração também o olhar daquele que sofre e que é o único capaz de transformar sua realidade interna, na medida em que sejam estimuladas suas potencialidades.

Neste sentido, a abordagem psicossocial não só privilegia a interdisciplinaridade como também privilegia saberes e valores que não são de ordem técnica. O campo psicossocial, encarado enquanto este espaço em que as ações de saúde são produzidas, “agrega o saber não científico (do ator social comunitário, dos recursos de território, entre outros) e do usuário (indivíduo, família)”. (SILVA; FONSECA, 2005, p. 446).

O trabalho interdisciplinar com foco na reabilitação psicossocial deve ter como perspectiva fazer dos saberes e das práticas proposições destinadas “não a dominar a loucura, como pretendia o paradigma manicomial, mas a compreender, a produzir novas subjetividades e a estimular energias para forjar um futuro utópico capaz de conviver com a diversidade”. (OLIVEIRA; SILVA 2000, p. 589). Cabe ressaltar que, neste contexto, utopia diferencia-se de sonho, sendo a primeira muito mais uma meta a ser alcançada que uma ilusão.

Como estratégia para a efetivação da proposta de trabalho interdisciplinar de cunho reabilitador, o ISM organizou no Hospital-dia as UNIRs constituídas por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, auxiliares de enfermagem e de serviço social. Estas equipes são responsáveis por discutir o Projeto Institucional e o Projeto Terapêutico Individualizado do usuário em parceria com ele e seus familiares.

Esta lógica de trabalho não atingiu a clientela da “RT”, o que evidencia o descompasso da instituição como um todo com relação aos seus objetivos institucionais, o distanciamento de suas proposições de reabilitação psicossocial e de sua política de inclusão social e, conseqüentemente evidencia um conflito entre o projeto institucional e a dinâmica existente.

Quando se percebe este descompasso, é importante que se avalie a necessidade de revisão dos discursos e das práticas instituídas, para que se as realinhem frente ao projeto institucional ou para que se possa reformular tal projeto, mediante o entendimento de sua inadequação ou superação.

Bleger (1992), aponta que em uma instituição coexistem objetivos explícitos e implícitos, conteúdos latentes e manifestos, muitas vezes contraditórios. O autor ressalta que o melhor grau de dinâmica institucional não é aquele em que inexistem conflitos, e sim aquele em que existe a possibilidade de explicitá-los e manejá-los para resolvê-los, em que os conflitos “são realmente assumidos por seus atores e interessados no curso de suas tarefas ou funções”. (BLEGER, 1992, p. 52).

Na medida em que o Instituto de Saúde Mental, mesmo após três anos da existência da “RT”, não propõe projeto terapêutico interdisciplinar para a unidade ou para seus usuários, transmite uma mensagem que pode ser decodificada como se tal investimento fosse dispensável, como se esta abordagem não fosse trazer benefícios àquelas pessoas já tão cronificadas.

Na análise institucional proposta por Bleger (1992), esta mensagem coloca-se como um conteúdo implícito, na medida em que não produz discurso claro que o evidencie e, ao mesmo tempo, como conteúdo explícito, na medida em que se exterioriza em práticas que divergem do que está posto enquanto proposição institucional.

Se somente a clientela da “Residência Terapêutica” não conta com projetos terapêuticos interdisciplinares de cunho reabilitador, esta realidade é assimilada pelos profissionais entrevistados como a impossibilidade de beneficiamento dos usuários a partir do investimento psicoterápico, social e ocupacional etc. Diante disso, alguns entrevistados entendem que o ponto máximo a que os usuários chegarão é justamente este onde estão

atualmente, estáveis, humanizados e dependentes da instituição, sem a qual não poderiam sobreviver.

De fato, os auxiliares de enfermagem entrevistados não vivenciaram qualquer abordagem que lhes projetasse a visão do usuário de pessoa dependente e submissa à instituição a sujeito autônomo capaz de articulações sociais integrativas e libertadoras.

O projeto institucional, voltado à clientela da Residência, que privilegia práticas da ordem da inclusão social, ainda está por vir, como já demonstrado na análise da categoria anterior.

Neste cenário, a inclusão social deve ser tomada como um movimento que prevê a reabilitação para a vida social das pessoas em sofrimento mental “desabilitadas” para tal articulação. Discuti-la é pensar na reintegração das pessoas institucionalizadas ao âmbito da coletividade, no qual possam gozar de mobilidade dentro de uma rede social que inclua família, trabalho, lazer e cidadania – enquanto exercício de direitos e de deveres.

Para Saraceno (2001), a cidadania do paciente psiquiátrico não diz respeito apenas à garantia formal dos seus direitos civis, “mas a construção de seus direitos substanciais. É dentro desta construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível” (2001, p. 18). A reabilitação psicossocial, neste sentido, alcança o sujeito em toda a sua integralidade e propõe práticas integrativas.

A integralidade, como proposta por Mattos & Pinheiro (2001), é um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, relaciona-se ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária, “é uma bandeira de luta [...] um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e suas práticas que são consideradas [...] desejáveis” (MATTOS; PINHEIRO, 2001, p. 41).

Desinstitucionalização e reabilitação são conceitos inseparáveis enquanto perspectivas do Modo Psicossocial e compromissos da Reforma Psiquiátrica. Estes são conceitos fundamentais para que se discuta o processo de inclusão social.

Rotelli (1990) *in* Saraceno (2001) usa o termo “desinstitucionalizar – reabilitar” para expressar este movimento que vai muito além da desospitalização. Questiona não só o asilo como lugar legítimo de tratamento, mas também os saberes e as práticas que sustentam o manicômio.

Reabilitar é um processo de investimento na abertura de espaços de negociação para o usuário, na recuperação do seu poder contratual para trocas sociais. A abertura de espaços de negociação passa certamente pela abertura dos espaços de relação, como vemos no Modelo Humanista, mas não se esgota aí.

Enquanto a ênfase da reabilitação for no aspecto relacional, ela não será garantia de libertação dos sujeitos do aparato institucional. O que garante de fato a “desinstitucionalização – reabilitação” é o aumento da capacidade contratual dos usuários, seja ainda no interior dos asilos ou fora deles, como consequência concreta.

Para Saraceno (2001), o aumento da capacidade contratual dos usuários está baseado em três eixos: a possibilidade de morar/habitar, a constituição de uma rede social, na qual trocar identidades seja possível, e a produção e troca de mercadorias e valores.

O poder de contratualidade no contexto do morar/habitar está na “propriedade” e na articulação afetiva estabelecida com o outro para a organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, de tal modo que seja possível o exercício do poder e do prazer no habitar.

No segundo eixo, temos a reabilitação pelo investimento na ampliação da rede social, espaços diversificados nos quais os sujeitos realizam trocas e se reconhecem, uma vez que o empobrecimento dessa rede é justamente uma das causas da desabilitação dos sujeitos.

A produção e a troca de mercadorias, alcançadas pela via do trabalho, é o terceiro eixo sobre o qual se constrói o aumento do poder de contratualidade. Há que se superar, no entanto, a perspectiva do trabalho como encarado nos manicômios, enquanto mera ocupação ou cumprimento de tarefas. Neste contexto há uma distorção do valor do trabalho, tornando-o instrumento de contenção, normalização e alienação, e não instrumento libertador.

O trabalho como promotor de reabilitação psicossocial deve ser para além de um meio de sustento, um meio de auto-realização, deve agregar sentido na vida dos sujeitos, seja na instância econômica, social ou psicológica. O investimento no trabalho promove a ruptura do estigma da improdutividade e auxilia na restituição da subjetividade dos sujeitos e no fortalecimento de suas singularidades.

Vemos que os usuários hoje abrigados na “Residência Terapêutica” do Instituto de Saúde Mental da SES/DF carecem de ações que possam promover sua desinstitucionalização – reabilitação psicossocial, compromisso assumido pela SES/DF, no momento em que ela acolhe no ISM os usuários da Clínica de Repouso do Planalto após sua interdição.

Na categoria de análise anterior discutimos em que momento do processo de reabilitação estão os usuários desta unidade; ressaltamos os investimentos feitos na questão na humanização da assistência e na melhora das condições gerais dos usuários, que se encontravam, do ponto de vista físico, psicoafetivo e relacional, deteriorados.

Podemos entender que este percurso feito pelos usuários já faz parte do processo de reabilitação psicossocial, se entendido como um processo contínuo. Sendo assim, não é

possível atribuir a uma circunstância ou um fato o marco determinante para que os sujeitos sejam considerados enfim reabilitados, de modo que se deve trabalhar com metas ou perspectivas relacionadas a ela.

A perspectiva da reabilitação não pretende criar para os sujeitos “desabilitados” uma espécie de habilitação total – não alcançada por qualquer pessoa. Vale ressaltar que os sujeitos considerados “habilitados” para a vida social não estão livres de frustrações, insucessos ou desprazeres, pois são estes elementos constitutivos da vida dos seres humanos.

Uma vida “inclusiva” não é, portanto, uma vida asséptica, sem riscos, sem limites ou sem fracassos. Tais questões estarão postas tanto quanto as alegrias ou sucessos possíveis dentro de uma mobilidade por tudo o que os seres humanos estão sujeitos a viver.

A inclusão social, neste sentido, não significa entregar cada um à sua própria sorte, mas assegurar meios para que os sujeitos sintam-se, na medida do possível, fortalecidos para, entre erros e acertos, seguir sua caminhada com liberdade e responsabilidade.

A reabilitação psicossocial surge aí como “um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”, (PITTA, 2001, p. 21), conduzindo à inclusão social.

Considerando que o percurso feito pelos usuários da “RT” até agora foram passos dados no caminho de sua reabilitação psicossocial, com vistas a sua inclusão social, o que impede o avanço destas ações?

Apontando as dificuldades sentidas neste processo, os profissionais ressaltam que a “Residência Terapêutica”, ao ser estruturada, organizou-se em uma lógica assistencial diferenciada da lógica do hospital-dia e do ambulatório/CAPS, como explicitam os depoimentos a seguir:

[S9] Bom, no ambulatório os pacientes vão, no fim de semana voltam para casa, são mais liberados. No hospital-dia da mesma forma, eles têm uma frequência maior no hospital-dia, é feito medicação, atividade terapêutica, consultas necessárias [...] A Residência é um lar, é uma casa.

[S1] Eu acho que tem diferença a começar pelos profissionais, o número de profissionais. Lá a gente vê mais técnico e enfermeiro, médico de vez em quando, psicólogo a gente não vê, nutricionista vê muito pouco – uma vez por me [...] É diferente em relação ao hospital-dia, o NAS.

Os entrevistados falam da ausência de profissionais de outras categorias no atendimento da clientela da “RT”, embora ela receba atendimento médico e nutricional:

[S10]Eu acho que deveria ter um pouco mais de assistência para eles, principalmente a parte de outros profissionais, como um psicólogo, um nutricionista que você vê no hospital-dia[...] não é aquela coisa personalizada igual é do hospital-dia.

[S3]Bem, em se tratando de profissionais, seria, como se diz ter um profissional de, é de psicologia, de fazer um trabalho terapêutico, é, um terapeuta ocupacional, acho que isso seria uma coisa assim que realmente faz falta mesmo lá.

Estas falas evidenciam outros fatores que dificultam o processo de inclusão social dos usuários. O primeiro deles é que os profissionais compreendem o dispositivo residencial terapêutico ainda dentro de um paradigma médico-biológico, no qual a “Residência” se afirma enquanto espaço de realização de terapia e não enquanto espaço de moradia – que, como tal, pode ser terapêutico.

Ao mesmo tempo estas falas denunciam que os usuários deste serviço, em nenhum momento, foram incluídos em espaços formais de realização de ações terapêuticas interdisciplinares, não deixando aos auxiliares de enfermagem alternativa, senão reproduzi-las. Considerando o tempo transcorrido desde a sua chegada ao serviço, está posta a continuidade da idéia inicial de que estes usuários permaneceriam provisoriamente no ISM.

Ao explicitarem que na “Residência Terapêutica” inexistente o trabalho multiprofissional de foco interdisciplinar, os profissionais apontam algumas possíveis razões:

[S10]Eu vejo certa discriminação tanto dos próprios pacientes e até de alguns funcionários e um pouco de descaso, quer dizer, os pacientes só são dados nas mãos dos auxiliares de enfermagem[...] tem apenas um médico de referência.

Esta discriminação é percebida como resultante da diferenciação que existe entre a clientela da “Residência Terapêutica” e dos demais serviços do ISM:

[S1]Tem gente que nunca entrou lá na Residência por achar que os pacientes são mais complicados não sei, só sei que é preconceito. Pelos próprios profissionais do Instituto mesmo existe isso e de outros pacientes de lá. Eu acho que é por isso, não sei se é porque os pacientes são mais complicados né, os da Residência mais complicados. Sempre tem esse preconceito. Dentro de próprio hospital tem preconceito.

Se a perspectiva interdisciplinar é um dos focos de trabalho do ISM, como explicar o fato de a clientela da “Residência Terapêutica” não ter contado com a atenção sistemática, em atividades terapêuticas, por parte de outros profissionais de categorias diversas? E por que a

inexistência de um trabalho multiprofissional, de foco interdisciplinar é sentida como discriminação e descaso?

Em um primeiro momento podemos atribuir o fato à condição provisória do serviço, à forma rápida com que ele se instalou, à inexistência de um projeto para a unidade e também ao fato de a direção, à época, exercer uma linha mais conservadora e tradicionalista, enfatizando o caráter hospitalocêntrico e medicamentoso do tratamento.

Devemos ressaltar ainda que o número de profissionais era insuficiente mesmo para atender as demandas reprimidas para o hospital-dia e para o ambulatório/CAPS.

Por outro lado, o número de usuários abrigados na “Residência Terapêutica” não chegava a oferecer impacto nas agendas de atendimento de modo que não pudessem dispor de horas para trabalhar na elaboração de projetos terapêuticos individualizados para a clientela da “RT”.

Esta não foi, no entanto, uma deliberação da direção nem tão pouco o fato gerou qualquer mobilização da equipe no sentido de incluir a clientela da “RT” no ambulatório /CAPS ou no hospital-dia, como aconteceu quando o ISM, num período de duas semanas, empenhou-se na absorção de 15 usuários do hospital-dia do Hospital São Vicente de Paulo, por ocasião do fechamento desta última unidade, em fevereiro de 2006, conforme registros em prontuários.

Se entre os objetivos do ISM está “possibilitar ao usuário uma nova postura em relação à sua condição atual, desenvolvendo sua autonomia e capacidade de assumir novos papéis e expandir os limites intramuros da instituição” (COSTA, 1996, p. 186-187), vemos que a inexistência da abordagem interdisciplinar, junto à clientela da “RT”, coloca-se como uma contradição, já que para ações reabilitativas a interdisciplinaridade se coloca como imprescindível.

Segundo as representações dos profissionais, a inexistência de um projeto terapêutico interdisciplinar para os usuários traz conseqüências negativas para a clientela que se vê desprovida de propostas terapêuticas, como coloca a fala a seguir:

[S6]É um espaço onde as pessoas ficam ali zanzando, para lá e para cá, sem muito espaço, sem identidade, sem o seu canto, sem a sua história, só caminhando[...] comendo, falando, dormindo[...] Se a instituição tivesse empenho, não sei se estou falando certo, teria que ter profissionais dedicados a eles por conta da limitação; então eles têm capacidade sim, mas eles não têm o que fazer.

E resulta na rotinização de condutas com foco assistencialista e na inexistência de ações que possam favorecer a ampliação da subjetividade, da aprendizagem, das relações interpessoais e dos afetos desses usuários, como vemos no trecho seguinte:

[S1]Teria que investir, ter alguma coisa para investir[...] assim durante o dia a dia não tem mais o que fazer não, ali na Residência, fica muito na mesmice eu acho.

Destacamos que, ao observar a rotina da unidade e os depoimentos dos profissionais, apesar da inexistência de projetos terapêuticos individualizados e da rotinização das atividades de vida diária na “RT”, seus usuários circulam pelo hospital-dia e ambulatório/CAPS e pelos espaços de oficinas terapêuticas, sem, no entanto, estar vinculados de forma sistemática a estas atividades.

Há que se discutir também em que medida as atividades pelas quais eles transitam estão contribuindo de fato para o enriquecimento de sua subjetividade, estão agregando valor e sentido ao cotidiano dos usuários, é o que depreendemos do próximo depoimento:

[S6]Hoje o que eles têm, eles vão do jeitinho deles para o Espaço Criativo [oficina terapêutica][...] então tem um trabalho no espaço criativo que eles vão lá e enfiar uma linhazinha, uma bolinha e é tudo isso que eles tem para fazer, uma caminhada que eles fazem, já tem um passeio programado deles alternando o passeio em shopping.

A representação contida nesta fala permite que se analise o caráter da participação dos usuários nas atividades grupais, se os mesmos são estimulados a significar estas vivências e se percebem a razão e a finalidade daquilo que estão realizando – quando isso não acontece, o aspecto terapêutico da atividade fica comprometido.

Vemos que as relações interpessoais que os usuários estabelecem durante estas vivências assistemáticas, ocorrem de maneira frouxa e pouco efetiva do ponto de vista terapêutico.

Para o usuário, a “ocupação”, por si só, não lhe permite a significação da atividade quando esta não é trazida em um contexto de produção de sentido – seja psicológico, social ou econômico. A atividade oferecida, apenas como forma de entretenimento ou como ação mecanizada, pode ser restritiva e despersonalizante na mesma medida em que a rotina do cotidiano manicomial.

Para que, como no exemplo trazido na fala, o “enfiar uma linhazinha ou fazer uma bolinha” seja, de fato, terapêutico, a ação deve estar munida de um sentido que vem com a

significação do seu propósito e deve estar inserida em um contexto de compartilhamento não só de objetos (produtos da atividade), mas de vivências e de valores reais, possibilitando a ampliação do poder contratual do usuário e da sua capacidade de mobilidade e intervenção na realidade.

A produção de sentido e a apropriação por parte do usuário da finalidade e da razão das atividades terapêuticas devem ser objetivos do projeto terapêutico institucional e daquele pensado individualmente para o usuário. O projeto, sendo elaborado interdisciplinarmente e visando a sua reabilitação psicossocial, poderá contribuir para a produção de vivências internas e externas, de fato, transformadoras.

A abordagem interdisciplinar, quando se constitui como instrumento de compreensão, continência e resolução das contradições e incertezas trazidas pela existência-sofrimento, favorece uma abordagem reabilitadora, da qual uma única categoria técnica não pode dar conta, ela deve ser “levada a cabo pela multiplicidade de olhares e vozes dos diferentes profissionais [...] [para] constituir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado”. (OLIVEIRA; SILVA, p. 588).

Se para a clientela da “RT”, a instituição não reserva tais práticas ou a proposição de projeto reabilitativo, não instrumentaliza os profissionais da enfermagem, dando margem a que reproduzam ações assistencialistas e institucionalizantes, sem agregar a elas a perspectiva da inclusão social da clientela.

Aqui podemos identificar uma fronteira entre ações que reproduzem o manicômio e as que não o fazem. Já demonstramos que a abordagem humanista possibilitou a reumanização dos usuários da “RT” e a reconstrução de muitos dos seus sonhos e desejos.

Esta abordagem, no entanto, esbarrou na descrença de que esta clientela possa ir além da instituição. A ausência de olhares e ações diversificadas e complementares junto aos usuários da “RT”, que reconheçam a imprescindibilidade do trabalho interdisciplinar em saúde mental, se põe como um limite ao processo de inclusão social dessa clientela.

Considerando a organização atual da “Residência Terapêutica”, os profissionais apontam que, por ser “moradia” dos usuários, sua dinâmica não deveria assemelhar-se tanto à de uma unidade hospitalar, como confirmam as falas seguintes:

[S2]Aqui não deixa de ser uma instituição, de ser um hospital, de ser limitado, de estar dentro dos seus horários; querendo ou não tem um horário para se alimentar, tem um horário para se levantar, ou seja, torna-se limitado.

[S4]O serviço prestado, eu acho que assim, é um serviço bom, porém, já virou assim certa rotina, se transformou numa rotina, você chega, você vai

fazer o relatório, você vai dar a medicação para o paciente[...] Na verdade, mais é assim a questão da medicação, a questão de um banho, auxiliá-lo no banho, na arrumação e também muitas vezes têm as atividades extras, longe daqui do ISM [passeios e outras saídas], que na verdade é uma coisa muito boa para eles, acho que é isso.

As percepções dos profissionais explicitam seu entendimento de que a organização da unidade, assemelhando-se ao modelo hospitalar e o não investimento em práticas ressocializantes limitam os usuários à instituição.

Descreve-se o usuário preocupado constantemente com a comida e com o repouso – talvez por serem estas as ações mais significativas dentro do seu cotidiano institucional, como explicita o depoimento a seguir:

[S7]Porque na verdade eles se adaptaram a uma rotina de levantar de manhã, tomar medicação, fazer sua refeição, depois eles têm uma preocupação constante com horário de comida, então eles ficaram condicionados, é, remédio, comer, beber e dormir, estão como se tivessem condicionados[...] voltarem para o leito e ficarem lá deitados, ou dar uma saída, dar uma voltinha e voltar para cá[...] eles não têm o interesse de fazer nada.

Uma vez que as práticas assistenciais não superam o modelo hospitalocêntrico, os usuários, embora se vejam em situação melhor do que a que estavam antes de irem para o ISM, ainda se sentem limitados, conforme expresso nas falas a seguir:

[S2]Eles devem achar isso aqui um paraíso, pelo que eles já viveram[...] mas de repente para eles pode ser que isso aqui também esteja muito longe do paraíso, porque muitos desejam ter uma vida normal, gozar todos os seus direitos de ir e vir de não serem limitados... Se eu perguntasse para um deles o que eles acham eu sei que muitos realmente teriam uma palavra que queriam ir para uma família [...].

Um ponto fica evidenciado nas falas, o de que a unidade, não apontando para a inclusão do usuário, como resultado da implementação de estratégias de reabilitação psicossocial que ultrapassem o tratamento humanizado e respeitoso, contribui para a continuidade da institucionalização à qual eles já vinham sendo submetidos a longos anos. É o que percebemos a partir do depoimento a seguir:

[S6]A X ela está hoje entristecida, parada, cansou, a X. cansou de clamar pela família[...] hoje a X. se resume numa cama, então não reclama de nada mais, ela não clama mais pela família, eu acho que ela mesmo dentro da limitação dela ela perdeu as esperanças de ter a família de volta[...] então a X. hoje a minha anotação no prontuário foi {paciente aparentemente bem, triste[...] calada, resumida ao leito}, hoje é assim a X.

Apresenta-se o usuário como alguém desejoso de reencontrar a família, mas desesperançoso, alguém que se inquieta e se agita por não saber como viver seus sonhos, além disso, ressalta-se o círculo vicioso que se forma em torno da experiência da institucionalização: o sofrimento que leva à hospitalização, que leva ao abandono, que leva a um maior sofrimento, que leva a uma maior medicalização e ao prolongamento da internação e a um maior isolamento social:

[S11]O paciente que toma medicação, quando se estabiliza, que fica um pouco lúcido, ele vai perguntar Poxa, mas cadê a minha família? Cadê meu pai, cadê minha mãe, cadê meus irmãos? Eu estou sozinho no mundo?] Poxa, o paciente volta para a crise novamente e aí voltam as medicações com a dosagem mais forte e isso é um efeito dominó, o paciente vai passando, o que era para ser alguns dias passa para meses, passa para anos e acaba ficando a mercê aí só da instituição.

O que podemos apreender desta situação é que, se de um lado os usuários passaram a ser vistos como seres humanos, como pessoas que sofrem e sonham, como pessoas que desejam, pessoas a quem se deve dar amor em vez de violência, acolhimento em vez de indiferença, conforto e segurança em vez de abandono; de outro, não se constrói o território onde eles possam exercer seus sonhos e desejos, onde possam exercitar seu poder contratual, onde possam ampliar sua rede social.

Revelam-se duas questões importantes acerca da dinâmica desses usuários. Uma diz respeito à presença do desejo vivo, à vontade de viver intensamente – mesmo sem saber como; outra diz respeito ao sofrimento pelo reconhecimento da impossibilidade desta vivência – limitação que neste caso não é deles, mas da instituição que os acolhe e que os tolhe também, como explicita a próxima fala:

[S6]A Y alguns plantões atrás ela chegou para mim e para o W. e disse [eu tenho saudade da rua][...] hoje ela toma mais medicações porque aqui ela se vê limitada na história dela, tanto na sua vida sexual, como na sua vida socioeconômica, familiar, ela fica inquieta, porque ela tem sonhos, porque ela tem desejos e ela não sabe como viver tudo isso.

Delineia-se aí mais uma fronteira em que se superam alguns aspectos do manicômio, mas não se lhe supera como um todo. Já vislumbramos neste território de ações terapêuticas algum espaço para a subjetivação, alguma abertura para que se expressem a inconformidade e a reivindicação, mas ainda não se criam espaços para que os usuários possam articular-se em razão de suas reivindicações.

A presença dos sonhos, dos desejos e das inquietações apresenta-se como rachaduras naquilo que se poderia chamar de manicômio total – no qual não se tem direito a sonhar, não há espaço para contrariedade, inquietação ou incômodo, lugar onde tudo e todos devem seguir a ordem e onde o que escapa à ordem imposta é fadado à punição, retaliação e contenção, seja mecânica ou medicamentosa.

O que evidenciamos é que, neste contexto de transição, em que se encontra a “Residência Terapêutica” do ISM, entre o manicômio e sua superação, as práticas assistenciais vagam entre ações de reprodução do manicômio e algumas que apontam para a reabilitação psicossocial.

A não-superação do manicômio total está posta, neste contexto, pelo não-investimento na ampliação da capacidade contratual dos usuários, pela impossibilidade de que eles exerçam, no plano da instituição, sua capacidade de intervir autonomamente em sua realidade.

O usuário está aí mantido sob a tutela da instituição que define, em última instância, o que ele vai comer, vestir, a que horas será seu banho, o que estará ou não disponível para ele e em que momento. Embora se dê a ele o direito de se expressar, o que ele expressa não se reverte em ações que possam ampliar seu campo psicossocial, que possam liberá-lo do jugo institucional.

A instituição que não garante ao usuário a possibilidade de fazer escolhas ou de satisfazer suas necessidades mais íntimas não permite que ele de fato se transforme, senão dentro dos muros institucionais que lhe servem de moldura, de regra e de contenção.

Os limites institucionais só poderão ser rompidos na medida em que a instituição alargue seus horizontes das ações terapêuticas, elaborando e propondo interdisciplinarmente projeto terapêutico de reabilitação psicossocial capaz de levar o usuário a cruzar a fronteira institucional rumo a concretude da sua inclusão social.

Apontadas as limitações relacionadas às práticas assistenciais desenvolvidas e à organização institucional, os profissionais prosseguem evidenciando suas representações acerca das limitações vivenciadas pelos usuários, como a falta de recursos financeiros:

[S1]Quase ninguém tem seu dinheiro[...] A falta do dinheiro atrapalha muito. A falta da família também atrapalha muito, eles não têm quase família nenhuma [...] para ter mais apoio psicológico e de dinheiro.

O fato de não possuírem recursos financeiros próprios decorre de não gozarem do benefício de prestação continuada – BPC (Decreto nº 1.744 de 08/12/1995) ou do benefício de um salário mínimo, do Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708 de 31/07/2003), embora,

enquanto pacientes egressos de internações prolongadas em instituições manicomialis, façam jus aos mesmos:

[S2][Os usuários] são limitados, a própria estrutura não permite que eles tenham essa liberdade, tenham esse prazer de ir até um shopping e falar {hoje eu quero fazer isso, hoje eu quero comprar isso, hoje eu quero ser um cidadão normal}, muitos não têm condições, não têm uma aposentadoria, não tem condições de ir até o comércio mais próximo, não tem condições de fazer nada, de conhecer alguém, de poder construir novas amizades, ou seja, não deixam de estar limitados.

Ao retomarmos o percurso vivido pelos usuários, desde sua chegada ao ISM vemos que os mesmos não portavam, em sua maioria, Carteira de Identidade, CPF ou qualquer documentação pessoal.

Os registros em prontuários, encaminhados pela Clínica de Repouso do Planalto, estavam incompletos e vários estavam inclusive incorretos – nomes de pacientes trocados, sem registro de endereços ou telefones de familiares ou de pessoas para contato social.

Tal situação exigiu que se providenciasse, junto ao Ministério Público, ação para identificação tardia dos usuários, de modo que pudessem refazer registros de nascimento e providenciar outras documentações necessárias. Por razões burocráticas, estes processos ainda não foram concluídos e há usuários que se encontram ainda hoje sem portar documentação pessoal.

Sendo assim, eles não podem ser cadastrados nos programas de distribuição de renda do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, não podendo contar com recursos financeiros próprios.

Estes fatos reforçam a condição de exclusão social em que vivem os usuários. A exclusão que é resultante de uma conjuntura complexa; um percurso de vida familiar e social que os levou a tratamentos psiquiátricos hospitalocêntricos e que com o tempo os institucionalizou; a perda de seus vínculos familiares e o fato de não possuírem documentos pessoais, sem os quais não há identidade do ponto de vista civil, jurídico e legal.

Sobrevêm a isso o fato de não poderem gozar de benefícios sociais que lhes garantiriam renda própria e o fato de estarem “arranjados” provisoriamente em um lugar precário e improvisado, sem contar com um projeto terapêutico voltado para sua reabilitação psicossocial.

Na instituição que os acolhe – o Instituto de Saúde Mental, não podem ser reconhecidos como pacientes de hospital-dia ou de ambulatório/CAPS, pois são moradores e não possuem outro endereço para constar no prontuário; do mesmo modo, não podem ser

reconhecidos como pacientes de Residência Terapêutica, porque lá, oficialmente, não existe este dispositivo terapêutico, como endossa o Núcleo de Registro e Controle e Avaliação do ISM.

Nestas condições, não se pode falar em cidadania para os usuários da “RT”. Se o louco excluído, morador de manicômios, não sendo considerado sujeito, tem *status* ao menos de “doente”, esta clientela, por todas as questões já apresentadas, perdeu *status* inclusive de doente, estando em condição de invisibilidade, tanto para o sistema civil, jurídico e legal quanto para o sistema de saúde.

Para a resolução destas questões, é necessária a mobilização de uma rede articulada, que envolva instâncias técnicas da saúde (serviço social, psicologia etc.) e jurídico-legais (Ministério Público, Secretaria de Segurança Pública etc.).

Em que pese já a existência desta articulação e levando-se em consideração o tempo de três anos já transcorridos desde a chegada dos usuários ao ISM, a situação exige que sejam revistas suas ações para a agilização dos trâmites burocráticos, para a adoção de novas estratégias e, finalmente, para que não se adie mais a vida cidadã destes usuários.

Quanto a ausência de vínculos familiares por parte dos usuários, os profissionais ressaltam:

[S10]Eles sentem muita falta dos familiares, de vez em quando um ou outro cobra, é a saudade da família, queriam assim um lar para eles, assim, é, o que eu vejo também é que nós somos a família deles.

Esta representação evidencia que, aos profissionais, é atribuído o papel de familiares, o que se desdobra em ações que reforçam o caráter altruísta do cuidado.

Os profissionais falam das suas expectativas com relação à possibilidade de contato dos usuários com suas famílias:

[S7]A gente questiona porque que a família não vem um pouco mais, não dá um pouco mais de assistência, não precisa levar para casa, a gente queria que eles viessem só para dar um beijinho, né, um abraço, ouvir o que eles tivessem para falar.

O que se percebe é que no contexto familiar das pessoas em sofrimento mental têm-se muitas vezes pessoas desprovidas de recursos emocionais, financeiros, educação/escolaridade. São pessoas que não dispõem, elas próprias, de suporte psicossocial adequado que lhes garanta meios e condições de cuidar de seus familiares adoecidos:

[S10]Até eu também entendo a família; quando eu falo de família, eu não culpo eles por terem abandonado os pacientes, porque na verdade, é mais fácil para mim vir aqui e dar assistência para eles 12h por dia, mas eu volto para minha casa e estou numa realidade totalmente diferente, no caso se fossem meus, se um deles fosse da minha família, seria diferente porque eu não teria 12h com eles, eu teria 24h, uma semana, um mês, um ano; então quando a gente fala de família e que diz {não porque a família deveria dar mais assistência} é muito complicado você julgar essa família porque deixou ou não, a gente não sabe a situação financeira, não sabe a estrutura psicológica dessas pessoas, é, a estrutura física de onde moram, o salário que ganham, então tudo isso é muito complicado.

As falas evidenciam certa compreensão, por parte dos profissionais, das limitações enfrentadas pelas famílias no cuidado das pessoas em sofrimento mental e o reconhecimento de que a desestruturação familiar dos pontos de vista físico-financeiro e psicoafetivo contribuem para o abandono de seus “doentes”.

Nessas circunstâncias de extrema vulnerabilidade, os familiares não vêem alternativa senão deixar seus “doentes” sob a responsabilidade das instituições asilares, pois “os encargos financeiros, sociais e subjetivos com a doença são muito elevados e nem sempre são percebidos de forma clara pelos familiares”. (PEREIRA, 2000, p. 253-254).

Às pessoas entregues ao contexto asilar – no qual não há projetos de reabilitação psicossocial, sem encontrar condições de voltar às famílias e sem perspectiva outra que não seja o asilo, só resta a cronificação e a dependência cada vez maior das instituições, como garantia de sobrevivência, é o que evidencia a próxima fala:

[S10]A falta da família faz com que o paciente vá para uma internação, a família leva o paciente para estar internando, para superar aquela crise em que ele se encontra naquele momento e deixa o paciente por muito tempo e acaba abandonando. Então a falta da família, ela, para mim, é um fator muito significativo para o paciente estar se cronificando, porque ele ficando só pela instituição, porque a instituição ela vai estar vendo só aquela questão, aquele problema da medicação, do convívio e tal, mas não tendo o apoio da família dificilmente esse paciente poderá se recuperar [...] a família infelizmente abandonou esse paciente por alguns motivos da vida e o maior prejudicado acaba sendo ele mesmo, o paciente.

Se de um lado o abandono familiar favorece a institucionalização destes usuários, de outro, se tem a omissão do Estado como um fator relevante. Na ausência de políticas públicas capazes de pôr fim aos manicômios e sem alternativas aos asilos, o Estado, por muito tempo, assistiu a proliferação destas instituições e o crescente aumento de leitos psiquiátricos.

Não interferindo neste contexto para modificá-lo, o Estado colaborou para reforçá-lo na medida em que recorreu à contratação de leitos em hospitais psiquiátricos privados para garantir o “atendimento” aos pacientes do Sistema Público de Saúde.

Importante ressaltar que o Paradigma Manicomial, enquanto dominante, preconizou o asilo como lugar legítimo e único de tratamento, mostrou às famílias que a melhor abordagem à loucura e ao louco se desenvolvia dentro dos manicômios e que o isolamento se impunha como parte do “tratamento”.

Somente na perspectiva do Paradigma Psicossocial, substitutivo ao Modo Asilar, a participação da família passa a ser valorizada como fundamental para o sucesso dos projetos terapêuticos. A noção da reabilitação psicossocial vem atrelada à noção de ampliação da rede social, na qual a família se coloca como primeiro espaço de rede significativo dos sujeitos em sofrimento mental.

Pereira (2000) enfatiza o papel dos vínculos sociais para a manutenção da saúde dos indivíduos:

A interação das pessoas na sociedade, a criação de laços de amizade, culturais, de comunidade, de trabalho ou estudo, de solidariedade, etc., não só constituem importantes bases de apoio ao indivíduo e à família no momento da crise, como também impedem o adoecimento e, em determinados casos, a recaída. (PEREIRA, 2000, p. 255).

No Modo psicossocial com foco na reabilitação, as famílias são integradas aos projetos terapêuticos com o propósito de serem acolhidas e cuidadas como parte de um sistema adoecido (abordagem sistêmica), são convidadas a compartilhar saberes e a buscar soluções coletivas que beneficiem e fortaleçam o sistema familiar como um todo.

Neste novo foco prioriza-se o desenvolvimento de ações de suporte às famílias, diluindo-se a noção freqüente de culpabilização das mesmas pelo abandono de seus “doentes” e pela sua cronificação conseqüente à institucionalização.

Os projetos de inclusão social envolvem estratégias de busca ativa de familiares de usuários asilados ou egressos de instituições psiquiátricas, visando à reintegração dos mesmos ao contexto familiar e a estratégias de suporte às famílias por meio de sua inclusão no Programa de Saúde da Família e na Rede de Atenção à Saúde Mental e em programas de distribuição de renda, como o “De volta para casa” (Lei nº 10.708 de 31/08/2003).

Analisando especificamente a clientela da “Residência Terapêutica” do ISM, para quem a ausência das famílias é um fato, a ênfase nos programas de reabilitação deve ser dada na busca ativa de seus familiares desaparecidos, por meio de investigação documental.

Uma vez esgotadas as possibilidades de reinserção dos usuários no contexto familiar, o projeto de inclusão social deve prescindir das famílias e focar-se em dispositivos extra-hospitalares, como os SRTs.

Neste sentido faz-se necessário o investimento da instituição em um projeto terapêutico para a unidade que favoreça a reabilitação de sua clientela para a vida social e a preparação da mesma para, futuramente, vivenciar a experiência das Residências Terapêuticas na comunidade.

Mesmo assumindo o caráter provisório do serviço “Residência Terapêutica” do ISM, uma vez que existe a perspectiva da efetivação das residências na comunidade, há que se levar em consideração que o processo reabilitativo pode prescindir de uma casa localizada na comunidade.

A questão não é a casa, e sim o *habitat*, como aponta Saraceno (2001). A casa concreta é uma parte da conquista do *habitat*, este último, por sua vez, envolve articulação entre o concreto, o subjetivo e o relacional no espaço de habitação, envolve propriedade, deliberação e compartilhamento.

O habitar é a superação do estar que o manicômio oferece. No manicômio não se podem viver com naturalidade as banalidades do cotidiano:

O dormir é regulado e o não dormir é uma iniciativa intolerável; o amar proibido ou culposamente tolerado; o comer é nutrir-se, trabalhar é um direito descontínuo ou um dever traído. Para cada uma destas banalidades existe um lugar e um tempo, existem regras, não normas. (SARACENO, 2001, p. 117)

O habitar pretendido na perspectiva da reabilitação deve se dar mesmo dentro da instituição, na medida em que se busque a reintegração das identidades perdidas, a produção de subjetividade singularizada, com horizontes de significação sempre mais amplos.

A lógica do “habitar”, em contraposição à lógica do “estar” institucionalizado, promove o “fazer com” em detrimento do “fazer por” e garante a ampliação do poder contratual dos usuários.

Os profissionais entrevistados ressaltam que, mesmo reconhecendo que os usuários são bem tratados, a instituição não responde às demandas relacionadas à carência do *habitat* e da vida social, é o que se explicita com as próximas falas:

[S4] Para mim a RT, ela é na verdade uma internação onde a pessoa está recebendo um cuidado ali que necessita, porém, não é tudo, não é tudo que aquela pessoa precisa, porque na verdade por mais que os profissionais se dediquem, mas ela tem a carência da família, tem a carência de estar integrada na sociedade.

[S5] Aqui é o lar dele, ele está aqui, ele sabe que ele tem toda a liberdade aqui, eles andam e tudo, são tratados bem e tudo, mas eles estão fechados.

Esta dinâmica aproxima a realidade da “Residência Terapêutica” da realidade do manicômio, portanto é fundamental que a instituição, em conjunto com os usuários da “RT”, discuta e efetive proposições que sejam capazes de reverter o caráter da unidade aproximando-a da realidade de uma moradia.

O projeto para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que está em tramitação na Secretaria de Estado de Saúde, prevê que sejam alugadas ou compradas casas na comunidade onde serão instaladas as Residências Terapêuticas aos moldes do que é preconizado na Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2006.

Estes serviços devem estar centrados nas necessidades dos usuários, com vistas à sua progressiva autonomia para atividades pessoais e domésticas e à ampliação da sua inserção social.

Como estas unidades não devem funcionar como espaços de terapia, elas devem estar vinculadas a CAPS, sendo estes serviços responsáveis pelo acompanhamento terapêutico dos usuários, garantindo-lhes suporte individual e grupal, medicamentoso e psicoterápico, em oficinas terapêuticas e em atividades comunitárias.

Stolkiner *in* Vasconcelos (2000) ressalta alguns fatores que dificultam a difusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos, entre eles está a precarização geral do emprego, a desarticulação comunitária pelo aumento da competitividade no Mercado de Trabalho, o aumento da violência social, a precarização da assistência pública, o aumento da exclusão e desfiliação social e a difusão de uma cultura da indiferença.

A autora fala aqui de uma conjuntura social internacional deteriorada, em que a massa de pessoas “excluídas” do ponto de vista da propriedade, do acesso à educação, à saúde e ao mercado de trabalho, aumenta cada vez mais.

Diante dessa conjuntura, ao vislumbrarmos estratégias de inclusão social para os usuários da saúde mental, vemos que elas se inserem no bojo de políticas sociais inclusivas para toda a população, sofrendo influência e sendo limitadas pelas condições sócio-globais.

Este contexto social instável e deteriorado provoca inseguranças e incertezas entre a população e traz, sobretudo, um descrédito em relação às instâncias públicas e ao empenho do Estado em promover de fato o bem estar público.

Ao evidenciarem suas representações quanto à possibilidade de instalação das Residências Terapêuticas na Comunidade, os profissionais entrevistados explicitam este sentimento em relação às instâncias públicas e falam de uma desesperança de que instituição e Estado façam os investimentos necessários para a constituição das Residências Terapêuticas:

[S10]Aqui dentro que tem os médicos, tem os enfermeiros, que tem tudo, a gente vê que tem aquela falta de empenho deles diretamente com o paciente, agora imagina lá fora! Se ele vai fora e fica com um médico de referências igual tem aqui, seria assim muito difícil [...] eu acho que vai ficar naquilo que está hoje, eu acho que não vai sair daquilo, vai ficar só no papel.

O que se evidencia nas falas é que existem muitas dúvidas e inseguranças com relação à perspectiva da desinstitucionalização dos usuários. Um dos questionamentos presentes diz respeito ao fato de que, se os usuários, estando no interior da instituição, não encontram suporte interdisciplinar, talvez estando fora dela fiquem ainda mais negligenciados.

Outras inseguranças explicitadas pelos profissionais referem-se ao grau de autonomia dos usuários para a realização de atividades pessoais e domésticas, como preconizado no cotidiano das casas:

[S8]Para eles se adequarem a uma Residência Terapêutica vai ficar muito complicado[...] a pessoa que mora na Residência Terapêutica vai ter que cozinhar, vai ter que se manter nessa residência e os nossos usuários até então não conseguem fazer isso.

Os entrevistados seguem ressaltando ora as possibilidades dos usuários, ora suas limitações, entendendo que alguns pacientes da unidade talvez consigam se adaptar à vida em comunidade, outros, porém, vão apresentar dificuldades:

[S5]Tem paciente que ficou muitos anos confinado, muitos, muitos[...] a minha dúvida é: será que ele vai conseguir se inserir na sociedade de novo, será que isso vai ser bom para eles, será que não vai ser uma forma de estar colocando para ele, impondo uma coisa que nem ele queira? Acho que é uma coisa a ser pensada, mas na teoria é muito bonito e se funcionar ótimo.

[S10]E tem os pacientes com o pessoal lá fora já têm a libido aguçada e têm as meninas com sainha, aquele negócio todo, aí fica muito difícil para a gente trabalhar, porque mesmo lá fora eles vão ficar presos do mesmo jeito ou até pior porque aqui tem uma área para eles andarem, lá não, lá vai ser restrito a uma casa.

Vemos que os profissionais ressaltam a inabilidade dos usuários em realizar atividades domésticas ou em conviver entre pessoas da comunidade que não os conheçam. De fato, a equipe ainda não vivenciou a experiência de capacitá-los para a vida doméstica, pois não há projeto terapêutico para que se inicie esse trabalho.

Em suas representações, os profissionais evidenciam que os Serviços Residenciais Terapêuticos são apenas para usuários que tenham autonomia para o autocuidado e para as atividades domésticas, no entanto, em diversas experiências de residências terapêuticas em

idades do Brasil, vemos que as mesmas se organizam de acordo com as necessidades de seus moradores.

Ao discorrer sobre uma destas experiências, Pacheco aponta que a dinâmica de acompanhamento das casas pelos técnicos, variam de modo que elas podem ser “visitadas três ou quatro vezes ao dia, uma vez por semana, uma vez a cada quinze dias ou podem contar com uma assistência 24 horas, como é o caso das residências de alta complexidade”. (PACHECO, 2005, p. 143).

Isso demonstra que o processo de indenpendentização dos usuários é viável e tem sido alcançado mesmo por pacientes que passaram longos anos internados em instituições asilares.

Embora haja muitos questionamentos acerca das Residências Terapêuticas na comunidade e sobre as condições de os usuários enfrentarem uma vida fora da instituição, os profissionais relatam que a proposta de criação destes dispositivos é boa, vai ao encontro das expectativas e do desejo de ver os pacientes integrados à sociedade, é o que comprovam os próximos depoimentos:

[S9]A vida em comunidade acho que seria excelente eles estarem vendo outros, noutro espaço, convivendo noutro espaço; lidando realmente com pedacinhos de realmente residência, né, de sala, cozinha[...] se eles pudessem conviver com pessoas da comunidade e[...] sentirem que fazem parte desse mundo e que realmente eles não são excluídos.

[S3]Eu acho assim excelente essa proposta; até você estar, deixar o cliente de uma forma mais à vontade, mais liberal, ter a sua própria forma de convivência, todas essas coisas.

Eles vêem a proposta como uma forma de não só resgatar a dignidade e a vida cidadã dos usuários, como também uma forma de contribuir para a desmistificação da loucura, e para a redução do preconceito, como esclarece a fala a seguir:

[S6]Eu acho isso muito bom, eu acho que esse é o caminho para essas pessoas que vivem eternamente escondidas, né, porque, por exemplo, a Residência Terapêutica é o esconderijo deles aqui dentro, aí fora ninguém conhece, ninguém sabe, às vezes, tem até pessoas boas que querem conhecer e ajudar, mas não têm oportunidade[...] então botar eles na sociedade, na rua mesmo, acho que muita coisa pode mudar, tanto para a sociedade quanto para os nossos pacientes. Eu acredito muito numa mudança da sociedade para desmistificar essa coisa da loucura que todo mundo tem dentro de casa e não sabe o que fazer com ela.

Aqui se fala da possibilidade de desmistificação da loucura, por via da reinserção social dos usuários. Esta iniciativa traz a oportunidade de uma confrontação da sociedade com

o tema da loucura, mostrando que a diferenciação entre os sujeitos não precisa ser encarada como ameaçadora e que o convívio com a singularidade não só é possível como também enriquecedor.

Quando se pensa na proposta de Residência Terapêutica na comunidade, os profissionais dizem que começar a experiência fora da instituição é mais complicado e que seria melhor começar o trabalho de adaptação dos usuários ainda dentro dela, é o aponta o depoimento a seguir:

[S1]Acho que aqui dentro mesmo a gente podia começar uma experiência, aqui dentro mesmo, de locais para ele[...] para eles virem fazer os afazeres do dia a dia normal, até lavar roupa; tem alguns pacientes que podem fazer, limpar a casa, fazer atividades, assistir um filme mais isolado [com mais privacidade], usar o banheiro mais isolado [com mais privacidade][...] Acho que é isso o que eu gostaria. Se eu pudesse fazer era isso, aqui dentro mesmo começar, por aqui mesmo; começar assim na cidade é mais complicado.

Os profissionais falam que as mudanças práticas deveriam ser feitas inicialmente dentro do próprio instituto, transferindo-se a unidade para um local mais adequado, que lembrasse mais uma casa, e havendo maior investimento no conforto dos usuários e em atividades terapêuticas, como fica claro a partir das seguintes falas:

[S10]Em relação aos pacientes eu acho que o que seria bom para eles ali, eu acho que, fossem arrumados quartos para colocar roupas, já que é uma Residência Terapêutica, colocassem quartos mesmo individuais, tipo quartos mesmo, três, quatro num quarto só, que eles tivessem mais independência, assim, um armário, que eles pudessem aprender a lidar mais assim com suas coisas para ter mais independência.

[S7]Com relação à área física eu faria a separação das meninas com os meninos, é, essa separação para que tivesse um pouco mais de privacidade, mais liberdade, é, eu procuraria agir mais assim para o lado da vaidade das meninas, eu procuraria abrir os olhos delas para que elas se vissem como mulheres, como humanas mulheres; eu manteria um armário para cada uma, com a sua privacidade, com o seu espelhinho, seu batonzinho, sua roupinha e tal.

[S8]Teria que ter um leito mais adequado, um banheiro adequado, a divisão de mulher e homem que nós não temos; uma sala de televisão adequada para os usuários; uma cozinha própria já para os usuários começarem a se adaptar a nova realidade que eles vão no futuro ter, de estar trabalhando numa cozinha, fazendo seu almoço e sua janta; um lavatório, para lavar suas roupas, né.

Aqui evidenciamos a importância que os entrevistados atribuem ao treinamento dos usuários para as atividades de vida cotidiana e o reconhecimento de que os mesmos teriam dificuldades de enfrentar esta realidade sem prévio exercício dessas demandas.

Os profissionais ressaltam ainda que o sucesso da proposta de implantação das Residências Terapêuticas na comunidade depende de existir um bom planejamento tanto para a elaboração quanto para a execução da proposta, como se depreendemos da fala a seguir:

[S2]E se eles estiverem inseridos na sociedade, é, também tem um, também tem um caminho todo, tem que ter toda uma estratégia porque é algo que necessita de um acompanhamento sério, porque não seria só colocá-los [nas casas][...] mesmo que alguns demonstrem perfeita capacidade outros também tem certas limitações e dificuldades de conviver também diante da sociedade e ia requerer o apoio de uma equipe especializada sempre, de uma forma constante, até se certificar de que há condições de deixá-los; se não, pode acontecer de agravar mais o quadro e colocá-los numa situação onde a própria sociedade podia rejeitá-los pelos transtornos, pelo medo que se tem. Mas seria um sonho vê-los de forma digna integrados à sociedade, a um lar onde eles tivessem a liberdade de poder agir, de poder fazer as suas atividades de uma vida natural.

Vemos que os profissionais reconhecem a necessidade de que as Residências Terapêuticas contemplem aspectos como privacidade e comodidade, aproximando-se o mais possível de uma moradia habitual, de um lar.

A noção do lar é construída no dia-a-dia, envolve sentimento de proximidade, de familiaridade, de pertencimento, de conforto e de segurança. O lar é, sobretudo, um espaço onde se constroem relações significativas, seja com os demais moradores, seja com o meio, seus objetos ou seus ambientes.

Milagres (2003, p. 122) diz que existem aspectos de um lar que “só nós conhecemos porque [os] modelamos, ou os construímos objetiva e subjetivamente com a nossa presença diária, nossas atividades cotidianas e nossas relações sociais e afetivas”. Esta é a vivência que se deve proporcionar aos moradores das RTs.

Ao ressaltarmos a importância do lar na vida das pessoas, vemos que sua maneira de ser está vinculada à maneira com que significam suas experiências de vida nos espaços de moradia. Mudando-se o lar, mudam-se também as auto-referências dos sujeitos; daí porque estar nos manicômios é tão despersonalizante e contraditório ao *habitat* de uma casa, pois “as pessoas que mudam seu ponto de vista geográfico freqüentemente mudam também a imagem que fazem de si mesmas, basta lembrar as transformações que podem resultar de uma simples mudança de residência” (BERGUER, 1973, p. 69).

Novas vivências em um novo *habitat* vão proporcionar aos sujeitos novos caminhos de significação, vão colaborar para sua transformação e fortalecimento na medida em que as experiências vividas, prazerosas ou não, possam resultar em processos de subjetivação e amadurecimento.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, enquanto dispositivos de reabilitação, apresentam-se como ferramentas fundamentais de reintegração de pessoas egressas de internações psiquiátricas de longo termo. Inseridas nas Residências Terapêuticas, elas terão maior oportunidade de vencer a institucionalização, de construir novos projetos de vida e novos papéis sociais.

Ao longo da análise dessa categoria, foram evidenciadas as representações dos profissionais acerca das possibilidades de inclusão social da clientela da “Residência Terapêutica”. Segundo suas representações, entendem que esta possibilidade existe desde que sejam feitos investimentos sérios.

Alguns desses investimentos são de responsabilidade das instâncias governamentais, no sentido de prover recursos físicos, materiais e humanos para a efetivação dos serviços. Outros são da instituição que hoje abriga os usuários – o Instituto de Saúde Mental, no sentido de ampliar o trabalho multiprofissional de foco interdisciplinar, vinculando os usuários desta unidade e propondo-lhes projetos terapêuticos individualizados.

A estas representações podemos acrescentar a necessidade de fortalecer os recursos próprios de cada profissional, por meio do investimento em capacitações, de modo que os mesmos possam adequar suas práticas à perspectiva da reabilitação psicossocial, ampliando seu cuidado do modelo humanista para o modelo psicossocial em todas as suas dimensões.

Há investimentos que os próprios usuários deverão fazer. Com o apoio dos profissionais da saúde mental, eles deverão ser fortalecidos para investir em sua maior autonomia e independência e haverão de enfrentar muitos desafios.

Tais desafios dizem respeito à superação das próprias limitações impostas pelos anos de institucionalização; à superação do preconceito, da noção de anormalidade, incapacidade e improdutividade geralmente associada às pessoas em sofrimento mental; à luta pela garantia de espaços de trabalho e lazer que respeitem as diferenças e pela garantia dos direitos e deveres humanos, civis e jurídicos.

Construído este novo lugar de legitimação do diferente no espaço social, estas pessoas poderão finalmente escrever uma nova história de vida, impressa com a tinta da liberdade e da responsabilidade.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa tivemos como propósito conhecer as representações sociais dos auxiliares de enfermagem que trabalhavam, há pelo menos seis meses, na “Residência Terapêutica” do ISM acerca da loucura, do louco, das práticas profissionais e das possibilidades de inclusão social da clientela atendida. Buscamos, também, analisar como estas representações e as práticas realizadas têm favorecido ou dificultado o processo de inclusão social da clientela da “RT”.

Para tanto, procuramos evidenciar o contexto sócio-histórico da instituição onde atuam os entrevistados. Nesta perspectiva, reconhecemos que o estudo está delimitado por um contexto histórico e social em permanente reconstrução e que, portanto, produz conhecimento temporal e transitório.

Assumimos a coordenação do trabalho de enfermagem na instituição desde o início das atividades da “Residência Terapêutica” vivenciando intensamente esta realidade institucional.

Vale destacar que a opção da pesquisa se fez justamente pelo fato de seu objeto ser constitutivo do nosso cotidiano profissional e pela perspectiva de que, conhecendo melhor a realidade vivida, mais instrumentalizado se está para nela intervir.

Esta escolha foi também motivo de grande preocupação e mostrou-se um desafio no sentido de evitar parcialidades na análise dos dados e no entrecruzamento necessário entre as falas e a realidade.

Estas questões nos levaram a uma vigilância redobrada, durante o percurso da pesquisa, quanto à metodologia empregada nos procedimentos de coleta e análise de dados.

Quanto aos primeiros momentos da pesquisa, buscamos inspiração no trabalho de Bleger (1992) para definirmos um enquadramento seguro das condições da pesquisa, não sacrificando, no entanto, a flexibilidade necessária a possíveis adaptações que se mostrassem necessárias.

Neste sentido, objetivamos, no primeiro momento, resgatar um breve histórico da instituição por meio da análise documental e da nossa vivência na instituição.

Para conhecer as representações sociais dos entrevistados, realizamos entrevistas semi-estruturadas e, em seguida, submetemos os dados ao método da análise de conteúdo e, para que esta análise pudesse ser feita em profundidade, fizemos o exercício de buscar compreendê-las frente ao contexto institucional do ISM e frente a um contexto mais amplo, o cenário sócio-histórico de atenção à saúde mental do DF e do Brasil.

Neste campo de investigação inesgotável, foi necessário recortar o objeto de análise dentro de alguns parâmetros, o que definiu, em última instância, as três categorias empíricas emergidas do tratamento das falas: “Qual o significado da loucura”, “O trabalho em saúde mental” e “O caminho da inclusão social”.

Dentro da categoria “Qual o significado da loucura”, as falas dos sujeitos evidenciam representações da loucura enquanto anormalidade, desrazão, desequilíbrio e doença; e do louco enquanto pessoa debilitada, de comportamento imprevisível (perigosa), que age como criança, incapaz e dependente para o autocuidado; em razão disso o louco tem dificuldade de manter relações interpessoais, está em sofrimento constante e acaba por ser discriminado e excluído da sociedade.

A noção do louco, de desarazoado à doente, tem forte influência do modo de produção capitalista e de suas noções que foram sendo incorporadas pelo campo da saúde, contribuindo para a definição de que quem trabalha e produz tem saúde, enquanto aquele que tem dificuldade para acompanhar o modo de produção na perspectiva capitalista não a tem.

Estando o louco excluído da possibilidade de produção aos moldes do regime capitalista e sendo considerado improdutivo, passa também a ser considerado doente. Desprovido da razão, incapaz, perigoso e doente, o louco não é considerado sujeito autônomo, ou seja, capaz de autodeterminar-se. Sendo assim, ele está em condição de submissão, controle e dependência em relação ao outro.

O louco, impossibilitado de participar da vida social, perde seus direitos e deveres civis e é condenado a viver no manicômio, lugar que se legitima não só como espaço para a contenção da loucura como também como espaço terapêutico na medida em que os médicos lá adentram e passam a fomentar os saberes e as práticas que justificam e fortalecem esse dispositivo.

Esta abordagem de foco biomédico e hospitalocêntrico constituiu-se em forte paradigma denominado manicomial, que norteou as práticas de intervenção sobre o louco e sobre a loucura entre meados do século XVIII até a atualidade. Em contraposição a este paradigma, surge a perspectiva psicossocial de atenção em saúde mental, que vai abrindo espaço para pensar a loucura e o louco para além da noção de doença e doente.

Esta perspectiva se impõe como um novo paradigma e vai buscando construir um lugar social para o louco – que não seja o manicômio –, que veja a loucura não como abominação, mas como singularidade e como possibilidade de uma inserção igualmente singularizada dos sujeitos no mundo, propõe que sejam acolhidos em suas fragilidades e estimulados a desenvolver suas potencialidades.

O modo psicossocial valoriza a produção de subjetividade singularizada, entendendo-a como um produto histórico, social e cultural, a partir do qual se constrói diferentes modos de sentir, pensar e viver. Neste sentido ela passa a ter dimensão de arte enquanto a maneira particular de ser e de estar no mundo, não podendo ser tomada como aberração ou morte de toda a racionalidade, seja qual for sua expressão.

Este paradigma prioriza o sujeito em seu sofrimento, descentrando-se da noção do doente com seus sinais e sintomas e visa a investir na reabilitação psicossocial para uma vida inclusiva do ponto de vista da família, do trabalho, do lazer e de todas as facetas de uma vida social que se pretenda plena.

Abrimos aqui um parêntese para lembrar a perspectiva da inclusão social como discutida neste trabalho. Ela não prevê para o usuário da saúde mental, até então institucionalizado, uma vida asséptica, sem riscos ou desencontros, pois também estes aspectos são constitutivos da vida social das pessoas em comunidade; prevê sim é que os usuários estejam aptos a vivenciar o seu cotidiano com liberdade e responsabilidade diante de acontecimentos tanto positivos quanto negativos.

A efetivação do modo psicossocial deu-se a partir de Movimentos de Reforma Psiquiátrica nos âmbitos internacional e brasileiro. No Brasil, a reorientação da atenção à saúde mental, apoiada por uma vasta legislação, tem abarcado a extinção de leitos asilares e a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como CAPS, UPHG e SRT.

Estes últimos destinam-se a acolher pessoas que foram submetidas a longos anos de internação psiquiátrica e encontram-se, por esta razão, cronificados e institucionalizados. Tais serviços têm a finalidade precípua de incluir estas pessoas no âmbito social, reabilitando-as para a vida em comunidade.

Nesta perspectiva, há a necessidade de garantir a elas suporte social (moradia, recursos financeiros etc.), fortalecendo sua rede de apoio e seu poder de negociação nestas redes. Há que se garantir também o suporte terapêutico a partir de sua vinculação aos CAPS ou outros dispositivos de mesma natureza.

No Distrito Federal, vimos que a reorientação dos serviços de atenção à saúde mental, no sentido de uma abordagem psicossocial, tem ocorrido de forma lenta e ainda insuficiente para reverter a lógica predominante de hospitalização da clientela psiquiátrica.

Uma ação fundamental da reforma psiquiátrica local, no entanto, foi a extinção de leitos psiquiátricos privados conveniados com o sistema público de saúde. A última clínica conveniada com a SES/DF foi a Clínica de Repouso do Planalto, fechada em 2003, por intervenção do Ministério Público.

Esse fato gerou demanda de usuários institucionalizados para os serviços da rede local de atenção à saúde mental; 26 usuários foram acolhidos inicialmente no Instituto de Saúde Mental, onde foi improvisado um serviço com dinâmica semelhante à de uma enfermaria. Posteriormente, esta unidade foi batizada de “Residência Terapêutica”.

No decorrer de três anos, alguns dos 26 usuários puderam retornar às suas famílias. Alguns idosos foram encaminhados a abrigos e atualmente continuam na “RT” 19 pessoas aguardam a efetivação dos SRTs na comunidade para deixarem a instituição.

Retomando o percurso de análise das representações sociais, o segundo eixo categorial, “O trabalho em saúde mental”, trouxe como representações iniciais as percepções dos profissionais quanto ao processo de inserção da “Residência Terapêutica” no contexto do ISM, explicitando que a instalação da nova unidade gerou certo desconforto a profissionais e usuários dos demais serviços, dada a forma urgente e abrupta com que foi montada.

Vimos que o ISM, criado em 1995, constituiu-se enquanto serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, priorizando atendimento na modalidade semi-internação em hospital-dia e ambulatório/CAPS. Com a responsabilidade de acolher os usuários provenientes da CRP e de atendê-los de forma integral (24 horas por dia), fizeram-se necessárias improvisações e adaptações, tanto físicas quanto funcionais.

Os profissionais evidenciaram que esta situação, inicialmente anunciada como provisória, perdura até a atualidade, oferecendo restrições ao conforto e à privacidade dos usuários que ainda não contam com suporte terapêutico interdisciplinar voltado para sua inclusão social.

Outro aspecto demonstrado nesta categoria foi a caracterização dos usuários da “Residência Terapêutica”, percebidos pelos entrevistados como pessoas frágeis, debilitadas e extremamente dependentes para o autocuidado. Evidenciou-se que eles foram submetidos a um percurso cronificador e institucionalizante, durante os longos anos em que transitaram de uma internação psiquiátrica a outra, de modo que, ao chegarem à unidade, em sua maioria, encontravam-se em condições humanas precárias, tinham hábitos inadequados de higiene, sono, pegavam os alimentos do prato usando as mãos ou a própria boca, faziam suas necessidades no chão ou no mato. Os profissionais ressaltaram em suas representações que, na medida em que tais usuários receberam tratamento humanizado, foram recuperando hábitos mais adequados de vida.

Nesse sentido, a “Residência Terapêutica”, apesar do caráter provisório e da precariedade, é percebida como uma “tábua de salvação” para os usuários, considerada a condição de total desamparo em que se encontravam na clínica anterior. Na “Residência

Terapêutica” foram acolhidos e hoje estão livres de maus-tratos e de negligência quanto às suas necessidades básicas.

Quanto ao trabalho em saúde mental, primeiramente os profissionais evidenciaram que antes de atuarem na área representavam-na como um espaço em que só existiam pacientes perigosos e agitados e em que os profissionais, de um modo geral, atuavam com maus-tratos frente aos internos. Esta visão modificou-se quando vieram atuar no ISM e perceberam que a clientela da saúde mental é constituída de pessoas antes amáveis que violentas e que a atenção em saúde mental pode se dar de forma humanizada e respeitosa.

A opção dos profissionais pela área se deu, na maioria dos casos, pela idéia de ser útil e poder somar na vida dos usuários, perspectiva que se remete, em grande medida, às origens da profissão, quando os cuidados eram prestados por religiosas e pessoas caridosas, guardando um forte caráter altruísta, em que qualidades como amor, paciência e dedicação eram fundamentais.

As práticas iniciais dos auxiliares de enfermagem na “RT” mesclaram, deste modo, altruísmo com vigilância e controle – perspectiva que se ancora nos preceitos do tratamento moral e do foco biomédico e que se volta principalmente para o atendimento das necessidades humanas básicas da clientela.

Os profissionais explicitam que aos poucos vão percebendo que a assistência dada conduz à tutela dos usuários, no sentido de fazer por eles tudo o que eles não fazem por si mesmos. Diante desta constatação, há uma progressiva mudança no foco da assistência. A visão dos profissionais se alarga de tal modo, que passam a perceber os sujeitos em seu sofrimento para além do doente com seus sinais e sintomas.

As práticas vão se descentrando do modelo médico, que preconiza o atendimento das necessidades biológicas, e vão avançando para o modelo humanista, que prioriza a escuta qualificada, o diálogo e o estabelecimento de relações interpessoais transformadoras, para as quais tem maior peso os recursos pessoais do terapeuta colocados à disposição do outro.

Evidencia-se uma crescente valorização da qualidade das vivências interpessoais no ambiente terapêutico e um incremento das atividades coletivas e de lazer. A dimensão racional do cuidado, com seus aspectos técnico-científicos, vai se mesclando à dimensão sensível, em que pesam os aspectos humanos.

Cabe ressaltar que, embora as práticas dos auxiliares tenham avançado de uma perspectiva puramente biomédica para uma perspectiva humanista elas ainda não alcançam ações da ordem da inclusão social.

Feitas estas considerações e reconhecendo que o percurso até aqui trilhado pelos usuários da “Residência Terapêutica” já se constitui em passos dados no caminho de sua reabilitação psicossocial, o que impede o avanço das ações terapêuticas no sentido da desinstitucionalização desta clientela?

No terceiro e último eixo categorial, “O caminho da inclusão social”, discutiram-se as representações dos profissionais sobre as possibilidades de inclusão social da clientela da “Residência Terapêutica” e as principais dificuldades encontradas para sua efetivação.

Ressaltamos que não é responsabilidade exclusiva destes profissionais o projeto de inclusão social. Este é, em última instância, responsabilidade da instituição, devendo ser construído interdisciplinarmente, com o envolvimento não só dos auxiliares de enfermagem e demais profissionais da saúde mental, como dos usuários, instâncias governamentais, sociais, políticas e outras.

Quando propomos discutir as ações dos auxiliares de enfermagem, no entanto, temos em mente que eles estão, em suas práticas, evidenciando as proposições institucionais. Entre as razões para isso, está posta a cultura de subordinação que a categoria apresenta em relação aos profissionais graduados das equipes de saúde.

Ao falarem de suas perspectivas quanto à montagem dos Serviços Residenciais Terapêuticos na comunidade, os profissionais evidenciam certa descrença nas ações do poder público e demais instâncias competentes e na capacidade dos usuários de viverem fora da instituição, pelo grau de dependência que ainda apresentam e pelo tipo de investimento que a instituição tem feito junto a esta clientela.

Vimos que a unidade, após três anos do estabelecimento do serviço, não conta com projeto terapêutico próprio e que seus usuários ainda não estão incluídos em atividades assistenciais de foco interdisciplinar, voltadas à sua reabilitação psicossocial, como ocorre com a clientela vinculada ao hospital-dia ou ambulatório /CAPS.

Esta situação evidenciou um descompasso não só entre a proposta de atendimento da clientela da “RT” em relação aos demais serviços do ISM, como também da instituição como um todo em relação ao seu plano diretor, sobretudo no que concerne ao foco psicossocial de atenção de cunho reabilitador.

Quando a clientela da “RT” não é incorporada ao todo da instituição, não contando assim com um projeto terapêutico interdisciplinar individualizado, seu percurso se faz diferente daquele preconizado para todos os demais usuários do instituto. Como vimos nas representações, tal fato transmite uma mensagem que é decodificada como se os investimentos psicoterápico, social e ocupacional não fossem trazer benefícios aos usuários,

por já serem eles muito cronificados, o que reforça a representação dos auxiliares quanto à impossibilidade de os usuários experimentarem a vida na sociedade de forma inclusiva.

Outros fatores que dificultam o avanço de ações desinstitucionalizantes e que foram explicitados a partir das representações dos profissionais dizem respeito à percepção dos mesmos de que o dispositivo residencial terapêutico deve funcionar enquanto um espaço destinado à realização de terapias, uma visão que se sustenta ainda dentro do paradigma biomédico. Ao mesmo tempo, se os usuários não estão formalmente incluídos nos serviços destinados a oferecer-lhes suporte terapêutico (hospital-dia ou ambulatório/CAPS), ficam os auxiliares de enfermagem com a incumbência de reproduzi-los, o que reforça o caráter assistencialista da unidade.

Cabe ressaltar que a perspectiva dos Serviços Residenciais Terapêuticos, como preconizado na legislação correlata, é de que sejam espaços de moradia e, como tais, deverão sim ser terapêuticos, mas não no sentido das ações realizadas no âmbito institucional.

A moradia ou o lar deve ser um campo, com dimensão externa (a casa, os móveis, os objetos), mas, sobretudo, com dimensão interna, na qual ocorre a significação das vivências, das relações, das experiências de trocas materiais e afetivas, dos encontros e desencontros; campo no qual a disposição dos móveis, as cores, os aromas, os horários, enfim, toda rotina ou a falta dela é definida por seus habitantes.

A moradia ou o lar é o espaço de exercício dos desejos, das vontades; campo de revisão, retomada ou aquisição de novos projetos de vida, onde os mínimos detalhes compõem um cotidiano de liberdade e responsabilidade, seja o acender e apagar das luzes, o abrir e fechar das cortinas, o plantar das sementes no quintal ou o jogar fora da louça trincada. Tudo acontece longe da serialização, das contenções, das punições e dos constrangimentos do manicômio – onde nunca se vive, apenas se passa os dias.

Neste sentido, ao retomarmos as representações dos entrevistados, percebemos que as práticas subsidiadas pelo contexto organizacional da instituição caminham no sentido oposto daquelas que se deve ter ao pensar em moradia. O contexto atual favorece a rotinização de condutas assistencialistas, ainda que humanizadas, e negligencia ações que favoreçam o aumento do poder contratual dos usuários, uma vez que o seu trânsito pelos espaços terapêuticos de atividades coletivas – oficinas terapêuticas, por exemplo – acontece assistematicamente, não possibilitando vivências externa e internas de todo significativas e transformadoras.

Neste cenário fica evidenciada a fronteira entre ações que reproduzem o manicômio e as que não de superá-lo. Supera-se a coisificação dos sujeitos, mas não se supera a institucionalização. Valoriza-se o usuário como pessoa que ama, sonha, deseja e sofre, mas não se lhe abre espaço para exercitar seus amores, sonhos e desejos.

Somamos a este contexto outras situações que marcam a exclusão social na vida destes usuários. Elas dizem respeito à ausência de seus familiares, o que é percebido pelos entrevistados como fator dificultador do seu retorno à comunidade, uma vez que a família constitui-se enquanto primeira rede de vínculos sociais.

Na trajetória de vida destes familiares, questionamos o foco do modelo manicomial de atendimento, que preconizou o hospital como o único lugar possível para as pessoas em sofrimento mental e que ao longo dos anos ensinou as famílias a deixarem lá os seus “doentes”. Questionamos ainda as condições físico-financeiras e psicoafetivas de que dispunham ou o suporte institucional e social com que puderam contar e que lhes pudesse abrir horizontes no sentido da reabilitação psicossocial de seus usuários.

Esta realidade tão genérica não foi diferente para os usuários da “Residência Terapêutica”. Mais distantes de seus familiares eles foram ficando em decorrência dos anos de institucionalização e da negligência com que foram tratados nos diversos asilos por que passaram.

Ao chegarem ao ISM, provenientes da Clínica de Repouso do Planalto, acompanhavam-nos, sem exceção, registros incompletos, com endereços e telefones desatualizados ou inexistentes; não havia também documentos pessoais como carteiras de identidade, CPF ou registros de nascimento e alguns usuários estavam com seus registros trocados, vindo a ser chamados por nomes que não lhes pertenciam. Da falta de documentação decorre a impossibilidade de sua inclusão nos programas de distribuição de renda do governo.

Outra situação é que, atualmente, no ISM, ainda estão abrigados de maneira provisória e improvisada, não possuindo sequer um vínculo oficial com a instituição, uma vez que não podem ser registrados como pacientes de hospital-dia ou de ambulatório/CAPS, pois precisam de outro endereço residencial, que não seja o da instituição para constar em seus prontuários, nem tão pouco podem ser registrados como usuários de Residência Terapêutica porque o ISM oficialmente não conta com este dispositivo terapêutico.

Se no manicômio estes usuários tinham *status* ao menos de doentes, no ISM, até este rótulo perderam. Sem vínculo oficial com a instituição que os atende e sem identificação documental, eles se tornaram pessoas invisíveis para os sistemas de saúde, civil, jurídico e

social. Para a resolução destas questões, há que se aguardar o desenrolar de ações conjuntas entre a SES/DF, Ministério Público e outras instâncias jurídicas.

Soma-se a toda esta conjuntura a negligência do Estado e, muitas vezes, sua omissão. Assim, está posta a barreira abismal que os usuários terão de percorrer rumo à sua inclusão social, mas não sozinhos. Deve-se começar de algum lugar, e por que não pela instituição?

Um projeto que proponha a reabilitação psicossocial destas pessoas deve incluir estratégias de busca ativa de familiares pelo rastreamento de documentos em hospitais por onde passaram e, uma vez esgotada esta possibilidade de reintegração familiar, o projeto deve prescindir das famílias e focar-se em dispositivos residenciais terapêuticos, que não reproduzam o modelo hospitalar, mas que, ao contrário, possam superá-lo definitivamente.

Enquanto os Serviços Residenciais Terapêuticos não são instalados na comunidade, deve-se investir na questão do habitar – enquanto a superação do estar que o manicômio oferece. Aqui estamos falando de iniciar o trabalho reabilitativo ainda dentro da instituição, avançando-se da atenção humanizada para o investimento possível na reintegração das identidades perdidas, na produção de subjetividade singularizada, com horizontes de significação cada vez mais amplos, no aumento do poder contratual dos usuários e no seu campo de vivências internas e externas transformadoras.

Ao serem discutidas as representações dos profissionais, eles explicitaram seu descrédito nas instâncias públicas, explicitaram igualmente suas preocupações e inseguranças quanto ao processo de transferência dos usuários para a comunidade. Falaram do peso que sentem por se perceberem praticamente sozinhos arcando com as ações terapêuticas junto a esta clientela.

Mas, em suas representações, demonstraram também a certeza de que os Serviços Residenciais Terapêuticos representam o caminho mais justo, mais digno e mais solidário para a inclusão social destas pessoas carentes de vida cidadã e, muitas vezes, desconhecedoras desta condição por toda uma vida.

Por todas as questões já apresentadas, faz-se urgente tornar prioritário o processo de reabilitação psicossocial desses usuários, tornar real e efetivo um projeto interdisciplinar que levará à sua real inclusão social, para que não se corra o risco de que as Residências Terapêuticas venham a ser manicômios urbanos, dentro dos quais os usuários ainda estejam privados de suas identidades, da crença em si mesmos como pessoas de direitos e deveres, de suas possibilidades de circulação e de negociação nas esferas públicas do trabalho, do lazer, da religiosidade e tantas outras.

Para tanto, é preciso que se vençam as barreiras governamentais – com a elaboração e efetivação de políticas públicas inclusivas; as barreiras impostas pela instituição – com o reconhecimento das limitações que ela própria impõe ao processo que deveria desencadear; as barreiras técnicas – com o repensar de saberes e práticas e as dos próprios usuários – com a sua capacitação para a vida no cotidiano doméstico e social.

Mas, para que todas estas barreiras possam ser vencidas, é preciso que se ultrapasse a mais resistente delas, a barreira subjetiva, dentro da qual o manicômio foi gestado, nutrido e perpetuado. A desconstrução do manicômio interno torna-se assim determinante para a inclusão social das pessoas em sofrimento mental.

De nada serviram as reformas externas, como a derrubada de muros e a limpeza dos asilos ou a humanização da assistência, quando estas práticas não vieram acompanhadas de reformas internas, capazes de mudar a forma de ver e sentir o outro diante de si ou a forma de agir diante dele.

A medida da desconstrução do manicômio interno evidencia-se no justo momento em que o outro, de louco, passa a ser um igual, a quem se deve todo o respeito e consideração, a quem se deve tratar com zelo e reverência, alguém que inspira indignação quando percebido negligenciado, maltratado ou excluído, que inspira esforços contrários a conjunturas opressoras e segregadoras, e que inspira ações éticas e solidárias no sentido da sua inclusão social.

Evidencia-se a desconstrução do manicômio interno no momento em que, ao se agir em nome deste outro ou junto com ele, não se o vê como alguém que está recebendo um favor, mas como alguém com quem se salda uma dívida, pela perpetuação do manicômio interno, que frequentemente o devolve à prisão da qual o próprio asilo já o libertou.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRASCO. A agenda reiterada e renovada da reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 327-331, set /dez. 2002.

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

_____. **Loucos pela vida a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 26-34, maio /ago. 2001.

_____.; GULJOR, A.P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: A reconstrução da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R e MATTOS R. A. (org.) **Construção Social da Demanda: Direito a Saúde, Trabalho em Equipe & Participação e espaços Públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

AMBr. Notas Calamidade pública, **Revista da Associação Médica de Brasília**, n. 59, p.12, abr. 2005.

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

BASÁGLIA, F. **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Grall, 1991.

_____. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes médicas, 3 ed. 1992

BORSOI, I.C.F. **Saúde Mental e trabalho: um estudo de caso da enfermagem**. 1992. 96 f. Dissertação (mestrado em psicologia), Programa de Pós-graduação em Psicologia Social PUC, São Paulo, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995**. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito federal e dá outras providências. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 31-33.

_____. _____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

_____. _____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 23-25.

_____. _____. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Essa Portaria tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional. Pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à “hospitalidade” do hospital psiquiátrico. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 100-104.

_____. _____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos da atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 125-136.

_____. _____ e Ministério da Justiça. **Portaria nº 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Foi traçado um Plano Operativo Estadual (aprovado pelo Conselho de Saúde / Resolução nº 01/2004 e publicado no Diário Oficial nº 60 de 29 de março de 2004) para executar o disposto nesta Portaria que cria o programa de saúde prisional. Disponível em:
<http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6758> Acesso em: 10 maio 2006.

CANFORA, R. Instituto de Saúde Mental e sua história: A resposta ao padoleiro. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília v. 8, p. 4-6, 1997.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CARVALHO, A.M.T.; AMARANTE, P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica in **Ensaio Subjetividade, saúde mental, sociedade**, Paulo Amarante (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000 (Coleção Loucura & Civilização).

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, 295-310, set /dez. 2002.

_____. **Ata da centésima trigésima terceira reunião ordinária do CNS**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Ata133.doc>>. Acesso em: 10 maio 2006.

CORREIO BRASILIENSE. **Saúde Pública. Prateleiras vazias**. Tema do Dia, 1º Caderno, Brasília, matéria publicada em 03 de maio de 2002. Disponível em: <http://www2.correioweb.com.br/cw/EDICAO_20020503/pri_tem_030502.htm>. Acesso em: 10 maio 2006.

COSTA, A.C.F. **40 anos de loucura no DF. História Breve dos Serviços Públicos de Saúde Mental no DF**. Carta do movimento pró-Saúde mental do DF de 18 de maio de 2000.

COSTA, A.C.F. Reforma psiquiátrica do DF: o hoje possível e o amanhã desejado. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília v. 8, p. 16-17, 1997.

COSTA M. P. **Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial**. São Paulo: 1996. 202 f. Tese (doutorado) – FMRP, USP, São Paulo, 1996.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar in AMARANTE, P **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial, **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio /ago. 2001.

CUNHA, M.C.P. **O espelho do mundo Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DEMO, P. **Metodologia Científica em ciências sociais**. 3 ed. revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 1995.

_____ **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

_____ **Pesquisa e informação qualitativa**. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 2004.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL nº 36 de 20 de fevereiro de 2001, página 25, que trata do estabelecimento de convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde do DF e a cooperativa Beneficente e Social da Saúde Mental.

DSM-III-R. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais. São Paulo: Manole, 1989. Tradução da 3. ed. revista do original americano.

EDITAL DE CONVOCAÇÃO. **Jornal de Brasília**, Brasília, 29 maio 1995.

FERRAZ, F.C. A questão da autonomia e a bioética. **Revista de Bioética e ética médica do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 9, n. 1, 2001.

FERREIRA COSTA, S. I; GARRAFA, V; OSELKA, G. (orgs.). **Iniciação a Bioética**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 1998.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 11 ed. São Paulo: Loyola. 2004

_____ **História da loucura na idade clássica**. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FUNDAÇÃO ZERBINI. Quem somos. Apresentação. Disponível em: <http://zerbini.bportal.com.br/apresentacao/FZ_apresentacao.htm>. Acesso em: 09 maio 2006.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

GONDIM, M. F. **Instituto de Saúde Mental** – a construção de um plano terapêutico, **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 8, p. 40-44, 1997.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3.ed. São Paulo, Brasiliense, 1987.

GUIMARÃES, J. et al. **Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente**. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio /ago. 2001.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: 1, 1987.

HEGEL, G.W.F. **A fenomenologia do espírito**. São Paulo: Nova cultura, 1989.

HERZOG, R. **A percepção de si como sujeito-da-doença**. **PHISIS-Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 1991.

INVERSO. **Apresentação**. Disponível em:<<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/13.html>>. Acesso em: 10 maio 2006.

KIRSCHBAUN, D. I. R. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 5, n.spe, p. 19-30, maio, 1997.

KRUGER, T. R. **O desconhecimento da Reforma Sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde**. Planejamento e Políticas Públicas (produção técnica do IPEA – periódico), n. 22, p. 119-144, dez. 2000.

LANCETTI, A. Loucura metódica in **Saúde loucura 2**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

LIMA, M. G. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal**. Rio de Janeiro: 2002. 184 f. Tese (doutorado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

LIMA, N. M. de. **Pessoa portadora de deficiência**. Ministério da Justiça, Brasília, 2001.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MATTOS, R. A. PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ UERJ – CEPES – ABRASCO, 2001.

MILAGRES, A. L. D. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. In AMARANTE (org). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade Petrópolis**. Rio de Janeiro: Vozes, 22 ed., 2003.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Direitos humanos no cotidiano: manual**, 2 ed., Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Conferência Nacional de Saúde mental/ relatório Final**, Brasília, 1992.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde mental /relatório final**, Brasília, 2002.

_____. **Legislação em saúde mental 1990-2004**, 5 ed. ampliada, Brasília, 2004.

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde/ relatório final**. Brasília, 1993.

_____. **Política de Saúde Mental**. Disponível em:
< <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca>>. Acesso em: maio 2006

MISMEC – MOVIMENTO INTEGRADO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO DF. **Terapia comunitária**. Definição. Disponível em: <<http://mismecdf.br.tripod.com/terapiacomunitaria.htm>>. Acesso em: 11 maio 2006.

MORIM, E. A noção de sujeito. In Schitman, DF (org). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p.45-58.

OLIVEIRA, C. A. da S. **Os direitos das pessoas portadoras de deficiências**. Brasília: CORDE, 2001.

OLIVEIRA, F. B., SILVA, A. O. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n 4, p. 584-592, out /dez. 2000.

PACHECO, J.G. **Cultura e Loucura: a história de uma experiência**. 2005. 275 f. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia Escolar e Departamento do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia, UnB, Brasília, 2005.

PEDRO, A. **História Geral**. São Paulo: Moderna, 1986.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas: 1998. 234 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade, Campinas, 1998.

PELBART, P.P. Manicômio mental – a outra face da clausura in **Saúde loucura 2**. 2 ed., São Paulo: Hucitec, 1990.

PEREIRA, I. C. G. Do ajustamento à invenção da cidadania: Serviço social, saúde e intervenção na família no Brasil. In Vasconcelos E. M. (org). **Saúde Mental e Serviço Social, o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROCHA, M. Clínica dos horrores. CEDOC – **Correio Brasiliense** de 21 fev. 2003. Fiscalização. Clínica dos Horrores. Cidades, 1º Caderno, Brasília, matéria publicada em 21 de março de 2003, sexta-feira. Disponível em: <http://www2.correioweb.com.br/cw/EDICAO_20030321/pri_cid_210303_164.htm>. Acesso em: 10 maio 2006.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

SARACENO, B. **Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARTRE, J.P. Questão de método. In PESSANHA, J. A. M. **Sartre. Vida e Obra** (coleção os pensadores), 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Coordenação de Saúde Mental**. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6839>. Acesso em: 10 maio 2006.

_____. **Centro de Orientação Médico e Psicopedagógica**. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=22736>. Acesso em: 10 maio 2006.

_____. **Programa Família Saudável**.

Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6802>. Acesso em: 10 maio 2006.

SERRA, M.Z.S.R. Saúde Mental – uma década de desafios, **Revista de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, v. 8, p. 18-22, 1997.

SHIMIZU, H. E. **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidades de terapia intensiva em um hospital-escola**. São Paulo: 2000. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, 2000.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de Trabalho em Saúde Mental e o Campo Psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13 n 3. p. 441-449, EERP – USP, São Paulo, maio/jun. 2005.

SILVA, F.P.P. **Burnot: um desafio à saúde do trabalhador**. Psi – Revista de Psicologia Social e Institucional. v. 2. n. 1, jun. 2000. Disponível em:

<<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>.

SILVA, G. B. da. A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, set /out; 57, p. 591-595, 2004.

SUCUPIRA, A. M. L. **Relações médico-paciente nas insituições de saúde brasileiras**. São Paulo. 1981. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1981.

TEIXEIRA, M. A. Seminário: Direito à saúde mental (2001: Brasília). Câmara dos Deputados. **Centro de documentação e informação**. Brasília: Coordenação de publicações, 2002.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, p. 17-46, 1989.

TORRE, E. H. G. e AMARANTE, P. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. Ciência e saúde coletiva. [online]. 2001, vol.6, n.1 [citado 22 Julho 2006], p.73-85. Disponível na World Wide Web. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. Acesso: 20 de junho de 2006.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências da saúde**. São Paulo: Atlas,1995

URASAKI, J. B. M. A prática do cuidar sob distintos olhares: o sensível e o racional. **Revista Paulista de enfermagem**. V. 21, n. 1, jan/abril. 2002.

VASCONCELOS, J. Filosofia e loucura: a idéia de desregramento e filosofia in **Ensaio Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Amarante (org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 314p. 2000. (Coleção Loucura & Civilização).

ANEXO A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 Identificação

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ FORMAÇÃO: _____

Instituição onde se formou: _____

Ano em que se formou: _____ Há quantos anos trabalha na saúde: _____

Ano em que começou a trabalhar na área de saúde mental: _____

Ano em que começou a trabalhar no ISM: _____

Ano em que começou a trabalhar na RT: _____

2 Roteiro de entrevista

- A) O que você entende por loucura?
- B) Como você vê a pessoa portadora de transtorno mental?
- C) O que é a Residência Terapêutica do Instituto de Saúde Mental? Descreva a área física e o funcionamento.
- D) Como você vê a clientela desta unidade?
- E) Quais são as atividades assistenciais desenvolvidas na RT?
- F) Como é o seu trabalho na RT? Descreva sua rotina de trabalho.
- G) Como você vê a RT em relação às outras unidades do ISM (NOC e NAS)?
- H) Você conhece outras experiências de atenção em saúde mental? No que elas diferem do ISM?
- I) Você conhece a proposta de RT preconizada pela legislação e discutida no ISM? O que você acha dela?
- J) Quais são as suas perspectivas com relação a esta unidade e aos usuários da RT?
- K) Se você pudesse mudar alguma coisa na RT, o que você mudaria?
- L) Você se sente preparado para atuar com esta clientela?
- M) Há alguma coisa que você queira acrescentar ao seu depoimento?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Daniela Martins Machado, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “A desconstrução do manicômio interno como determinante da Inclusão Social da pessoa portadora de sofrimento mental – um estudo de caso” necessito de sua contribuição em participar como entrevistado desta pesquisa, sendo que, após informações recebidas sobre o projeto, e ciente dos seus direitos relacionados a sua participação, solicito sua aceitação/autorização, fazendo constar sua assinatura no local assinalado ao final deste termo.

Esta pesquisa integra um projeto de pesquisa acadêmico, que tem por finalidade a elaboração de uma tese, trabalho de conclusão do curso de pós-graduação, “nível mestrado”, do programa de pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Distrito Federal.

O foco da pesquisa será conhecer a percepção dos profissionais da saúde mental quanto às pessoas portadoras de transtorno mental que foram submetidas a uma longa abordagem asilar e que hoje se encontram no ISM e sua percepção quanto às possibilidades desta clientela fora do manicômio.

Dentre os objetivos da pesquisa, está a identificação de crenças e valores dos profissionais da saúde mental acerca da questão da loucura e da pessoa portadora de transtorno mental, a identificação das ações terapêuticas realizadas junto aos usuários da Residência Terapêutica /Enfermaria do Instituto de Saúde Mental e a análise, a partir das representações dos profissionais, das possibilidades de inclusão social destes usuários.

Para a coleta de dados será realizada 1 (uma) entrevista com duração máxima de 90 (noventa) minutos, baseada em roteiro previamente estabelecido. As entrevistas serão gravadas em fita micro - K 7, para sua posterior transcrição e análise. Após o estudo, as fitas bem como o conteúdo de sua transcrição, ficarão armazenadas por um período de cinco anos sob responsabilidade do pesquisador. Passado este período, fitas e transcrições serão destruídas, não havendo, em qualquer hipótese, a reutilização dos conteúdos para qualquer outra finalidade até o momento de sua destruição.

A participação do entrevistado na pesquisa não acarretará nenhum risco físico, emocional ou mental, sendo garantido a ele os seguintes direitos:

- Liberdade de recusar-se a participar como sujeito de pesquisa, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização ou prejuízo de sua função no serviço por ocasião deste ato;
- Sigilo quanto às informações prestadas e o esclarecimento de qualquer pergunta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa;
- Liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização ou prejuízo de sua função no serviço por ocasião deste ato;
- Liberdade de recusar-se a responder perguntas que julgar constrangedoras em qualquer aspecto;
- Segurança de que não será identificado e o direito de receber informação atualizada durante o estudo e por ocasião de sua conclusão.

O presente termo de consentimento livre e esclarecido consta de 2 (duas) páginas numeradas. Este documento deverá ser assinado em duas vias para que uma fique com o sujeito de pesquisa e a outra com o pesquisador.

Tenho ciência do exposto e aceito participar como sujeito da pesquisa.

Nome: _____

Identidade: _____

Endereço: _____

Telefones de contato: _____

Brasília, _____ de _____ de 2005.

Assinatura: _____

Em caso de dúvida sobre o projeto entrar em contato com:

Dados da pesquisadora responsável: Daniela Martins Machado

Endereço: QNA 40 casa 24 Taguatinga – DF

Telefones para contato: 0__ __ 61 3351 4014 0__ __ 61 9976 9986

E-mail: danimail@unb.br ou dmnani@ig.com.br

Dados da Orientadora da pesquisa: Helena Eri Shimizu

Telefones: 0__ __ 61 3272 3459 0__ __ 61 9618 7045

E-mail: shumizu@unb.br

Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do DF:

Telefone: 0__ __ 61 3325 49 55

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br

Daniela Martins Machado

ANEXO C
LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Atribuições da Diagnose e Terapia – ISM/SES/DF.
- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do ISM – Plano de Funcionamento; 2002.
- Castro, U. R. Projeto de Reinserção Social de pacientes jurídicos, 2005.
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Instituto de Saúde Mental / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Projeto Terapêutico, Brasília, 2003.
- Diário Oficial do Distrito Federal, Portaria nº 15/1995, de 06 de junho de 1995, que cria a Coordenação de Saúde Mental no âmbito da SES/DF.
- Decreto nº 22.003 publicado no Diário Oficial do Distrito Federal de 15 de março de 2001, que trata da atualização do organograma do Instituto de Saúde Mental e outras instituições da SES-DF.
- Estatuto da Associação dos Usuários da Saúde Mental – ISM, 1995.
- Livros de relatórios de reuniões técnico-administrativas; 2003-2006.
- Livros de relatórios de reuniões das UNIRs – Unidades Interdisciplinares de Referência; 2003-2006.
- Livros de relatórios de reuniões do Grupo de chegada; 2003-2006.
- Livros de relatórios de reuniões do “relatório Institucional”; 2003-2006.
- Livros de relatórios de reuniões de enfermagem; 2003-2006.
- Livros de relatórios de enfermagem da “Residência Terapêutica”; 2003-2006.
- Manual do usuário – ISM/SES/DF.
- Memorandos Internos ISM/SES/DF.
- O assistente terapêutico – ISM/SES/DF, 1998.
- Projeto Piloto para Residência Terapêutica em Saúde Mental - ISM/SES/DF.
- Projeto Terapêutico Básico para o Funcionamento de Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental em Hospitais Gerais (EMSM/HG), COSAM/SES/DF, 1997.
- Projeto Terapêutico Básico para o Funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), COSAM/SES/DF, 1997.

- Regimento do Instituto de Saúde mental – Anexo I da Resolução nº 02/88 – FHDF, aprovada na 1.013^a sessão ordinária do Conselho Deliberativo da Fundação Hospitalar do Distrito Federal.
- Regimento Interno – Projeto 2000 – ISM/SES/DF.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.