

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

LEONARDO DE SANTI HELENA CUNHA

**TRABALHADORES DE UM SERVIÇO
RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE PORTO ALEGRE
E A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Porto Alegre

2010

LEONARDO DE SANTI HELENA CUNHA

TRABALHADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE
PORTO ALEGRE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Mariano

Porto Alegre
2010

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde mental do Brasil.

LEONARDO DE SANTI HELENA CUNHA

**TRABALHADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE
PORTO ALEGRE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Mariano (Orientador – PUCRS)

Prof^a. Dr^a. Fernanda Bittencourt Ribeiro (PUCRS)

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus avós pelo carinho incondicional, aos meus pais pelo incentivo à minha educação e a minha esposa pela paciência e cumplicidade.

Ao programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em especial à equipe administrativa representada pela Sra. Rosane Lima de Andrade, pela constante preocupação em me incentivar e manter informado das questões referentes ao curso, e ao meu professor orientador Ricardo Mariano por ter aceitado esta atribuição em momento atípico da minha trajetória no programa. Aos membros da minha banca de qualificação, professores Hermílio Pereira dos Santos Filho e Fernanda Bittencourt Ribeiro.

Aos profissionais do Serviço Residencial Terapêutico Pensão Protegida Nova Vida pela disponibilidade e permissão para minha entrada no serviço.

Aos colegas do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que foram grandes responsáveis por minha escolha por esta modalidade de pós-graduação.

Obrigado a todos que de alguma maneira contribuíram para esta minha caminhada.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o discurso dos trabalhadores de um serviço de saúde especializado em saúde mental, mais especificamente um Serviço Residencial Terapêutico, a respeito de suas práticas no contexto do modelo atual de gestão e assistência. Esta produção de conhecimento torna-se relevante se considerarmos que este modelo é recente e gerado de uma política pública que emergiu de fortes disputas políticas ocorridas nas últimas décadas. A pesquisa empírica foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores da equipe de saúde mental do serviço estudado durante o segundo semestre do ano de 2009. Através da convergência das falas foram criadas categorias e sub categorias de análise para posterior confronto com a literatura especializada e com documentos governamentais da área. Foram criadas duas categorias temáticas: a primeira refere-se a percepção destes trabalhadores acerca do modelo assistencial vigente e a segunda ao perfil do profissional de saúde mental para atuar neste modelo. Das subtemáticas destas categorias emergiram questões relacionadas aos problemas enfrentados na dinâmica diária de trabalho, comparações com o modelo assistencial anterior, concepções de tratamento de saúde e o valor dado a cientificidade em saúde mental. O grupo estudado mostrou-se conhecedor dos princípios e valores que norteiam a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país e, de modo geral, apresentou bastante homogeneidade nas respostas em cada categoria de análise. A análise geral identifica o baixo estatuto científico do campo das ciências humanas e a aposta no modelo atual de assistência através da depreciação ao modelo assistencial anterior, como principais nós críticos do discurso do grupo estudado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Serviço Residencial Terapêutico; trabalhadores de saúde.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the speech of employees of a health facility specializing in mental health, more specifically a Therapeutic Residential Services, about their practices in the context of the current model of management and assistance. The research was conducted through semi-structured interviews with workers in the mental health team of the service studied during the second half of 2009. Through the convergence of the lines were created categories and sub categories of analysis for later comparison with the literature and government documents area. We created two themes: the first refers to the perception of workers about the current health care model and the second to the profile of mental health professional to act in this model. Sub-themes of these categories were issues related to problems faced in the dynamics of daily work, comparisons with the previous model of care, conceptions of health care and the value given the scientific status of mental health. The study group proved to be knowledgeable of the principles and values that guide the consolidation of the psychiatric reform in the country and, in general, was quite uniform responses in each category of analysis. The analysis identifies the general low status of the scientific field of humanities and a focus on the current model of care by depressing the previous model of care, as major critical nodes of the discourse of the group studied.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Therapeutic Residential Service; health workers.

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1: CAPS como principal articulador da rede intersetorial em saúde mental.
Fonte: Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, 2005, página 15.

Fig 2: desenho utilizado pelos defensores da luta antimanicomial, página 31.

Fig. 3 – Imagem com viés denunciador: o Hospital Eduardo Ribeiro de Manaus/AM (1980), página 39.

Fig. 4: Distribuição dos CAPS no Rio Grande do Sul, página 44.

Fig. 5: Fachada do Hospital Psiquiátrico São Pedro, página 46.

Fig. 6: municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul em evento alusivo ao Dia da Luta Antimanicomial (18 de Maio). Novo Hamburgo, página 59.

Fig. 7: municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul em evento alusivo ao Dia da Luta Antimanicomial (18 de Maio), página 60.

Fig. 8: Campanha publicitária do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul em 2007, página 80.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGAFAPE – Associação Gaúcha de Amigos e Familiares do Portador de Esquizofrenia

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AT – Acompanhamento Terapêutico

AUPPF – Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

FEFID – Faculdade de Educação Física e Ciências do Desporto

HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MTSM – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental

PSF – Programa Saúde da Família

SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. REFORMA PSIQUIÁTRICA E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	22
1.1. As contribuições de Foucault e Goffman	22
1.1.1. Michel Foucault: a genealogia da loucura	22
1.1.2. Erving Goffman: a instituição total	24
1.2. A Reforma Psiquiátrica	27
1.3. Reabilitação psicossocial	34
2. OS APARELHOS INSTITUCIONAIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ÁREA DE SAÚDE MENTAL	38
2.1. A Reordenação da Assistência Pós Reforma Psiquiátrica	38
2.2. Formação de Recursos Humanos para o SUS	47
2.3. O profissional de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica	51
3. O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO PENSÃO PROTEGIDA NOVA VIDA: CONHECENDO O CAMPO DE ESTUDO E OPORTUNIZANDO A FALA AOS SEUS TRABALHADORES	57
3.1. Campo de estudo: o SRT Pensão Protegida Nova Vida	57
3.2. Aspectos metodológicos	65
3.3. Construção e análise das temáticas	66
3.3.1. Problemas enfrentados na dinâmica diária de trabalho	66
3.3.2. Perfil do profissional de saúde mental no contexto atual	84
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÊNDICE A	105

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar o discurso de trabalhadores da área da saúde mental, mais especificamente de um Serviço Residencial Terapêutico, equipamento de saúde substitutivo ao modelo exclusivamente hospitalar em saúde mental, acerca das questões referentes aos seus processos de trabalho no modelo assistencial vigente. Este modelo de assistência em saúde mental vem sendo implantado nas últimas décadas como parte da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O objeto central da pesquisa foca a análise e interpretação do discurso dos trabalhadores de um serviço de abordagem psicossocial a respeito de suas atuações profissionais no contexto do modelo assistencial no qual estão inseridos, levando em conta aspectos como as características do serviço, as formações profissionais, e as suas experiências de trabalho. O grupo pesquisado é composto de trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida, mantido pela Secretaria da Saúde do município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. O objetivo, portanto, não compreende verificar como as práticas estão ocorrendo na dinâmica diária de trabalho, e sim, analisar o discurso dos trabalhadores sobre suas práticas e experiências profissionais no referido Serviço Residencial Terapêutico.

O interesse inicial pelo tema decorre de minha trajetória acadêmica. Meu primeiro contato com o campo da Saúde Mental ocorreu durante o curso de especialização em Psicomotricidade no biênio 2004/2005 na Faculdade de Educação Física e Ciências do Desporto (FEFID) da Pontifícia Universidade

Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). As experiências práticas em *atividade física adaptada*¹ dirigidas pelas professoras Mara Lúcia Salazar e Jane Suely Melgares visando intervir no brincar de crianças especiais com múltiplos diagnósticos médicos, deram início em meu interesse acadêmico e pessoal pela Saúde Mental.

Este primeiro contato estimulou-me a pleitear uma vaga no Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande Sul (ESP/RS), no município de Porto Alegre. A Residência em Saúde Mental é uma modalidade de programa de pós-graduação chamado “aperfeiçoamento especializado” com carga horária teórica e prática. É uma estratégia de aprendizado em serviço com duração de dois anos. Para isso, conta com diversos estabelecimentos públicos de atendimento a saúde conveniados com o programa. A ênfase em Saúde Mental apresenta como principal serviço de referência o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ingressei no programa em 2005.

No Hospital São Pedro - instituição centenária e que por muito tempo constituiu-se na principal prestadora de atendimento em Saúde Mental no Estado do Rio Grande do Sul – convivi com o dia-a-dia de pacientes em situações de internação em áreas masculina, feminina e de crianças e adolescentes. Ainda neste período desenvolvi atividades em unidades destinadas a pacientes “cronificados” pelos longos anos de hospitalização, assim como em serviços extra-hospitalares como ambulatório especializado, unidades básicas de saúde, escolas e serviços comunitários de atendimento à vulnerabilidade social. O atendimento tinha como foco o ideal da interdisciplinaridade em equipe multiprofissional composta por assistente social, psicólogo, artista plástico, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional e profissional de educação física. atendimentos individuais, em grupo, com familiares, acompanhamento

¹ Corpo de conhecimentos cross-disciplinar dirigido à identificação e solução de problemas psicomotores ao longo do período vital. Tem como objetivo integrar e aplicar fundamentos teórico-práticos das várias disciplinas da motricidade humana a áreas vizinhas da saúde e educação em diferentes programas educacionais e de reabilitação para indivíduos de todas as faixas etárias que não se ajustem total ou parcialmente às demandas das instituições sociais (Castro, 2005, p. 28).

terapêutico, atividades recreativas, circulação pela cidade, são alguns dos exemplos de estratégias empregadas no atendimento das pessoas em sofrimento psíquico durante os campos de estágio do programa.

Ao final dos dois anos de Residência, prontifiquei-me a realizar mais um ano opcional chamado R3. Esta modalidade oferece uma sub-especialidade em Saúde Mental àqueles que já cursaram o programa normal. Nesta experiência vivenciei a ênfase em Gestão, Ensino e Pesquisa com atividades práticas na Seção de Saúde Mental e Neurológica da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, também em Porto Alegre. Neste espaço entrei em contato com o funcionamento de gestão da Saúde Mental, participando da realização de avaliações, cadastro, visitas e assessoria a serviços especializados no Estado do Rio Grande do Sul. Além disso, desenvolvi atividades de monitoria na disciplina de “Reabilitação Psicossocial”, destinada a alunos do 1º ano do programa.

A escolha de um Serviço Residencial Terapêutico como espaço e objeto de investigação empírica visa compreender a temática da Reforma Psiquiátrica a partir de um serviço especializado em reabilitação psicossocial fundamental para a sua consolidação. Desde a década de 90 a abordagem psicossocial é a estratégia política adotada em Saúde Mental no Brasil em detrimento do enfoque de atendimento centralizado em grandes hospitais psiquiátricos. O ano de 2006 é particularmente importante porque marca a reversão dos gastos públicos em Saúde Mental, ou seja, pela primeira vez na história os investimentos em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos superam os investimentos nestes (Brasil, 2009).

A abordagem psicossocial é, portanto, um modelo de assistência e gestão que preconiza ações de caráter comunitário, buscando resolutividade no território e estimulando a intersectorialidade com outras esferas (educação, cultura, esporte, lazer, assistência social, etc.). Esta abordagem busca superar a idéia de excluir para cuidar, isto é, no lugar do isolamento, o usuário de um serviço de Saúde Mental encontrará o convívio comunitário como estratégia terapêutica. A

internação torna-se, portanto, uma das indicações do tratamento de saúde e não mais a única. Estas internações ainda ocorrem nos hospitais psiquiátricos brasileiros, mas cada vez mais estimula-se o uso de leitos em hospitais gerais: “o período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro” (Brasil, 2005). O desafio se encontra entre o fechamento de um leito em um hospital psiquiátrico e a abertura de outro em um hospital geral, a fim de evitar a desassistência. O Estado do Rio Grande do Sul determinou, em 2007, que para cada leito aberto no hospital geral, o leito psiquiátrico só será extinto no ano seguinte. Esta estratégia enfrenta dificuldades em razão de epidemias, principalmente as relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (grande aumento do número de dependentes em virtude do crack, por exemplo), que ampliaram os desafios aos gestores.

Além dos hospitais especializados e gerais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (SRT) constituem, juntamente com as diversas ações e programas, os principais serviços de assistência em Saúde Mental dentro da abordagem psicossocial.

Dentre esses, destacam-se os CAPS. Ratificando a idéia de rede intersetorial de atenção e territorialidade, em que a promoção e o resgate da saúde se dá na articulação das diversas esferas da vida de uma pessoa, o CAPS torna-se central na política de Saúde Mental no Brasil. Os CAPS assistem pessoas com grande sofrimento psíquico, portadoras de transtornos mentais graves e persistentes encaminhadas por unidade básica de saúde ou equipes de saúde da família, oferecendo atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Sua principal característica é a de oferecer atendimento à população da sua área de abrangência, sendo, ainda, um potencializador das ações deste território, realizando a inserção social dos seus usuários nos espaços comunitários existentes.

Os CAPS são serviços abertos e comunitários atrelados por diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência e serve como principal regulador da “porta de entrada” da rede de assistência à saúde mental na rede básica (postos de saúde). Oferecem atendimentos individuais, atividades físicas e recreativas, oficinas, grupos, espaços de convivência e são promotores de espaços de socialização na comunidade, além de articularem-se com diversos serviços, como atenção básica e assistência social.

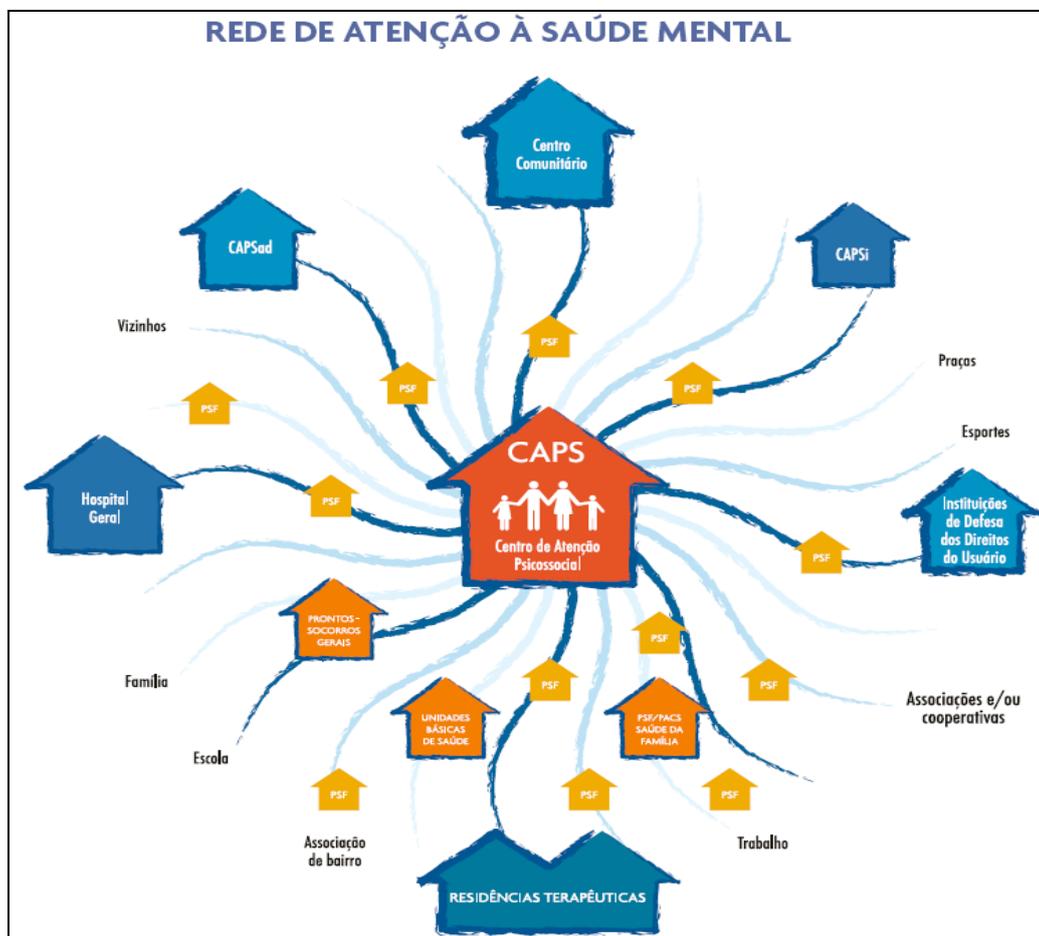


Figura 1 – CAPS como principal articulador da rede intersectorial em saúde mental.
Fonte: Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde

O principal desafio dos CAPS é o de atuar de forma diferente da lógica da tutela e da não-emancipação dos seus usuários que por muito tempo foi a marca característica dos grandes manicômios. O desafio é promover um espaço de acolhimento e proteção sem que, com isso, os usuários deixem de interagir socialmente e tornem-se “dependentes” desta modalidade de atendimento.

Juntamente com os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos são fundamentais nesta configuração atual da Saúde Mental brasileira. Eles foram criados como forma de atender as necessidades de moradias de portadores de transtornos mentais em acompanhamento nos CAPS e, principalmente, como alternativa de *desinstitucionalização*² de internos dos hospitais psiquiátricos brasileiros com indicação de alta hospitalar. Os SRTs são, portanto: “casas localizadas nos espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, sendo questão central a moradia, o morar, o viver na cidade, assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município” (Brasil, 2004).

Verificamos, deste modo, que os SRTs são serviços essenciais para a constante validação e consolidação da *Reforma Psiquiátrica*³. Apesar da condição de institucionalização não ser o único requisito para beneficiar-se da moradia, os SRTs surgem como componentes decisivos na política do Ministério da Saúde. Os direitos de morar e de circular nos espaços urbanos são os mais fundamentais que se constituem como objetivos dos SRTs. A progressiva diminuição de leitos dos grandes manicômios não se viabilizaria sem a criação de serviços substitutivos. Não só serviços tradicionais de saúde, mas outros que tentem promover a cidadania e recuperar direitos dos indivíduos institucionalizados, como

² Nesta perspectiva, entendida não como a simples desospitalização e conseqüente desassistência, mas sim uma desconstrução que permita reordenar questões culturais, políticas e sociais a respeito do cuidado com o doente fora da instituição hospitalar.

³ Movimento social em prol da mudança no modelo assistencial e de gestão em Saúde Mental que culminou com a reordenação dos investimentos públicos na área, substituindo gradativamente os manicômios por serviços de base territorial.

moradia, circulação pela cidade ou realização de um tratamento de saúde em situação de liberdade.

Os SRTs, ao objetivarem, de forma clara, o processo de reabilitação psicossocial como estratégia para devolver a cidadania aos usuários, estão ativamente imersos no complexo tema da inclusão/exclusão social. Os serviços lidam com o tema ao mesmo tempo em que devem ater-se às particularidades próprias do público que atende. A reabilitação psicossocial, para estes serviços, significa (re)colocar os indivíduos em contato, ou mais, em operação, com a realidade social urbana por eles desconhecida porque deles foram retirados, mais do que se retiraram.

O principal objetivo técnico dos profissionais que atuam nos SRTs é favorecer a reabilitação psicossocial dos moradores. Reabilitação psicossocial é um termo comumente usado na área da Saúde Mental que, apesar de apresentar vários significados, refere-se, de modo geral, à reintegração de indivíduos na comunidade, envolvendo aspectos políticos, éticos, econômicos e clínicos. Para Hirdes (2001, p. 67), reabilitação psicossocial é um processo que busca “redução de sintomatologia, através de farmacoterapia apropriada; redução da *iatrogenia*⁴, diminuindo e eliminando as conseqüências físicas e comportamentais das intervenções decorrentes de institucionalização prolongada; promoção de competência social, através de aumento de habilidades individuais dos indivíduos, suporte psicológico e funcionamento ocupacional; redução da discriminação e do estigma; apoio à família; apoio social através da criação e manutenção de um sistema de apoio social de longo termo, cobrindo pelo menos necessidades básicas relacionadas a alojamento, emprego, cadeia social e lazer; e aumento da capacidade de autonomia”.

⁴ Efeitos colaterais, indesejáveis e danosos de um tratamento de saúde (exemplo: uso irracional de fármacos).

Aliados a estes serviços, alguns programas, como *De Volta Para Casa*⁵ do Ministério da Saúde, criado em 2003 através da Lei 10.708, que paga o auxílio-reabilitação psicossocial para os beneficiários, procuram aumentar o arcabouço de soluções para a complexa questão da reabilitação psicossocial de pessoas egressas de longa permanência em instituições psiquiátricas (Brasil, 2003).

A simples desospitalização e o pagamento de auxílios em dinheiro não garantem a inclusão social dos beneficiários. A temática da inclusão social é complexa, vasta e pouco definida, ainda mais quando aplicada a indivíduos com acentuado decréscimo em suas trocas sociais decorrentes de longos anos de segregação. Somente reordenar os serviços em razão da lei da Reforma Psiquiátrica também não produz automaticamente os efeitos em termos de cidadania vislumbrados para o cenário da Saúde Mental. E ainda pode estimular o fenômeno da *capsização*⁶ (Amarante, 2003). Para Lobosque (1997), uma “sociedade sem manicômios” – lema da luta antimanicomial no Brasil na década de 80 – que deseja apenas o fim dos hospitais psiquiátricos pode permanecer, ainda assim, altamente manicomial.

Desde o advento da Reforma Psiquiátrica, portanto, vários dispositivos de atendimento aos portadores de transtornos mentais vêm sendo criados no Brasil. Por isso, investigar serviços com enfoque em atenção psicossocial torna-se relevante, em parte, por conta da brevidade dessas experiências no âmbito da saúde brasileira.

Considerando que a experiência de lidar com a doença mental, com a loucura, com portadores de sofrimento psíquico ou qualquer que seja o termo utilizado, a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, ainda é algo recente, e se o conceito de reabilitação psicossocial, segundo a literatura especializada, ainda é frágil e determinado pela prática nos serviços de atenção, cabe então

⁵ Programa governamental que proporciona auxílio financeiro à indivíduos com graves dependências institucionais em razão de longa permanência em hospitalização.

⁶ Efeito indesejável do atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste caso, o CAPS, que deveria ser um potencializador de ações na comunidade, acaba centralizando todas atenções em si mesmo, quase como fazia o modelo hospitalocêntrico.

questionar: como estes serviços e seus trabalhadores percebem o modelo assistencial no qual estão inseridos e como atuam em suas atividades de trabalho?

Um dos objetivos principais para a realização deste estudo é o de estabelecer uma relação entre a literatura especializada em saúde mental, as diretrizes governamentais brasileiras e a fala dos trabalhadores que atuam no atendimento em saúde mental no SRT citado, a respeito do modelo vigente e a relação que estabelecem com suas práticas de trabalho. Mais especificamente procuro descobrir quais questões emergem da realidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos, serviços criados para oferecer uma abordagem psicossocial diferente do modelo hospitalar de onde advém (grande) parte da sua clientela e de onde muitos dos trabalhadores da área da Saúde Mental iniciaram sua atuação profissional. Se, para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial é uma prática a procura de uma teoria ou, segundo Amarante (1996), se as práticas de atenção não são homogêneas, no sentido da maturidade, e sim diversas dependendo dos indivíduos que as executam, torna-se importante conhecê-las a fim de descobrir quais realidades estão presentes na assistência em saúde mental. A heterogeneidade das práticas leva em conta, obviamente, as diferentes formações, experiências e valores dos profissionais dos serviços. Deste modo, podemos afirmar que a reforma que reordenou os serviços de atenção em Saúde Mental no Brasil avançou consideravelmente no âmbito jurídico-político-instrumental, porém, na esfera cultural e social ainda permanecem valores a respeito da doença mental construídos em séculos de práticas carregadas de sentidos vinculados à imobilização, segregação e ao perigo. Furtado (2006), em artigo dedicado à avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS, conclui que um dos principais entraves para a expansão destes equipamentos de saúde refere-se à mentalidade dos gestores municipais em relação ao tema da loucura. Ditos populares como “louco de atar”, entre outros, representam este momento histórico em que a contenção física era a principal estratégia de ação em Saúde Mental, sendo, portanto, próprio que estes

valores estejam presentes em algum grau em familiares, usuários e trabalhadores.

No primeiro capítulo apresento um referencial teórico baseado em Foucault e Goffman, autores que influenciaram o modo de pensar e tratar a loucura nas últimas décadas, culminando nas políticas públicas de saúde mental atuais. Os escritos de Michel Foucault e a forma arqueológica de lidar com o tema da loucura influenciaram o desencadear de ações efetivas, como, por exemplo, a reforma psiquiátrica italiana liderada por Franco Basaglia, que representou a principal inspiração da reforma brasileira. O sociólogo Erving Goffman, partindo de uma perspectiva interacionista, apresentou o conceito de *instituição total* iniciando uma série de questionamentos a respeito dos manicômios como equipamentos de saúde, além de preciosos relatos das atividades de vida diária de internos e profissionais destas instituições. Ainda neste capítulo, discorro a respeito do processo da Reforma Psiquiátrica e da conceituação do campo da Reabilitação psicossocial.

No segundo capítulo, analiso a questão da formação de profissionais para a área da saúde em geral e, mais especificamente, em saúde mental. Os princípios e diretrizes do SUS reivindicam um profissional atuante em ações de promoção, cura e reabilitação da saúde e com uma formação mais próxima das ciências humanas e sociais. Os profissionais de saúde mental têm o desafio de engendrar novos serviços e valores até então desconhecidos nos meios institucionais e de trabalho em que atuam e com pouco compartilhamento de experiências devido à brevidade do modelo.

O terceiro capítulo apresenta o campo de estudo e o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa, as questões metodológicas, as categorias de análise construídas em função da recursividade das respostas dos entrevistados e análise do discurso dos trabalhadores do SRT pesquisado. O estudo faz uma abordagem reflexiva a respeito dos discursos dos trabalhadores em Saúde Mental do SRT Pensão Nova Vida referente à implantação do novo modelo de

atendimento dos usuários, às suas práticas e experiências profissionais na nova modalidade, às disputas de poder relativas à criação e consolidação do SRT enquanto dispositivo para a efetivação do modo psicossocial de atenção em saúde mental, tendo como referência as diretrizes políticas e acadêmicas que norteiam e fundamentam as políticas públicas e os serviços assistenciais desenvolvidos a partir da Reforma Psiquiátrica.

Este trabalho se baseia numa pesquisa qualitativa descritivo-analítica, realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e uso de fontes documentais do Ministério da Saúde e das secretarias municipal e estadual de saúde de Porto Alegre e Rio Grande do Sul, além da análise da literatura acadêmica especializada na área de saúde mental. A coleta dos dados ocorreu por meio da realização de entrevista a partir da formulação inicial de uma questão norteadora: “como é o seu trabalho no SRT Pensão Nova Vida?”. As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2009. A amostra foi composta de trabalhadores vinculados ao SRT integrantes de diferentes áreas de conhecimento. Foram informados os objetivos da pesquisa aos sujeitos entrevistados, assim como foram assegurados a garantia de sigilo e o anonimato por meio de assinatura de termo de consentimento.

A Pensão Pública Protegida Nova Vida é um serviço residencial terapêutico de responsabilidade da Secretaria da Saúde do município de Porto Alegre inaugurada em 1990, sendo pioneira nesta modalidade de atenção em saúde no Estado.

No próximo capítulo, discorro sumariamente sobre a história da loucura a fim de traçar o percurso histórico da loucura até as políticas atuais de reabilitação psicossocial, descrevo as características dos estabelecimentos de saúde mental, apresento dados e contextualizo a legislação específica sobre a reforma psiquiátrica no Brasil.

1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

1.1. As contribuições de Foucault e Goffman

1.1.1. Michel Foucault: a genealogia da loucura

A historiografia revela que o tema da “loucura” apresentou diferentes interpretações ao longo dos séculos. Michel Foucault, em *História da Loucura* (1978), demarca a loucura em antes e depois da Revolução Francesa do século XVIII. Até ser considerada doença, a loucura e o louco experimentaram outras formas de se relacionar com a cultura, com o pensamento e com a assistência na sociedade.

Foucault procura mostrar como a idéia da sociedade sobre o tema havia sido marcada por descontinuidades derivadas de uma série de contingências. As diferentes formas de se enxergar o louco, o hospital e a psiquiatria não foram regidas necessariamente pela lógica. O processo deu-se sempre acompanhado pelas mudanças no *poder*⁷. Para Foucault, o poder é o responsável pela mudança ou pelo aparecimento de um sistema de conhecimento que se prontifica a ser hegemônico numa sociedade.

Antes do advento da Revolução Francesa, a loucura aventurou-se no *status* de saber divino (Grécia Antiga), de inumano, de misterioso e de sinistro (período da Renascença), sendo motivo de exaltação por ser considerada dominadora das forças da natureza. Em seguida, choca-se com a *razão*⁸ e com

⁷ Foucault (1985). Para o autor, o poder caracteriza-se por uma relação de forças que perpassa os indivíduos a todo o momento, constituindo verdades e determinando práticas. O autor não diferencia “saber” de “poder”, mas os associa.

⁸ Cf. Foucault (1978). Na Idade Clássica, também chamada por Foucault de Idade da Razão, predominava o discurso racionalista inaugurado por Descartes - “penso logo existo” – que usou a razão para duvidar de tudo com intuito de obter a verdade absoluta. Deste modo, a loucura passa a ser percebida como a desrazão, sendo excluída fisicamente. A razão era, portanto, absoluta, inquestionável e condutora de todo o pensamento intelectual da época, sendo permitido a ela excluir tudo o que fosse desviante deste paradigma.

as lógicas de Deus, figurando então como sinônimo de preguiça, profano, indolência, etc. Neste momento histórico, passa a ser lida como fenômeno perigoso porque proveniente da *desrazão*, sendo as instituições assistenciais situadas entre os âmbitos da polícia e da justiça os locais ideais para o confinamento de inválidos de todo o tipo, não só os loucos: mendigos, desempregados, prostitutas, portadores de doenças venéreas, entre outros, eram “depositados” num processo não de tratamento, e sim, de limpeza dos desajustes da sociedade.

Tais dispositivos de exclusão, segundo Foucault (1978), ganharam força por serem uma forma de resposta à crise econômica da Europa e sua conseqüente escassez de moeda, salário e emprego. É um momento em que a atividade artesanal dá lugar ao “saber fazer” crescente da divisão do trabalho por etapas e tarefas. Aqueles que não conseguem fazer parte deste processo estão fora da produção, da circulação e do acúmulo de riquezas, tornando-se desviantes. As diferentes visões de mundo que influenciaram o trato com a loucura, segundo Foucault, derivaram da *episteme* de dado momento histórico. A *episteme* explica a história, não o contrário. No caso da loucura, o poder discursivo que fez com que a psiquiatria fosse a verdade absoluta sobre o tema é resultante de um acúmulo de conceitos, práticas, declarações e crenças produzidas por uma determinada *episteme*. Os diferentes momentos históricos mostraram distintos olhares sobre a loucura, assim como a mesma instituição voltada para a exclusão – o hospital (Geral) do *Grande Enclausuramento*⁹ – tratou a questão sob formas distintas: primeiramente como “limpeza” social e depois como local de tratamento e ajuste moral. Para Foucault, a história explica como se lidou com a loucura em nossa sociedade, mas a *episteme* explica porque emergiu o discurso que empoderou esta forma de tratá-la. Por isso que, diferentemente do que acontece a partir do século XIX, quando o internamento passa a ter um caráter médico e a loucura passa a ser vista como doença, o ato

⁹ Cf. Foucault, 1978. *História da Loucura* conta que um em cada cem parisienses estava, na época, encarcerado.

de se considerar alguém louco não se fundamentou sempre numa teoria especificamente médica.

Entretanto, no fim do século XVIII - início da modernidade - os internamentos passam a visar um fim terapêutico, ou seja, os criminosos recebem penas morais por seus crimes, com intuito de correção e disciplinamento, e, no caso dos loucos, a exclusão tem o propósito de ser uma terapêutica, já que a loucura ganha o status de doença mental. Philippe Pinel tem grande destaque neste momento, pois realiza as primeiras incursões propriamente médicas sobre a loucura, tomando como base os preceitos da História Natural. Considerada um rompimento com a racionalidade, a loucura ganha um tratamento cartesiano de análise e catalogação. O louco é separado dos demais ganhando uma instituição específica de confinamento. O hospital passa então a ser local de apropriação da doença, onde deve ser conhecida, classificada e diagnosticada segundo preceitos da racionalidade da medicina classificatória fundada pela história natural, com a loucura representando uma das espécies de patologias. Apropriada pelo conceito médico, passa a ser única e exclusivamente doença mental. A verdade sobre o louco restringe-se à verdade exclusivamente médica.

Os escritos de Foucault influenciaram, portanto, diversos segmentos da sociedade interessados em promover uma mudança na forma de lidar, cuidar e pensar a situação de pessoas com sofrimento psíquico que naquele momento histórico dispunham apenas da terapêutica baseada no confinamento como forma de assistência. Os preceitos da Reforma Psiquiátrica tem em Foucault um de seus principais – senão o principal – aportes intelectuais.

1.1.2. Erving Goffman: a instituição total

O aprisionamento da loucura descrito por Foucault é também explorado por Erving Goffman, sociólogo canadense que em 1974 elaborou o conceito de

instituição total, para compreender o funcionamento de estabelecimentos sociais que impedem a relação social de seus internos com o mundo externo, através da realização de estudos etnográficos em prisões, conventos, quartéis e manicômios. Para o autor, a questão do “controle” torna-se muito importante nas instituições totais. O indivíduo que tende a realizar suas atividades básicas no mundo externo – lazer, sono, trabalho – enfrenta o desafio de viver todos estes aspectos de sua vida num mesmo local, dominado por autoridade única repressora e com total controle das diferentes facetas do cotidiano dos internos. Quanto a esta situação, Goffman assevera: “na sociedade civil, um indivíduo que fracassa num de seus papéis sociais geralmente tem oportunidade para esconder-se em algum local protegido onde pode aceitar a fantasia comercializada – cinema, rádio, TV, leitura – ou empregar consolos como o cigarro ou a bebida; nas instituições totais, principalmente após a admissão, tais materiais podem não estar a seu alcance.” (Goffman, 1974, p. 66). Portanto, o tempo integral do interno é colocado à disposição da equipe de profissionais das instituições totais.

Por meio do conceito de “desculturamento”, Goffman trata do processo de mortificação da singularidade do interno já em sua admissão na instituição total, através do despimento – por vezes literal – de toda a sua história de vida. A admissão provoca a sensação do “daqui por diante”, não levando em consideração o mundo externo e o vivido até ali: “o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico; ao entrar é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições” (Goffman, 1974, p. 24). Em razão de não conseguir acompanhar as mudanças no mundo externo – a estada do interno é geralmente muito longa –, ao sair da instituição, o indivíduo perde habilidades para enfrentar as exigências da vida diária em sociedade. O autor cita exemplos de ex-internos que, ao retornarem ao mundo externo, se alistam no exército como estratégia para adaptar-se à sociedade e por sua socialização institucional progressa.

A respeito da equipe de profissionais, o autor trata com riqueza de detalhes as questões referentes ao que denomina de “mundo da equipe dirigente” (Goffman, 1974, p. 69). A equipe dirigente foi dividida por Goffman em dois grupos segundo uma diferenciação de papéis: um primeiro grupo considerado de nível inferior e outro de nível elevado. O primeiro caracteriza-se por uma formação de “empregados de longo prazo (transmissores de tradição)” (Goffman, 1974, p. 100). Estes atuam em contato direto com os pacientes e possuem status negativo, sendo considerados como maus para os primeiros. O outro grupo realiza apenas contatos breves com os pacientes, por conseguinte, a necessidade de discipliná-los recai exclusivamente ao grupo inferior: “penso que os internados geralmente obtêm certo sentido de segurança por sentirem, ainda que de maneira ilusória, que embora a maioria da equipe dirigente seja má, o homem de posto mais elevado é realmente bom” (Goffman, 1974, p. 100). Embora o autor não especifique as categorias profissionais, os grupos profissionais analisados parecem ser constituídos de técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos psiquiatras.

Além da complicada relação descrita entre a equipe de trabalho, esses profissionais ainda têm que lidar com demandas contraditórias de seus superiores institucionais e da sociedade em geral. Por isso, para o autor, a principal função dos trabalhadores é a de “sustentar a contradição entre o que a instituição total realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz” (Goffman, 1974, p. 70). Para superar tais contradições, os trabalhadores armam o que o autor chamou de “esquema de interpretação”. Desta forma, estes indivíduos vivenciam uma instituição que é ao mesmo tempo burocrática, racionalista – através de registros, contabilidades e normas – e que promovem o encontro entre pessoas que ingressam na instituição com histórias de vida e culturas diferentes. A prática homogeneizante e de alto controle exigida pela instituição total – através da retirada de pertences e vestimentas, além da rígida regulação dos horários – exige um trabalhador cuidadoso quanto aos “perigos” de se lidar com seres humanos, já que, como mostra o autor, ocorrem casos em que o profissional nutre sentimentos de afeição pelos internos sendo, neste caso, redirecionado a um

departamento em que não atue em contato imediato com os pacientes. O perfil profissional de um técnico de uma instituição total requer habilidades para promover a diminuição das diferenças.

Portanto, manter uma distância social dos internos, promover a diminuição das individualidades dos pacientes e não reconhecer a normalidade (expectativa é sempre pela anormalidade) parecem ser os pilares da atuação dos profissionais de uma instituição total, segundo a análise e descrição de Goffman.

1.2. A Reforma Psiquiátrica

Estas instituições totais ou estabelecimentos para pessoas com doenças mentais - hospitais psiquiátricos ou manicômios - cumprem, portanto, a função social de excluir para tratar terapêuticamente e de promover o afastamento de pessoas consideradas perigosas pela sociedade. Para Foucault (1974), este perigo referia-se muito mais à ordem da razão do que à da periculosidade física. O bordão do “louco perigoso”, contudo, continua ressoando forte até os dias de hoje em nossa sociedade.

Nestes estabelecimentos nasce a psiquiatria como campo da ciência destinado ao tratamento, diagnóstico, classificação e observação de tudo que é considerado estranho ao padrão moral e comportamental da sociedade. Mesmo sem obter total apoio e simpatia da medicina geral da época, a medicina mental contava com muitos apoiadores que não queriam a presença dos loucos nas ruas. Para Amarante (1996, p. 41), a psiquiatria “ao ser colocada em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminada pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, determina o que é normal e o que é patológico”.

A clínica psiquiátrica foi fundada, portanto, neste formato de assistência baseado na separação dos doentes mentais do convívio dos seres ditos racionais.

A clínica fundou-se e aperfeiçoou-se no hospital psiquiátrico. O início do modelo assistencial em saúde mental foi inaugurado na emergência da Idade da Razão: “penso, logo existo” proferia Descartes, portanto, se eu penso não posso ser louco, se sou louco não posso pensar. A loucura passa a ser objeto de inteira tutela da razão médica em que o hospital psiquiátrico passa a ser o local de confinamento do louco, a internação a terapêutica de escolha e o psiquiatra o agente/médico/cientista responsável por tentar reaver este rompimento do indivíduo segregado socialmente com a racionalidade perdida.

Esta forma de assistência concedida ao louco iniciada no século XIX imprimiu profundas mudanças no modo como a sociedade da época passou a pensar e lidar com a loucura daí por diante (Amarante, 1996), operando com um discurso tão poderoso que repercutiu seus valores, sua visão de mundo e sua terapêutica até os dias de hoje.

No entanto, a violência física e simbólica levada a cabo nas instituições manicomiais começa a sofrer contestações em várias partes do mundo e, apoiados nos escritos de Foucault e Goffman, entre outros, surgem diversos movimentos de reforma da assistência em saúde mental com o intuito de diminuir ou até mesmo de erradicar a ação dos hospitais psiquiátricos. Este movimento, chamado de Reforma Psiquiátrica, ocorreu também no Brasil influenciado em grande parte pela experiência de reforma efetuada na Itália, reordenando todo o sistema de assistência especializado do país e promovendo investimentos prioritariamente em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

O modelo terapêutico baseado no confinamento em grandes hospitais psiquiátricos adentra o século XX marcado como uma proposta de caráter segregador, começando a sofrer contestações mais intensificadas a partir do pós-guerra (décadas de 50 e 60). As primeiras críticas surgem a partir da experiência de médicos e enfermeiros prisioneiros de campos de concentrações nazistas, os quais relatavam ter vivenciado situações semelhantes às dos internos das instituições psiquiátricas em que atuavam (Dias, 2007, *apud*, Tunõn; Abudara,

1988). O psicanalista Antônio Lancetti, durante o Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial realizado em 2009, em Porto Alegre/RS, contou em tom humorado a história ou “estória” – não há como saber ao certo – de médicos e enfermeiros funcionários de um hospital psiquiátrico francês que durante a Segunda Guerra Mundial fugiram da instituição com medo dos bombardeios nazistas. Ao retornarem, um mês depois, visualizaram os internos agindo da mesma maneira como os deixaram. Posteriormente, com o desencadeamento dos movimentos de contracultura e de luta pelos direitos civis, ganham força os movimentos antipsiquiátricos, que passam a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a questionar o saber psiquiátrico (Botega, 1997).

Neste contexto, fundou-se na Itália, a partir do discurso radical de Franco Basaglia de que “o enlouquecimento é um produto social” com valores culturais dos quais os hospitais psiquiátricos se apoderaram – razão e loucura como irreversíveis *a priori* – o processo da Reforma Psiquiátrica. Para Amarante (1996), a experiência de Basaglia visa à superação do ideal de positividade absoluta da ciência em sua racionalidade causa-efeito para voltar-se à invenção da realidade como processo histórico. Nasce a Reforma Psiquiátrica como movimento social de mudança do modelo assistencial e de gestão em Saúde Mental.

Os escritos de Basaglia e sua experiência com a reforma italiana talvez sejam os principais exemplos utilizados para impulsionar a reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Amarante (1996) narra a experiência de Basaglia analisando traços de sua obra, como a famosa fábula do “homem e a serpente”, a questão do “duplo” da doença mental e seu encontro com a *fenomenologia*¹¹.

A fábula “homem e a serpente” foi criada por Basaglia logo que assumiu a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia em 1961, na Itália, no qual promoveria um projeto de desmontagem posteriormente. Conta a história de uma serpente

¹¹ Modelo de compreensão dos fenômenos que se opõe a separação “sujeito” e “objeto” na ciência. Opõe-se ao pensamento positivista. A compreensão se dá como se apresentam à percepção.

que entra no corpo de um sujeito enquanto ele dormia, passando a comandar todas as suas ações, impondo sua vontade, privando-o de liberdade. Quando a serpente foi embora, o sujeito, ao invés de liberdade, estava vivendo uma sensação de vazio, havia perdido sua capacidade de desejar, de agir autonomamente. Basaglia realiza portanto, uma analogia com o manicômio que acabara de assumir, no qual o saber psiquiátrico seria a “serpente”.

Toda a crítica que Basaglia faz à psiquiatria e aos manicômios derivam de sua formação teórica baseada na fenomenologia, de sua constatação de que o meio acadêmico desconhecia o interior dos hospitais psiquiátricos e do seu contato com a produção de Foucault e Goffman, além da sua experiência prévia como prisioneiro *partigiano*¹².

A questão do “duplo” da doença mental levantada por Basaglia e contada por Paulo Amarante em *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*, consiste em “tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado; é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber; são formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam uma série de pré-conceitos científicos, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental” (Amarante, 1996, p. 80).

Para Basaglia, o hospício homogeniza as pessoas, objetivando-as, não importando suas histórias de vida e sua cultura, devendo ser o enfrentamento do “duplo” a primeira e mais fundamental ação terapêutica.

No Brasil, a partir do final dos anos 70, a experiência italiana influenciou usuários, familiares e os movimentos sociais a reivindicar mudanças na assistência psiquiátrica do país, até então baseada no internamento manicomial

¹² Resistência italiana (ou partigiana) foi um movimento armado de oposição ao nazismo e à ocupação da Itália pela Alemanha durante a Segunda Guerra Mundial.

em grandes hospitais psiquiátricos. Neste momento ganhava força o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que assumia uma posição fortemente crítica frente ao saber psiquiátrico, passando a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência em saúde.



Figura 2 - desenho utilizado pelos defensores da luta antimanicomial.
Fonte: folder distribuído no 2º Mental Tchê, em São Lourenço do Sul/RS.

Os anos 80 marcam o início da formulação de um novo conceito de saúde (Reforma Sanitária) e de saúde mental. Neste período, segundo estimativas oficiais, 17 milhões de brasileiros encontravam-se afetados por alguma forma de transtorno mental, sendo que 500 mil confinados em hospitais psiquiátricos do país (Reichnheim, 1994). Segundo Dias (2007, p. 51), este fato está relacionado “a uma resposta do Estado à falta de emprego como forma de responder à questão social”. Conforme avançava a luta pela redemocratização, a busca pela cidadania tornava-se uma questão cada vez mais compartilhada por diversos setores da sociedade brasileira. O MTSM transforma-se em Movimento pela Reforma Psiquiátrica, transcendendo o objetivo inicial de buscar soluções somente técnicas e administrativas para abranger também as questões teóricas, políticas, culturais e sociais (Amarante, 1996).

A partir 1992, após a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas e considera que a melhora do atendimento era possível por meio da superação do modelo assistencial vigente (Brasil, 2005), os movimentos sociais e seus aliados nas assembleias legislativas conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a Saúde Mental, segundo a Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos definidos. Porém, só em 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, a lei da Reforma é aprovada, redirecionando a política de governo para serviços de base comunitária.

Vasconcelos (2008) apresenta a história da Reforma Psiquiátrica brasileira dividindo-a em três fases. A primeira, de 1978 a 1992, foi marcada pela mobilização dos movimentos sociais – nascimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – e severa crítica ao sistema hospitalar manicomial. Neste período ocorrem as primeiras experiências de atendimento em saúde mental centradas numa tecnologia não hospitalar. Além disso, defensores deste modelo ingressam no aparelho do Estado – secretarias de saúde

municipais e estaduais. De 1992 a 2001 configura-se o segundo período, já com Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental deixando de ser um movimento só de trabalhadores e assumindo um caráter mais amplo, de movimento popular, transformando-se em Movimento da Luta Antimanicomial. Neste período, ocorre a difusão dos serviços de atenção psicossocial e as primeiras conquistas no plano normativo, através da criação de diversas leis. A terceira fase tem início em 2001 e avança até o presente. O ano de 2001 marca a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei 10.216 de 6/4/2001 –, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Apesar de aprovada, a consecução da Reforma sofre uma série de empecilhos: campo social com problemas sérios, como violência e desemprego, os problemas estruturais do SUS com implicações diretas na saúde mental, divergências entre organizações corporativas, a divisão do Movimento da Luta Antimanicomial e a remobilização de setores interessados em retomar a centralidade do hospital psiquiátrico no atendimento em saúde mental.

Paralelamente, quatro fatores independentes contribuíram para a mudança na assistência em saúde mental: os avanços na psicofarmacologia, o surgimento de novas abordagens de atenção psicossocial, a expansão de movimentos pró direitos humanos e a mudança na compreensão do conceito de saúde.

Deste modo, a Saúde Mental brasileira começa a constituir uma rede de atendimento de serviços substitutivos com o intuito de promover a progressiva extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos e promover uma assistência de base comunitária, sendo os Centros de Atenção Psicossocial os serviços estratégicos de uma rede que engloba Serviços Residenciais Terapêuticos, hospitais gerais, comunidades terapêuticas e instituições e serviços de outras áreas como educação, esporte, lazer, com enfoque na intersetorialidade das ações.

Atualmente, apesar de consolidada do ponto de vista político e jurídico, as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica ainda são alvo de disputas, devido, em grande parte, às diferentes visões de mundo dos agentes públicos, categorias profissionais e à sociedade civil. A experiência das novas tecnologias em saúde

mental ainda são recentes e carecem de maiores produções teóricas a respeito daquilo que vem ocorrendo na prática dos serviços previstos e prestados. A seguir, exponho dados a respeito da situação atual deste reordenamento da atenção em Saúde Mental.

1.3. Reabilitação psicossocial

Tema em evidência desde que a Reforma Psiquiátrica ganhou força no mundo e no Brasil, a reabilitação psicossocial ainda se apresenta como campo teórico frágil, com conceitos diversos e dependendo de quem os usa e em que situação. Saraceno (2001) chega a referir-se à reabilitação psicossocial como uma prática sem teoria, por avaliar que as mudanças de perspectiva na saúde mental não foram ainda totalmente teorizadas.

Pitta (2001, p. 23) define reabilitação psicossocial no Brasil, da seguinte forma: “representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes”; “é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados (...) está associada a um sem número de iniciativas mais ou menos articuladas que buscam reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tratamentos convencionais, desenvolvendo-se fora dos hospitais.”

Saraceno (2001, p. 18) entende que a reabilitação psicossocial não objetiva transformar fracos em fortes, mas, sim, “adaptar ao jogo dos fortes, os fracos, mudando as regras para que os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário com os fracos”. Para ele, o ponto a se chegar chama-se “negociação”. A meu ver, seria o mesmo que a “contratualidade” proposta por Kinoshita (2001). O primeiro enfoca o papel importante do estímulo às oportunidades de troca, tanto

materiais como simbólicas que envolvem o “negociar” e o seu papel na construção da capacidade de relação do sujeito. O segundo acredita que a participação no processo de trocas sociais deve priorizar o aumento do poder contratual do usuário, citando que o dispositivo manicomial que regeu a vida destes sujeitos era um local de troca zero, ou seja, não é a simples passagem de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no âmbito social. Entendo como similares os conceitos de “negociação” e “contratualidade” expressos pelos referidos autores. Ambos referem-se a um estímulo à efetiva gerência dos indivíduos sobre suas relações, objetivando ampliar sua autonomia frente às diversas situações da vida diária.

Outro aspecto importante da reabilitação psicossocial é a questão da clínica. Quando falamos em clínica a idéia da clínica psiquiátrica, de diagnósticos, psicoterapia e uso de fármacos nos faz mais sentido. Seria a reabilitação psicossocial uma clínica?

O conceito de clínica remete ao paciente no leito, deitado em situação de inferioridade, para ser observado e tratado. Em *O Nascimento da Clínica* (1980) Foucault narra o nascimento da clínica na França dos séculos XVIII e XIX ocorrido em virtude da mudança de paradigmas pós Revolução Francesa, que promove a medicina e o saber científico para o trato das epidemias. Foucault identifica, assim, a clínica nascida em meio à política e ao poder, subproduto da ciência, o saber.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, não apenas propôs a reorganização dos serviços, mas também procurou questionar a clínica que, segundo seus preceitos, não deu certo. Para Saraceno (2001, p. 151) “as práticas terapêuticas que nos últimos 100 anos derivaram dos modelos da clínica são altamente insatisfatórias (...) não podemos afirmar que os modelos clínicos que sustentam as práticas terapêuticas tenham beneficiado de maneira substantiva os pacientes, não de maneira notável”. Se a Reforma Psiquiátrica nasceu da denúncia dos movimentos sociais a um modelo de atendimento caracterizado pela violência e violação de

direitos das pessoas, a clínica, por sua vez, sempre ofereceu respaldo a tais práticas. De modo que a clínica faz parte daquilo que a Reforma denuncia e procura reorganizar.

Mas a questão específica da clínica é objeto dos profissionais da área “psi”. O que nos interessa aqui é prosseguir com a análise da reabilitação psicossocial. Pois bem, aí nos deparamos com uma situação nova. Como resultado da Reforma, profissionais de saúde, inventores sociais, profissionais das ciências humanas, do esporte e lazer, da educação, além de políticos, entre outros, ganharam espaço na prática da reabilitação psicossocial. É por esse motivo que Saraceno considera que se deve substituir a palavra clínica no contexto da reabilitação psicossocial. A seu ver, a soma das funções resultante destes novos elementos na antiga clínica faz com que apareça uma nova identidade ainda sem nomenclatura. Segundo Bertolote (2001), quando tratamos de reabilitação psicossocial, a clínica torna-se menos importante em função da variedade de outros atores e domínios somando-se à área. A reabilitação, para o autor, não é a reabilitação do doente, mas sim da pessoa, que até pode ser doente.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são serviços essencialmente de ações na área da reabilitação psicossocial e lidam com as limitações impostas pelo sofrimento psíquico de seus usuários, além da falta de habilidade em lidar com a situação de liberdade. Não raro, o indivíduo que egressa de anos de internação para um SRT apresenta dificuldade em desfrutar da autonomia que lhe é oferecida pela restituição do contato com o social, como já mostrava os estudos de Goffman. O que se apresenta como momentos simples do dia-a-dia em liberdade, como comer, dormir, caminhar e arrumar o lar, não são correspondentes à cotidianidade da instituição total, onde o tempo e as funções são objetivadas, reguladas e as “banalidades” diárias são objetos de negação e de pouca importância.

Estudos como os de Hirdes (2006) mostram que o trabalho em um SRT provoca, por vezes, sentimentos de frustração nos profissionais em razão da

lentidão e morosidade que possa parecer a tarefa de reabilitação psicossocial dos usuários. O tempo do sujeito em sofrimento nem sempre é o tempo correspondente à ansiedade do técnico de referência, assim como seus valores não devem subjugar os valores e possibilidades dos usuários.

Portanto, pessoas “destreinadas” em participação social e com diversos fatores novos de exclusão – estigma, falta de trabalho, etc., diferentes da segregação intramuros, necessitam “treinadores” que consigam atuar na linha tênue entre o cuidado e a tutela, possibilitando ações de reabilitação psicossocial condizentes com a emancipação e retomada da cidadania.

Desta forma, a questão da formação destes “treinadores” torna-se relevante, já que as reformas no setor saúde e saúde mental propõem desafios que vão além de procedimentos técnicos a serem apropriados pelos profissionais. No próximo capítulo, além de discorrer sobre o novo modelo institucional de atendimento aos usuários, procuro estabelecer uma relação entre a formação de profissionais para a área da saúde e da saúde mental segundo princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da política nacional de saúde mental voltada ao modelo psicossocial de atenção.

2 OS APARELHOS INSTITUCIONAIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ÁREA DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo discorro sobre a formação e composição das novas instituições de atendimento e tratamento na área de saúde mental pós Reforma Psiquiátrica e procuro expor as diretrizes nacionais para formação de recursos humanos para a área da saúde mental. Desta forma abordo mais precisamente as instituições de saúde mental, espaço de atuação de profissionais onde, além da técnica-científica, é de extrema importância a forma como os profissionais lidam com seus valores pessoais na sua prática diária.

2.1. A Reordenação da Assistência Pós Reforma Psiquiátrica

A Saúde Mental enquanto campo da área da saúde destinado à assistência de pessoas portadoras de sofrimento psíquico de alguma ordem, por intermédio de modalidades de atendimento com complexidades diversas, deve, no Brasil, funcionar segundo princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, transformada em lei no ano de 2001 (desde 1992 no Rio Grande do Sul), – vários dispositivos de atenção e cuidado aos portadores de transtornos mentais foram criados em todo o Brasil, chamados de *serviços substitutivos* ao hospital psiquiátrico. Dessa forma, a oferta de assistência em Saúde Mental vem sendo cada vez menos centralizada em grandes hospitais psiquiátricos e mais e mais articulada numa rede de serviços de base comunitária com ênfase em ações intersetoriais (saúde, educação, assistência social, lazer, esporte, cultura, etc.).

No Brasil, os hospitais psiquiátricos surgem no final do século XIX sob forte influência da psiquiatria francesa e do tratamento moral, o que, para Lima (1999), representava uma visão um pouco distorcida daquilo que Pinel havia apresentado. Além disso, após a Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos passaram a exercer o poder hegemônico sobre o mundo capitalista, permitindo a expansão do seu modelo de assistência sanitária. Este modelo, chamado de hospitalocêntrico, influenciou o campo da saúde e da saúde mental no Brasil (Dias, 2007, *apud*, Hobsbawn, 1995).



Figura 3 – Imagem do Hospital Eduardo Ribeiro de Manaus/AM (1980).
Fonte: site Conselho Regional de Psicologia do Amazonas.

Medidas físicas e higiênicas, como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias, entre outras, faziam parte do tratamento moral destas instituições. O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi o Asilo Pedro II, no Rio

de Janeiro, fundado em 1853. Nos anos 70, concomitante ao período da ditadura militar brasileira, marcada pela repressão aos movimentos sociais e às iniciativas de mudança com viés democrático ou em defesa da cidadania, surge o Movimento pela Reforma Psiquiátrica.

A mudança na forma de gerir a Saúde Mental brasileira teve o ano de 2006 como um marco, pois foi quando, pela primeira vez na história do país, os investimentos em serviços de base comunitária superaram os investimentos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2007). Em 2004, 63,84% dos recursos eram destinados a gastos hospitalares e 36,16% a gastos extra-hospitalares (Brasil, 2005). Esta nova forma de gestão constitui uma clara vontade política de implementar a chamada *abordagem psicossocial* (Brasil, Saúde Mental em Dados, 2008).

O período atual caracteriza-se por movimentos simultâneos de fortalecimento dos serviços de abordagem psicossocial, construção de uma rede integrada, redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos existentes e substituição destes por hospitais gerais. Neste processo destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principal instrumento na estratégia de consolidação desta nova forma de gestão e assistência. Pode-se dizer que a expansão dos CAPS significa a concreta substituição do modelo anterior de atendimento, assim como aumento do número de Serviços Residenciais Terapêuticos.

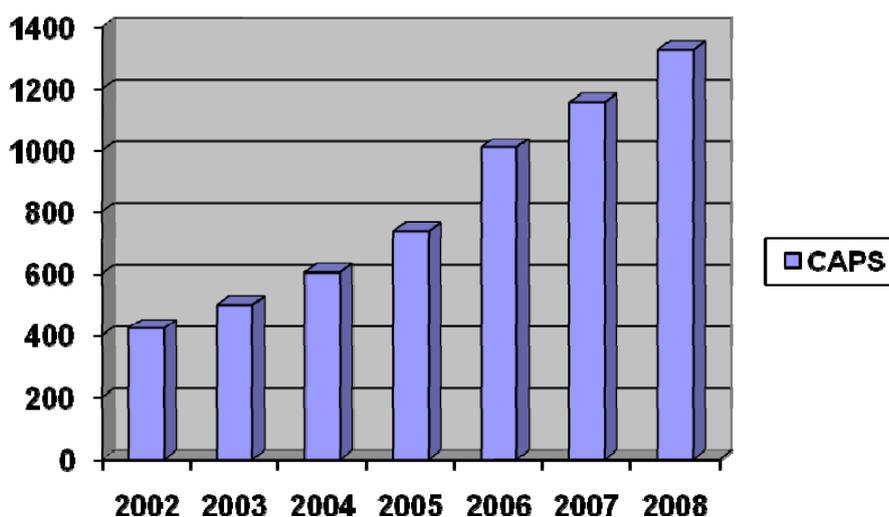
Os CAPS são serviços que atuam em um determinado território com intuito de “oferecer atendimento especializado a indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes e promover a substituição do modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias” (Brasil, 2004, p.15). São atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 2002 e têm a lógica do território como central no funcionamento do seu atendimento ambulatorial.

Os CAPS são classificados de acordo com sua complexidade e abrangência:

- CAPS I: atende faixa populacional compreendida entre 20.000 a 70.000 habitantes, com capacidade técnica para ser o regulador da porta de entrada da rede assistencial do seu território;
- CAPSII: compreende população entre 70.000 a 200.000 habitantes, organiza demanda do seu território, possui equipe de profissionais maior que a do CAPS I, além de oferecer um turno a mais de atendimento;
- CAPSIII: para população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas por dia, com serviço de acolhimento noturno, breves internações e uma equipe maior que as demais modalidades;
- CAPS i: atendimento de crianças e adolescentes;
- CAPS ad: atendimento em álcool e drogas.

Segundo dados de 2008 do Ministério da Saúde, apenas um Estado brasileiro apresenta cobertura de CAPS totalmente insuficiente, o Amazonas, representando assim, uma abrangência nacional em torno de 53%. Os CAPS III, CAPSad e CAPSi seguem necessitando de maior expansão em todo o país.

Gráfico 1 – expansão anual da rede de CAPS de 2002 a dezembro de 2008



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental/DAPES/SAS

Enquanto isso, o país conta com 214 hospitais psiquiátricos em processo de desativação. Em 2002 o Brasil tinha 51.393 leitos em hospitais psiquiátricos. Em 2008 este número caiu para 36.797, conforme ocorreu o aumento da oferta extra-hospitalar e/ou abertura de leitos nos hospitais gerais (principalmente para o atendimento de dependentes de álcool e drogas).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), entendidos como “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (BRASIL, 2004, p. 6) são outra modalidade de atendimento em saúde mental criada a partir da reordenação dos serviços especializados. Os SRTs atuam em conjunto com alguns programas governamentais como o *De Volta Para a Casa*¹⁰ e tem como foco a reinserção dos moradores na rede social através do processo de reabilitação psicossocial.

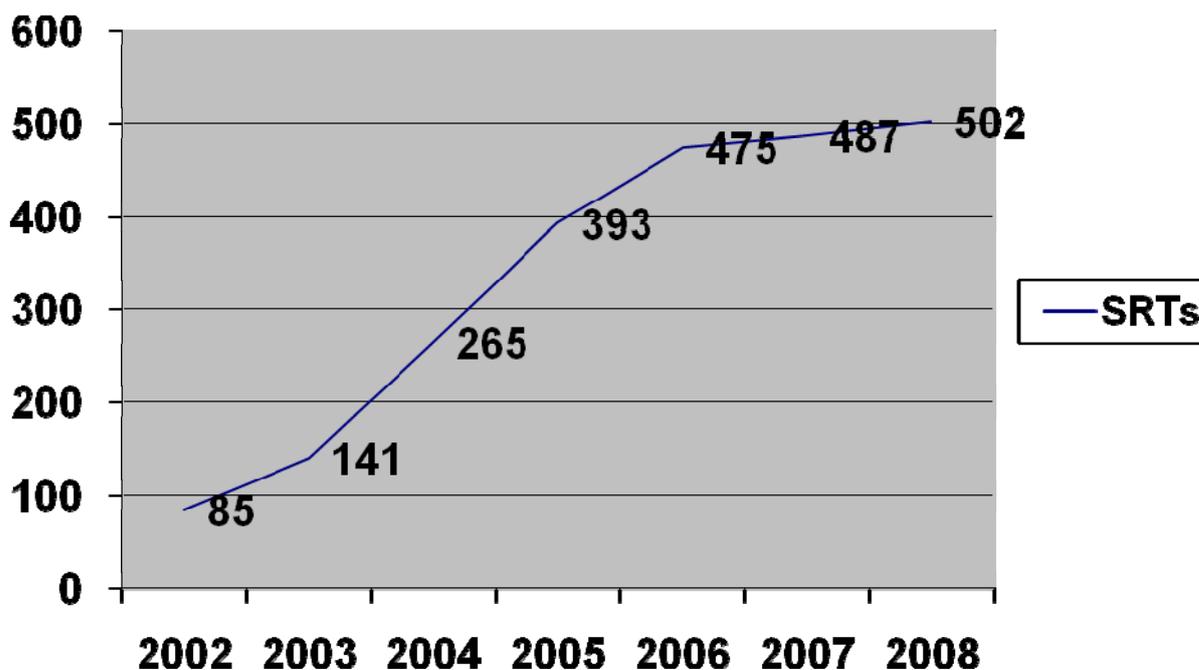
Estas moradias comportam até oito pessoas e são assistidas por profissionais específicos e por algum suporte de saúde de referência, como CAPS, posto de saúde ou equipe de saúde da família. O usuário deve ser acompanhado por tais suportes em caso de mudança de endereço ou por necessidade de acessar algum outro serviço de saúde.

Apesar da condição de institucionalização não ser o único requisito para beneficiar-se da moradia, os SRTs surgem como uma resposta para atender a demanda de pessoas com indicação de alta dos hospitais psiquiátricos, segundo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Muitas destas pessoas não têm família nem podem contar com qualquer outro tipo de suporte ou cuidador. Desta forma, os SRTs surgem como dispositivos institucionais estratégicos para a reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil.

Entre 2002 e 2008 o número de SRTs quintuplicou no país, acompanhando a desativação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2006). O Estado do Rio Grande

do Sul conta com trinta SRTs e mais sete em implantação, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

Gráfico 2 – ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil de 2002 a 2008.



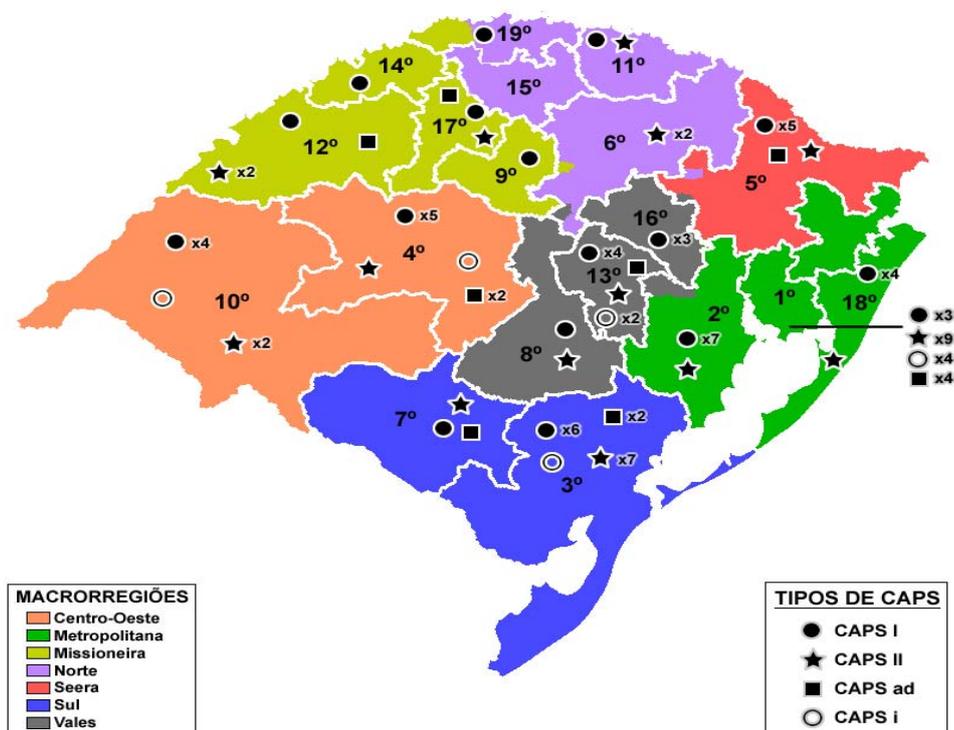
Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 5.

Neste contexto, as residências terapêuticas constituem um dispositivo essencial à desinstitucionalização – processo lento e complexo, dependente de variáveis recursivas e individuais de cada usuário, como, por exemplo, o tempo de isolamento, o grau de dependência e comprometimento, além de questões subjetivas do indivíduo. Ainda assim, o termo desinstitucionalização procura desvincular-se do de *desospitalização* ao procurar concretizar a “travessia” do hospital para o serviço substitutivo sem causar desassistência, ou seja, estar certo que a rede de suporte está realmente preparada para atender as necessidades. O provimento do direito básico de morar e ocupar espaço público é o mais fundamental dessa proposta de SRTs. Porém, o processo de inclusão social parece ser bem mais difuso e complexo. A aposta na convivência fora dos muros dos hospitais psiquiátricos visa por fim num período marcado por muita

violência e segregação social. Porém, sabemos que estas instituições (totais) não se constituem somente pelo aspecto físico. Existe o manicômio mental que resiste e se apresenta nas práticas dos profissionais e da sociedade como um todo. De um local de exclusão para outro. Esta é a realidade da maioria destes egressos de longo período de internação que, ao enfrentarem o mundo extramuros, deparam-se com outra forma de violência, o *estigma*⁸.

No Rio Grande do Sul, dados de 2009 apontam a presença de 121 CAPS espalhados pelas 19 coordenadorias regionais de saúde do Estado. Este número gera um coeficiente considerado “muito bom” (acima de 0,7) pelo Ministério da Saúde. No entanto, a cobertura nem sempre é equânime e depende da vontade política dos municípios, resultando em desassistência em alguns locais e uma atenção mais integral em outros.

Figura 4 – Distribuição dos CAPS no Rio Grande do Sul

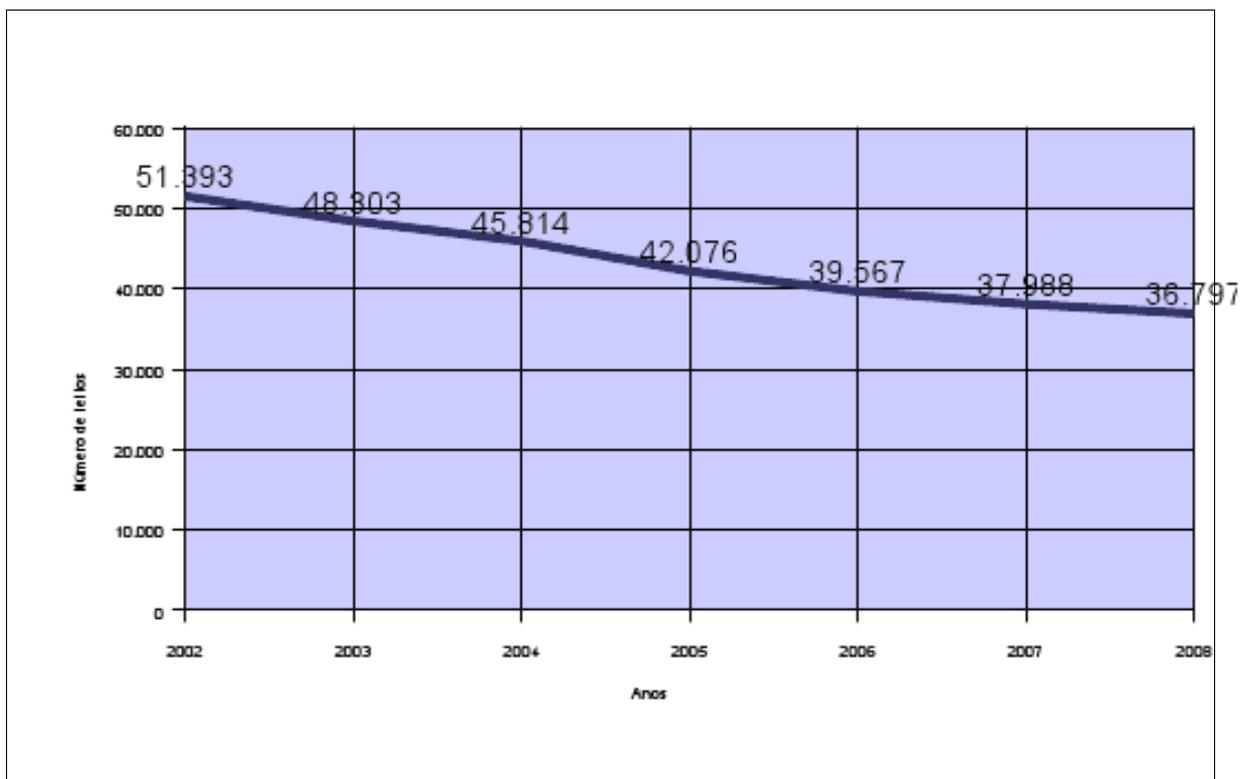


⁸ Goffman (1982). A sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. Quando o atributo é depreciado, ele se torna um estigma. O estigma produz descrédito e efeito de desvantagem na vida do sujeito.

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Seção de Saúde Mental e Neurológica (2007).

O Estado do Rio Grande do Sul, conforme dados de 2007, mantém ativos 940 leitos em seus hospitais psiquiátricos e mais 686 em leitos especializados de hospitais gerais (SES/RS, 2007). A Secretaria da Saúde do Estado em sua Seção de Saúde Mental parece apostar no modelo psicossocial como a política pública na área, apesar de ainda depender e manter ações de assistência, infraestrutura e educação em hospitais psiquiátricos, como no caso do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Gráfico 3 – Série histórica leitos psiquiátricos SUS no Brasil de 2002 a dezembro de 2008.



Fonte: em 2002 e 2003, SIH-SUS, Área Técnica de Saúde Mental e Coordenações Estaduais de Saúde Mental. Em 2004-2008, PRH/CNES.

A Reforma Psiquiátrica gaúcha ocorreu antes dos demais estados brasileiros, através da Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992. A história da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul relaciona-se com a história do Hospital

Psiquiátrico São Pedro, inaugurado em 1884 com o nome de Hospício São Pedro de Porto Alegre, principal equipamento terapêutico em saúde mental do Estado no último século.

Segundo *Edson Medeiros Cheuiche*⁹, historiador de Serviço de Memória e Cultura do Hospital São Pedro, a criação desta instituição fez parte do processo de saneamento social da cidade de Porto Alegre, que deslocava para o subúrbio as instituições que abrigavam aqueles com desvios de conduta ou cujo comportamento conflitava com a norma de previsibilidade e regularidade imposta pela sociedade em processo de modernização. A racionalidade exigia, portanto, que a loucura fosse silenciada, isolada e institucionalizada através de contenção e cercamento físico longe do espaço urbano. A construção do hospital deu-se em razão da alta demanda e da falta de capacidade de supri-la pelos porões da Santa Casa de Porto Alegre, local que até então abrigava os alienados da cidade.



Figura 5 – Fachada do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Fonte: arquivo pessoal.

⁹ Conforme *folder* comemorativo dos 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro lançado em 2004: “Um pouco da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro”.

Atualmente, sem mais o histórico problema da superlotação, o HPSP ainda mantém sua função social mesmo com a consolidação da Lei da Reforma Psiquiátrica que exige a progressiva diminuição dos leitos nestas instituições. O hospital conta com leitos para atender pacientes em situação aguda ou de crise que necessitam de internações breves em unidade específicas para adultos masculinos, adultos femininos, crianças/adolescentes e para dependência química. A maioria de seus pacientes provém do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Além disso, o complexo fornece asilo para pacientes crônicos – que restam como prova viva da época em que a instituição era a única forma terapêutica em saúde mental – e fornece equipe técnica para atuar em um Serviço Residencial Terapêutico (Morada São Pedro) fora dos muros da instituição. A área de 13,9 hectares do complexo está tombada pelos poderes públicos estadual e municipal.

2.2. Formação de trabalhadores para o SUS

Direito de todos e dever do Estado como princípio constitucional, a saúde, a partir do conceito apresentado em 1986 na VIII Conferência Nacional da Saúde de que “a saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, sendo, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p. 4), passa a ser entendida, não mais como a simples ausência de doenças, mas sim como um fenômeno totalmente influenciado pelos determinantes sociais.

“Saúde coletiva” difere conceitualmente de “saúde pública” e, em síntese, implica em levar conta a diversidade e a especificidade dos grupos populacionais

e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo, sendo que não necessariamente passam pelas instâncias governamentais ditas responsáveis diretas pela saúde pública (Paim, 1980). A saúde coletiva considera a saúde como questão social e utiliza referenciais advindos das Ciências Humanas e Sociais. A busca é por uma ciência que tente acomodar todas as formas de conhecimento e que reforme o ser humano também como ser social-histórico (Feuerwerker, 2002). Coube à saúde coletiva, portanto, a elaboração de uma perspectiva diferente da abordagem da saúde pública, que mantinha uma visão medicalizante e biologicista em detrimento de uma visão com características políticas, sociais e comunitárias, onde a saúde é de interesse público.

O profissional da área da saúde, portanto, requer uma formação na qual possa apropriar-se desses conceitos e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que é a forma brasileira adotada para a prestação universal de saúde (Soares, 2001) que, por mandato constitucional, deve ordenar o processo de formação profissional na área.

Para Nunes (2007, p. 228) “hoje, não se trata mais de discutir a validade da introdução de um curso de Ciências Sociais na área da saúde(...)provavelmente, o que continua e continuará a ser problematizado é a adequação em relação aos métodos e técnicas de ensino, ou seja, como trabalhar o campo do social perante condições muitas vezes adversas, especialmente no que se refere a competir com currículos de ensino cujas estruturas privilegiam o conhecimento com base em uma perspectiva das ciências biológicas, cedendo pouco espaço às questões sociais, econômicas e culturais”.

O SUS e os conceitos em saúde visam superar o modelo anterior, baseado em medidas somente curativas, hospitalocêntricas e médico-centradas. Isso implica a estimulação de uma atuação interdisciplinar na saúde, com um processo de formação profissional mais contextualizado, com ênfase em medidas de prevenção, cura e reabilitação, levando em conta as dimensões sociais,

econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentarem os problemas do processo saúde/doença da população (Campos et al., 2001). A formação do profissional de saúde necessita contemplar a preparação para atuar em equipes multiprofissionais, com o ideal da interdisciplinaridade (Pustai, 2004), o que significa que devam ter um profundo conhecimento de todos os aspectos sociais, biológicos, culturais, ecológicos e econômicos que definem o perfil epidemiológico da população, assim como um entendimento sobre os modos de intervenção. Acredita-se que, dessa maneira, possam atender adequadamente às novas diretrizes e aos novos princípios do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade de atendimento.

Para Campos (2001), a formação pedagógica do profissional da saúde deve estar sustentada na integração curricular e nas parcerias entre as universidades e os serviços de saúde em seus três níveis. Contudo, a educação superior em saúde contemplada na maioria das universidades brasileiras ainda mantém a característica medicalizante, centrada no procedimento e com abordagem biologicista, chamada por diversos autores de modelo pedagógico hegemônico (Ceccim, 2004). Esse modelo é criticado pelo fato de o ensino ser centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades clínicas, dissociando-os dos conhecimentos das áreas básicas.

Os cursos de graduação em saúde devem formar profissionais para atuar no sistema de saúde vigente no país, abordando o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (SILVEIRA, 2004), segundo diretrizes curriculares nacionais, aprovadas entre 2001 e 2002. No entanto, tais diretrizes constituem apenas uma indicação, pois, no Brasil, as universidades têm autonomia – chamada autonomia universitária, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). O uso dessa autonomia universitária em desacordo com as novas diretrizes curriculares faz com que se formem profissionais para uma realidade que não cumpre seu papel social, que centra as oportunidades na realidade apenas de hospitais e que incentiva a especialização, perpetuando

modelos tradicionais de prática em saúde. Exemplo disso é o fato de muitos cursos superiores da área da saúde aplicarem, quase que exclusivamente, seus estágios no serviço terciário, ou seja, em instituições hospitalares (hospitais universitários). Para Ceccim (2004), a universidade não pode ser independente da regulação e da direção política de Estado, e é papel das autoridades desenvolver políticas que induzam as universidades ao cumprimento do seu papel social, em oposição ao modelo hegemônico de atenção na saúde.

A necessidade de mudança se torna evidente em função das novas organizações de mundo do trabalho em saúde e das exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, já que o conceito de saúde citado anteriormente é mais amplo, fazendo com que profissões como a Educação Física, a Terapia Ocupacional, a Biomedicina entre outras passem a ter lugar em equipes multiprofissionais, nas quais o desafio da interdisciplinaridade e/ou transdisciplinaridade é constante. Algumas estratégias para o avanço na formação desses profissionais parecem estar sendo feitas em situações como, por exemplo, a criação da Lei 11.129 de 2005 que institui a Residência Multiprofissional em Saúde, com o intuito de formar os diferentes profissionais da área da saúde para atuar em equipe, adequando o perfil profissional às necessidades do SUS, em nível de pós-graduação.

Ceccim (2004) afirma que uma política voltada para a saúde de modo não-hegemônico é aquela que aplica o princípio – que o autor chama de teoria – da integralidade na prática e na formação dos profissionais de saúde, revertendo as teorias dominantes e biologicistas, ou seja, aprender a “formular políticas com significado na vida da população, nas tarefas de gestão setorial, na organização das práticas de atenção e na transformação da educação superior em saúde” (Ceccim, 2004, p. 1401). Conforme o autor, a perspectiva da integralidade busca o desenvolvimento da atenção dirigida à produção da saúde e não somente ao tratamento. Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental, em contrapartida à tentativa de se criarem superprofissionais de saúde (ex.: médico de família).

Da mesma forma, a área da saúde mental, buscando incorporar novas práticas, vem exigindo um perfil profissional mais condizente com as questões sociais, impondo um rearranjo não somente na estrutura legislativa e de serviços, mas também na formação de profissionais para atuarem em serviços substitutivos aos tradicionais espaços de institucionalização de portadores de transtornos psíquicos.

2.3. O profissional de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica

Além de vincular sua ação profissional aos princípios e diretrizes do SUS, o trabalhador da área de saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, necessitou incorporar uma série de valores e atribuições diferentes e por vezes antagônicas àquelas que Goffman descreveu a respeito das equipes dirigentes dos hospitais para doentes mentais. Nos manicômios descritos por Goffman, a equipe de profissionais deveria manter-se distante para evitar vínculos e sentimentos de apreço e amizade eram vistos como problemático, pois poderia existir “o perigo de que o internado pareça humano” (1974, p.75).

As estratégias – consideradas muitas vezes como terapêuticas – de afastamento emocional, eliminação da diferenças e exclusão social, dão lugar a um trabalho que preconiza valores e práticas promotoras de cidadania, de inclusão social, do cuidado em liberdade, de singularização e de subjetivação. O trabalho passa a sustentar-se no encontro com as diferenças e com a pluralidade sociocultural. Circular no espaço social requer a absorção de um determinado universo simbólico dotado de normas, regras de comportamento e de civilidade. Por isso, o ‘convencimento’ (Honorato, 2008, p. 374) parece ser uma das estratégias a ser utilizadas nas ações clínicas.

Para Nardi (2007, p. 268) “a Reforma Psiquiátrica contribui para a desconstrução de saberes e certezas, e exige um novo trabalhador – que agora não mais trabalha sob a proteção dos muros dos hospitais, mas deve circular pela cidade(...)transição do hospital para a cidade: do conhecimento, da legislação, dos serviços, dos usuários, dos trabalhadores”. Neste sentido, “habitar a cidade” quer dizer que a cotidianidade pode representar um potencial espaço de socialização em que a partir da diversidade dos encontros que aí ocorrem, os usuários de serviços de saúde mental podem experimentar outras formas de subjetivação. Circular no espaço social requer a absorção de um determinado universo simbólico dotado de normas, regras de comportamento e de civilidade.

Desse modo, este novo paradigma implica mudança no imaginário social a respeito do portador de sofrimento psíquico. Pensar outra forma de relacionar-se com o tema da loucura de uma forma geral é um desafio para sociedade civil e, inclusive, para os profissionais de saúde mental. Trabalhos como o de Mielke (2009), de avaliação dos CAPS da região Sul do Brasil, apontam para a necessidade de estudos de avaliação de serviços de saúde mental a partir dos profissionais, já que “surge uma preocupação com relação ao risco de manicomialização destes serviços, visto que muitos de seus profissionais trabalham ou trabalharam em hospitais psiquiátricos, havendo assim, necessidade de educação em serviço, maiores investimentos em estudos e pesquisas na área” (Mielke, 2009, p. 160).

A subjetivação é um conceito utilizado por Foucault (Melman, 2001) e se refere a um processo que não é pré determinado, e sim, um modo de operar em que o sujeito produz uma configuração de vida e uma necessidade que se confunde com a demanda por algum tipo de transformação. Muitos autores acreditam que a busca pela subjetivação do viver em sociedade por parte dos usuários de saúde mental seja o principal desafio a ser atingido por trabalhadores da área dispostos a promoverem ações de inclusão social: “pensar numa clínica que estimule os processos de subjetivação envolve rediscutir a relação de ajuda(...)é necessário repensar e ampliar a noção de terapeuta, para liberar toda

a sua criatividade, em todas as direções, a fim de abarcar a multiplicidade e a heterogeneidade de opções que a nossa subjetividade comporta, enriquecendo as possibilidades terapêuticas e existenciais” (Melman, 2001, p. 146).

Do mesmo modo, Dimenstein (2006, p. 79) afirma que o desafio dos profissionais destes novos dispositivos assistências em saúde mental seja o de “produzir modos de viver, pensar e sentir(...)a partir da invenção permanente de práticas aptas a deflagrar movimentos de singularização, revelar os movimentos de apropriação, de exploração, de etiquetamento, de controle e de produção de cronicidade”. A autora chama estas estratégia de ‘insurreição’, o que pode ser percebida como processos de singularização para autores como Nardi (2007).

Para Amorim (2009, *apud* Baptista, 2005) “a cidade é um espaço de subjetivação em que a heterogeneidade, o imprevisível, as impurezas, as estranhezas colocam desafios e exigem invenções cotidianas aos modos de morar e habitar, cuja porosidade os distancia de um ato humano fixado e de um modo particular de operar a existência que define a subjetividade como atributo individual(...)tal porosidade permite a entrada dos paradoxos e contradições do espaço público(...)exigindo a criação de novas formas de cuidar e de morar, não mais calcada em modelos de vigilância do íntimo e em regimes de tutela legitimados”.

Este novo paradigma propõe uma mudança no imaginário social a respeito do portador de sofrimento psíquico. Pensar outra forma de relacionar-se com o tema da loucura de uma forma geral é um desafio para sociedade civil e, inclusive, para os profissionais de saúde mental. A assistência ao louco em situação de liberdade implica necessariamente uma intervenção de cunho político, retirando o cuidado em saúde mental da sua tradicional característica controladora – tutela – para um cuidado que trate de perseguir a autonomia e a independência das pessoas.

Trabalhos como o de Mielke (2009), de avaliação dos CAPS da região Sul do Brasil, apontam para a necessidade de estudos de avaliação de serviços de saúde mental a partir dos profissionais, já que “surge uma preocupação com relação ao risco de manicomialização destes serviços, visto que muitos de seus profissionais trabalham ou trabalharam em hospitais psiquiátricos, havendo assim, necessidade de educação em serviço, maiores investimentos em estudos e pesquisas na área” (p. 160).

Entendo “manicomialização” como similar à “capsização” descrito por Amarante (2003) ou ainda, “institucionalização dos CAPS” (Paulon, 2007 *apud* Mehry 2004). Alguns exemplos destes fenômenos seriam: o tempo excessivo de permanência dos usuários nos CAPS, os insuficientes registros de altas e a absoluta falta de articulação entre os CAPS e a rede especializada e não especializada.

Paulon (2007) descreve a experiência de abertura de um SRT destacando que os trabalhadores, apesar de bastante empenhados na abertura deste serviço, relutavam em participar das equipes que ficariam responsáveis pelo funcionamento, principalmente quando se depararam com a necessidade de produzir um cuidar de forma distinta daquela produzida no manicômio, local onde também trabalhavam. Seu estudo mostra que apesar de acreditarem no novo modelo de assistência, os trabalhadores, por seu histórico profissional anterior ser restrito ao nível hospitalar, apresentavam medo e insegurança em lidar com o cuidado em situação de liberdade dos usuários.

Produzir um modelo clínico diferente daquele moldado em hospitais psiquiátricos – centrado no paciente ao leito – e assumir novas formas de cuidado parecem ser os desafios principais dos trabalhadores de serviços especializados em saúde mental a partir da reordenação da assistência pós Reforma Psiquiátrica. No entanto, algumas estratégias de intervenção parecem

consolidadas, como o Acompanhamento Terapêutico (AT) ¹⁰ ou o Apoio Matricial¹¹.

Este desafio assume proporções maiores se levarmos em conta o uso comum do termo “invenção do cuidado” entre trabalhadores e pesquisadores da área. Amorim (2009), por exemplo, acredita que deva haver entre profissionais, usuários e comunidade uma “invenção” compartilhada para com moradores de um determinado SRT. O cuidado, portanto, não está pronto de uma vez por todas em uma fórmula ou em uma prática recorrente. Ele deve ser, segundo o modelo de “invenção do cuidado”, elaborado e prescrito caso a caso. As diversas variáveis que envolvem a vida das pessoas são afetadas por outras variáveis, recursivamente, fazendo do cuidado em saúde mental uma tarefa nem sempre afeita ao conhecimento exato e racional. O movimento contra a Reforma Psiquiátrica parece já ter chegado a esta constatação. Por isso, faz uso recorrente do argumento científico para desqualificar o modelo psicossocial. Este é igualmente um dos principais argumentos de alguns movimentos e associações de familiares – como a Associação dos Familiares dos Doentes Mentais/AFDM -, que exigem a cientificidade da psiquiatria, alegando que esta estava mais presente no modelo anterior de assistência – em hospitais psiquiátricos – e menos nos serviços substitutivos (BRASIL, 2005).

Logo, se a ação profissional baseia-se num “encontro com o estranho” (Amorim, 2009), parece sensato que os trabalhadores da área apresentem medo e ansiedade frente à proposta do modelo psicossocial de atenção, mesmo quando acreditam ser esta a melhor forma de atendimento ao portador de sofrimento psíquico.

Este receio para com o novo pode levar alguns trabalhadores a praticarem ações clínicas baseadas nas terapêuticas consolidadas no modelo manicomial,

¹⁰ Dispositivo clínico que efetua o cuidado a pacientes que justifiquem intervenções em suas atividades cotidianas nos espaços públicos e privados.

¹¹ O Apoio Matricial em saúde mental é um arranjo organizacional implantado com a intenção de reorientar as ações de saúde mental na saúde básica.

conforme Hirdes (2009, p. 301): “o processo de trabalho nos CAPS (...) os trabalhadores apresentam uma trajetória de formação profissional tradicional, as ações sendo norteadas, fundamentalmente, por concepções coerentes com o modelo hegemônico, cujo objetivo do trabalho é o indivíduo e sua doença”. Além disso, as alterações nos objetivos do trabalho impostas pelo novo modelo assistencial, não garantem a efetiva modificação no processo de trabalho (Ramminger, 2006).

Portanto, o trabalhador de saúde mental exige um perfil que desnaturalize o que até bem pouco tempo entendeu-se por “clínica” e assuma, em certa medida, enquanto não se consolidam as novas instituições de saúde mental e seus novos modelos de atendimento, uma postura de “invenção” do cuidado num espaço onde as variáveis não são inteiramente controláveis – como se pretendia nos hospitais psiquiátricos. Deste modo, a educação em saúde (educação permanente) e a viabilização de projetos que possibilitem a troca de experiências e informações entre os serviços especializados, parecem ser fundamentais no apoio aos trabalhadores.

3 O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO PENSÃO PROTEGIDA NOVA VIDA E O DISCURSO DE SEUS TRABALHADORES SOBRE SUAS PRÁTICAS

3.1. Campo de estudo: o SRT Pensão Protegida Nova Vida

O Serviço Residencial Terapêutico Pensão Protegida Nova Vida, localizado no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, iniciou suas atividades em 2 de Agosto de 1990 tornando-se, desta forma, pioneiro nesta modalidade de atendimento no Estado e no país.

No momento de sua fundação, o Brasil passava por um importante processo histórico de mudanças no campo político – a redemocratização – e no campo da saúde: em 1987, implementava o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, em 1990, promulgava a Lei Orgânica da Saúde (Lei número 8.080), instituindo o Sistema Único de Saúde.

No Rio Grande do Sul, o SUDS iniciou o processo de municipalização da saúde atingindo, de imediato, 23 municípios do Estado (Dias, 2007). Segundo, Dias (2007, p. 82), a “composição política constituída no governo Pedro Simon (1987-1990) criou as condições para a formação de uma política de saúde mental orientada pelos princípios da Reforma Sanitária”. Deste modo, o governo estadual mostrava-se orientado pela nova política de atenção à saúde pautada nos princípios reformistas de universalização, participação, integralidade e descentralização, sendo o primeiro Estado do país a aprovar uma lei com vistas a reordenar a assistência à saúde mental em 1992 (Lei nº 9716/1992).

Em seu estudo sobre a experiência da municipalização dos serviços de saúde em Porto Alegre, ocorrida em agosto de 1994, a socióloga Mercedes Rabelo (1997, p. 169) destacou que “a complexidade da estrutura de serviços existentes na capital, bem como da demanda a atender, exigia uma

municipalização gradativa, na qual, primeiramente, apenas passaram para a gestão municipal os seguintes setores: alguns postos de saúde (como o Ilha da Pintada e o da Ilha dos Marinheiros), o Centro Integrado à Saúde do Trabalhador e a Pensão Protegida Nova Vida” (p. 169). O município de Porto Alegre, desde então, passou a implementar as ações da reorientação do setor saúde que, a partir daquele momento, transferia maiores responsabilidades aos gestores municipais. A municipalização de Porto Alegre no setor saúde – e, por conseguinte, o momento em que assumiu os serviços citados, entre eles a Pensão Nova Vida – ocorre exatamente quatro meses depois da inauguração e funcionamento da Pensão Nova Vida que, como vimos, também precede em dois anos a aprovação da lei estadual pró Reforma Psiquiátrica. A percepção, naquele momento, de que a municipalização seria o rumo provável da política de saúde no país, aliada à particular urgência que se estabelecia para a abertura de um local adequado que atendesse a demanda apresentada, explica, em parte, a antecipação da ação municipal em municipalizar os referidos serviços de saúde. Além disso, quando de sua inauguração, a Pensão Nova Vida constituía um serviço formado pelos convênios entre o município de Porto Alegre e o Estado do Rio Grande do Sul. O primeiro figurava formalmente como administrador, através da secretaria estadual de saúde, e o segundo cedia a instalação física.

Portanto, a década de 80 foi um período que revelou significativas mudanças na gestão da saúde em todos os níveis – federal, estadual e municipal –, transformando igualmente as concepções sobre saúde e saúde mental. A década seguinte veria a consolidação destas novas políticas públicas e, ao mesmo tempo, os primeiros ataques organizados contra elas.

Em 1993, o Estado do Rio Grande do Sul, através da Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde, aprovou o Projeto São Pedro Cidadão, que se materializou somente em 1999 com a criação do Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Este serviço obteve grande visibilidade pública, já que seria o responsável por desinstitucionalizar moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro que, como vimos, habita o imaginário dos cidadãos de Porto Alegre e do

Rio Grande do Sul por conta de seu tamanho e de suas histórias. Na mesma década, diversos outros municípios gaúchos implementaram leis municipais de saúde mental em conformidade com a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Em 1990 tiveram início as atividades da Pensão Protegida Nova Vida, com o atendimento de uma demanda por assistência por parte de 53 pacientes institucionalizados, egressos de uma clínica psiquiátrica da cidade de Porto Alegre, que acabara de desvincular-se do INAMPS¹³. Com sua desvinculação, os usuários não poderiam mais receber o usual atendimento pelo sistema público de saúde.



Figura 6 – municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul em evento alusivo ao Dia da Luta Antimanicomial (18 de Maio). Novo Hamburgo. Fonte: site da Secretaria da Saúde de Novo Hamburgo/RS.

¹³ Sistema vigente de 1974 até o nascimento do SUS no final dos anos 1980. Sua finalidade era prestar assistência médica aos que contribuíam para a previdência social.



Figura 7 – municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul em evento alusivo ao Dia da Luta Antimanicomial (18 de Maio). Passo Fundo. Fonte: site da Secretaria da Saúde de Passo Fundo/RS.

A psicóloga Maria de Fátima Bueno Fischer, hoje coordenadora do Serviço Residencial Terapêutico Morada Viamão, fez parte da equipe de fundadores da Pensão Nova Vida. Em palestra ministrada no Instituto de Psicologia Pichon Rivière, em Porto Alegre, ela contou um pouco da história da fundação da Pensão Nova Vida:

“[...]a prefeitura fez a solicitação de abertura de um novo serviço para atender aqueles pacientes desassistidos [...] estipularam prazo de três meses para a organização do serviço[...] e nos deram carta branca para escolher qualquer modalidade de atendimento” (Fátima Fischer).

No início, relata Fátima, os fundadores tiveram dificuldades para contratar os profissionais necessários para o funcionamento da Pensão. A proposta de um serviço residencial terapêutico era muito nova para todos. Além disso, não dispunham de uma estrutura física adequada, já que as oferecidas eram muito distantes geograficamente do centro da capital.

A seleção de profissionais aconteceu por meio de entrevistas. Ao todo, foram selecionados nove técnicos de enfermagem, dos quais apenas dois permaneceram após a admissão. Nenhum psiquiatra candidatou-se. Não houve

outra maneira senão contar com voluntários, familiares, aposentados, marceneiros, oficineiros, entre outros que se prontificaram a ajudar na abertura do serviço. A equipe de profissionais de nível superior contaria com um assistente social, um enfermeiro, um advogado, um pedagogo, um artista plástico e um psicólogo. Segundo Fátima, o serviço “inventava o cuidado” diariamente, pois não havia parâmetro de outros serviços com mesmas características. O único parâmetro (negativo) era o antigo modelo manicomial, mas o objetivo era justamente não reproduzi-lo.

“No início das oficinas temáticas”, relata Arejano (2002, p. 100), “a Pensão contava com 14 moradores, todos eles apresentavam dificuldades no convívio familiar e social, mas com perspectivas de reinserção social apontadas pela equipe técnica”.

A municipalização de 1994 começou a surtir efeito, possibilitando que no ano seguinte o recurso chamado *Casa de Transição* fosse incorporado à Pensão Nova Vida, visando proporcionar uma travessia entre o SRT e a vida cotidiana de uma forma mais compatível com a realidade a ser enfrentada pelos usuários.

Em 2002 – após aprovação da lei nacional da Reforma Psiquiátrica – , a partir da constatação de que muitos usuários que já tinham concluído seus planos terapêuticos retornavam, depois de certo tempo, para o SRT em busca de atendimento, foi criado o atendimento itinerante. Tal estratégia de intervenção tinha por objetivo limitar os conflitos geradores de exclusão por parte das famílias e da sociedade, permitindo que a equipe de profissionais passasse a atuar também nos próprios locais de moradia dos portadores de sofrimento psíquico. Este trabalho conduzido por uma equipe técnica realiza prioritariamente atendimentos domiciliares sistemáticos. Um de seus princípios centrais consiste na avaliação de que as famílias que recebem um familiar de volta do tratamento de saúde mental, necessitam frequentemente de algum apoio especializado para restabelecer o vínculo afetivo e social – e mantê-los – e para adquirir noções

básicas de modo a poder prestar os cuidados devidos em suas atividades cotidianas.

A partir de 2004, o SRT foi dividido em três módulos: além da casa de transição e do SRT propriamente dito, foi inaugurada a unidade Gomes Jardim, destinada a atender os moradores com maior capacidade de autonomia. Neste local, os próprios usuários cuidam do ambiente, da sua alimentação, das compras, administram a própria medicação e circulam pela cidade de forma autônoma. Apenas a Equipe Itinerante atua nesta unidade.

No SRT/Pensão ocorre o acolhimento dos usuários com menor grau de autonomia, necessitando de acompanhamento profissional em todas as atividades de vida diária, como idas a banco e supermercado, realização de consultas médicas, de acordo com a demanda de cada um.

O SRT Pensão Nova Vida, mantido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, localiza-se na Avenida Salvador França, número 1707, bairro Jardim Botânico na cidade de Porto Alegre. Porto Alegre conta com uma população de 1.436.123 pessoas (IBGE, 2008) em uma unidade territorial de 497 Km² (IBGE, 2008). O município pertence à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS). Possui 45 Unidades Básicas de saúde (UBS), 101 Programas de Saúde da Família (PSF) e 12 Centros de Atenção Psicossocial mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As políticas de Saúde Mental de Porto Alegre privilegiam três eixos de ação: a qualificação da Atenção Básica, a ampliação da rede de serviços especializados e a promoção e desenvolvimento da intersetorialidade (PORTO ALEGRE, 2009).

O atendimento no SRT Pensão protegida Nova Vida funciona 24 horas por dia, inclusive nos finais de semana e feriados. Conforme descrição da Secretaria Municipal de Saúde, é uma “forma de moradia temporária para pessoas portadoras de sofrimento psíquico com fornecimento de alimentação, serviço de enfermagem, acompanhamento psicossocial, acompanhamento terapêutico

individual, acompanhamento clínico em serviços do SUS, grupos terapêuticos e grupos de trabalho” (PORTO ALEGRE, 2009). Atualmente a equipe de profissionais é composta por três psicólogos, um nutricionista, um terapeuta ocupacional e uma enfermeira, além de profissionais de nível médio e auxiliares.

O serviço é considerado referência no âmbito da saúde mental de Porto Alegre e do Rio Grande do Sul, promovendo a restituição da condição de cidadão aos portadores de sofrimento psíquico referenciados por diversos equipamentos de saúde e assistência social. Conforme os profissionais entrevistados, diferentemente do que afirmara Arejano em 2002, quando a maioria dos usuários ainda traziam “consigo longos históricos de internações psiquiátricas”, atualmente os candidatos a vagas na Pensão Protegida são egressos de unidades básicas de saúde, fundação de assistência social (FASC), área da educação, habitação, entre outras.

Segue, abaixo, um quadro (adaptado de Dias, 2007) que sintetiza o contexto legislativo e político no Estado do Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, no qual foi implantado e passou a funcionar o SRT Pensão Protegida Nova Vida.

ANO	ACONTECIMENTOS
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Convênio para a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Dias, 2007, p. 80). • Início do mandato de Pedro Simon (PMDB) no governo do Estado do Rio Grande do Sul. • Início da política de saúde mental estadual pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.
1988	Promulgada a Constituição Federal do Brasil.
1989	Término do mandato de Alceu Collares (PDT) e início do governo de Olívio Dutra (PT) como prefeito de Porto Alegre. O PT permaneceria no comando da prefeitura da capital até 2005.
1990	<ul style="list-style-type: none"> • Promulgada a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo

	<p>assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo. Institui o Sistema Único de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Final do mandato de Pedro Simon (PMDB) e início do governo de Sinval Guazzelli (PMDB) no Estado do Rio Grande do Sul. • Inauguração do Serviço Residencial Terapêutico Pensão Protegida Nova Vida, em Porto Alegre/RS.
1992	<p>Entra em vigor a Lei nº. 9.716 de 7 de Agosto. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.</p>
1993	<p>Aprovado projeto São Pedro Cidadão pelo Conselho Estadual de Saúde.</p>
1994	<p>Início do processo de municipalização da saúde em Porto Alegre, conforme diretrizes do sistema nacional vigente.</p>
1995	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovada lei de saúde mental de Canoas/RS. • Início do funcionamento do dispositivo <i>Casa de Transição</i> no SRT Pensão Nova Vida.
1996	<p>Aprovada lei de saúde mental de Alegrete/RS.</p>
1998	<p>Aprovada lei de saúde mental de Bagé/RS.</p>
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Início do mandato do governador Olívio Dutra (PT) no governo do Estado do Rio Grande do Sul. • Entra em vigor o Projeto São Pedro Cidadão, seis anos após a aprovação do seu projeto, através da inauguração do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Iniciam-se as primeiras travessias de pacientes do hospital para o conjunto habitacional.
2001	<p>Entra em vigor a lei federal nº. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.</p>
2002	<p>Início da <i>Equipe Itinerante</i> como nova tecnologia assistencial no SRT Pensão Nova Vida.</p>
2004	<p>Inauguração da unidade Gomes Jardim como serviço interligado ao SRT Pensão Nova Vida.</p>

3.2. Aspectos metodológicos

Foram entrevistados sete trabalhadores da equipe do SRT Pensão Protegida Nova Vida, quatro de nível superior – de um total de seis - e três plantonistas de nível médio - 100% dos plantonistas noturnos. Em razão de questões referentes à demanda de trabalho, não foi possível entrevistar os profissionais de nível médio do turno diurno. A escolha dos entrevistados ocorreu de maneira aleatória, segundo o interesse dos próprios em participar do estudo.

A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2009 por intermédio de sete entrevistas semi-estruturadas com profissionais de nível médio e superior, dentre eles: psicólogos (3), terapeuta ocupacional e profissionais da área de enfermagem (3). Trata-se, portanto, de uma pesquisa descritivo-analítica com abordagem qualitativa. As entrevistas foram conduzidas tendo como parâmetro inicial a questão: “Como é o seu trabalho no SRT Pensão Nova Vida”?

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Procurei ter o cuidado em conduzir a entrevista de maneira imparcial, sem a adoção de juízos de valor. Os dados foram organizados e analisados segundo a literatura acadêmica e de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa, tendo por referência a legislação vigente e as políticas públicas existentes para a área de saúde mental.

O grupo estudado apresenta as seguintes características quanto a gênero, nível de formação escolar, faixa etária, ano de ingresso no serviço e experiência profissional prévia:

- 70% são mulheres;
- Entre os profissionais de nível superior, todos possuem pós-graduação, um em nível de mestrado, os demais em nível de especialização;
- Faixa etária compreendida entre 42 e 53 anos de idade;

- O funcionário mais antigo data do ano de 1997 e o mais recente de 2002;
- Apenas um trabalhador apresenta experiência profissional prévia em hospital psiquiátrico. Outros dois apresentam experiência como estagiários de hospitais psiquiátricos;
- As demais experiências profissionais prévias citadas são: consultórios privados, casa de abrigo, centro comunitário, hospital de pronto-socorro, centro de atenção psicossocial e magistério universitário;
- Dois profissionais não possuem experiência profissional prévia.

Nesta pesquisa, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que continha explicações a respeito do estudo e assegurava confidencialidade e anonimato dos dados coletados. Os entrevistados foram identificados pelas letras P (profissional) acompanhada do número da entrevista. Além disso, foram oferecidos esclarecimentos sobre o estudo aos participantes, e o compromisso do pesquisador de dar retorno dos resultados, assim como a garantia de que a sua participação na pesquisa não prejudicaria a sua situação profissional no serviço.

3.3. Construção e análise das temáticas

3.3.1. Problemas enfrentados na dinâmica diária de trabalho

Na categoria problemas enfrentados na dinâmica diária de trabalho são discutidos aspectos relacionados aos entraves percebidos pelos trabalhadores nas suas práticas e atividades profissionais. Os itens mais citados referem-se a problemas na rede de atenção em saúde mental e críticas à gestão pública.

- a) Rede da atenção em saúde mental

A questão da rede de atenção integrada em saúde mental é central na política do modelo assistencial vigente. A responsabilidade conferida aos CAPS de coordenar os serviços especializados e o propósito de efetivar ações com base na intersetorialidade – envolvendo áreas da cultura, lazer, habitação, saúde, trabalho e educação –, apesar de seus notórios avanços assistenciais e de promoção de cidadania, ainda mostra-se como um dos principais problemas ou “nós” na prática dos serviços de saúde mental.

Um dos aspectos mais difundidos na mídia e na opinião pública em geral refere-se à falta de leitos para internações psiquiátricas nesta rede. São recorrentes as manifestações de setores da sociedade a este respeito, principalmente devido à crescente demanda de casos de dependência química no Estado do Rio Grande do Sul. Tais movimentos mostram-se convictos em afirmar que o fechamento dos leitos - decorrentes de suas desativações em hospitais psiquiátricos – e a não abertura dos mesmos nos “novos” equipamentos de saúde instalados a partir da Reforma Psiquiátrica são os principais fatores causadores da desassistência na rede.

De fato, estudos específicos sobre os SRTs no Brasil indicam que estes serviços contemplam apenas 10,8% das necessidades de moradia do contingente de possíveis candidatos a usuários - habitantes dos hospitais psiquiátricos brasileiros –, desconsiderando que uma parte deles teria outras alternativas de desinstitucionalização, como, por exemplo, retorno à família de origem (Furtado, 2006).

[...]“Deveria existir maior número de SRTs em Porto Alegre[...]principalmente quando avaliamos a real necessidade. E, no entanto, não temos vagas”[...] (P1).

Furtado (2006, p. 788) destaca que “não parece haver correlação entre o número de leitos psiquiátricos e a quantidade de SRTs existentes por estado; podemos encontrar locais com muitos leitos e poucos SRTs ou nenhum, bem como estados com poucos leitos e razoável quantidade de SRTs”. Este dado indica que os critérios estabelecidos para abertura dos SRTs no Brasil mostram-se confusos, já que a principal função desses serviços seria providenciar a moradia de indivíduos “desinstitucionalizados” das instituições psiquiátricas.

Os problemas da rede de atenção, de qualquer maneira, não se resumem apenas à questão dos leitos psiquiátricos. Necessidade de ampliação do número de CAPS na rede assistencial é uma das urgências da cidade de Porto Alegre, como admite o próprio Plano de Saúde Mental do município. Além disso, nem o próprio Plano enfatiza como prioritária a questão das internações psiquiátricas, nem o discurso dos trabalhadores do SRT Pensão Protegida Nova Vida, objeto deste estudo, apontam esta questão como a principal dificuldade da rede de assistência – apesar deste item ter sido citado por um entrevistado.

O Plano de Saúde Mental (2005-2008) da prefeitura de Porto Alegre, em seu 2º eixo de direcionamento de ações, chamado “ampliação da rede de serviços especializados”, destaca que o conjunto interligado de serviços é insuficiente em virtude do número diminuto de Centros de Atenção Psicossocial em sua rede, já que “entre os anos de 1996 e 2001 não houve ampliação da rede de serviços especializados na modalidade CAPS, sendo este processo mais amplamente difundido a partir de 2002; paralelo a esta realidade houve um aumento significativo do número de pessoas acometidas de transtornos mentais nos diversos níveis em que estes se apresentam, fato este que faz com que a rede instalada seja insuficiente para dar conta dessa realidade complexa e multifatorial” (Porto Alegre, 2005, p. 10). A questão do déficit de leitos fica subentendida quando o documento admite que “é necessária a intervenção da gestão pública nos *diversos níveis* de atenção à saúde (...) como proposta de ação a ampliação da rede de serviços especializados”.

A necessidade de ampliação da rede de assistência nas ações de reinserção social foi outro aspecto problemático explorado por alguns trabalhadores do SRT. A seu ver, o trabalho em um SRT não tem sentido se não for dada seqüência posteriormente na esfera social. Por rede social, entende-se todos os equipamentos sociais disponíveis na comunidade, além dos de saúde propriamente dito. Para Dimenstein (2006, p. 76), os trabalhadores precisam “enfrentar a absoluta falta de uma rede de equipamentos sociais – comunitários e familiares – que sirva de base de apoio e de local de acolhimento, diversão e encontro para que as pessoas não fiquem confinadas nas instituições, ou mesmo na família”. Documentos do Ministério da Saúde concedem especial atenção a tais equipamentos sociais: “o valor estratégico e a vocação destes centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde” (BRASIL, 2005, p. 38).

[...] “a interligação com espaços abertos, com responsabilidade e desejo dos usuários é importante para eles, mas a rede de suporte não dá conta”[...] (P3).

[...] “às vezes a gente não pode entrar ou os seguranças ficam de olho o tempo todo... Em alguns locais eles já nos conhecem e tudo bem. Em outros eles pedem para não deixarmos eles (os usuários) sozinhos”[...] (P5).

Seria previsível que um serviço destinado a promover a reabilitação psicossocial de seus usuários citasse a falta de serviços de suporte social, ou ainda, a incapacidade destes serviços de aceitarem um usuário de saúde mental de forma não preconceituosa em seus espaços, como um problema. Como afirma Dimenstein (2006, p. 78), “as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem, por si só, a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos”. Estes trabalhadores têm a função de

enfrentar o social, portanto, e esta tarefa nada mais é do que desafiar um senso comum que, em grande parte, mesmo quando não declaradamente, acredita que lugar de louco é confinado a um manicômio, excluído do convívio social e, de preferência, “longe de mim”.

O fato, porém, é que de uma maneira geral, os serviços comunitários ainda são pouco acessados por profissionais de saúde mental. A intersetorialidade entre saúde mental, cultura, esporte, etc. ainda reflete um perfil terapêutico que tende a trazer estes setores para dentro dos serviços e não o contrário. Para Vasconcelos (2000, p. 58) “no Brasil, além da já tradicional hegemonia histórica da psiquiatria, assistimos um forte processo de psicologização(...)que em geral trabalham com um modelo de prática profissional inspirado na medicina liberal, de consultório, extremamente especializado e unidisciplinar o que, por outro lado, dada a baixa tradição no país de serviços sociais universais e com penetração na sociedade mais ampla, os serviços e profissionais da área social ainda possuem um papel bastante secundário e subordinado na Reforma Psiquiátrica brasileira”.

[...]“acho que o principal problema são as dificuldades para se conseguir as coisas...Somos muito sozinhos[...] tem preconceito, má vontade[...] uma ambulância para nós demora muito mais que pra outro lugar” (P6).

A reclamação acima reflete a dificuldade sentida por um trabalhador em acionar a rede interna de saúde. Em sua avaliação, há preconceito com relação às demandas advindas da área de saúde mental quando comparadas às de outras especialidades da saúde. Deste modo, identificamos trabalhadores descontentes tanto em relação à rede de atenção específica da área de saúde pública como da rede de suporte social abrangente – lazer, cultura, educação, etc.

A dificuldade em lidar com o “ambiente aberto”, descrito por parte dos trabalhadores, para atender demandas além daquelas tradicionais em saúde

mental e potencializar espaços de articulação intersetorial deriva do momento ainda não consolidado de transformação do modo de encarar e tratar a questão da saúde mental pelos agentes dos poderes públicos e pela sociedade. O manicômio mental, aquele que não necessita de muros, atinge ainda vários segmentos, inclusive o dos próprios trabalhadores da saúde. A internação psiquiátrica constituiu-se culturalmente como a primeira e única alternativa de atendimento em saúde mental, fazendo desta o “ponto de corte” do que pode ser chamado no senso comum de “boa” ou “ruim” assistência em saúde mental, dependendo da existência ou não desta modalidade de atendimento. Ou seja, a avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental se restringe, principalmente embora não totalmente, à possibilidade de internação hospitalar. Enfrentar o senso comum que ainda mantém o manicômio mental e cultural através da promoção do cuidado em liberdade parece ser uma das principais barreiras do tratamento e das atividades de quem lida com reabilitação psicossocial.

Além desta questão, Vasconcelos (2000, p. 57) aponta outras causas para as dificuldades da rede de atenção em saúde mental: “no Brasil, nas condições atuais das prefeituras, principais responsáveis pela assistência no processo de municipalização da saúde e saúde mental, essas condições ideais são raramente alcançadas, e muitas vezes assistimos a uma luta e mobilização muito forte dos trabalhadores de saúde mental para reivindicarem ou suprirem tais deficiências por outros meios(...)os governos municipais e a sociedade civil local devem se posicionar claramente em torno das bandeiras de prioridade do investimento social e da Reforma Psiquiátrica, e implantar de forma criativa as condições para implementá-la e motivar seus trabalhadores em torno dela”. Com isso, ingressamos no outro ponto levantado pelos trabalhadores: a crítica ao modo de gestão pública.

b) Críticas à gestão pública

A mudança de paradigma no trato com a questão da saúde mental é algo que está em processo - por vezes lento – e envolve diversos setores da sociedade. A cultura da internação hospitalar como primeira ou única alternativa permanece forte no senso comum quando o assunto é a loucura, psiquiatria, etc. Ao mesmo tempo, a falta de leitos na estrutura hospitalar é um reconhecido problema do SUS em diversas especialidades, não somente na psiquiatria/saúde mental. Entre os atores envolvidos – trabalhadores, usuários, familiares, corporações profissionais – na dinâmica de efetivação de uma assistência condizente com a proposta psicossocial da Reforma Psiquiátrica destaca-se em igualdade de importância o papel dos gestores da política pública.

O SUS, através da municipalização da saúde, confere ao gestor municipal grandes responsabilidades, pois este passa a ser o administrador do processo de formulação de uma agenda orientada a uma política pública em saúde mental para atender as necessidades da população.

A gestão em saúde mental no município de Porto Alegre foi o objeto mais freqüente de críticas feitas pelos entrevistados.

[...] “a principal dificuldade é a burocracia da administração pública[...] Não temos verba própria e todas as nossas necessidades passam pela secretaria (da saúde), o que é um dificultador[...] Também há a questão político-partidária que, em determinados momentos, dificulta nosso processo de trabalho”[...] (P2).

Os problemas envolvendo a gestão pública constituem um dos principais condicionantes da limitada expansão de serviços substitutivos no Brasil. Furtado (2006, p. 792) cita as dificuldades geradas a partir destes fatos: a descontinuidade dos projetos devido ao grande rodízio dos gestores nos cargos; a baixa interatividade dos gestores com os profissionais de saúde mental; a

implementação de SRTs não é prioridade na agenda dos gestores municipais; a locação de imóveis pelas secretarias de saúde é lenta; o financiamento dos SRTs está atrelado exclusivamente a uma fonte de recurso (AIHs – Autorização de Internação Hospitalar), além da dificuldade de realocação destas AIHs¹² para os municípios que implementaram SRTs.

As constatações apontadas por Furtado (2006, p. 792) a respeito dos problemas que afetam diretamente a expansão dos SRTs no Brasil corrobora as críticas dos trabalhadores que indicaram a gestão municipal de Porto Alegre como a principal responsável pelas dificuldades encontradas no dia-a-dia do seu trabalho no SRT.

[...] “Atualmente, a atual gestão em Porto Alegre desconhece e age contra os princípios do SUS; o modo de intervir é assistencialista, o que é um retrocesso nas ações que já realizávamos[...] Nosso tempo de trabalho não tem reconhecimento e ficamos sem acompanhamento, não há acompanhamento junto à equipe (de trabalhadores) e isso determina adoecimentos com diversas características”.(P2)

A dificuldade envolvendo o financiamento dos serviços substitutivos em saúde mental através dos recursos financeiros disponibilizados pelo governo federal, parece decorrer da pouca autonomia do serviço e de sua radical dependência da secretaria de saúde municipal. De fato, os problemas referentes ao financiamento estão mais atrelados às dificuldades de garantir o acesso aos recursos pelos serviços e não à sua escassez (Furtado, 2006). Além disso, Furtado (2006) acrescenta a este problema o fato de não haver uma

¹² Os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financiavam os leitos agora desativados, deverão ser realocados para os tetos orçamentários de Estado ou município responsável pela assistência ao paciente. No entanto esta realocação não é automática, devendo passar por discussões junto às comissões do Estado. Alguns Estados possuem normas específicas favoráveis à liberação automática. Os recursos originários das AIHs podem atingir cerca de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (sete a oito mil reais por mês), correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial.

normatização jurídica que garanta o emprego efetivo dos recursos provenientes dos leitos desativados em ações substitutivas em saúde mental.

Wetzel (2001) e Heck (2008) discutem a importância do papel dos gestores na implementação e gerenciamento do modelo psicossocial no município de São Lourenço do Sul/RS, cidade com renome nacional por respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica na área da saúde mental, sendo um dos mais reconhecidos triunfos do modelo psicossocial do Estado do Rio Grande do Sul, segundo profissionais, usuários e familiares. Wetzel (2001, p. 82) destaca: “a integração destes governantes às propostas como fundamental para que eles estabeleçam um vínculo de comprometimento com elas, para que se percebam como sujeitos, e dentro de um determinado grau de liberdade como decisores e possam operacionalizá-los no concreto”. Heck (2008) relata que em São Lourenço do Sul vigora forte compromisso com o SUS e a saúde mental, evidenciada, entre outros fatores, pela liberdade dada aos profissionais em definir os recursos assistenciais de acordo com as necessidades do usuário, mesmo que isto represente maiores custos financeiros. Esta possibilidade, que se contrapõe à maioria das outras realidades municipais, onde se reivindica maior compromisso dos gestores municipais e pontualmente aponta uma das críticas feitas por um dos entrevistados – o fato de “não ter verba própria e depender da secretaria da saúde” – constitui uma inovação na gestão de São Lourenço do Sul, que utiliza um recurso que pode agilizar a burocracia e adaptar-se às peculiaridades da questão saúde. Cabe, porém, lembrar que trata-se de um município pequeno, com grande parte da sua população residindo na zona rural, com um contexto menos complexo do que o dos grandes centros urbanos e com especificidades locais favoráveis à consolidação do modelo psicossocial de assistência a portadores de doença mental. De qualquer forma, o engajamento dos gestores aliado as alternativas de gestão diferentes daquelas puramente técnicas-administrativas constitui a base para o roteiro de sucesso de um gerenciamento das políticas públicas, conforme os pesquisadores citados.

Assim, o termo “vontade política”, comumente utilizado para referir-se ao porquê de uma determinada ação ou inação governamental, parece fazer sentido na implementação dos princípios e diretrizes do SUS nos municípios. O compromisso do gestor com a questão da saúde mental pode depender mais, por exemplo, da sua visão de mundo e de sua compreensão acerca da questão da loucura do que do compromisso de efetivar os pressupostos da Reforma. Este parece ser o ponto da crítica do entrevistado com relação às concepções e aos interesses político-partidários, de modo que os trabalhadores ficam dependentes de gestores mais ou menos compromissados com as políticas públicas da saúde mental previstas em lei a cada troca de governante.

O plano de saúde mental do município de Porto Alegre não prevê ações de gestão focadas nas críticas dos trabalhadores entrevistados, apenas menciona a “necessidade de uma intervenção da gestão pública nos diversos níveis de atenção à saúde contemplando como proposta de ação a ampliação da rede de serviços especializados” (Porto Alegre, p. 10).

Se o acesso a uma educação continuada em saúde é primordial para capacitar os trabalhadores da área para atuarem em uma dinâmica de trabalho pautada no cuidado em serviços psicossociais, parece ser o gestor um dos principais responsáveis por implementar a proposta de indissociabilidade entre ensino, trabalho e gestão (Ceccim, 2004) e por estar à frente da implementação de uma saúde mental que supere o fazer puramente prático e burocrático, apropriando-se do conceito ampliado de saúde e dos valores atribuídos à saúde mental após a Reforma Psiquiátrica. Para Renhardt (2006, p.148), “a complexidade da saúde impede que seja tratada apenas como produto de situações exclusivamente gerenciais, sendo necessário considerar as muitas peculiaridades, dinâmicas e movimentos próprios do setor, absolutamente incapaz de dar conta dessa sua incrível capacidade de produzir novas demandas sucessivamente”.

Desta forma, chegamos a consagrada noção do quadrilátero desenvolvida por Ceccim (2004), proposta que apoia-se na indissolubilidade entre ensino, gestão, atenção e controle social. Para o autor, o componente serviço não pode ser restrito às práticas de atenção, mas deve compor uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e a organização de conhecimentos do setor. Fagundes (1992, p. 3), ao tratar das relações estabelecidas nas formas de gestão e planejamento governamentais, adianta que as mesmas devem passar por um rompimento da fragmentação entre os setores (busca por intersectorialidade) e: “neste contexto, o conhecimento fundamentado na razão, na certeza, na previsibilidade, na repetição, na continuidade, é insuficiente e limitador”.

Observa-se que, segundo os autores citados acima, o gerenciamento da saúde não consiste em conduzir aparatos puramente técnicos como em outros setores administrativos, mas envolve mudanças nas relações, nos processos e, principalmente, nos indivíduos que atuam como profissionais à frente dos serviços. A este respeito Furtado (2006, p. 794) destaca: “a implicação do gestor municipal do SUS (secretários de saúde) parece ser decisiva para a expansão ou não dos serviços (...) o desenvolvimento de novas formas de gestão parece fundamental para superar a incompatibilidade entre a tradicional administração de outros serviços dentro do SUS e a forma de acompanhamento requerida pelas peculiaridades inerentes aos SRTs”. O conhecimento das particularidades do processo de trabalho em saúde é fundamental para que o “quadrilátero” descrito por Ceccim (2004) atue em todos os setores envolvidos, promovendo uma assistência de qualidade.

A outra maneira que o grupo entrevistado demonstrou seu ponto de vista sobre a resolutividade das suas práticas foi por meio da realização de **comparações com o modelo assistencial anterior**. O modelo psicossocial engendra novos dispositivos assistenciais e práticas clínicas que oferecem grandes desafios para os trabalhadores da área. Este ineditismo de experiências é um desafio para os trabalhadores que, conforme vimos (Paulon, 2007), não raras vezes demonstram medo e insegurança frente a tais inovações no

atendimento aos usuários. Apesar disso, de um modo geral, os profissionais da área - não somente aqueles advindos da militância pró Reforma Psiquiátrica – acreditam que o modelo atual de assistência representou um avanço na forma de tratamento de usuários de serviços de saúde mental no Brasil.

[...]“O único modelo de atenção hospitalar deve ser a internação em hospital geral[...] Acredito que a rede de atenção substitua o hospital psiquiátrico, acrescento que o melhor cuidado é o em liberdade, com possibilidade de escolha, com autonomia e com participação do usuário no processo”[...] (P2).

[...]“Acredito que o modelo hospitalar deveria estar presente apenas em casos extremos”[...] (P4).

[...] “A necessidade de hospital geral só é necessária nos dias de crise” [...] (P3).

[...]“Agora está melhor, não há mais restrição de saídas, de muros e portões[...] O tratamento não serve para prender”[...] (P4).

[...]“Não tem comparação né, o que foi feito com a vida dessas pessoas não dá pra esquecer[...] amanhã a gente pode precisar disso, nunca se sabe né[...] imagina, ir para um lugar daqueles, na nossa infância morríamos de medo[...] nos contavam de quem ia e nunca mais voltava”[...] (P6).

Os discursos nem sempre expressam a descrição de experiências de sucesso do modelo psicossocial. Em geral, o relato de experiências do modelo manicomial e segregador, por si só, parecem ser suficientes para afirmar a política atual para a saúde mental como superior e mais adequada.

[...]“*Embora nossa estrutura física não seja das melhores, deixando a desejar, assim mesmo não se compara ao caos que vivenciei há 25 anos atrás naquele local*”[...] (P1).

Apesar do grupo, em sua maioria, não considerar a questão dos leitos psiquiátricos na rede assistencial como um grave problema na efetivação de suas práticas laborais diárias, os trabalhadores, em sua totalidade, citaram a importância da internação como parte integrante da rede, destacando o hospital geral como o equipamento de saúde responsável por esta função, demonstrando uma aparente superação do hospital psiquiátrico enquanto possibilidade na rede de atenção de Porto Alegre, apesar do município ainda contar com estes dispositivos – mantidos pela esfera estadual –, já que ainda apresentam função social na cidade como, por exemplo, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, referência de internação para muitos municípios do interior do Estado.

[...]“*No momento, acredito ser necessário espaços em hospitais gerais para além das demandas psiquiátricas, havendo ao mesmo tempo a participação de outras especialidades para o cuidado do usuário*”[...] (P1).

Avalio que esta posição – de defender o modelo de assistência vigente mais através de críticas ao modelo anterior do que por relatos de experiências de sucesso – constitui um dos sintomas do momento político e de enfrentamento em que vive a área da saúde mental no país.

Os movimentos contrários à Reforma Psiquiátrica iniciaram um processo de articulação e crítica ao modelo psicossocial nos últimos anos. Em dezembro de 2008, por exemplo, foi realizado no Rio de Janeiro, no Colégio Brasileiro de

Cirurgiões o Seminário Saúde Mental, Política e Mídia¹³ com a finalidade de “informar a mídia, profissionais e a sociedade sobre as conseqüências da política oficial de saúde mental no Brasil, baseada na Reforma Psiquiátrica de Franco Basaglia implantada originariamente na cidade de Gorizia, Itália”. A divulgação do evento denominou de “genocídio” o que ocorreu no Brasil após a implementação da política que “destruiu o modelo assistencial hospitalar destinado a doentes mentais graves”. Na mesma época, gerou grande polêmica na mídia uma matéria publicada pela jornalista Soraya Agegge no jornal *O Globo*, do Rio de Janeiro, intitulada “*Sem hospícios morrem mais doentes mentais*”, à qual foi concedida menção honrosa na premiação da 30ª edição do prêmio jornalístico Vladimir Herzog de Anistia e Direitos Humanos, na categoria ‘jornal’.

Em 2007 foi muito difundida em Porto Alegre uma campanha chamada “*Loucura é falta de leitos psiquiátricos*”, liderada pelo Sindicato Médico do Estado do Rio Grande do Sul (SIMERS) em conjunto com entidades de familiares, como a AGAFAPÉ – Associação Gaúcha de Amigos e Familiares dos Portadores de Esquizofrenia. Na ocasião, a campanha publicitária antecedia aprovação do plano de saúde mental do Rio Grande do Sul para o atual governo, que ocorreu após votação bastante tensa em auditório da Secretaria da Saúde do Estado.

¹³ Fontes:

http://www.simers.org.br/cms/php/site_monta_internas.php?area=sindicato&id_item=1151&tabela=site_noticias. Acesso em: 16 de novembro de 2009.

http://www.fehospar.com.br/news_det.php?cod=3939. Acesso em: 16 de novembro de 2009.

Figura 8 – Campanha publicitária do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul em 2007



Prontamente, movimentos em defesa da consolidação do modelo psicossocial, manifestaram repúdio à premiação da matéria jornalística citada acima. Em defesa da Reforma, o I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, realizado em 2008 no município de Florianópolis, expôs, através de sua comissão organizadora, o seguinte texto¹⁴: “nos últimos anos a Reforma Psiquiátrica vem recebendo ameaças e ataques muito precisos, oriundos dos setores mais conservadores e reacionários, mais precisamente dos empresários de hospitais psiquiátricos privados e seus representantes em algumas universidades e associações... no ano passado, exatamente no último dia do Congresso de Bauru, comemorativo aos 20 anos do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental daquela cidade, que lançou o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’, foi publicada uma matéria intitulada “Sem hospícios morrem mais doentes mentais” da jornalista Soraya Agegge no Jornal *O Globo* (...) a matéria deturpou informações epidemiológicas, entrevistou os segmentos contrários à reforma psiquiátrica e defendeu, desde o título, a ampliação dos hospícios (...) agora, exatamente no dia do encerramento deste congresso, o I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, a Associação dos Familiares dos Doentes Mentais, braço social dos empresários da loucura, realizará evento no Rio de Janeiro, no

¹⁴ Texto entregue aos participantes do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental (2008) elaborado pela comissão organizadora do evento em parceria como Laboratório de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) e Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME).

Colégio Brasileiro de Cirurgiões, um dos espaços mais caros da cidade, para homenagear a autora da matéria (...) o I Congresso Brasileiro de Saúde Mental será uma ocasião importantíssima para elaboração de uma resposta imediata à manifestações desta ordem”.

É neste contexto, portanto, que trabalhadores da área encontram-se imersos entre suas atividades técnicas e laborais e disputas políticas. De todo modo, o grupo pesquisado é unânime em uma posição política a favor do modelo psicossocial. Apesar disso, a maioria do grupo informa não ter vivenciado experiência profissional em hospitais psiquiátricos. Apenas dois trabalhadores relataram ter tido experiências profissionais prévias em hospitais psiquiátricos:

[...“Eu já trabalhei lá[...]algumas pessoas dizem mesmo, mas não concordo, pois pra mim foi a experiência no manicômio que disparou o desejo de pensar e trabalhar num formato diferente do manicômio”[...] (P3)

[...]“Apenas como estagiário[...] acho que alguns poderão ter dificuldades, mas muitos que não tiveram tal prática, também podem ter atitudes ditas ‘manicomiais’[...] Acho que o que pode ajudar é manter uma discussão sistemática do nosso trabalho nas equipes”[...] (P1).

Os relatos referem-se a uma possível incompatibilidade ou dificuldade de um profissional com experiência e prática em hospitais psiquiátricos em atuar nos novos serviços. Parece consenso entre o grupo estudado de que o debate, a reflexão e o ‘patrulhamento’ mútuo – termo usado por um entrevistado – são as principais alternativas para evitar eventuais práticas não condizentes com a proposta de trabalho do SRT.

[...]“quem assume práticas manicomiais como sendo as corretas, sem reflexão, sem questionar, não pode trabalhar nos serviços substitutivos”[...] (P4).

Outro ponto importante refere-se à questão dos hospitais gerais e sua função na rede de serviços de saúde mental. Pode parecer coerente pensar que profissionais de saúde mental, principalmente aqueles ligados ao movimento pela Reforma Psiquiátrica e com algum grau de militância, possam apresentar maiores resistências quanto a condutas terapêuticas baseadas em internação psiquiátrica. Como vimos, a internação psiquiátrica constituiu-se, por muito tempo, como único recurso terapêutico em saúde mental, porém ela mantém sua função nos dispositivos atuais de atenção em saúde mental. Atualmente ela ocorre, ainda, nos hospitais psiquiátricos que não foram totalmente desativados e, preferencialmente, nos hospitais gerais. O grupo entrevistado revela certo consenso a respeito da importância da existência de leitos em hospitais gerais para a internação de pacientes com indicação para tal.

[...]“Considero que, as vezes, seja necessário espaço em hospitais gerais, pois, além das demandas psiquiátricas, também podem haver concomitantemente necessidade de participação de outras áreas para o tratamento do usuário”[...] (P1).

[...]“A rede de atenção substitui o hospital psiquiátrico[...] O único tipo de serviço hospitalar que precisamos é o de internação em hospital geral, para crises que não possam ser manejadas no CAPS”[...] (P2).

[...]“Internação é só pra crise forte mesmo, mas em hospital geral”[...] (P3).

[...]“O modelo hospitalar deveria estar presente apenas nos casos extremos[...]é apenas um dos componentes do atendimento, não é mais ‘central’ como antigamente”[...] (P4).

[...]“Agora tem os hospitais normais, o que acho muito melhor, não tem por que um hospital só pra loucos né[...] tem ainda é porque os hospitais não tem mais vagas, aí ainda dependemos dos psiquiátricos”[...] (P6).

O grupo de profissionais entrevistados mostra sincronia no discurso e nas suas práticas terapêuticas, evidenciando um entendimento a respeito da questão da internação psiquiátrica como sendo uma das condutas possíveis do plano terapêutico e com ênfase no hospital geral como dispositivo para tal fim. Além disso, o conceito de ‘internação’ incorporado pelo grupo marca uma diferença em relação a esta mesma conduta feita nos manicômios.

[...]“As internações são menos traumáticas[...] Agora se tira da crise e pronto, segue o tratamento no CAPS[...] Na época dos manicômios se fazia o tratamento com a pessoa internada”[...] (P3).

A internação em instituições hospitalares é, portanto, uma das alternativas de tratamento – ou parte dele – e aceita tanto pela literatura especializada quanto por documentos oficiais do Ministério da Saúde, com preferência para hospitais gerais com alas psiquiátricas e leitos clínicos para casos de dependência química. Apesar do termo ‘internação’ provavelmente causar desconfiança, os trabalhadores do equipamento de saúde mental estudado mostraram concordância com esta proposta, salientando que tal conduta não apenas transferiu-se do hospital psiquiátrico para o hospital geral, como também modificou-se para atender aos princípios reformistas do setor.

3.3.2. Perfil do profissional de saúde mental no contexto atual

Os entrevistados discorreram a respeito das características, valores e atributos que acreditam necessários para um profissional de saúde mental, tendo em vista a atual configuração do modelo assistencial. Neste item, os trabalhadores relataram suas **concepções de “tratamento”**.

O grupo entrevistado apresentou um discurso relativamente similar quando tratou da questão dos objetivos do tratamento a ser prestado aos pacientes do SRT. Os valores reformistas do setor também aparecem em seu discurso e demonstram ser o norte de suas práticas.

[...]“*Acredito que trabalhar com objetivo de resgate da autonomia destas pessoas...porque eles tem o direito a cidadania*”[...] (P1).

[...] “*Acrescento que o melhor cuidado é o cuidado em liberdade, com liberdade de escolha, com autonomia e com participação do usuário no processo*”[...] (P2).

[...]“*O desejo do usuário deve ser sempre levado em conta*”[...] (P3).

[...]“*O usuário tem que ser incentivado a participar do seu plano terapêutico*”[...] (P4).

O papel do usuário em seu tratamento, conforme interpretação dos discursos citados, é assinalado como devendo ser ativo e participativo, o que difere do modelo tradicional da saúde, em geral baseado na recepção de uma terapêutica pronta e com a responsabilidade única de segui-la por parte do paciente. Portanto, o papel fundamental do profissional de saúde mental consiste em ser promotor e estimulador desta 'participação'. Tal participação é entendida como promotora do protagonismo do paciente nas decisões e condutas terapêuticas em conjunto com os profissionais e familiares.

A participação social constitui um dos objetivos a ser atingido por um equipamento público de saúde com ênfase em reabilitação psicossocial. Ora, se a participação do usuário na sua comunidade, na sua cidade e na rede social é parte fundamental, nada mais habitual que se inicie pelo próprio tratamento. Costa Rosa (2000, p. 151) conceitua o modelo psicossocial de atenção em saúde mental a partir de quatro parâmetros fundamentais, sendo o primeiro: “a concepção de ‘objeto’ e dos meios de trabalho preconiza a implicação subjetiva do usuário, o que pressupõe a superação do modo de relação sujeito-objeto característico do modelo médico e das disciplinas especializadas que ainda se pautam pelas ciências positivas”.

A concepção descrita refere-se menos àquela descrita pela epistemologia positivista baseada em um sujeito conhecedor separado de um objeto a ser conhecido e mais para uma dimensão interpretativa entre sujeito e sujeito (tematizados, isto é, com prévia carga histórica, teórica, etc.). Nesta perspectiva, portanto, os trabalhadores do SRT preconizam que o usuário possa reconhecer sua condição de cidadão e de detentor de direitos, vontades, opiniões, saberes e crenças de acordo com o que prevê os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde: “o processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo (...) são protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares

dos CAPS e de outros serviços substitutivos (...) trata-se de um protagonismo insubstituível” (BRASIL, 2005, p. 39).

Para tanto, segundo Amorim (2009, p.197) o trabalhador de saúde mental deve providenciar uma desmontagem da realidade manicomial que seria “renunciar à perseguição da cura, na relação problema-solução, tomando como objeto a existência-sofrimento(...)a saúde passa, então, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de bem-estar definidos pelos princípios biomédicos”.

O segundo elemento destacado no discurso dos entrevistados trata do **valor da cientificidade** enquanto requisito para o profissional de saúde mental. A mudança do modelo assistencial, como vimos, alterou a estrutura de conhecimentos relacionados ao campo da saúde mental acrescentando novas áreas de conhecimento, incorporando, suprimindo e mantendo outras.

Saraceno (2001) e Amarante (1996) mostram que a assistência em saúde mental vem sendo muito mais decidida pelas experiências heterogêneas dos serviços do que por teorias construídas neste pouco tempo de funcionamento dos serviços no modelo psicossocial. Hirdes (2009, p. 297) conclui: “os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental, ou seja, existem princípios orientadores gerais, mas que, em última análise, estão subordinados aos *settings* específicos onde ocorrem as práticas”. Isso revela que o modo de conceber o tema da loucura por parte dos trabalhadores da área é decisivo na forma como a atenção será efetivamente prestada.

A maioria dos entrevistados não considerou o empoderamento científico como o fator de maior importância para determinar a qualidade de um profissional e da assistência prestada por um serviço. Há quem até critique abertamente a intelectualização sem finalidade prática.

[...]“*Acredito que todos podemos ter nossos referenciais teóricos que se ampliam ao longo das nossas vidas[...]a demanda, a vida prática pode nos levar a refletir e repensar nosso ‘saber fazer’ viabilizando novas teorias ou ampliando ou reafirmando as antigas*”[...] (P1).

[...]“*O que determina a reabilitação psicossocial são as nossas ações no dia-a-dia do trabalho*”[...] (P2).

Apesar de alguns autores¹⁵ apresentarem trabalhos atestando o aumento do leque de conhecimentos inseridos no campo da saúde mental a partir do processo da Reforma Psiquiátrica, principalmente em decorrência do ingresso de outras áreas científicas além daquelas tradicionais relacionadas à clínica – enfermagem, psicologia e psiquiatria –, os entrevistados parecem perceber o profissional como alguém que decide suas filiações teóricas em razão de sua prática e não o contrário. Em alguns momentos percebe-se a “teoria” como suporte não essencial, talvez nem levada muito a sério, diminuído de poder de influência sobre o bom profissional.

¹⁵ Vasconcelos (2000, p. 43-44): “se procurarmos visualizar as diversas disciplinas envolvidas na teorização e nas novas práticas de saúde mental, a lista não será pequena:

- a) a filosofia e a epistemologia, no sentido de discutir os pressupostos básicos das diversas concepções de homem e natureza e das características dos campos de conhecimento envolvidos”;
- b) a psiquiatria, com suas raízes nas ciências naturais e humanas;
- c) a psicologia, discutindo as interseções entre os processos psíquicos e sociais;
- d) a psicanálise, também com suas diversas correntes teóricas e clínicas;
- e) a sociologia, enfocando as condições sociais mais amplas correlacionadas à saúde e doença mental, e a antropologia, ao abordar as diferentes estruturas culturais e simbólicas associadas aos fenômenos mentais;
- f) o campo da saúde pública, que busca identificar as necessidades da área e planejar, executar e avaliar os programas de assistência em saúde mental;
- g) o campo das ciências políticas e institucionais, abordando as estruturas das políticas públicas e os processos políticos e institucionais, e os atores sociais e seus interesses, envolvidos nas diversas organizações de saúde mental, além de recombinações de uma ou mais disciplinas como é o caso do serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, educação física, arteterapia, entre outros”.

[...]“*O profissional deve estar capacitado para lidar com as diferenças...as teorias ajudam, mas não devem ser seguidas na íntegra*”[...] (P3).

[...]“*Eu percebo, na minha vivência prática, pouca efetividade e muito discurso[...]também muita intelectualização e pouca prática e atitude profissional de muitos*”[...] (P1).

Em outro caso, o discurso tende a salientar um perfil profissional como um dom, algo natural e singular daquele profissional como a mais fundamental característica de um trabalhador de saúde mental para efetuar adequadamente as suas atividades laborais.

[...]“*É preciso ter muito amor pelo que faz, ter paciência[...]porque o tempo deles não é o mesmo nosso entende, as coisas são lentas, não pode ficar ansioso [...] É preciso nascer pra isso, não é qualquer um que consegue*”[...] (P6).

No entanto, ao mesmo tempo em que os trabalhadores não conferem maior importância à detenção de conhecimento científico enquanto fundamental para o perfil e atuação do profissional de saúde mental, os valores difundidos pela Reforma Psiquiátrica estão presentes nos discursos dos entrevistados. A meu ver, eles expressam uma dificuldade em conceber a literatura relacionada à Reforma Psiquiátrica e seus conceitos - em bases teóricas amplamente voltadas as ciências humanas e sociais - como própria de um conhecimento científico que deva ser apropriado pelo profissional de saúde mental. . Este dado advém, do

meu ponto de vista, das formações acadêmicas de onde advém a maioria dos trabalhadores de saúde. Como vimos com Nunes (2007), os espaços de formação de profissionais de saúde elegem uma concepção de saúde na qual a ciência está relacionada à aspectos biológicos do processo saúde-doença, além de uma abordagem clínica compartimentalizada, mantendo-se longe do controle social e dos eixos estruturantes da política nacional para atenção à saúde.

O embate sobre cientificidade na saúde mental é comum desde a reordenação dos serviços no início dos anos 90: “este debate ainda é uma das marcas do processo da reforma no Brasil, e está presente nas universidades, nos serviços, nos congressos científicos e na imprensa corporativa (...) no primeiro momento, as associações de familiares juntaram-se ao coro de críticas ao processo de reforma, um dos argumentos principais reproduziam a exigência de “cientificidade” da psiquiatria, no pressuposto de que estaria presente no modelo anterior mas não nos novos dispositivos de atenção” (BRASIL, 2005, p. 47).

O problemático estatuto de cientificidade das ciências humanas, além de resultar de sua comparação com os êxitos das ciências exatas e biológicas, repousa na descrença, mesmo que sublinhada, por parte dos entrevistados, nos conhecimentos e práticas incorporadas pela Reforma Psiquiátrica. Conforme Vasconcelos (2000, p. 58): “dada a baixa tradição no país de serviços sociais universais e com penetração na sociedade mais ampla, os serviços e profissionais da área social ainda possuem uma papel bastante secundário e subordinado na Reforma Psiquiátrica (...) assim, a dinâmica atual das equipes profissionais vem tendendo a uma valorização relativa de práticas profissionais inspiradas na medicina liberal, de consultório, extremamente especializado e unidisciplinar”.

Campos (2003) procurou descobrir as concepções de serviços de saúde mental de trabalhadores de diferentes equipamentos de saúde mental da cidade de São Paulo. As discussões apontam para a forte presença do discurso positivista funcionalista característico das relações estabelecidas na saúde mental

à época dos grandes manicômios, com a doença passando a ser objeto da ciência. O autor conclui: “é preciso resgatar, tanto no plano do ensino quanto no âmbito dos serviços, os conceitos sobre saúde-doença que iluminaram os princípios da Reforma Psiquiátrica que não foram incorporados pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde), ficando comprometida dessa forma a superação das próprias práticas” (Campos, 2003, p. 627).

O grupo entrevistado nesta pesquisa, diferentemente do que mostrou Campos (2003), parece não necessitar, primordialmente, resgatar os princípios da Reforma Psiquiátrica, pois todos dominam, em parte, os valores e conceitos advindos da área. Contudo, não parecem reconhecer este conjunto de saberes como elementos atrelados necessariamente ao conhecimento científico que embasa as práticas dos novos serviços.

De todo modo, parece ainda ser a área da saúde mental aquela que apresenta os maiores avanços na direção da interdisciplinaridade no setor saúde, seja pela maneira como vêm sendo promovidos espaços acadêmicos de formação, seja pela configuração das suas equipes em CAPS, SRTs, entre outros. A dificuldade em reconhecer o profissional de saúde mental como alguém produtor e produto do conhecimento científico é um processo lento, assim como a consolidação total da reforma da saúde mental no país. Apesar dessas dificuldades, parece haver um esforço para recolocar novas bases teóricas e práticas em saúde mental a fim de “criar condições favoráveis para os profissionais reelaborarem a sua cultura e identidades profissionais” (Vasconcelos, 2000, p. 59).

CONCLUSÃO

A pesquisa visou conhecer os pontos de vista de trabalhadores de um serviço especializado de saúde mental sobre o funcionamento de um Serviço Residencial Terapêutico, suas concepções e práticas, os problemas enfrentados, seus valores, sua relação com outros órgãos públicos municipais e como se percebem dentro do modelo psicossocial de atenção em saúde mental. Procurei descobrir qual seria, do ponto de vista dos trabalhadores, o perfil ideal de um profissional da área da saúde mental para atuar nos novos serviços assistenciais do modelo decorrente da implementação da Reforma Psiquiátrica.

Minhas inquietações iniciais sobre essa temática derivaram da minha trajetória acadêmica na área da saúde mental. Com isso, procurava, de algum modo, conhecer como vem ocorrendo o avanço e a efetivação da política pública na área da saúde mental, advinda dos ideais do movimento pela Reforma Psiquiátrica, já que esta encontra-se em expansão por meio de progressiva substituição de leitos em hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária. Para isso, recorri à coleta e análise do discurso dos trabalhadores, conhecidos como a “ponta” do sistema.

Por meio da realização das entrevistas com os trabalhadores do SRT Pensão Protegida Nova Vida, verifiquei que o grupo estudado compreende os princípios e valores que norteiam a política pública para a área da saúde mental no Brasil, ainda que apresentando diferenças de compreensão e reflexão a

respeito da temática, sobretudo entre os profissionais de nível superior e os de nível médio. Tal constatação não desqualifica os argumentos usados pelos trabalhadores, apenas revela que às diferenças de perfis educacionais dos profissionais pesquisados correspondem certas distinções em sua apreensão do novo modelo vigente de atendimento psicossocial. Ainda assim, o grupo estudado caracteriza-se pela coesão discursiva, em parte, avalio, devido ao grau de pactuação formado a partir de sistemáticas reuniões de equipe que o grupo realiza no serviço.

Quanto aos problemas que enfrentam no dia-a-dia de trabalho no SRT, os entrevistados mencionaram a rede de atenção e a gestão pública como os principais entraves ao trabalho. Apontam a falta de equipamentos de suporte social, ou seja, mecanismos de apoio fora da área da saúde; o insuficiente número de equipamentos de saúde mental, mais especificamente Serviços Residenciais Terapêuticos, mas não somente; e dificuldade de interlocução dentro da própria área da saúde e até a ocorrência de discriminação de tratamento nos casos de atendimento de pacientes da área de saúde mental. As dificuldades relacionadas aos suportes sociais e às ações na rede de saúde refletem o persistente estigma com relação à questão do louco e da loucura, percorrendo todos os setores da sociedade, inclusive trabalhadores da área da saúde. A simples reordenação de serviços, como previsto no arcabouço jurídico da área, não é capaz de realizar mudança tão complexa. A mudança cultural no imaginário referente à loucura requer um espaço de tempo muito maior e talvez seja um dos motivos pelos quais os ideais da Reforma Psiquiátrica enfrentam sérios obstáculos de implementação, ao lado da explosão dos casos de dependência química e da reação de oposição de setores médicos e de familiares de pacientes. A questão do insuficiente número de unidades assistenciais de saúde é um dos pontos mais conhecidos e apontados pela mídia, sendo inclusive usado como ponto de partida do movimento contra a Reforma Psiquiátrica. O caso específico dos SRTs, como destaca Furtado (2006), apresenta larga incoerência na implementação deste dispositivo especializado no país – locais com grande demanda de usuários de hospitais psiquiátricos e poucos SRTs e vice-versa.

O segundo item da categoria relacionada aos problemas do modelo assistencial focou as dificuldades da gestão pública em saúde mental. Para os trabalhadores entrevistados, burocracia, falta de verbas, isolamento dentro do setor saúde municipal, desconhecimento dos princípios do SUS, entre outros, foram as principais críticas. Conforme a literatura especializada, a gestão pública dos equipamentos de suporte social e de saúde, também é protagonista na rede de atenção e por isso são passíveis de apresentar as mesmas deficiências. O despreparo de parte dos profissionais de aparelhos de suporte social e de saúde tende a ser semelhante ao dos gestores da área. Furtado (2006), mais uma vez, elencou diversas causas para a crise da gestão em saúde mental, que passa por descontinuidades dos gestores em seus cargos até a pouca prioridade dada a questão da saúde mental na agenda política de saúde.

A categoria seguinte de análise referiu-se às comparações realizadas pelos trabalhadores entre o modelo psicossocial baseado em serviços comunitários e o modelo anterior centrado na internação em grandes hospitais psiquiátricos. Nesta categoria, destaca-se a homogeneidade do grupo no que se refere às posições favoráveis à expansão do modelo psicossocial e à total desativação do modelo hospitalocêntrico. Os trabalhadores, mesmo aqueles menos identificados com uma carreira envolvida na militância pró Reforma Psiquiátrica, parecem identificados com a proposta ideológica deste movimento. Identifico o momento de tensão vivido na área da saúde mental e da psiquiatria, através de embates entre reformistas e movimentos contrários à reforma, e todos os estereótipos e imaginários negativos atrelados aos manicômios, apresentados como verdadeiras câmaras de tortura pelos reformistas nas últimas décadas, como uma das principais causas pelas quais os trabalhadores exaltam o modelo vigente por intermédio de depreciação ao modelo anterior, ao invés de, talvez, o fazerem por meio de apresentação de experiências de sucesso do modo psicossocial de atenção.

A categoria seguinte procurou identificar o perfil adequado dos profissionais de saúde mental segundo avaliação dos próprios trabalhadores. O primeiro item analisado tratou da maneira como os trabalhadores concebem a questão do tratamento dos usuários. Observou-se o sincronismo das respostas em relação aos valores atribuídos ao “profissional ideal” e à questão da participação social como objetivo a ser atingido por este profissional como forma de promover a saúde e a cidadania do usuário. Alguns discursos identificaram também o papel do usuário – a ser buscado como forma de tratamento pelos profissionais – que é o de ser alguém ativo e agente do seu tratamento e não mais figurar como mero receptor de práticas terapêuticas isoladas, como é comum nos tratamentos de saúde básicos.

No último item desta categoria, discuti a forma como os trabalhadores manifestaram-se a respeito das questões envolvendo a cientificidade e a teoria em saúde mental. Se por um lado a literatura especializada nos alerta para a falta de uma ciência consolidada em saúde mental – a partir da reformulação assistencial pós Reforma Psiquiátrica –, em parte pela brevidade desta reformulação e pela não sistematização das experiências realizadas nos serviços de todo o Brasil, por outro lado os entrevistados manifestaram-se, em sua maioria, receosos e descrentes com relação a haver uma “teoria” científica para a sua área de atuação. A produção científica não demonstrou ser um fator importante para o trabalho destes profissionais, sendo, por vezes, considerada até prejudicial, sobretudo se alheia às vicissitudes da prática terapêutica cotidiana. Na discussão, conclui-se que apesar do grupo estudado não apresentar um discurso em conformidade com as diretrizes teóricas positivistas, o modelo “doença capturada pelo hospital”, e mostrarem intimidade – principalmente os profissionais de nível superior – com a literatura na qual se baseia a Reforma Psiquiátrica, eles não concebem os conteúdos advindos das ciências humanas e sociais como dotados de maior “cientificidade” ou de grande importância em suas práticas laborais. Desta forma, a prática e a teoria aparecem como duas esferas separadas, quase alheias entre si, com soberania da primeira sobre a segunda, que, por vezes pode ter alguma utilidade.

Considero que atingi os objetivos a que me propus com esta pesquisa, visto que pude compreender os pontos de vista individuais e do grupo dos trabalhadores do SRT estudado. Os SRTs são equipamentos de saúde fundamentais para a consolidação da assistência em saúde mental, segundo a orientação de prestação de serviço em base comunitária. Os problemas de escassez de recursos, de serviços, etc. são também problemas que atingem o SUS de uma maneira geral e não somente na área da saúde mental. O investimento em educação em saúde para os profissionais da área parece ser essencial no momento em que se verifica uma mudança complexa no paradigma cultural e assistencial em saúde mental e na saúde em geral.

Verifica-se a necessidade de transformar as vivências clínicas (Berlink, 2008) em experiências socialmente compartilhadas através de mecanismos como o implantado pela Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF), que reúne uma comunidade científica de diversas universidades do Brasil, Argentina, México, Colômbia e França, com o intuito de arquivar e divulgar as experiências de trabalho em saúde mental para que os trabalhadores se tornem autores da Reforma. Hirdes (2009, p. 301) acredita que a socialização das informações e experiência é principal caminho a ser percorrido no sentido de “diminuir a lacuna existente entre um referencial teórico arcaico e um novo referencial, ainda incipiente na sua ação prática”.

A difusão de experiências diminui a sensação de medo entre os trabalhadores da área (Paulon, 2007), inerente do processo de “invenção” do cuidado. A invenção é que permite que o processo de cuidado atualize-se e tenha valor fundamental nas práticas de reabilitação psicossocial: “a experiência dos técnicos envolvidos mais diretamente com os moradores, como os cuidadores, produz uma ‘técnica’ de escuta e mobilização, que não admite cartilhas nem regras preestabelecidas ou imutáveis” (Honorato, 2008, p. 361) – com profissionais, muitas vezes, despreparados para lidar com as novas práticas clínicas.

Honorato (2008, p. 373) é esclarecedor, ainda, quando aponta: “a tarefa já parte de um valor, de que o manicômio isola (...) sua função é reparadora, é de reabilitar (...) há um risco aí, o de determinar o que é melhor para o outro”. Portanto, o julgamento a respeito do trabalho dos profissionais passa por quanto perto ou longe está o “determinar o melhor para o outro” de cada trabalhador das diretrizes da política pública para o setor.

As combinações e articulações entre os diversos dispositivos envolvidos na assistência à saúde mental são inúmeras, podendo gerar diferentes formatos de rede de atenção em diferentes regiões e comunidades. Apesar de incipientes, Zambedenetti (2007, p. 279) apresenta um estudo em que diversos relatos de experiências mostram “diferentes estratégias atualizadas na construção da rede de atenção em saúde mental que podem envolver a implementação de serviços substitutivos especializados como a implementação de ações de saúde mental na atenção básica, atendimentos em conjunto (realizado entre serviços especializados e de atenção básica, criação de equipes volantes, etc.)”.

Parece crucial, além disso, a necessidade de instrumentalização dos profissionais da saúde e da saúde mental – trabalhadores dos serviços, gestores, etc. – através de investimentos em formação, educação permanente e acesso a este compartilhamento de informações. A reversão total do modelo assistencial não ocorrerá somente na arquitetura dos equipamentos de saúde, mas também em mudanças culturais a respeito do que realmente acredita-se ser a loucura e o lugar do louco, da doença mental e como cuida-lo. O primeiro passo parece ser assumir que o convívio com os diferentes causa reações, estranhamentos e perplexidade, apesar da aparente tolerância crescente por parte da sociedade com relação às minorias e aos portadores de necessidades especiais. Por este motivo, acredito serem eficazes as ações de caráter informativas e de pronto esclarecimento acerca de características particulares de segmentos da população e das políticas públicas direcionadas a estes grupos tendo como alvo o público em geral.

Do ponto de vista da consolidação do modelo psicossocial da assistência em saúde mental, parece ser a diminuição da dependência com relação ao grau comprometimento individual dos trabalhadores ou de alguns serviços e mais o aumento da segurança legislativa, da mudança cultural – inclusive de muitos profissionais – e de uma ação inclusiva que vá além de qualquer especificidade técnica ou de vínculo com o movimento pela Reforma Psiquiátrica, os pontos necessários para que processo evolua conforme as diretrizes estabelecidas pela legislação. Dessa forma, sem desconsiderar as visões de mundo dos profissionais de saúde mental, o que parece urgente neste momento do processo de disputas nos campos políticos é caracterizar o trabalho nos serviços psicossociais de saúde mental como possuidores de prática política e científica para atender as demandas impostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Para finalizar, espero com este trabalho ter contribuído para a produção científica na área da saúde mental e que, a partir dele, discussões, análises e reflexões possam ser feitas por demais interessados na área. A complexidade de aspectos e variáveis que envolvem a área da saúde mental, mais do que nunca, necessita de olhares multiprofissionais - com o ideal da interdisciplinaridade – com destaque para os conhecimentos advindos das ciências humanas e sociais de onde já advém a grande parte dos conhecimentos embaixadores do movimento pela Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p 45-63.

_____. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e praticas de cuidado no serviço residencial terapêutico**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 195-204. 2009.

AREJANO, Ceres Braga. **Reforma Psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2002.

BELINI, Marya Gorete; HIRDES, Alice. **Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental**. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 15, número 004, pp. 562-569. UFSC, Brasil. 2006.

BERLINCK, Manoel Tosta, MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. **A Reforma Psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n.1, p. 21-28. 2008.

BERTOLETE, José Manoel. **Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, Ana. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2001. p. 155-158.

BOTEGA, Neury J.; DALGARRONDO, Paulo. **Saúde mental no hospital geral**. São Paulo, Hucitec, 1997.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. **De Volta Para Casa**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

_____. **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. Diário Oficial da União 2001.

_____. **Lei nº. 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Diário Oficial da União, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde e da Educação. **Portaria Interministerial n. 2117 de 3 de novembro de 2005.** Institui a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 4 de novembro de 2005.

_____. **Saúde Mental em Dados 3.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Saúde Mental em Dados 4.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Saúde Mental em Dados 5.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Saúde Mental em Dados 6.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Residências Terapêuticas. Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; SOARES, Cássia Baldini. **A produção de serviços de saúde mental: a concepção dos trabalhadores.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 002, p. 621-628. 2003.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; et al. **Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.5, n. 2, mai./ago. 2001.

CASTRO, Eliane Mauerberg de. **Atividade Física Adaptada.** Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set.-out., 2004.

COSTA-ROSA, Abílio da; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. **As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, mai/ago. 2001.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada são pedro.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social PUCRS. Porto Alegre, 2007.

DIMENSTEIN, Magda. **O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais.** Revista Mental, Barbacena, vol. IV, n. 006, p. 69-83. 2006.

FEUERWERKER, Laura C. M.; SENA, Roseni R. **Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde;** uma avaliação da experiência UNI. Interface, v. 6, n. 10, p. 37-50, fev. 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo Editora Perspectiva. 1978.

_____. **O nascimento da clínica.** Ed. Forense, Rio de Janeiro, 1980.

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

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4.^a ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo, Perspectiva, 1974.

GUIMARÃES, Jacileide; MEDEIROS, Soraya Maria de; SAEKI, Toyoko; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11. 2001.

HECK, Rita Maria; BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado; CEOLIN, Teila; KANTORSKY, Luciane Prado; WILHICH, Janaína Quinzen; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopínger. **Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial**. Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 004, p. 647-655. 2008.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n. 1, p.297-305. 2009.

_____. **Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim/RS: EdiFAPES, 2001.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, Ana. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2001. p. 55-59.

LIMA, L. A., LOVISI, G. M., MORGADO, A. F. **Questões da bioética no contexto da reforma psiquiátrica**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48(1): 21-27,1999.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 105-116. 2009.

MIELKE, Fernanda Barreto; KANTORSKI, Luciane Prado; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; PLSCHOWSKY, Agnes; MACHADO, Marlene Silva. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 159-164. 2009.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 265-287. 2007.

NASI, Cíntia. **O cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da sociologia fenomenológica**. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 21 -31. 1997.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo, Editora Hucitec. 2007.

MELMAN, Jonas. **Para além da culpa ou da vitimização. Inventando um lugar para os familiares e para os profissionais de saúde mental.** In: MELMAN, J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Editora Escrituras, p. 141-149. 2001.

PAIM, J.S. **As ambigüidades da noção de necessidade em saúde.** Planejamento. Salvador: 1980. 8 (1/2), p. 39-46.

PAULON, Simone; RESENDE, Vera; KNIJINIK, Cristiane; OLIVEIRA, Eler Sandra; ABREU, Maria Conceição. **Das múltiplas formas de habitar uma moradia: a produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico.** Revista Vivência, Natal, n.32, p.119-137. 2007.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **O que é a reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?** In: PITTA, Ana. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2001. p. 19-26.

PORTO ALEGRE. **Coordenação de Comunicação Social.** Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br/noticias/Default.asp?proj=81&secao=366&m1=32463>. Acesso em: 21 de outubro de 2009.

_____. **Plano de Saúde Mental 2005-2008.** Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Política de Saúde Mental. Assessoria de Planejamento. 2005.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=807. Acesso em: 19 de setembro de 2009.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=236. Acesso em: 21 de outubro de 2009.

PUGIN, Valéria Mastrange; BARBÉRIO, Yolanda; FILIZOLA, Carmem Lúcia Alves. **A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção.** Revista Latino- americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 59-68. 1997.

PUSTAI, Odalci José. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004. 3 ed. p. 69-75.

RABELO, Ionara Vieira Moura; TORRES, Ana Raquel Rosas. **Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia.** Revista Estudos de Psicologia, Campinas, v. 23, n. 3, p. 219-228. 2006.

RABELO, Mercedes. **Considerações acerca do processo de municipalização da saúde no RS: institucionalidade, financiamento e percalços.** In: Indicadores Econômicos FEE. Fundação de Economia e Estatística – FEE Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 156-173. 1999.

REICHNHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. **Adoecer e morrer no Brasil nos anos 80: perspectivas de novas abordagens.** In: GUMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). Saúde e Sociedade no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9716 de 07 de Agosto de 1992.** Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. 1992.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.** In: PITTA, Ana. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2001. p. 13-18.

_____. **Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de teoria.** In: PITTA, Ana. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2001. p. 150-154.

SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade.** Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Intergrada, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, mai/ago. 2004.

SOARES, Darli Antônio; ANDRADE, Selma Maffei de; CAMPOS, João José Batista de. **Epidemiologia e indicadores de saúde.** In: CORDONI Jr., Luiz (org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 183-210.

VASCONCELOS, Eduardo. **Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual.** In: VASCONCELOS, E. (Org.). Abordagens Psicossociais Volume II. Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares. São Paulo, Editora Hucitec, 2008. p. 27-55.

_____. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental.** Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 54, p. 35-67. 1997.

WETZEL, Christine; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **A construção da diferença na assistência em saúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul-RS.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 77-87, mai/ago. 2001.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; PERRONE, Claudia Maria. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. Physis: Revista de saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293.2008

Serviços Residenciais Terapêuticos no Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=716>. Acesso em 12 de julho de 2009.

IBGE. IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 16 de maio de 2008.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE. Apresentação da política de atenção integral em saúde mental. 2007.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – mestrado em Ciências Sociais. Estou realizando uma pesquisa sobre a prática dos serviços residenciais terapêuticos da região metropolitana de Porto Alegre, cujo objetivo é realizar uma análise do conceito de Reabilitação Psicossocial, o que, para diversos autores (Saraceno, Amarante) vem sendo muito mais decidido pelas práticas dos serviços e pela autonomia dos trabalhadores do que por uma teoria construída.

Sua participação envolve realizar uma entrevista, que será gravada se assim você permitir, e que tem a duração aproximada de 25 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir em qualquer momento, tens absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador no fone (51) 85240191.

Atenciosamente

Leonardo de Santi Helena Cunha
Matrícula: 071900856

Porto Alegre
Data:

Prof. Dr. Ricardo Mariano

Orientador

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data