



Maria Cristina Loureiro Cruz

**Serviços Residenciais Terapêuticos do
Instituto de Psiquiatria da Universidade
Federal do Rio de Janeiro e o Serviço
Social: a busca pela desinstitucionalização
e autonomia dos usuários**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ilda Lopes Rodrigues da Silva

Rio de Janeiro
Junho de 2012



Maria Cristina Loureiro Cruz

**Serviços Residenciais Terapêuticos do
Instituto de Psiquiatria da Universidade
Federal do Rio de Janeiro e o Serviço
Social: a busca pela desinstitucionalização
e autonomia dos usuários**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social do Departamento de
Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da
PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora
abaixo assinada.

Profa. Ilda Lopes Rodrigues da Silva

Orientador

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profa. Sueli Bulhões da Silva

Departamento de Serviço Social - PUC-Rio

Profa. Carla de Meis

UFRJ

Profa. Mônica Herz

Vice-Decana de Pós-Graduação do
Centro de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 12 de junho de 2012

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Maria Cristina Loureiro Cruz

Graduou-se em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da UFRJ em 1985 e graduou-se em Pintura pela Escola de Belas Artes da UFRJ em 1995. Como assistente social já atuou nas áreas de segurança pública, em delegacias policiais; na área de assistência estudantil; coordenação de estágios de Serviço Social; na área da saúde e de saúde mental. Desde 2002 é assistente social do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB). Como artista plástica já participou de exposições coletivas e individuais de arte; tem experiência docente; com trabalhos de ilustração de revistas de publicação acadêmica, tanto da categoria profissional de assistentes sociais quanto de outros órgãos públicos e/ou universitários, bem como de divulgação de eventos de Serviço Social, além de confecção de material didático para pesquisa.

Ficha Catalográfica

Cruz, Maria Cristina Loureiro

Serviços Residenciais Terapêuticos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e o Serviço Social: a busca pela desinstitucionalização e autonomia dos usuários / Maria Cristina Loureiro Cruz ; orientadora: Ilda Lopes Rodrigues da Silva. – 2012.

204 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2012 .

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Serviços Residenciais Terapêuticos. 3. Saúde Mental. 4. Desinstitucionalização. I. Silva, Ilda Lopes Rodrigues da. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Dedicatória:
Maria Helena Loureiro
Duíduar! Urior Amor de Mãeduir!

Agradecimentos

À Professora Ilda: pelos conhecimentos transmitidos e a sabedoria de poucos para com as intempéries. Pela seriedade, compromisso e companheirismo durante todo o tempo. Aliás, antes e depois também;

Ao Carlos meu irmão querido: Lula, pelo nosso amor e à sua/nossa família linda;

Ao Jorge, Tabata, Patrick, Flavia e Ivani Maria: meus amigos/irmãos da família;

À Adriana Seabra (a Tigre) e Elisa Seabra: irmãs queridas e companheiras de vida;

Ao meu pai Carlos Cruz e Alice;

À Lica (Eliane Santos): amizade e incentivo firmes. Crescimento, franqueza, farpas e muitas gargalhadas também;

À Profa. Paula Poncioni: amizade e disponibilidade que se traduziram em muitas colaborações preciosas em vários momentos desde a elaboração do projeto até a apresentação da dissertação. Mas, sobretudo, por todas as conversas, sinceras e profundas sobre os diversos assuntos. Pelas falas e pelos ouvidos: muito obrigada;

Suely Broxado: um apoio sempre presente e importante para a jornada;

À Profa. Inez Terezinha Stampa: pela recepção no curso, com competência, carinho e respeito;

À Profa. Andréia Clapp Salvador: aulas incentivadoras à busca pela ampliação de conhecimentos e a condução das mesmas de maneira inclusiva, com brechas apropriadas de descontração. Uma companheira de caminhada.

À Profa. Sueli Bulhões da Silva, pelas leituras atentas e importantes contribuições de experiente pesquisadora;

Ao pessoal da secretaria do Departamento de Serviço Social: Joana, Bruno e Mariana, pela simpatia e educação, mas, sobretudo, pelo profissionalismo;

Ao pessoal da minha turma, um grupo composto de assistentes sociais: uma sorte compartilhar este momento de trocas, de amizade, de companheirismo. Pelas brincadeiras, pela camaradagem e interesse verdadeiro por discutir e aprofundar assuntos diversos, importantes e inerentes à nossa profissão;

À Verônica Gomes: valeu amiga! Carinho e afinidades;

À Profa. Luciana Zucco: pela disponibilidade, solidariedade e amizade. Forças que ajudaram em vários momentos;

À Profa. Mione Apolinário Sales: presente de várias maneiras e em vários momentos importantes. Conexão viva e de vida;

À assistente social Sônia Beatriz Sodré Teixeira, pelas valiosas observações e participação na banca de qualificação do projeto de pesquisa;

À Profa. Carla de Meis por sua disponibilidade e participação na banca examinadora da apresentação da dissertação. Obrigada pelo incentivo e pelas importantes colocações;

Às amigas queridas: Angélica Silva, Anna Paula de Souza Gama, Bia Andrade, Carmem Raymundo, Cácia de Oliveira, Cláudia Sabino, Glaucia Calaffiori, Rosélia Magalhães e Simone Cazarin. Nos momentos difíceis e também nas comemorações vida a fora. Que bom ter vocês por perto;

Às colegas de trabalho: Andreia Nogueira, Juliana Rosas, Liz Bardal, Maria do Socorro, Marina Alecrim e Nusia Rosa. É muito bom trabalhar com quem a gente confia e tem amizade.

Aos profissionais e usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ, cujas contribuições viabilizaram a efetivação desta pesquisa;

Aos profissionais de outros Serviços Residenciais Terapêuticos do município do Rio de Janeiro, pela disponibilização e colaboração valiosas que se somaram aos achados do estudo proposto;

À todas as colegas da equipe e coordenação do Serviço Social do IPUB/UFRJ, assistente social Carmem Tourinho, pela cobertura das minhas ausências e pela firmeza e seriedade no desempenho do nosso trabalho.

Resumo

Cruz, Maria Cristina Loureiro; Silva, Ilda Lopes Rodrigues da. **Serviços Residenciais Terapêuticos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e o Serviço Social: a busca pela desinstitucionalização e autonomia dos usuários.** Rio de Janeiro, 2012. 204p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta dissertação é fruto de estudo junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e a presença do Serviço Social nos mesmos, com ênfase nos aspectos do funcionamento daqueles dispositivos e a atuação profissional na perspectiva da contribuição para com os objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A pesquisa tem foco na busca pela desinstitucionalização e sua articulação com a autonomia dos usuários dos SRTs, além de questionar a necessidade e a viabilidade da ampliação do número destes Serviços. A inserção do Serviço Social é problematizada em relação as discussões correntes na profissão sobre a atuação na área da Saúde Mental e aos princípios do Código de Ética Profissional (1993) e da Lei de Regulamentação da Profissão (1993), assim como em relação aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A pesquisa qualitativa foi desenvolvida através de observação de campo, leitura de documentos e efetivação de entrevista semi-estruturada com os diversos atores institucionais: usuários e profissionais. Os achados permitem observar avanços importantes no histórico dos SRTs e sua importância enquanto dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, tanto do ponto de vista dos usuários quanto dos profissionais envolvidos. As dificuldades básicas a serem enfrentadas, seja em relação à autonomia dos usuários, seja quanto à ampliação do número destes dispositivos, foram relativizadas ao processo de desinstitucionalização. No que diz respeito ao Serviço Social nos SRTs do IPUB, evidenciou-se sua inserção desde a implantação dos referidos dispositivos, assim como na sua atual coordenação e assistência direta aos usuários. As atividades desenvolvidas estão afins com o compromisso ético-político contemporâneo à categoria profissional e

a legislação vigente, além de ter o reconhecimento de sua importância profissional por parte dos atores envolvidos.

Palavras-Chave

Serviços Residenciais Terapêuticos; Serviço Social; Saúde Mental; Desinstitucionalização.

Abstract

Cruz, Maria Cristina Loureiro; Silva, Ilda Lopes Rodrigues da (Advisor). **Therapeutic Residential Services of the Institute of Psychiatry of Federal University of Rio de Janeiro IPUB/UFRJ and the Social Work: the search for de-institutionalisation and autonomy of users.** Rio de Janeiro, 2012. 204p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This dissertation is the result of the study together with Therapeutic Residential Services (SRTs) of the Institute of Psychiatry of Federal University of Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) and the presence of Social Work in the same, with emphasis on aspects of the operation of those devices and professional performance in terms of contribution to the objectives of the Brazilian Psychiatric Reform. The research has focused on the search for deinstitutionalization and its articulation with the autonomy of users of Therapeutic Residential Services, in addition to questioning the necessity and the feasibility of increasing the number of these Services. The insertion of the Social Work is studying problems in relation to the current discussions in the profession about acting in the area of Mental Health and the principles of the Code of Professional Ethics (1993) and the Law of Regulation of the Profession (1993), as well as in relation to the assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform. The qualitative research was developed through field observation, reading documents and execution of semi-structured interviews with the various institutional actors: users and professionals. The findings make it possible to detect major advances in the history of Therapeutic Residential Services and its importance as a Psychosocial Attention Network devices, both from the point of view of users and professionals involved. The basic difficulties to be faced, whether in relation to the autonomy of users, as the extension of the number of these devices have been relativized to de-institutionalisation process. As regards the Social Work of the Therapeutic Residential Services of the Federal University of Rio de Janeiro insertion since the deployment of such devices, as well as in its current coordination and direct assistance to users. The activities are related with the ethical-political commitment to contemporary professional category and the legislation in force, in addition to

the recognition of the importance of professional activity on the part of actors involved.

Keywords

Therapeutic Residential Services; Social Work; Mental Health; Deinstitutionalization.

Sumário

Introdução	14
1. Reforma Psiquiátrica Brasileira: a formação da Rede de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o processo de desinstitucionalização	24
1.1. Herança estrangeira e o Modo de Fazer Brasileiro: constituição, avanços e desafios dos Serviços Residenciais Terapêuticos	24
1.2. Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ: breve histórico e aspectos do seu funcionamento	48
2. Serviço Social: gênese, desenvolvimento e inserção na Psiquiatria e na Saúde Mental	53
2.1. Gênese e relação com as desigualdades sociais	53
2.2. Serviço Social na Psiquiatria e na Saúde Mental	74
2.3. Atuação do serviço Social no IPUB/UFRJ: história narrada por assistentes sociais	89
2.4. Inserção do Serviço Social nos SRTS do IPUB	107
3. Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ: aspectos de sua função, funcionamento, gestão e a atuação do Serviço Social nos mesmos	111
3.1. Breve contextualização dos SRTs do Município do Rio de Janeiro	111
3.2. Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB: contribuição para o processo de desinstitucionalização, autonomia dos usuários e a ampliação do número de dispositivos	119
3.3. Atuação do Serviço Social nos SRTs do IPUB sob o ponto de vista dos atores institucionais	154

4. Considerações Finais	160
5. Referências Bibliográficas	167
6. Apêndices	177
7. Anexos	182

Introdução

Esta dissertação é fruto da pesquisa realizada junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (SRTs/IPUB/UFRJ), instituição localizada no Campus Universitário da Praia Vermelha, zona sul do município do Rio de Janeiro, que atualmente, abril de 2012, mantém três SRTs, alocados em três apartamentos alugados, sendo dois no bairro da Tijuca e um no bairro da Muda, na zona norte desta cidade, que comportam dezenove moradores advindos de longos períodos de internação em instituições psiquiátricas.

Neste estudo, procuramos dissertar acerca do funcionamento destes serviços com destaque para a atuação do Serviço Social nos mesmos. Os eixos abordados estão centrados na função destes dispositivos para o processo de desinstitucionalização, para a autonomia dos usuários moradores, mais a necessidade e a possibilidade da ampliação do seu número.

O interesse por este estudo tem base na práxis como assistente social do referido instituto desde 2002, com inserção em equipe multidisciplinar que assiste aos pacientes internados. Nas enfermarias, chama atenção a presença dos mesmos que se tornaram “pacientes moradores” do instituto por impossibilidade de habitar a cidade sem suporte de rede social e de atenção psicossocial. Além disso, nota-se que esta realidade é atual em outros hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro e do Brasil (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011).

No IPUB, dentre os pacientes citados, existem os que permanecem na instituição há mais de dez anos, e dentre eles os que vieram transferidos de outros hospitais e clínicas - que ao longo do Movimento da Reforma Psiquiátrica foram fechando, muitos deles através de interdições judiciais e/ou intervenção do Ministério da Saúde - ou seja, indivíduos que passaram a maior parte de suas vidas em internações psiquiátricas, sem que seu quadro de sofrimento mental talvez as justificasse. Há também moradores com mais de um ano de permanência, sem perspectivas de saída do local por não terem suporte social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB têm atualmente, dezenove moradores, como já mencionado, que habitam os três dispositivos. Estes serviços

foram ampliados de um para três em 2006. Os dados encontrados no site do Ministério da Saúde com relação a este período temporal apontam para o crescimento em todo o país do número de SRTs. Assim, em 2005 o número de SRTs atingiu 357 unidades, enquanto que, em 2002 este número era de 85 em todo o país e em 2000 contavam-se apenas 40. Em 2010 os SRTs no Brasil já somavam 564 módulos, com um total de 3.062 moradores, sendo 102 dispositivos com 570 moradores no Estado do Rio de Janeiro (www.saude.gov.br. Acessos em: 05/Nov/2010, 10/Out/2011 e 03/Mar/2012).

O quantitativo de leitos em hospitais psiquiátricos públicos no Brasil atualmente não está divulgado pelo referido site do Ministério da Saúde, mas é possível observar que em 2006 mais de 16.000 leitos haviam sido fechados por falta de condições de funcionamento segundo as normatizações legais então vigentes, ou seja, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), das Portarias 106/00 e 1.220/00, e da Lei federal 10.216/01, sendo estas três últimas relacionadas especificamente à Saúde Mental (www.saude.gov.br. Acessos em: 15/Nov/2010, 22/Out/2011 e 23/Fev/2012).

Estes dados apontam para a efetivação do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, considerando-se ainda as informações divulgadas por Lougon (2006), de que no início da década de 1970, o número de leitos psiquiátricos ultrapassava os 80.000.

Neste contexto, este estudo tem o objetivo de abordar temas que envolvem o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, considerar as influências dos ideais e ações estrangeiras nesta reforma, assim como caracterizar a experiência de desinstitucionalização vivenciada nos SRTs do IPUB.

De maneira sintética, podemos afirmar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira vem mudando o quadro quanto ao tratamento para com os indivíduos com transtornos mentais, tanto no sentido da diminuição de leitos hospitalares, das internações compulsórias e definitivas, até a constituição da Rede de Atenção Psicossocial, ou de assistência extramuros manicomiais, que inclui os SRTs e que se constituem em casas, nas cidades, para viabilizarem a saída dos indivíduos que residem nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos, ou conforme texto do Ministério da Saúde sobre este tema:

Esta Reforma pode ser considerada um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e setores, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (www.saude.gov.br. Acesso em: 23 de fevereiro de 2012).

A Reforma representa um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais do cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios, mas também de conquistas e avanços, que serão abordados ao longo do texto que se segue, na tentativa de contribuir com a discussão atual acerca da temática em tela e contextualizar os SRTs do IPUB/UFRJ.

Para tanto, o Capítulo I trata do histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sua articulação com ideais e ações estrangeiras assim como com as iniciativas de Movimentos Sociais em território nacional, principalmente a partir do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com participação e apoio político de segmentos de esquerda e o enfrentamento de interesses de cunho neoliberal, expressados por parte do quadro governamental e de grupos corporativos da indústria farmacêutica e da Federação Brasileira de Hospitais, com objetivos privatistas (Vasconcelos, 2008).

Assim, o capítulo abordará temas relativos ao processo de desinstitucionalização em curso, fruto da Reforma em pauta, e que significa muito mais que a desospitalização, mas pressupõe a reinserção social dos indivíduos com transtornos mentais, advindos de longos períodos de internação para habitarem residências nas cidades.

As raízes e os significados que circundam os eixos temáticos serão desenvolvidos a partir de autores como Delgado (2006), Lougon (2006), Furtado (2006), Basaglia (1982), Foucault (1977), Goffman (1974), Vasconcelos (2008), dentre outros, além de calcados na legislação brasileira vigente, principalmente as Portarias 106/2000 e 1.220/2000 e na Lei 10.216/2001.

A influência teórico-prática estrangeira foi fundamental para as iniciativas brasileiras e para os moldes da Reforma, que pressupõe o processo de desinstitucionalização. Embora haja discordâncias para com o surgimento do termo e o conceito de desinstitucionalização entre autores da área, abordaremos a

interferência destas ações neste mesmo sentido, a partir dos experimentos nos Estados Unidos da América, na França e na Inglaterra, com destaque para a experiência de Franco Basaglia, na Itália, bem como seus conceitos acerca da relação social com a loucura, tão influentes no histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Basaglia (1985) defendia a desinstitucionalização como o retorno da convivência social com o louco e com a loucura. Almejava o desmonte do manicômio, da hegemonia do paradigma médico e compreendeu a loucura a partir de outros saberes para além da disciplina médica.

Foucault (1977), em suas contribuições para com esta temática, desenvolveu os fundamentos do encarceramento dos indivíduos com transtornos mentais por ocasião das mudanças da estrutura econômica e social ocorridas no final do século XVII, com o advento do capitalismo. A mão de obra sadia, necessária à expansão deste sistema e sua manutenção, articulou-se à razão – com base na obra de Descartes - e, portanto, ao direito de pertencimento à sociedade.

Goffman (1974) contribuiu com seu conceito de Instituição Total, que caracteriza as instituições que encerram os indivíduos em espaços físicos determinados, negando a individualidade, massificando os comportamentos e apartando-os do convívio social.

A questão da intersetorialidade (Lüchmann, 2007) também é um tema importante a ser abordado, pois pressupõe o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus princípios de universalidade, igualdade e integralidade como direito de todo cidadão brasileiro.

Para a área da Saúde Mental, especificamente, tem seu valor na articulação da Rede de Atenção Psicossocial já existente, e para a recriação da mesma, de maneiras a melhor atender as necessidades da população. Esta rede tem por objetivo precípua, dar maior fluidez no atendimento ambulatorial evitando as internações.

O percurso da Luta Antimanicomial, gerada a partir do MTSM, também será alvo de análise enquanto ator fundamental à Reforma em pauta e a complexidade desta Luta, dentro e fora dos espaços de poder e organização do Movimento ou articulados ao mesmo, análise que se dará a partir das considerações de Lüchmann (2007), Vasconcelos (2008) e Pitta (2011).

No Brasil, o arcabouço teórico e o viés político democratizantes, firmados principalmente pelas lutas dos movimentos sociais provocaram avanços no âmbito legislativo. Assim, em 2001, a Lei Federal 10.216 passa a dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, assim como as Portarias 106/2000 e 1.220/2000, criaram e regulamentaram, respectivamente, os SRTs.

No município do Rio de Janeiro o primeiro SRT foi criado em 1995, ainda no interior do território institucional e em 1997 foi inaugurada a primeira Residência fora dos muros manicomiais. Em 1998 a segunda Residência nestes moldes foi inaugurada, sendo esta a primeira Residência do IPUB (Gomes, 2004).

A Portaria 106/2000 foi fundamental para assegurar o termo Serviço Residencial Terapêutico, unificando a denominação dos vários tipos de moradias ou lares abrigados e de asilos já existentes no Brasil até aquela data, além de ressaltar sua natureza exclusivamente pública. A Portaria 1.220/2000 regulamentou os SRTs em seu formato de casa aos moldes culturais brasileiros, instituindo mobiliário, utensílios domésticos, atividades, número máximo de moradores (08), além de equipe técnica e a inclusão da profissão de *Cuidador em Saúde Mental* no quadro profissional. Em dezembro último, a Portaria 3.090 do Ministério da Saúde criou os SRTs Tipo II¹, cujo conteúdo também será abordado oportunamente.

Desta maneira buscamos problematizar o processo de desinstitucionalização e, portanto, a própria Reforma em questão sob a ótica da contextualização da situação dos indivíduos com transtornos mentais, tanto os que ainda residem em enfermarias hospitalares quanto os que já habitam as cidades, e/ou os que habitam os SRTs. Esta temática é desafiadora e diz respeito a um leque de questões que se interligam, por exemplo, à autonomia dos indivíduos e sua relatividade, a relação com o processo de desinstitucionalização e com a sociedade como um todo.

Outro tema que se ressalta nas discussões atuais se relaciona aos tipos de SRTs existentes e as demandas populacionais por outros modelos de atendimento,

¹ Em dezembro de 2011 foi publicada a Portaria 3.090 pelo Ministério da Saúde, que tipifica os SRTs em duas modalidades: Tipo I e Tipo II, conforme texto original: “Tipo I: destinada a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com até 08 moradores. Tipo II: destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente” (Brasil, www.saude.gov.br. Acesso em 20 de fevereiro de 2012).

assim como as questões que se articulam com a quantidade e a qualidade dos profissionais necessários à manutenção dos SRTs, além da formação específica para os profissionais Cuidadores (criados pela Portaria 1.220/2000).

Ainda no primeiro capítulo, os Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB serão brevemente descritos em seu histórico e funcionamento atual, com dados sobre a formação dos mesmos e as equipes que os assistem, bem como serão colocados dados que contribuem para o conhecimento de aspectos do interior das enfermarias do referido Instituto e seu posicionamento em relação à Área Programática para o atendimento em Saúde Mental, designada pela Prefeitura do Rio de Janeiro.

O Serviço Social é assunto do Capítulo II, que trata da sua constituição profissional, a articulação de sua gênese e desenvolvimento com as desigualdades sociais ou com as questões sociais, tomando como base autores como Martinelli (2009), Iamamoto (1992), Bisneto (2009), Teixeira (1997) e Netto (1996).

Desta maneira, e considerando aspectos importantes no histórico do Serviço Social, o que se pretende ressaltar com as abordagens do capítulo II, é que a atuação do assistente social respaldada na legislação vigente², que por sua vez se traduz nas diretrizes nacionais contemporâneas, ou, no compromisso ético-político do Serviço Social, tem objetivos comuns e, portanto, postura, discurso e atividades profissionais que não devem se diferenciar de acordo com a área de inserção.

Assim, resguardando as especificidades das diversas frentes de trabalho nas quais estão os assistentes sociais, onde a práxis se circundará, prioritariamente, de conhecimentos e articulações sociais/políticas/institucionais relacionados às demandas e interesses dos usuários envolvidos, a intervenção profissional guardará sempre uma unidade, independentemente da área em questão.

Para situar a questão das desigualdades sociais e dar visibilidade à realidade brasileira no que tange mais especificamente ao aspecto econômico – sem deixar de lembrar sua articulação com as demais formas ou expressões das mesmas – utilizamos autores como Pochmann (2010), Fagnani (2011), Henriques (2001), Reis (2000) e Sen (2000), com suas contribuições neste sentido. Autores como Oliveira (2010) e Dagnino (2004) são citados para os temas relacionados à

² Código de Ética Profissional (1993 / revisado e atualizado em 2010) e Lei de Regulamentação da Profissão (1993), além das Diretrizes Curriculares para a Graduação em Serviço Social (2002).

cidadania, direitos, participação social e democracia, assuntos que se inter-relacionam e/ou fundamentam a prática do Serviço Social.

Para tratar especificamente do Serviço Social e sua inserção na Psiquiatria e na Saúde Mental, os autores referenciais serão: Bisneto (2009), Teixeira (1997), Bravo e Matos (2004), Gomes (2004) e Vasconcelos (2008), dentre outros.

Ainda neste capítulo, a atuação do Serviço Social no IPUB tem atenção especial, com relação aos ideais e às atividades profissionais desenvolvidas naquela instituição, com vistas a historiar brevemente o período que antecedeu a criação da primeira Residência Terapêutica em 1998. Para tanto, um breve histórico foi levantado a partir de duas dissertações que abordam experiências naquela instituição na ocasião de interesse e por duas entrevistas concedidas por assistentes sociais que atuaram profissionalmente no local nas décadas de 1980 e 1990.

No Brasil, a formação do Serviço Social na década de 1930 teve influência estrangeira, e nos anos que se sucederam os assistentes sociais brasileiros repensaram a teoria e a prática importadas em relação à realidade nacional. Assim, buscamos resgatar aspectos em seu desenvolvimento com destaque para o Movimento de Reconceituação.

Este Movimento profissional teve início na década de 1970 com desdobramentos que forjaram mudanças no perfil profissional a partir da influência de conceitos das Teorias das Ciências Sociais principalmente na concepção de sociedade.

No percurso das mudanças do perfil do Serviço Social há que se destacar pelo menos dois pontos importantes para a temática abordada por esta pesquisa: um deles se refere aos eixos da função ou intervenção profissional, cujo deslocamento se deu da importância da ação para a construção diagnóstica, depois para a atividade terapêutica (Teixeira, 1997), para a posição atual, ainda como desdobramento do Movimento de Reconceituação, quando se afirma a intervenção eminentemente política, de acordo com as diretrizes nacionais contemporâneas à categoria, conforme já colocado, apoiada nos princípios do Código de Ética Profissional (1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão (1993).

O segundo ponto diz respeito ao fato de que a década de 1970 no Brasil foi concomitantemente importante, tanto para mudanças sociais e econômicas quanto para o Movimento de Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, mas também

para o Serviço Social enquanto profissão que repensava sua práxis (Bravo e Matos, 2010).

O Capítulo III apresenta de forma detalhada os achados da pesquisa dando voz aos atores institucionais dos SRTs do IPUB em relação ao processo de desinstitucionalização, a autonomia dos usuários e a ampliação do número de dispositivos, além de dar contorno à atuação do Serviço Social.

Antes de darmos início às entrevistas com os profissionais e usuários dos SRTs do IPUB buscamos a contextualização destes em relação a outros dispositivos em funcionamento no município do Rio de Janeiro através de contatos com profissionais atuantes nos mesmos.

Nestes contatos solicitamos informações e opiniões destes profissionais com relação aos três eixos de interesse citados além de subsídios sobre a existência e a atuação do Serviço Social. Colhemos importantes relatos acerca destes e de outros temas, como desdobramentos de ideias e assuntos afins, incluindo questionamentos e afirmativas que se coadunam com os relatos dos profissionais do IPUB além de corroborarem com as assertivas dos estudiosos da área.

Assim, as evidências em relação ao pressuposto inicial são contempladas na expectativa de contribuir com a discussão atual com relação aos assuntos levantados por este estudo, tanto em relação aos SRTs e aos três eixos de interesse, quanto em relação à ocupação destas frentes de trabalho pelos assistentes sociais.

Para o desenvolvimento da pesquisa adotamos o método do Estudo de Caso, identificado como pesquisa qualitativa (Yin, 2010). A base para o desenvolvimento desta se deu através de: observação de campo, com a nossa participação nas reuniões semanais de equipe dos SRTs do IPUB e de visitas aos SRTs do IPUB; de entrevistas com os atores institucionais: usuários e profissionais; leitura de documentação; e de contatos com profissionais de outros SRTs, ligados aos Hospitais de Referência³ no município do Rio, conforme

³Hospitais de Referência: Referenciais na rede de Atenção à Saúde Mental, da rede pública municipal, estadual ou federal, dentre eles os que se constituem em pólos de internação ou oferecem atendimento de emergência psiquiátrica. Os SRTs com os quais tivemos contato através de seus profissionais foram: Instituto Philippe Pinel, Instituto Nise da Silveira, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Mental Juliano Moreira e República da FUNLAR. Além disso, tivemos acesso também à informação acerca da inexistência de SRT ligado a um Hospital de Referência, como o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro. O contato com a Secretaria Municipal de Saúde Mental não foi possível, pois não houve resposta às nossas solicitações de informações e esclarecimentos.

citado, para contextualizar os dispositivos em foco (Yin, 2010). Todas as atividades forneceram os registros e a formação de um diário de campo.

Optamos por sequenciar os relatos partindo das falas e comentários derivados da experiência dos profissionais de outros SRTs do município do Rio de Janeiro com o objetivo de criar um aspecto panorâmico da situação atual do funcionamento dos dispositivos em questão.

Com relação aos atores institucionais do IPUB, as falas das usuárias / moradoras serão expostas com prioridade por as considerarmos pessoas centrais para a existência dos SRTs e, portanto, do processo em pauta. Assim, suas colocações são privilegiadas e expressam suas experiências antes e com a estadia na Residência, depois colocamos as falas dos profissionais do IPUB em relação à desinstitucionalização e o papel dos SRTs para com este processo.

A questão da autonomia dos usuários foi basicamente abordada com objetivo de dar contorno ao vasto significado e entendimento sobre o que seja autonomia, suas manifestações ou níveis, utilizando como base o Artigo 4º da Portaria 106/2000 que será colocado na íntegra na página 90.

Neste artigo fica estabelecido que a autonomia dos usuários deve ser construída progressivamente e em concomitância com a reinserção social, com o incentivo de atividades domésticas e pessoais, além de serem respeitados seus direitos como cidadãos.

Assim, sem esgotar o tema, as perguntas e as respostas das usuárias foram sobre: a ingestão de medicação por conta própria; as saídas desacompanhadas às ruas; a execução de tarefas domésticas; e, a guarda, gerência e manipulação dos próprios rendimentos mensais. Estes dados estão seguidos das respostas dadas pelos profissionais acerca dos mesmos aspectos.

Na sequência, os depoimentos abrangem a necessidade de ampliação do número de SRTs, com suas justificativas, além de incluir aspectos de dificuldade assim como os avanços obtidos até então. Algumas saídas são apontadas e experiências bem sucedidas são relatadas por profissionais, confirmando a carência, não só de ampliação do número destes dispositivos, conforme nosso pressuposto, mas de variação nas suas modalidades, além, da premência com relação ao aumento do número de pessoal para trabalhar em SRTs, nos já existentes inclusive, com destaque para os cuidadores.

A percepção dos atores institucionais com relação à atuação do Serviço Social nos SRTs do IPUB, suas funções, atividades e nível de satisfação com os serviços prestados por este segmento profissional, também compõe este capítulo.

Em comparação aos outros SRTs do município, um dado de extrema importância diz respeito à escassez de assistentes sociais naqueles, enquanto que nos SRTs do IPUB a atuação do Serviço Social foi fundamental não só para a criação das três Residências existentes como para a sua manutenção com um assistente social no cargo da coordenação geral e executiva dos referidos dispositivos.

Os dados obtidos foram analisados com base nos conceitos desenvolvidos por autores da área da Saúde Mental e legislação já citados. Aos resultados acerca da temática que deu a partida para a pesquisa foram associados outros emergidos ao longo do trabalho, abertura prevista e gerada neste tipo de estudo segundo Yin (2010), evidenciando questões para além das apontadas no início do estudo.

Assim, o texto que se segue tem por proposta colocar em discussão o processo de desinstitucionalização como um ideal e uma prática complexa por envolverem aspectos culturais importantes acerca da loucura e da convivência social com a mesma. Este processo aponta longo caminho para se desfazer preconceitos e buscar saídas para as pessoas com transtornos mentais do internamento longo e compulsório nos hospitais psiquiátricos.

Estas saídas e a habitação nas cidades para estas pessoas tem estreita relação com as possibilidades autônomas das mesmas, pois depende destas a viabilização da sobrevivência independente da supervisão ou atuação profissional, daí a correspondência entre o processo em pauta e a autonomia dos usuários dos SRTs.

Além disso, a desinstitucionalização pressupõe a relação com a instituição, que se mantém nos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial a partir do seu funcionamento, e principalmente os SRTs por sua própria constituição, ou seja, como espaço físico de habitação permeado de profissionais, embora possam estar situados fora dos muros hospitalares.

Para iniciar a discussão proposta colocaremos a seguir fatos históricos importantes e seus desdobramentos na construção da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, dos SRTs no Brasil, que compõem o processo de desinstitucionalização e constituem a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1

Reforma Psiquiátrica Brasileira: a formação da Rede de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Processo de Desinstitucionalização

1.1

Herança Estrangeira e o Modo de Fazer Brasileiro: constituição, avanços e desafios dos Serviços Residenciais Terapêuticos

Experiências de outros países na implantação de residências, como Itália, Inglaterra, Canadá e Espanha, influenciaram de maneira mais ou menos direta, as iniciativas brasileiras, embora possamos afirmar que as estruturas e os processos nacionais foram decisivos na conformação final de nossas ações nessa área, conferindo especificidade e identidade aos nossos próprios serviços residenciais (Furtado, 2006, p. 40).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) como dispositivos de atenção psicossocial fazem parte de um conjunto de conquistas ou avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do processo de desinstitucionalização em curso no Brasil desde a década de 1970. Estes serviços foram criados para dar saída aos indivíduos com transtornos mentais com longos períodos de internação ou asilo nos hospitais psiquiátricos, sem que seu sofrimento psíquico justificasse esta permanência, ou seja, os SRTs são Residências que viabilizam a moradia destes indivíduos fora dos muros hospitalares.

Os Lares Abrigados⁴ ou Moradias Assistidas⁵, como lugares de moradias para os indivíduos com transtornos mentais fora dos muros manicomiais, já

⁴ Lares Abrigados: Residências para indivíduos com transtornos mentais, abertas por ocasião do início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com experiências em Barbacena (MG) e Juquery (SP), no final dos anos 1980.

⁵ Moradias Assistidas: tipo de Moradia onde os moradores são responsáveis pela manutenção da mesma, dividindo despesas e tarefas domésticas, porém com a assistência de um ou mais profissional (is) de Saúde Mental, ou seja, é um tipo de Moradia cujo vínculo institucional é distinto daqueles mantidos pelo SUS, que são os SRTs. Estas Moradias são assistidas por profissionais de instituição pública ou particular, e ainda com profissionais autônomos, porém, na maioria das vezes são profissionais ligados às Instituições de Saúde Mental. Estes profissionais trabalham na organização e manutenção da Residência além de atuar nas situações de conflitos entre os indivíduos, ou em caso de acontecimentos não rotineiros. Em algumas destas Moradias há cuidador(es) em outras não.

existiam em algumas cidades do país, no entanto, além de serem em pequeno número, não havia regulamentação para o funcionamento dos mesmos e nem se constituíam como direito dos indivíduos com transtornos mentais. Os SRTs foram criados pela Portaria 106/2000 e logo a seguir regulamentados pela portaria 1.220/2000, conforme já citado.

No curso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os SRTs foram legalmente criados pelo poder estatal a partir de pressões sociais, em um processo de conquistas legais e sociais favoráveis à desinstitucionalização, onde se destacam as ações do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em conjunto com a Associação de Usuários e Familiares e a Associação Brasileira de Psiquiatria, ou seja, o atual Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) em conjunto com forças políticas, partidárias e pela ação direta de intelectuais de esquerda. Esta Reforma contou, e ainda conta, com opositores sociais frontais à sua ideologia, dentre eles alguns segmentos do próprio corpo estatal, além da Federação Brasileira de Hospitais e da indústria farmacêutica, cujos interesses já defendiam os valores privatistas com vistas aos lucros pessoais ou de cunho corporativista (Vasconcelos, 2008).

No texto que se segue colocamos alguns fatos ou considerações importantes no curso da Reforma em questão desde as suas primeiras movimentações, suas conjecturas com outros movimentos sociais e mudanças correlacionadas à sociedade e seus governos, abordando o período que começa na década de 1970 até os dias atuais, fazendo um paralelo com a área da Saúde como um todo. Para tanto, utilizamos uma linha temporal, na tentativa de dar visibilidade aos avanços obtidos, além dos desafios que ainda se colocam a partir da visão de estudiosos desta área temática, como Delgado (2006), Furtado (2006), Lückmann (2007), Vasconcelos (2008), dentre outros, dando ênfase aos SRTs, foco de nossa pesquisa.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira movimentou-se inicialmente vinculada e como desdobramento do Movimento da Reforma Sanitária, que nasceu no início da década de 1970. Esse movimento teve suas ações voltadas basicamente para a defesa da saúde pública e de qualidade para toda a população brasileira e em conjunto com outras forças sociais à época, fez oposição técnica e política ao

regime militar e sua ideologia de traço autoritário, conjugando-se assim com outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época, o Movimento Democrático Brasileiro (Filho, 1996).

O cenário dos anos 1970 apresentou graves sinais de crise econômica junto à expansão e mudanças importantes na estrutura produtiva, na formação do mercado de trabalho e na infraestrutura urbana (Gomes, 2004).

Mesmo neste contexto, para o segmento populacional composto de indivíduos com transtornos mentais, esta foi uma década de ganhos, pois teve início a movimentação em prol de melhorias para a situação deplorável de existência dos mesmos, questionando-se principalmente os maus tratos diários aos quais eram submetidos nos hospitais psiquiátricos sem oferecimento de qualquer tipo de tratamento, além das péssimas condições de instalações, salubridade e, portanto, de trabalho. Este movimento foi de certa forma, favorecido devido ao fato desta temática não ser alvo de repressão direta do governo ditatorial no poder.

A formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978 foi de extrema importância para as denúncias de violências nos manicômios, assinalando a mercantilização da loucura e a hegemonia de rede privada de assistência, além de construir uma crítica ao saber médico psiquiátrico hegemônico, e ao modelo hospitalocêntrico, abrindo espaço, inclusive, para que a desigualdade no tratamento ganhasse evidência nos espaços sociais e houvesse mudanças no quadro apresentado.

O MTSM congregava trabalhadores da área da Saúde Mental, familiares e usuários que pressionaram o Estado a tomar providências imediatas para mudanças no tratamento psiquiátrico, o que de fato começou a acontecer. Os motivos ou interesses destas duas instâncias podem guardar divergências, pois a sociedade organizada, representada principalmente pelo MTSM, movimentava-se apoiada nos direitos humanos, sociais, políticos e civis dos portadores de transtorno mental internados, além da intenção de melhorias de salário e condições de trabalho dos profissionais envolvidos, propondo alternativas para o tratamento e mesmo a desativação dos manicômios.

O Estado, em parte, tinha perspectiva de economia com gastos sociais, que faria a partir dos cortes de leitos psiquiátricos públicos, ao mesmo passo que, incentivando as clínicas e os hospitais psiquiátricos privados a estabelecerem-se para o atendimento àquela clientela, incrementou a proliferação dos mesmos,

funcionando a partir de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que gerou grande evasão do dinheiro público para o privado, ou seja, uma iniciativa com suporte de ideais neoliberais, favorecendo o enriquecimento de indivíduos e/ou pequenos grupos/corporações (Lougou, 2006, p127).

Neste período, o Brasil tinha mais de 80.000 leitos psiquiátricos, número que seguiu crescendo ao longo desta década e início da seguinte. As pensões protegidas eram raras, de cunho privado e não havia Residências na rede pública. No final dos anos 1980, os leitos deixaram de ser ampliados e começaram a existir, como já mencionado, os projetos de Residências e Lares Abrigados como em Barbacena (MG) e Juquery (SP). Só nos anos 1990 é que as Residências passaram a constar na Rede de Atenção Psicossocial (Lougou, 2006).

Os anos 70 do ponto de vista da movimentação internacional foram importantes, principalmente pela experiência de Franco Basaglia (1985) como diretor do hospital em Trieste na Itália, e o processo de desinstitucionalização por ele idealizado. O autor, na ocasião como diretor do Hospital Provincial, instituiu a revisão do modelo assistencial aos portadores de transtorno mental, até que em 1976 o referido hospital foi fechado. Este processo se deu através da criação dos serviços substitutivos na comunidade ou no território, em vez do asilo hospitalar, para o tratamento dos mesmos. Esta iniciativa objetivava, sobretudo, o retorno do convívio social com a loucura, convivência esta que foi retirada da sociedade no final do século XVII (Foucault, 1977).

Basaglia (1985) e suas ações para que o tratamento aos indivíduos com transtornos mentais fosse feito fora dos muros hospitalares tinha o objetivo de abrir estas instituições para que os indivíduos voltassem a conviver socialmente. Um ponto importante a ressaltar diz respeito à diferenciação que o autor faz dos termos e significados de desinstitucionalizar e desospitalizar. Este último refere-se somente à saída dos internos dos manicômios, ou seja, não prevê a assistência extra-hospitalar e nem a reinserção social. Normalmente é um ideal que tem adesão de grupos com interesses particulares de obtenção de lucros e/ou que intentam cortar gastos públicos para com este segmento populacional.

Desinstitucionalizar significa um processo de alteração da relação da loucura e, portanto, do louco com a sociedade, e aponta para a ressocialização com assistência psicossocial. Assim, Basaglia (1985) almeja o desmonte não só do manicômio, mas também da hegemonia do paradigma médico, buscando

abordar a loucura a partir de outros saberes. Defende assim o fim das internações compulsórias, propõe um trabalho de desmistificação da figura do indivíduo com transtorno mental como sujeito que impõe periculosidade e cria espaços de tratamento para estes indivíduos fora dos muros manicomiais, habitando as comunidades locais, e chamando atenção para a questão do território, como espaço importante para esta ressocialização.

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pelos movimentos de redemocratização, com o fim do bipartidarismo, a volta da liberdade de imprensa, e a retomada da autonomia e do desempenho dos sindicatos de trabalhadores, o que demarcou passos importantes para a constituição da cidadania.

As lutas da sociedade civil organizada triunfaram com a Constituição Federal de 1988, ou, como foi chamada, a “Constituição Cidadã”, pela abrangência em relação à participação popular na elaboração, no controle e na avaliação das políticas públicas e sociais, até então de responsabilidade e comando estritamente governamentais, com características de funcionamento pela burocracia, visando à centralização de poderes e em conjunto com interesses de grupos com investimentos capitalistas. Os artigos descritos a seguir demonstram o avanço constitucional na área da saúde:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização [...]; II – atendimento integral [...]; III – participação da comunidade (Constituição Federal, Brasil, 1988).

É importante contextualizar que os anos entre 1986 e 1989, segundo Barros, Henriques e Mendonça (2001) foi um momento em que o país vivenciou o auge da instabilidade macroeconômica e a Política de Saúde manteve-se em níveis de precariedade para com as classes menos favorecidas economicamente e sem alteração para o quadro sanitário vigente nas décadas anteriores. Foi notória, nas administrações públicas, a falta total de planejamento além das discontinuidades dos programas já iniciados. Esta situação permitiu a instalação da ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas em saúde da população brasileira.

Em contrapartida, para a Saúde Mental, o final dos anos 1980 guarda o período de valorização e criação de espaços de atendimento extra-hospitalar, ou seja, são viabilizados os ambulatorios para prestar assistência psicossocial. Em 1986 efetivou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de entidades representativas da sociedade civil. Segundo Gomes:

O Movimento de Reforma Sanitária foi o grande responsável pelo conteúdo abordado nesta Conferência e a prioridade era justamente discutir: a universalização do acesso; a saúde enquanto um dos direitos sociais garantidos à população através da ação do Estado; e a reestruturação do sistema de saúde através de uma política descentralizada além da adoção de novos e legítimos mecanismos de gestão da política de saúde, que incluíssem a participação da população no processo decisório mediante a implantação dos Conselhos de Saúde⁶. (Gomes, 2004, p. 68).

Ainda segundo a autora citada, em 1987, a criação do SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde – deveu-se aos avanços conseguidos naquela conferência. Outro ganho importante foi a deliberação para que fossem realizadas conferências a partir de áreas temáticas da saúde, chamando atenção à Saúde Mental. Assim, e com objetivos opostos aos da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), que pertencia à situação governamental instalada, o MTSM organizou uma conferência no Rio de Janeiro, à revelia do Ministério da Saúde, gerando a organização nos outros estados brasileiros.

Assim, ao final de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta conferência aconteceu com a participação dos trabalhadores em Saúde Mental e da sociedade civil, “elaborando estratégias de combate a psiquiatrização do social e de democratização das instituições de saúde” (Gomes, 2004, p.82).

No ano de 1987 aconteceu também o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, em São Paulo, onde foram discutidos temas que abordaram a própria organização do movimento, “a questão do corporativismo; a questão do contingente não universitário; as alianças, as táticas e as estratégias”. O referido congresso contou com a participação de

⁶ Os Conselhos de Saúde no Brasil são órgãos em âmbito nacional, estadual e municipal para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS, fazendo valer seus interesses. Estes são como colegiados, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo.

familiares e de usuários e neste contexto foi lançado o lema “*Por Uma Sociedade Sem Manicômios*”, “com orientações teóricas de Franco Basaglia e Franco Rotelli, precursores da proposta de desinstitucionalização italiana” (Gomes, 2004, p. 82).

Santos (1994) adverte que nos anos 1990 o setor da saúde no Brasil ainda não oferecia dados satisfatórios para o nível de prestação de serviços supostos pela legislação citada. Muitos municípios brasileiros, fora do eixo Rio-São Paulo permaneciam sem unidades de atendimento assistencial à saúde, enquanto nestas localidades havia concentração de 50% dos profissionais, de saúde e em hospitais; e ainda assim, sem atender à população com presteza e qualidade.

No caminho histórico da constituição dos SRTs, as primeiras experiências com moldes e objetivos da desinstitucionalização, datam da década de 1990 em Porto Alegre/RS, embora já houvesse experiência anterior em Ribeirão Preto/SP há pouco tempo. Em 1994 foi fundada outra Residência em Bagé/RS, seguido do Município do Rio, que inaugurou o seu primeiro dispositivo em 1995 ainda no interior do território institucional. Em 1997 foi inaugurada a primeira Residência fora dos muros manicomiais também no município do Rio, e em 1998 a segunda nestes moldes, ou seja, a primeira Residência do IPUB (Gomes, 2004, p. 93).

Foi nesse contexto social, em busca de maior democratização, que “o MTSM se dissolveu enquanto colegiado de técnicos atuantes na Saúde Mental e se reconstruiu enquanto Movimento Social”, como um novo ator questionador do saber hegemônico do médico psiquiatra e do modelo hospitalocêntrico, cujos objetivos estavam em torno da transformação total do modelo de atenção ao indivíduo com transtornos mentais (Amarante, 1997 apud Gomes, 2004, p. 83).

Rotelli (1990) deu sequência ao trabalho de Basaglia acrescentando sua impressão de que “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social”, e ainda que “é sobre esta separação artificial que se constituiu o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, ou institucionais para fazer referência à doença”. Amarante (1995) ressalta ainda que Rotelli (1990) apontou para a perspectiva desta prática não só para alterar a organização social do modelo assistencial, mas também para alcançar as práticas e concepções sociais, dando continuidade ao ideal levantado por Basaglia, ou seja, a desinstitucionalização (Rotelli, 1990 apud Amarante, 1995, p. 35).

Na década de 1990 houve ainda o compromisso assumido pelo Brasil, representado por seu governo, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para com as melhorias no atendimento em Saúde, considerando inclusive que há relação entre saúde e doença a partir de fatores históricos e sociais, incluindo estas organizações, e as relações entre os indivíduos nos processos de trabalho e nas condições de habitação (Paim, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei n.º 8080/90 demarcou a intenção de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, criando condições para a reorganização do curso de internações psiquiátricas, além de determinar o termo *usuário* para todos os cidadãos que se utilizassem dos serviços públicos.

Da mesma maneira foi criado um conjunto de normas e diretrizes para definir novos procedimentos em Saúde Mental no âmbito do SUS, são: a Portaria 189/1991 do Ministério da Saúde⁷ que reorientou o financiamento para a área da Saúde Mental, e a Portaria 224/1992 do mesmo Ministério⁸ que regulamentou a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial (<http://portal.saude.gov.br>. Acesso em dezembro de 2010).

Juntamente com estes avanços, pelo menos do ponto de vista legal, os caminhos para o desmonte dos manicômios e a viabilização do tratamento nas comunidades foram sendo construídos e constituídos em espaços de atenção extra-hospitalar e se concretizaram basicamente nestes dispositivos: NAPs (Núcleo de Atenção Psicossocial), CAPs (Centro de Atenção Psicossocial), CADs (Centro de Atenção Diária), CAIs (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental), Hospitais-dia, Oficinas Terapêuticas, Clubes de Convivências, Cooperativas de Trabalho, e Serviços Residenciais Terapêuticos.

Ainda nos anos 90 o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, na qual ficou posto o compromisso de reestruturação da assistência psiquiátrica, com desdobramentos no decorrer dos anos seguintes. Em seguida, em 1992, a II

⁷ A Portaria 189/1991 do Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), no plano nacional, custeados por verbas públicas.

⁸ Portaria 224/1992 aperfeiçoou a regulamentação dos NAPs e dos CAPs além de tipificar as unidades de atenção da Rede de Atenção Psicossocial como um todo. Esta Portaria divide o atendimento em dois grandes grupos de atendimento em saúde mental: o hospitalar e o ambulatorial.

Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília, “impulsionada pelo tema: Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania. Nesta, foram incorporados os Princípios da Reforma Sanitária e do movimento de desinstitucionalização”, ou seja, esta conferência foi fundamental para a inclusão das necessidades específicas dos indivíduos com transtornos mentais na Política Nacional de Saúde, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Gomes, 2004, p.84).

Neste período já estavam funcionando um total de 208 NAPS e CAPS em todo o país. Segundo levantamento realizado por Gomes (2004, p. 92), em 1992 também foram “implantados 29 hospitais-dia públicos, 11 contratados e 08 universitários; 46 NAPS/ CAPS públicos e 11 contratados; 595 leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos, 691 em hospitais gerais contratados e 434 em hospitais universitários”, além do “fechamento de 17.575 leitos psiquiátricos” por não terem condições de dar atendimento nos moldes requeridos pela Reforma Psiquiátrica e nem pelos princípios do SUS.

Fagnani (2011) faz considerações acerca desta ocasião ressaltando o retrocesso representado pelo governo de Fernando Collor e suas propostas e ações de cunho abertamente neoliberal, como contrário aos avanços já alcançados. Segundo o autor, este intencionava participar da revisão constitucional nacional, prevista para 1993, com objetivo de implementar itens da agenda de interesses do ideal citado, mas foi obstruído pelo *impeachment*.

O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial foi realizado em 1993, onde o movimento ganhou unidade e força, levantando a questão da necessidade de haver intervenção no âmbito cultural para abranger a sociedade civil como um todo e dar visibilidade às questões específicas relacionadas à saúde mental. Neste mesmo ano o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência de Saúde, estabeleceu critérios para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos já existentes com a atenção voltada para a humanização dos serviços e garantia dos direitos sociais aos sujeitos internados naqueles estabelecimentos.

A Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, também fora estabelecida em 1993, no 3º Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, período em que se seguem os Encontros de Associações de Usuários e Familiares em prol da

melhoria das condições de tratamento em Saúde Mental. Desta movimentação social, outros avanços foram experimentados.

De 2000 a 2005, no Brasil, foi um período de regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos com financiamento público assegurado e a disseminação da experiência para mais de 80 municípios.

A partir da Portaria 106/2000 algumas modalidades de Residências foram estabelecidas em todo no Brasil, conforme afirma Delgado (2006) após pesquisa realizada. O autor verificou a existência de diversas composições em várias localidades do país, ou seja, identificou a existência de Residências de apenas dois moradores ou mesmo de um casal, até módulos com oito moradores, conforme delimita a Portaria em questão. Sua reflexão a este respeito aponta a necessidade da modalidade do dispositivo atender à demanda e às possibilidades dos indivíduos e levanta algumas questões que se desdobram a seguir.

Um das questões diz respeito às possibilidades dos indivíduos ou a suas autonomias, pois o referido autor adverte que “o nível de comprometimento da doença e de sua cronificação, seja pela dependência institucional também crônica, seja por alguma deficiência física, aponta os diferentes cuidados necessários ao funcionamento dos serviços”, ou, como também é mostrado no texto de Delgado:

[...] nos casos onde a demanda por maiores cuidados está relacionada à baixa autonomia dos moradores, há exigência de uma conjunção de Cuidadores e de outros profissionais, inclusive da enfermagem, que deveriam configurar-se em Residências de Cuidados Intensivos, diferentemente das Residências com moradores com maior autonomia. (Delgado, 2006, p. 26)

Assim, na opinião deste autor, os SRTs deveriam ter regularmente duas configurações, com categorias I e II, onde o segundo se configuraria como serviço de “cuidados intensivos”. Porém, este não é o julgamento de outros autores sobre os rumos em torno da Reforma, pois há os que defendem a moradia conjunta, onde os moradores de maior dependência possam conviver com os mais autônomos, “ampliando-se a equipe de Cuidadores, e nestes casos, apelando à solidariedade dos demais para com os mais necessitados” (Delgado, 2006, p. 27). É importante esclarecer que os SRTs do Tipo II, que foram criados pela Portaria 3.090 em dezembro de 2011 estão mais próximos dos moldes propostos por Delgado (2006).

Outro ponto importante de questionamento ressaltado pelo mesmo, diz respeito à política social implantada para o funcionamento destes serviços, por ser inicialmente restritiva a inserção dos egressos de longa permanência, nega o suporte para outro tipo de clientela: a que já habita as cidades, mas que precise passar pequenos períodos no local, por motivos a serem avaliados e indicados pelas equipes dos CAPS.

A denominação terapêutica para as Residências é outro ponto de questionamento apontado por Delgado (2006) afirmando que quanto menos terapêutica ou clínica for a Residência, mais Residência será. Além disto, reforça a importância da ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, em conjunto com outros dispositivos de saúde coletiva, destacando, porém, o fato desta articulação ter aumentado em todo o Brasil, o que efetiva a mudança no modelo assistencial da saúde mental pública no país.

Cavalcanti, Vilete e Sztajnberg (2006) também apontam diretamente para esta questão, no texto intitulado *Casa e/ou Serviço?* abordando a relação profissional com os usuários no terreno em que se entrecruzam as necessidades de intervenção com as possibilidades desta a partir dos laços afetivos e efetivos entre estes e os indivíduos/usuários dos serviços, e afirmam:

[...] temos que manter a contradição casa/serviço viva, sem cair na tentação de resolvê-la. Trabalhar exatamente na tensão da contradição, sem escamoteá-la, o que seria impossível, mas tentando explorar ao máximo suas diversas vertentes (Cavalcanti, et al., p. 84, 2006).

Conforme já exposto, a Rede de Atenção Psicossocial operou inicialmente na direção de haver maior resolução no atendimento ambulatorial, daí a implantação dos CAPS e dos NAPS como dispositivos de cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação, além da normatização do Hospital-Dia, todos como dispositivos voltados para o cuidado intensivo.

Outra iniciativa importante aconteceu com a criação de leitos psiquiátricos fora dos manicômios e a definição de equipes de controle e avaliação sob responsabilidade dos gestores locais. Segundo relatório do Ministério da Saúde, o número de CAPS em 2010 já oferecia cobertura de 63% do total necessário, somando o montante de 1.541 no Brasil. O Rio de Janeiro contava com 82 CAPS até aquele ano, sendo 33 CAPS I, 38 CAPS II e 02 CAPS III, e 09 CAPSAD. Não

havia informações sobre a quantidade de CAPSI⁹ (www.saude.gov.br. Acesso em 19/12/2010).

Assim, a Portaria 106/2000 foi fundamental para assegurar o termo Serviço Residencial Terapêutico, unificando a denominação dos vários tipos de moradias ou lares abrigados e de asilos já existentes no Brasil até aquela data, assim como atribuiu aos mesmos a função de serem substitutivos aos leitos hospitalares. Também definiu que as moradias fossem em comunidade, ou seja, fora dos limites institucionais, além de ressaltar sua natureza exclusivamente pública.

A Portaria cita a quantidade mínima e o tipo de profissionais em saúde mental para atender a um SRT, ou seja, trata de recursos humanos, fundamentais ao processo de desinstitucionalização e ao funcionamento dos dispositivos, porém, de maneira genérica e precária em termos do número e da abrangência das áreas profissionais, necessários ao atendimento psicossocial, conforme pode ser observado no trecho a seguir:

Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: 01 (um) profissional médico; e 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional (Portaria GM 106/2000, art. 7º, Ministério da Saúde, Brasil).

Ressaltamos a insuficiência de citação com relação à equipe profissional necessária à implementação e à manutenção dos SRTs e a não menção sobre a ampliação do quadro técnico para tanto. A Portaria 1.220/2000 regulamentou os SRTs e incluiu o Cuidador em Saúde Mental no quadro profissional, mas também não há especificação quanto à sua formação para a referida função. Além disso, determinou o número máximo de moradores por Serviço, que são oito e designou regras para as habitações em termos da composição das mesmas, ressaltando a importância de se constituírem em “casas” nos moldes culturais vigentes. Em dezembro de 2011, conforme já citado, a Portaria 3.090 criou os SRTs Tipo II, mas também não menciona nada sobre os aspectos levantados acima.

⁹ CAPS I - Atendem aos municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes; CAPS II – Atendem aos municípios com mais de 50.000 habitantes; CAPS III – Atendem aos municípios com mais de 200.000 habitantes. CAPSAD – Atendem aos usuários com dependência de álcool e drogas; CAPSI – Atendem ao público Infante e Juvenil.

O ano de 2001 foi fundamental para os indivíduos com transtornos mentais, pois datou a aprovação da Lei federal 10.216 do Ministério da Saúde, que em seu Artigo 5º determina que o Estado construa alternativas concretas para o acompanhamento dos pacientes dependentes da situação asilar, o que reforçou a implantação destes serviços e gerou grande avanço no número de SRTs. Esta Lei dispõe sobre a Proteção e os Direitos das Pessoas com Transtorno Mental, redireciona a assistência em Saúde Mental, modifica as bases para o seu tratamento na rede pública e privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, embora não instituisse ainda, mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

As Portarias GM 52 e 53/2004 é que legislaram o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, no qual se encontram os procedimentos técnicos para a redução progressiva de leitos hospitalares e confirmam a importância do PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Portaria GM 251/2002), como importante sistema avaliativo. A mudança no perfil dos manicômios no Brasil deve-se também a esta reestruturação, conforme alerta Delgado (2006), com as migrações dos leitos dos hospitais de grande porte para os de até 240 leitos.

No ano de 2001, a questão das moradias para os indivíduos com transtornos mentais, fora dos espaços físicos institucionais, ou seja, nas comunidades, foi tema da Organização Mundial de Saúde. Neste evento ficou ressaltada a necessidade dos mesmos terem acesso garantido a estes serviços, e a importância de sua adequação nas cidades (OMS, 2001). Embora esta organização não tenha se dedicado ao tema com maior profundidade, segundo Delgado (2006, p. 29), em seu relatório final, indicou esta direção dentro do tema: Residências Terapêuticas e a Questão da Moradia e dos Direitos Sociais. No referido documento, esta reinserção social tem o nome de “reabilitação psicossocial”.

O Programa de Volta para Casa teve suas bases discutidas na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, com retomada em 2001, na III Conferência Nacional, tornando-se Lei Federal 10.708 em 2003. Este Programa instituiu um auxílio reabilitação para pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, por período igual ou superior a dois anos consecutivos a partir da data de sua promulgação. O valor financeiro mensal (abril de 2012) atribuído ao indivíduo é de R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais). Esta lei garante ainda o apoio jurídico e o

acesso a medidas para a reestruturação de sua documentação civil, o que se remete a um direito do cidadão brasileiro (Lei 10.216/01, Ministério da Saúde).

Outras Leis e Portarias que dão suporte aos SRTs são: a Portaria GM 2.068/2004, que institui o incentivo em dinheiro para a implantação de SRTs, cujo valor, em abril de 2012 é de R\$10.000,00 (dez mil reais), além do valor mensal de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) para a manutenção dos mesmos. É importante esclarecer que estes valores tem como referência um Serviço com oito moradores.

Em 2004, o I Congresso Brasileiro de Residências Terapêuticas foi realizado em Paracambi / RJ, reforçando a mobilização da sociedade civil organizada e em seu relatório final recomendou a articulação dos SRTs com os CAPs como prioridade para seu funcionamento. Em termos gerais, o direito ao cuidado, reivindicado pelo citado evento, incluiu o direito de viver dignamente na sociedade. Neste mesmo ano foi realizado também o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, com mais de 2.000 trabalhadores e usuários dos CAPs (Ministério da Saúde, 2004).

Furtado (2006), afirma que em 2006 existiam 2.221 ex-moradores de hospitais atendidos pelo Programa de Volta para Casa, assim como eram 12.600 pacientes com internação em hospitais psiquiátricos por mais de dois anos consecutivos sem recebê-lo e ainda sem ter acesso às moradias fora dos hospitais psiquiátricos. O referido autor percebeu ainda que na ocasião citada havia predominância de homens, tanto quanto ao recebimento do referido Programa quanto ao número de internações, assim como em relação à ocupação de vagas nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Estes dados que se relacionam ao gênero foram observados pelo mesmo autor em outros lugares do mundo. Em 2010 o Programa de Volta para Casa passou a atender 3.574 usuários em todo Brasil, dos quais 710 eram do estado do Rio de Janeiro (www.saude.gov.br. Acesso em 19 de novembro de 2011).

Para os indivíduos com transtornos mentais pertencentes às classes menos favorecidas economicamente, este Programa foi muito favorável, embora haja outros de igual importância e que atendem especificamente a este segmento. Em abril de 2012, os Programas ou Benefícios mais acessados, além do Programa de Volta para Casa, são o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC/LOAS), o Rio Card e o Vale- Social.

Estes dois últimos dão acesso gratuito aos meios de transporte coletivo para o tratamento de saúde e são concedidos pelo Município e pelo Estado do Rio de Janeiro, respectivamente, a partir de critérios estabelecidos pelas instâncias citadas.

O BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742 de 1993. É um benefício que não exige contribuição prévia à Previdência, é individual, não vitalício e intransferível, que assegura o recebimento mensal de 01 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, onde se incluem os indivíduos com transtornos mentais. Em ambos os casos, os pretendentes devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família e a renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente.

A gestão do BPC é realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Sua operacionalização é realizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e seus recursos provêm da Seguridade Social. Os dados de agosto de 2011 mostraram que existiam 3,5 milhões de beneficiários do BPC em todo o Brasil, sendo 1,8 milhões pessoas com deficiência e 1,7 de idosos (www.saude.gov.br, acesso em 06/novembro de 2011).

A situação dos SRTs no Brasil, também segundo relatório exposto no site do Ministério da Saúde, e que apresenta os anais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2010, tece as seguintes conclusões sobre a situação:

A cobertura de SRTs no país ainda é baixa. Os fatores que dificultam esta ampliação dizem respeito aos mecanismos insuficientes de financiamento do custeio, as dificuldades políticas de desinstitucionalização, a baixa articulação entre o programa de SRTs e a política habitacional dos estados e do país, as resistências locais ao processo de reintegração social e familiar de pacientes de longa permanência e a fragilidade dos programas de formação continuada de equipes para os serviços de moradia. Uma forma de financiamento intersetorial do SRTs ainda está para ser construída. Há demanda de SRTs para a população com transtorno mental em situação de rua, não egressos de internações, e para egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), e para estes casos o gestor não pode contar com os recursos de AIHs desativadas para custear residências (www.saude.gov.br. Acesso em 06/02/2011).

Em relação aos leitos psiquiátricos, os dados obtidos neste mesmo site, relatam que: 44% estão em hospitais de pequeno porte; foram ao todo fechados, de forma pactuada e programada, 16.000 leitos de baixa qualidade de assistência; e que os gastos públicos estiveram mais direcionados aos serviços extra-hospitalares do que aos hospitalares.

Para enriquecer a discussão sobre a Portaria 106/2000, Furtado (2006) realizou pesquisa entre trabalhadores, gestores e profissionais de saúde mental, analisando mensagens virtuais enviadas pelos mesmos, a partir de questões levantadas pelo autor em torno da referida Portaria. O autor subdividiu as respostas em cinco grupos por eixos de interesse, que aparecerão entre aspas a seguir. São eles: “Gestão e Financiamento”, resultando no baixo envolvimento do gestor local do SUS, nas redes municipais de saúde mental incipientes ou inexistentes, na incompatibilidade da gestão das residências com outros serviços do SUS, e na não garantia de acesso e utilização do recurso já existente (realocação de AIHS, autorização orçamentária) (Furtado, 2006, p. 45).

Com relação à “Legislação e as Normas”, outro item de análise da pesquisa, foi percebido que as dificuldades giram em torno da Lei de Responsabilidade Fiscal, que impede a contratação dos recursos humanos necessários para a viabilização dos referidos serviços. Quanto aos “Trabalhadores e Assistência Ofertada”, notou o baixo envolvimento dos técnicos com a Luta Antimanicomial e detectou a ameaça de desemprego, vivida por esses, como fator articulado a este posicionamento (Furtado, 2006, p. 46).

Quanto à “Clientela”, pôde perceber que os mesmos apresentam receio em deixar os hospitais; e por último, o item relativo à resposta de “Outros Setores da Comunidade”, o autor percebeu que eventualmente os locatários se recusam a alugar seus imóveis, os vizinhos são refratários à convivência, e, sobretudo, pela falta de campanha nacional sobre as mudanças na saúde mental. Essas são questões a serem resolvidas (Furtado, 2006, p. 46).

O mesmo autor coloca também que outro grande desafio refere-se à deficiência na articulação com a Atenção Básica, especialmente com o Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Isso mostra não um problema exclusivo dos SRTs, mas sim da própria Reforma e mesmo dos sistemas públicos de assistência e de saúde no Brasil.

Esta articulação refere-se à questão da intersetorialidade, abordada por autores que serão citados a seguir, porém, sua importância é inegável, tanto no quadro atual de administração e gestão pública, quanto para todos os outros atores implicados, haja vista que em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial teve como tema central: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”.

Lüchmann (2007, p. 48) aborda esta questão afirmando que:

[...] a cidade passa a ser o local de inserção, habitação e, portanto, de ocupação, produção e compartilhamento do território, a partir de uma cidadania ativa e efetiva, que acontece diferentemente e de acordo com os níveis de objetividade e organização nos funcionamentos mentais, ou autonomia dos sujeitos, e o momento pelo qual passam.

Este trecho do texto de Lüchmann (2007) aponta para outra discussão central na área da Saúde Mental, e que se configura como base para o processo de desinstitucionalização, pois aborda a questão da autonomia¹⁰ dos moradores, sua relatividade, seus limites ou necessidades individuais, tema este que compõe um dos eixos de nossa pesquisa.

Sob este aspecto questiona-se principalmente a relação destes usuários com o espaço institucional representado pelos SRTs e seus profissionais, pois ao mesmo tempo em que estes, e consequentemente a administração dos serviços, tem que se adequar às individualidades dos usuários e incentivar esta autonomia, são atores institucionais, e tem de cumprir determinadas funções da própria instituição, além das regras estabelecidas pela mesma ou em conjunto com os moradores para o funcionamento das Residências, o que traz questões conflitantes à autonomia dos usuários.

¹⁰ “O conceito de autonomia articula-se com o de liberdade, consistindo na qualidade de um indivíduo de tomar suas próprias decisões e de agir com base na razão, além de responsabilizar-se pelas consequências dos seus atos” (p. 23). Moreira M. I. B. & Andrade A. N. Ouvindo Loucos: Construindo Possibilidades de Viver com Autonomia. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Vale do Rio Doce/MG e Centro de Ciências Humanas e Naturais da UFES, 2003. www.scielo.com.br / acesso em setembro de 2011.

Ainda em relação aos desafios enfrentados pelos SRTs, Delgado (2006) aponta para a gestão pública, afirmando que o tipo de administração exercida nos dias atuais nos setores públicos é bem diversa da que requer um SRT. Além disso, o autor também questiona a formação teórico-técnica dos Cuidadores, haja vista a complexidade intrínseca ao funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos e os profissionais necessários para tanto.

O Cuidador é um profissional, cujo cargo e função foram designados pela Portaria 1.220/2000 do Ministério da Saúde, para os Serviços Residenciais Terapêuticos. A referida Portaria lhe atribui as seguintes funções:

Reabilitação psicossocial que tenha como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência ao atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social (Portaria 1.220/2000, Ministério da Saúde, Brasil).

Confirmando os questionamentos em torno da figura do Cuidador e concordando com Delgado (2006) no que diz respeito à importância desta formação, Neto & Avellar (2009, p.08) realizaram pesquisa junto a este segmento de trabalhadores em Saúde Mental, nas Residências do estado do Espírito Santo durante o ano de 2009, e chegaram a algumas conclusões:

[...] aquelas pessoas tinham pouca familiaridade com as questões que envolvem o processo de desinstitucionalização e com a loucura, não possuíam formação profissional na área, para desenvolverem no próprio cotidiano de trabalho, parte das estratégias para colaborar com o processo em questão [...] em geral, elas aceitaram o trabalho por questões pessoais, com poucas informações sobre as tarefas que teriam que desempenhar.

Em resumo, Delgado (2006, p. 30) coloca ainda que: “as Residências fazem parte do elenco de novas institucionalidades produzidas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil”, porém, se comparadas às experiências da Itália, Inglaterra, Canadá e Alemanha, e mesmo ao Chile, que se destacam nestes serviços, “o Brasil ainda tem muito que se desenvolver, inclusive com relação à participação de usuários e de familiares em suas Associações, que no Brasil continua sendo muito pequena e localizada”.

Acerca do tema da participação e organização popular, Vasconcelos (2010) coloca algumas observações, que se estendem desde a questão identitária com a existência de muitos conflitos neste sentido, citando como exemplo grupos de usuários querendo constituir movimento próprio, sem a participação de familiares ou profissionais, para que sua luta seja genuína e atenda diretamente aos seus interesses, até a questão da participação efetiva das Associações nos Fóruns decisivos e sua representatividade.

O autor pesquisou as Associações de Usuários e Familiares existentes no Brasil e destacou alguns pontos, que a seu ver são preocupantes, pois mostram dificuldades do ponto de vista da efetivação da democracia no interior das mesmas e na sua relação com os Fóruns decisivos: as diferenças de recursos financeiros e mesmo intelectuais, de interesses e de poder entre os diferentes segmentos que compõem o Movimento da Luta Antimanicomial, e as restrições financeiras, de certos segmentos, dificultando inclusive o comparecimento nos fóruns participativos.

Vasconcelos (2010) ressalta estas restrições como impeditivas à participação e controle por parte da sociedade nos canais legais, inclusive numa época em que deveria crescer esta participação. Aliado a isto, existe também o aumento do número de adeptos da reforma do Estado, caracterizada por medidas de privatização, terceirização e redução dos direitos sociais, ou seja, do ideal de Estado Mínimo.

Assim, Vasconcelos (2010) observou que as lideranças das Associações de Usuários e Familiares, na grande maioria, agem com autonomia em relação a estas, distanciando-se da prática diária e da rotina das mesmas. O autor sinaliza ainda a questão do custo emocional, normalmente exigido e experimentado pelos engajamentos políticos e as vivências dos desafios, representados pelos conflitos, competições, aparelhamentos e cooptações, que, em certas fases, tornam-se incompatíveis com os limites existenciais e psíquicos dos indivíduos com transtornos mentais e seus familiares.

Lüchmann (2007, p. 405), por seu turno, também identifica algumas dificuldades em torno do Movimento da Luta Antimanicomial e afirma que a “complexidade das ações coletivas segue à risca a complexificação das relações sociais como um todo”. Chama atenção para a necessidade “da integração das perspectivas de organização e luta sem dicotomizar a inserção institucional com a

mobilização social”, e acrescenta ser “preciso que se encontre uma forma organizativa que contemple uma ação mais conjunta e socialmente articulada”.

A autora diz ainda que o movimento vem “ampliando fronteiras e limites da política e recriando o conceito de cidadania”, e que desde muito cedo buscou relações em rede com outros movimentos sociais e grupos afins, além de ter procurado manter discurso e prática plurais, porém, em 2004 subdividiu-se em dois grupos: a dissidente Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) composto em 1993.

A subdivisão do Movimento da Luta Antimanicomial teve como ponto máximo de tensão o V Encontro Nacional do MNLA, em 2003, quando questões em torno da organização e de objetividade diferenciaram grupos de lideranças, causando rupturas e desmembramentos, que se definiram mais tarde em duas plenárias nacionais. No final deste mesmo ano, através de documento enviado ao Conselho Nacional de Saúde, intitulado: Fundação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), ficou registrada a instituição deste Movimento, cujo primeiro encontro realizou-se em dezembro de 2004, no Ceará (CE).

Assim, o MLA, historicamente constituído pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, também enfrenta desafios na “relação de articulação entre os diferentes atores, interesses e identidades”, basicamente a partir dos três segmentos majoritários em sua composição: usuários, familiares e profissionais, no sentido de “confluir para a constituição de um campo ético comum, com reflexões acerca do reconhecimento da pluralidade e das diferenças” (Lüchmann, 2007, p. 405).

Amarante (2001) analisa em quatro dimensões a importância deste Movimento: “epistemológica ou teórico-conceitual; técnico assistencial; jurídico-político; e sócio-cultural” (Amarante, 2001 apud Lüchmann, 2007, p. 403).

Assim, do ponto de vista da “dimensão epistemológica”, o autor chama atenção para o fato de que o MLA não produziu teorias, mas se instrumentalizou, principalmente, a partir de literaturas afinadas com o ideal de desinstitucionalização baseado em experiências e materiais produzidos na Itália, França, Estados Unidos da América e mais tarde no Brasil.

A “dimensão técnico-assistencial” tem sua importância no que diz respeito especificamente ao cuidado prático e diário em Saúde Mental; a “dimensão jurídico-política” tem sua ênfase nos direitos civis, políticos e sociais dos cidadãos com transtornos mentais, que não necessariamente precisam ser interditados, além de terem que permitir sua própria internação (que inclusive deve ser informada ao Ministério Público pela instituição em até 48 horas conforme determinação da Lei 10.216/01). E, por fim, a “dimensão sociocultural”, que se referencia justamente às mudanças nas concepções e estereótipos que se mantêm socialmente, fundamental ao processo de desinstitucionalização.

E mesmo com todas as prerrogativas já colocadas em relação aos avanços e desafios do Movimento em causa, Lüchmann (2007, p. 406) coloca que:

[...] o MLA constitui-se como um importante movimento social na sociedade brasileira, na medida em que organiza e se articula tendo em vista transformar as condições, relações e representações acerca da loucura em nossa sociedade. Suas ações e lutas estão direcionadas e vem impactando as diferentes dimensões da vida social.

E em relação aos Movimentos Sociais como um todo, a autora destaca ainda que:

[...] na literatura brasileira pode se observar duas dimensões acerca da importância dos movimentos sociais: seus impactos na esfera cultural, buscando alterar padrões de sociedade com traços autoritários, discriminatórios e opressivos; e as investidas ou impactos no campo da institucionalidade, tendo em vista democratizar as agências e instituições político-sociais. Assim, amplia-se a própria noção de política que, muito além dos espaços e aparatos público-estatais, diz respeito a uma prática inscrita no cotidiano das relações sociais (Lüchmann, 2007, p. 400).

Para completar, Lüchmann (2007, p. 406) afirma que as lutas no interior das instituições de Saúde, a ocupação de espaços nos Conselhos, a articulação com a política partidária e com os atores governamentais, mais a ação sociocultural, também são motivos de preocupação ou desafios para os Movimentos Sociais e especificamente para o MLA. Neste sentido aponta a questão da formação política dos militantes e a ampliação de seus quadros, a “articulação em redes, a utilização da mídia, e a realização de cursos e projetos de qualificação, entre outras, importantes medidas neste sentido”, bem como a criação de espaços coletivos de

avaliação do próprio Movimento como saídas aos desafios colocados (Lüchmann, 2007, p. 406).

Pitta (2011), no artigo em que se propõe a discutir a situação da Reforma Psiquiátrica dez anos após a promulgação da Lei 10.216/2001¹¹, chama atenção para a fragmentação do MLA, ou do Movimento da Reforma Psiquiátrica, em grupos que se confrontam, fragilizando ou enfraquecendo a luta e a potência do mesmo, num caminho já percorrido, e ao qual se deve os avanços conquistados até então, fundamentais em nosso país. Como ponto positivo a este movimento e à ampliação de suas possibilidades de efetivação de ações, a autora aponta a ocupação de cargos públicos por seus militantes.

Esta fragmentação é vista pela autora como derivação das demandas geradas em desdobramento das conquistas do próprio movimento, face, inclusive, às negativas, obstáculos ou lentidões impostos, tanto pelos governos quanto pela sociedade. Por outro lado, Pitta (2011) adverte que a Marcha dos Usuários em Saúde Mental ocorrida em Brasília em 2010 fomentou a IV Conferência de Saúde Mental - Intersectorial no final daquele mesmo ano, o que a seu ver sinalizou uma possibilidade de um resgate à democracia participativa há muito não vista.

Em relação à rede de atenção psicossocial extramuros hospitalares, como os CAPS, os SRTs e mesmo o Programa de Volta pra Casa, Pitta (2011) avalia que houve aumento do número dos dispositivos citados e de seus beneficiários em todo o Brasil, em especial no nordeste e no sudeste, embora ainda existam localidades, dentre os 5.645 municípios do país sem cobertura assistencial. A autora calcula o número de 1.645 CAPS em todo o território brasileiro na atualidade, mas avalia que a qualidade dos serviços não atinge níveis satisfatórios.

A desigualdade da distribuição de oferta de serviços assistenciais e mesmo dos leitos hospitalares em termos regionais, privilegiando umas em relação às outras, é outro ponto levantado pela autora, que atribui este fato aos interesses políticos pessoais/grupais em detrimento às necessidades apresentadas pelas populações locais.

Pitta (2011, p. 4588) conclui que um dos maiores desafios da Reforma atualmente está relacionado à “desinstitucionalização responsável”, e, fazendo

¹¹ A temática em causa foi tema da Revista Ciência e Saúde Coletiva, da ABRASCO, lançada no Seminário Reforma Psiquiátrica Brasileira: 10 anos da Lei 10.216, em novembro de 2011 no IPUB/UFRJ, evento promovido por esta instituição e a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, e que contou com a presença de alguns de seus autores.

menção aos caminhos percorridos por esta Reforma, onde, desde o início, as temáticas giravam em torno do tratamento em si, da medicalização e da importância da interdisciplinaridade, a autora lembra especialmente da figura de Luiz Cerqueira¹², psiquiatra, professor de psiquiatria e coordenador nacional de saúde mental em 1973, que difundia a ideia de que o tratamento ao indivíduo com transtorno mental deveria abranger uma gama de profissionais e não só o psiquiatra ou a psiquiatria.

Assim, complementa a autora que, embora ainda haja na sociedade alguns “nichos conservadores”, compostos por políticos, gestores, agentes da mídia e mesmo nos meios acadêmicos, nos quais se mantém uma hegemonia ou um discurso saudoso dos leitos psiquiátricos e a defesa da exclusão da loucura, e mais atualmente dos usuários de drogas e mais especificamente do *crack*, há, em contrapartida, a ação do próprio Movimento, onde é “uníssona a voz dos usuários e trabalhadores em Saúde Mental, à aclamação pela liberdade terapêutica”, com o que a mesma concorda, afirmando que a situação atual dos indivíduos com transtornos mentais tratados em comunidade são infinitamente superiores aos que continuam em internação compulsória, ou, conforme a mesma: “em regime de privação de liberdade” (Pitta, 2011, p. 4580-4581).

Vasconcelos (2008, p. 56) se coloca favorável a este tipo de ação, e ressalta a importância dos SRTs quando afirma que as residências são fundamentais para os usuários e seu “bem-estar físico e psíquico, e de sua estratégia política de requalificação dos direitos de cidadania”. O autor levanta também a importante questão da mudança propiciada na relação destes indivíduos com seus próprios corpos, com o espaço e com o tempo, além de favorecer a ressocialização, a partir da reconstituição ou mesmo da constituição de novos vínculos sociais, assim como o redimensionamento de suas vivências, normalmente empobrecidas pela vida asilar por longos anos.

Furtado (2006) por seu turno, reforça este pensamento dizendo que “as residências já configuradas têm se revelado como altamente positivas para a qualidade de vida e melhora do quadro clínico dos moradores”. Por este motivo e ainda partindo de resultados de sua pesquisa, o autor reafirma a necessidade de

¹² Luiz Cerqueira dá nome a alguns centros de tratamento em Saúde Mental, inclusive ao CAPS do IPUB/UFRJ.

revisão das normas das Portarias 106/2000 e 1.220/2000 (Almeida & Delgado, 2000 apud Furtado, 2006, p. 27).

A importância dos SRTs é apontada por Vasconcelos (2000) ainda por mais dois motivos: pela sua função de garantir que os recursos financeiros permaneçam na Saúde Mental, ou seja, para evitar que estes se extinguam com os leitos hospitalares; e pelo fato que diz respeito à administração e aos gastos públicos, uma vez que está comprovado, segundo o autor, que os custos para a manutenção dos SRTs são inferiores aos das internações hospitalares.

Desta maneira é possível pensar que a Reforma Psiquiátrica, ou o processo de desinstitucionalização em curso no Brasil é um processo complexo, cheio de avanços, fértil na produção de conhecimentos e diversidades, mas também com desafios a serem enfrentados e outros a serem relativizados, como no caso da questão da autonomia dos usuários deste processo.

Sua importância é indiscutível do ponto de vista de muitos estudiosos da área, como Pitta (2011), Vasconcelos (2008), Furtado (2006), Almeida e Delgado (2000), Delgado (2006) e Cavalcanti (2006), dentre outros, uma vez que os mesmos observam e constata, através de suas pesquisas, os reais benefícios que este movimento tem propiciado aos indivíduos com transtornos mentais, com perspectivas para os que ainda vivem em confinamento nas enfermarias hospitalares, seus familiares e trabalhadores da área, principalmente através dos Serviços oferecidos pela Rede de Atenção Psicossocial ou extramuros hospitalares, e dentre eles os SRTs, foco da nossa pesquisa.

No sentido de direcionar no interesse da pesquisa, passaremos aos SRTs do IPUB, seu histórico constitucional e aspectos de seu funcionamento, gestão e articulação com a própria rotina institucional, que por sua vez se articula com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro.

1.2

Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ: breve histórico e aspectos do seu funcionamento

O Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) está localizado no campus universitário da Praia Vermelha / RJ, como órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde (CCS) / UFRJ e tem por objetivos prestar assistência clínica de natureza curativa ou preventiva, promover a reabilitação dos pacientes sob sua responsabilidade, além de desenvolver ações de ensino e pesquisa no campo da Psiquiatria e da promoção da Saúde Mental.

Suas atividades têm financiamento através do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Educação. Suas instalações contam atualmente com: ambulatorios de adultos, infanto-juvenil e de tratamento do idoso; hospital-dia para adultos; duas enfermarias para adultos: feminina e masculina e uma unidade de atendimento aos usuários de álcool e drogas. Fora do espaço físico da instituição, o IPUB mantém três unidades de STRs.

Atualmente, (abril de 2012) o Instituto de Psiquiatria dispõe de 105 leitos psiquiátricos e dois leitos para intercorrências clínicas, divididos em duas enfermarias separadas por gênero. Trata-se de 57 leitos femininos e 48 masculinos. Nas enfermarias, os pacientes são acomodados em quartos, em média compostos por quatro a cinco leitos. Cada uma das enfermarias é guarnecida por um posto de enfermagem, dentro do qual, 2 a 4 leitos são reservados para observação clínica dos pacientes. As duas enfermarias possuem aparelhos de TV e telefones públicos e os quartos estão voltados para pátios internos arborizados.

A equipe multiprofissional que assiste aos pacientes internados é composta por médicos do quadro funcional da instituição, médicos residentes e alunos do curso de Residência Multiprofissional oferecido pelo IPUB, além de assistentes sociais, estagiários de Serviço Social, psicólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Em 2003, as vagas para internação em hospitais psiquiátricos passaram a ser submetidas ao controle da Central Reguladora de Vagas da Secretaria Municipal de

Saúde, assim, as internações no IPUB são procedidas geralmente pela emergência, ou plantão médico do Instituto Phillipe Pinel¹³, como Pólo da AP 2.1¹⁴.

Além da entrada pelo Instituto Phillipe Pinel, os indivíduos também são internados através de encaminhamento ou transferência de outros Hospitais Psiquiátricos, além de outros Hospitais de Referência do Município do Rio de Janeiro: Instituto Nise da Silveira (Engenho de Dentro), Instituto Jurandir Manfredine (Colônia Juliano Moreira / Jacarepaguá) ou Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ/ Saúde), e que também se constituem como polos de atendimento emergencial e porta de entrada para internações.

Quanto aos SRTs mantidos pelo IPUB, atualmente com dezenove moradores, é relevante repetir que em julho de 1998 constituiu-se a primeira Residência Terapêutica, que teve sua criação antes mesmo da promulgação da Portaria 106/2000 (que gerou legalmente os SRTs), por iniciativa de profissionais do IPUB, dentre eles duas assistentes sociais¹⁵, comprometidas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelos ideais da militância da Luta Antimanicomial. O imóvel alugado para tanto teve como locatária a psicóloga Maria da Glória Ribeiro da Silva e como fiadora a assistente social Carmem Maria Japi-Assu Tourinho.

Os outros dois dispositivos, criados em abril e outubro de 2006, respectivamente, foram implantados em imóveis já alugados em nome do IPUB/UFRJ e contaram também com a participação fundamental da assistente social citada acima e que compunha a coordenação da primeira Residência, mais uma equipe composta por um psiquiatra, um assistente social, um psicólogo, uma enfermeira e seis cuidadores.

A distância temporal entre a criação da primeira Residência (1998) e das duas últimas (2006) se deu por questões internas à instituição, sendo que estas duas já foram implantadas com formalização institucional, constituindo-se em SRTs, diferentemente da primeira, que embora se mantenha com verba advinda do SUS, ainda está alugada em nome das profissionais citadas.

¹³ Instituto Phillipe Pinel: Hospital de Referência em Saúde Mental. Órgão da Secretaria Municipal de Saúde componente do SUS (Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde), localizado em Botafogo/RJ.

¹⁴ A.P. 2.1: Área Programática da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, composta pelos bairros: Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca, Copacabana, Leme, Lagoa, Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Leblon, São Conrado, Vidigal e Rocinha.

¹⁵ Carmem Maria Japi-Assu Tourinho e Maria Odila Rangel.

Esta Residência está em vias de ser realocada em outro imóvel alugado visto que a proprietária do apartamento atual fez a solicitação do mesmo para sua venda. Para este dado há que se chamar atenção para dois aspectos: a questão da insegurança causada pela situação de locação dos imóveis, que será abordada mais profundamente no 3º capítulo, e para o fato de que o próximo contrato de locação para este SRT já será formalizado pelas vias institucionais e, portanto, em nome do IPUB.

As três Residências atuais têm semelhanças entre si no seu funcionamento diário e seguem um ritmo em relação aos horários e hábitos alimentares, de higiene e de atividades cotidianas semelhantes aos lares brasileiros em geral, mas chamou-nos atenção um determinado aspecto, também muito comum em nossa cultura: a televisão ligada durante todo o tempo, mesmo que não haja alguém assistindo.

Porém, também é perceptível a cadência funcional do ponto de vista institucional, tanto pelos horários determinados para as atividades, incluindo os horários de medicação, quanto pelo próprio espaço, permeado de profissional diuturnamente, o que dá o tom premente da instituição naquele espaço residencial.

A administração ou organização e a assistência aos SRTs acontece com três gestores (profissionais representantes e responsáveis pela gestão / direção / ligação com gestores do SUS), e a equipe multidisciplinar é composta por: médicos psiquiatras assistentes dos usuários, que os acompanham através das consultas no ambulatório do IPUB; três assistentes sociais e um psicólogo, que frequentam as Residências quase diariamente, mais onze cuidadores que trabalham diuturnamente nos locais. Há também o trabalho do grupo de Residentes Multiprofissionais do IPUB que passam por períodos de inserção nos SRTs.

Conforme previsto pela legislação, os SRTs do IPUB são articulados ao ambulatório e ao Hospital-Dia do IPUB, que não pode ser nomeado como um CAPs por estar situado dentro do espaço físico institucional, mas que funciona a partir dos pressupostos legais. É importante ressaltar que a equipe que assiste aos SRTs tem buscado articulação com o CAPs-UERJ por ser um serviço que atende ao território em que se situam as Residências.

Para colocar brevemente as questões relacionadas especificamente à gestão dos SRTs do IPUB, tomamos como base os modelos organizacionais descritos por Mintzberg (2006). Sob este ponto de vista, a experiência apresenta algumas características da organização inovadora.

Com relação a esta modalidade, os STRs funcionam a partir de competências profissionais distintas articuladas em equipe multiprofissional com relativa autonomia destes sobre suas ações, ou seja, com considerável controle sobre seu trabalho. Em se tratando da perspectiva inovadora, os SRTs, além de serem serviços de implantação recente, são demandantes de ações que se desenham cotidianamente, a partir de situações específicas e diversificadas, por lidarem com o abrigo de seres humanos com transtornos mentais e a complexidade implícita, inclusive no que tange às relações entre os moradores e os profissionais envolvidos.

A equipe que assiste aos SRTs procura se desenvolver como um projeto que se inscreve com objetivos e ações comuns a todos os atores envolvidos, numa prática que busca ser “adhocrática”, no que diz respeito às relações entre profissionais e gestores / coordenadores, porém, com funcionamento a partir de hierarquia e burocracia envolvidas nesta prática, tendo em vista observar os princípios pautados na Reforma Psiquiátrica Brasileira (Mintzberg, 2006, p. 333).

A equipe se compõe de profissionais com perfil de especialistas (Mintzberg, 2006) para um projeto que se desenvolve dinâmica e cotidianamente, envolvendo inclusive interlocução permanente entre os atores. Os profissionais cumprem com suas funções específicas, e ao mesmo tempo entrecruzam seus objetivos aos da desinstitucionalização e da autonomia, através das discussões, reuniões e das ações interdisciplinares, que exigem flexibilidade e criatividade diante da complexidade inerente ao trabalho desenvolvido.

O grupo funciona basicamente a partir de discussões e decisões tomadas em reuniões semanais de profissionais. Segundo Mintzberg (2006, p. 317, p. 333, p. 335): “a tomada de decisões envolve três fases: a identificação da necessidade de decisão, o desenvolvimento de soluções e a seleção de uma delas”. Posteriormente há “delegação de tarefas e autorizações”, no entanto “dispensam supervisão, necessitando de proteção e suporte”. No caso da referida equipe, é observável a preocupação da colocação das situações em discussões coletivas para a tomada de decisões, porém respeitando a liberdade dos profissionais para as suas ações.

Assim, “a organização profissional, paradoxalmente, fica extremamente estável no nível mais amplo e em um estado de mudança perpétua no nível mais restrito”. Esta afirmativa é perfeitamente observável no desempenho e cotidiano da equipe que assiste aos SRTs do IPUB, onde os profissionais compartilham

metas e objetivos comuns, mas também conflitos sobre a forma de condução decidida coletivamente (Mintzberg, 2006, p. 318).

Após a contextualização dos SRTs do IPUB passaremos a uma abordagem acerca da prática do Serviço Social e seu histórico de constituição profissional, visto ser um segmento com importante inserção tanto no âmbito específico da instituição quanto nos SRTs do IPUB, e por ser esta práxis, conforme já exposto, alvo de polêmica no interior da categoria profissional.

2

Serviço Social: gênese, desenvolvimento e inserção na Psiquiatria e na Saúde Mental

2.1

Gênese e relação com as desigualdades sociais

Embora nosso estudo tenha como foco principal a práxis do Serviço Social na saúde mental, optamos por iniciar com uma incursão em relação à sua gênese para com as desigualdades sociais, por considerarmos a importância da abrangência desta temática para a existência profissional atual inclusive e para colaborar com a discussão que defende a unidade de intervenção dos assistentes sociais independentemente da área de atuação, questão que ocupa lugar no debate contemporâneo.

Partimos do pressuposto de que se as práticas de caridade existem desde a antiguidade, podemos vislumbrar que as desigualdades sociais também já coexistiam desde antes da formação do que hoje é denominado de *questão social*, visto que esta situação tomou forma com o advento da indústria e do comércio ou nas mudanças relativas ao funcionamento do mercado desde o final do século XVIII, conjecturando mudanças estruturais nas esferas: cultural, econômica, e social, além de demarcar a sociedade em classes, a partir do ideário liberal (Martinelli, 2009).

Iamamoto (1992) aponta para a gênese do Serviço Social como anterior ao início do século XIX, nos Estados Unidos da América e na Inglaterra, com funções relacionadas à emergência da *questão social*, ou seja, do conjunto das expressões da desigualdade social, do ponto de vista econômico e cultural, ou, dos problemas associados ao funcionamento da sociedade capitalista.

Neste contexto, os primeiros movimentos de Sociedades de Organização de Caridade se formaram na Europa e nos Estados Unidos da América. Neste último, a primeira delas foi criada em Nova Iorque em 1877 e apesar de terem função puramente assistencial, conforme alerta Martinelli (2009), tenderam a abranger os

fatores sociais, e não só os individuais, para a compreensão das causas das desigualdades e da intervenção junto à pobreza.

O Serviço Social foi constituído para atuar diretamente nas expressões mais prementes da *questão social*, advindas principalmente da industrialização, das áreas da previdência e da assistência social relacionadas ao funcionamento do sistema capitalista. Do ponto de vista crítico da profissão, esta ação do Serviço Social neste contexto tinha como objetivo a amenização dos conflitos na relação entre capital e trabalho (Iamamoto & Carvalho, 1988).

O último quarto do século XIX é mostrado por Netto (1996, p.20) como a ocasião em que se deu a passagem do capitalismo concorrencial para o dos monopólios, situação que contribuiu para o acirramento do desemprego e, portanto, da *questão social*. O autor ressalta ainda que “o capitalismo monopolista conduziu ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada, pois internacionalizada a produção, os grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados”.

Desta maneira, é apontada a articulação da *questão social* aos sistemas cultural, econômico e político como geradores de pobreza em massa, tanto material quanto espiritual. Ainda para Netto (1996, p.89), a “questão social se instaura como objeto polifacético e polimórfico para uma enorme variedade de intervenções profissionais”, [...], ou: “um complexo de problemas e mazelas congeniais à sociedade burguesa consolidada e madura”, e os respectivos sistemas em funcionamento a partir de princípios capitalistas neoliberais.

No Brasil, o surgimento do Serviço Social na década de 1930, também esteve correlacionado às mudanças que a sociedade brasileira atravessava, atrelada ao sistema econômico de cunho capitalista já em desenvolvimento nas culturas estrangeiras. À semelhança do que ocorreu na Europa e nos Estados Unidos da América, a consolidação do capitalismo no Brasil também trouxe consequências que envolveram grande parte da população com a pobreza, a miséria e a desassistência, situação constituinte da *questão social* no Brasil.

Sob o governo de Getúlio Vargas, esta década localiza a mudança da economia agroexportadora para a industrial e os problemas decorrentes da mesma, como a migração descontrolada dos campos para as cidades, o analfabetismo, a mão de obra ociosa, a ausência de infraestrutura básica de habitação e saneamento, precariedade no sistema de saúde e de educação, além do baixo

índice de renda per capita e da própria extensão territorial brasileira, que dificultava ações assistenciais de longo alcance. Neste contexto formou-se um conjunto de problemas interligados que logo foram refletidos socialmente (Filho, 1996).

O conjunto de problemas sofrido pela sociedade que se perfazia na *questão social* foi fruto da imposição e do avanço dos ideais liberais e da sociedade de consumo, constantes no esquema capitalista, gerando demanda a ser atendida, historicamente, pelo Serviço Social.

Os assistentes sociais foram inseridos em frentes de trabalho, com atividades ou intervenções que se davam basicamente a partir da triagem, do plantão, do aconselhamento, além da visita domiciliar e acompanhamento social.

Outro fato importante ocorrido diz respeito à saída da mulher pobre de casa para o mercado de trabalho, o que gerou alteração significativa aos papéis sociais, principalmente aos relacionados à formação e manutenção da família, tão importantes, à conservação da ordem social hegemonicamente estabelecida pelos segmentos dominantes: o Estado, a Burguesia e a Igreja. Ameaçada esta ordem, os agentes sociais, advindos de iniciativas particulares, foram acionados na tentativa de orientar e organizar a vida do operariado nas suas famílias e destas ao mesmo tempo (Teixeira, 1997).

Partindo do conteúdo do estudo de Teixeira (1997), que história a constituição da profissão relacionando-a à lida com a questão social, notamos a estreita relação do Serviço Social com a área da Psiquiatria e observamos a importância e a proximidade histórica da atuação do assistente social junto à família bem como a valorização da mesma. Ao citar Donzelot (1986), a autora coloca que há “um reforço à família e uma vigilância sobre ela”, ou seja, a interferência do Estado liberal que criou “dispositivos gerais de proteção à saúde, educação, infância, sob forma de leis” para os “problemas sociais” apoiado no núcleo familiar (Donzelot 1986 apud Teixeira, 1997, p. 39) ¹⁶.

Iamamoto (1992) coloca para o Serviço Social atenção privilegiada na ação educativa entre as famílias de trabalhadores e para com os mesmos, durante um período inicial da profissão no país, afirmando ainda que os objetivos eram de cura e prevenção dos problemas sociais. Vale acrescentar que no Brasil a família é

¹⁶ O histórico da relação do Serviço Social com o atendimento às famílias é tema central da tese de Sonia Beatriz Sodré Teixeira (1997).

valorizada e incentivada culturalmente, inclusive pelo Estado, como base para o cidadão, sendo mesmo abordada nas legislações.

Enfim, a formação do Serviço Social no Brasil dá-se “como parte ou ramificações de movimentos sociais complexos” (Backx, 1994, p.22 apud Teixeira, 1997, p. 45), que vão desde “a Igreja, aos setores médicos, a intelectualidade e na formação e desenvolvimento da classe operária”. Teixeira (1997), apoiada em Mancini (1992, p.45), Albano (1993, p.10) e Góis (1993, p.232), ressalta o empenho da categoria profissional por leis sociais, por direitos sociais, afirmando que muitos profissionais da época “identificaram criticamente os problemas da pobreza” e colaboraram “com a reflexão sobre a insuficiência e a precariedade dos organismos destinados à atenção à mesma [...] forçando a necessidade de ampliar a estrutura de serviços de proteção social”.

Conclui Teixeira (1997, p. 54-56) que “os assistentes sociais não reproduziram integralmente os valores dominantes”, mas destaca que valores como “assistencialismo ou vocação para servir”, identificáveis na época, ainda marcam o ideário profissional frente à sociedade. Os campos de atuação a esta altura se davam em torno de: educação, higiene, habitação e saúde, utilizando como instrumento a orientação e os encaminhamentos.

Já nos anos de 1940, a partir da Política de Boa Vizinhança do presidente Franklin Roosevelt, vários assistentes sociais buscaram seu aperfeiçoamento nos Estados Unidos da América. Nesta altura houve a absorção do *social casework*, fundamentado nos conhecimentos da psicanálise, deflagrando no Brasil uma mudança da prática profissional, até então voltada para a ação social e que agora tomava uma perspectiva psicossocial, ou seja, da prática diagnóstica para ser evidenciada como terapêutica,

O Serviço Social de Casos passou a ser fortemente difundido nas práticas profissionais nas Clínicas de Orientação e nos hospitais psiquiátricos. No Rio de Janeiro o trabalho com este método clínico, atendendo basicamente a esfera familiar, se deu no Centro de Orientação Juvenil (1946), criado pelo Departamento Nacional da Criança, no Centro de Orientação Infantil (1953), criado pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ, e posteriormente, no Instituto de Psicologia Aplicada (1953 / PUC-Rio).

Resumindo, nos anos de 1936 e 1937, em São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, foram inauguradas as primeiras escolas de Serviço Social no

Brasil. Vasconcelos (2002) ressalta nesse momento, a importância do movimento de higiene mental nesta formação, quer na origem franco-belga da década de 1930, quer no desenvolvimento do Serviço Social influenciado pela experiência norte-americana. Estas bases duraram até a década de 1970 quando o Movimento de Reconceituação começou a questionar as teorias vigentes e as formas de abordagem do Serviço Social.

Em relação ao Serviço Social no campo da Saúde Mental, vale destacar que a década de 1940 e início dos anos 1950 marcaram a valorização do assistente social no campo da Psiquiatria. A prática profissional tinha cunho de ser mediadora dos problemas apresentados pelos indivíduos que buscavam seus serviços e as instâncias de poder, concomitantemente à posição de subordinação dos profissionais em relação à direção médica hospitalar. Os hospitais psiquiátricos funcionavam sob o modelo asilar e as atividades rotineiras destes profissionais incluíam o levantamento de dados sociais e familiares, além do atendimento às famílias e aos indivíduos na ocasião das internações e das altas hospitalares.

Melhor dizendo, nos anos 1950 os assistentes sociais buscaram criar novos métodos e técnicas, objetivando a adequação à realidade brasileira. Já o final da década de 1960 e início da década de 1970 foram marcados pelo início do Movimento de Reconceituação do Serviço Social. No período que se segue, a profissão fundamenta sua teoria nas chamadas ciências sociais, abandonando a influência da Psicologia e a principal orientação passou a ser a intervenção pela luta em torno das necessidades e interesses dos indivíduos usuários de seus serviços (Martinelli, 2009).

Sobre o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, Martinelli (2009, p.137) ressalta o fato do mesmo não ter sido unânime na categoria profissional, embora tenha mobilizado parte significativa da mesma. Ao mesmo tempo em que se desenvolvia a consciência crítica da prática imediatista, ampliava-se também a organização política da categoria profissional. Segundo a autora:

[...] a consciência crítica considerava as contradições como chaves para a interpretação da realidade, na qual a identidade profissional, também se configurava a partir desta visão e realidade: dialética, não absoluta, não definitiva, e plena de contradições.

Desta maneira, acontece a expansão da profissão do assistente social e sua renovação, numa época em que grandes mudanças ocorriam na vida social, econômica, política e cultural brasileira. Busca-se tanto uma reatualização da tradição profissional quanto a ruptura com o conservadorismo. O Serviço Social amplia a interlocução com as ciências sociais, além de se aproximar dos movimentos considerados de esquerda.

Vasconcelos (2008) chama atenção para os aspectos que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social começou a questionar: sua posição social e de inserção da categoria analítica de classe, adotando versões do marxismo; a epistemologia vigente, buscando inspiração estruturalista, além da visão fenomenológica.

Netto (1996) considera que houve basicamente três perspectivas de mudança no interior da profissão neste movimento e que se diferenciam a partir das teorias que as sustentam. Uma delas, a perspectiva modernizadora, cujos debates se deram nos Seminários de Teorização organizados pelo CBCISS, em Araxá (1967) e Teresópolis (1970), que tinha como objetivo a adequação dos instrumentos e técnicas de atendimento, além da tecnologia de planejamento de administração, cuja operacionalização ainda se pautava no modelo considerado tradicional, pois estava atrelado ao ideal desenvolvimentista encampado pelo Estado. Para o autor, esta perspectiva se prestava à garantia do desenvolvimento do capitalismo através da minimização dos conflitos sociais.

A outra vertente amparada pela filosofia fenomenológica ou no existencialismo cristão, que propunha uma nova prática profissional pela valorização da elaboração teórica e crítica ao positivismo, mas ainda apontando para a intervenção de atendimento compreendido como ajuda psicossocial. Segundo o autor citado, estas duas vertentes, apesar do rigor técnico e científico de seus aportes, caminhavam atreladas aos interesses da classe dominante, e, viam possibilidades de serem operacionalizadas pelas políticas sociais implantadas pelo Estado.

Uma terceira perspectiva, segundo o autor, se deu na experiência desenvolvida em Minas Gerais, em meados da década de 1970 quando a Escola de Serviço Social da PUC foi palco para encontros de profissionais cuja intenção era a de ruptura com as posições até então assumidas. Mas foi somente nos anos 1980 que seu ideal atingiu os órgãos da categoria profissional, ultrapassando os muros

acadêmicos e as restrições da discussão neste âmbito para, em consonância com a mobilização da classe operária, confrontar-se com a autocracia burguesa, o que trouxe questionamentos à ordem vigente nos planos teórico, cultural, político e profissional, chegando a atingir grande parte da categoria sem ser hegemônica dentre os profissionais. Esta vertente teve seu maior ganho a partir da interlocução com as ciências sociais sem perder a referência do Serviço Social.

Bravo (1996, apud Bravo & Matos, 2004, p. 6) sinaliza a importância do Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviço Social (CBCISS) para a veiculação da elaboração teórica do Serviço Social no período entre 1965 até 1975. Ressalta ainda que na área da Saúde, a profissão recebe as influências da modernização, que aconteceu no âmbito das políticas sociais, “sedimentando sua prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais”.

Sobre a contextualização brasileira de 1970, Pochmann (2010) assinala que apesar do crescimento econômico observado, foi também um período marcado pela ampliação da desigualdade social. Fagnani (2001, p. 06) por seu turno afirma ter sido um tempo em que “o Brasil andou na contramão do mundo”, pois mesmo antes de 1988, os movimentos sociais lutavam pela redemocratização, fato que dificultou a execução integral da agenda liberal no país. A atual Constituição, inspirada na redemocratização alcançada, traz princípios como: “a universalidade (em contraposição à focalização), da seguridade (seguro), e dos direitos sociais (assistência), ou seja, a Constituição consagrou bases de proteção social à cidadania, que mais tarde foram asseguradas por lei e pela constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Fagnani, 2001).

Um dos movimentos sociais na área da Saúde, o Movimento de Reforma Sanitária, constituído desde meados dos anos 1970, avançou na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público, “tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília” (Bravo & Matos, 2004, p. 7). Assim, se por um lado, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais) defendiam a privatização dos serviços, de outro, a Plenária Nacional de Saúde defendia os ideais da Reforma Sanitária para uma Saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão.

Em relação ao Serviço Social e sua inserção no Movimento de Reforma Sanitária, Bravo (2006 apud Bravo & Matos, 2004, p. 8) aponta para a

preocupação premente da revisão interna da prática profissional em detrimento de, ou, “sem nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, com o referido Movimento”, o que na concepção da autora “são sinalizadores do descompasso da profissão na luta pela assistência pública na saúde” (Bravo & Matos, 2004, p. 8).

Teixeira (1997) coloca que desde a década de 1970, a reflexão crítica do cotidiano do assistente social foi se tornando cada vez mais importante. Houve questionamentos sobre a prática institucional além de propostas de trabalho fora das instituições.

A autora, apoiada em Serra (1982), diz ainda que num “desdobramento deste pensamento, veio o entendimento da instituição como espaço contraditório o que possibilitou a articulação com os movimentos populares”. Neste contexto, e com a preocupação com o desenvolvimento de pesquisas a nível acadêmico, surgiram em 1972 os primeiros cursos de mestrado (PUC de São Paulo e Rio de Janeiro), e as organizações dos primeiros centros de formação de pesquisadores (Teixeira, 1997, p. 84), que influenciaram o avanço do Serviço Social.

Com relação à década de 1980, houve enorme crescimento do número de escolas de Serviço Social, assim como a expansão dos cursos de pós-graduação, *stricto e lato senso*, para mais tarde (1996) haver a reformulação curricular da graduação.

É um momento em que o Serviço Social Brasileiro se percebe cheio de contradições internas ao exercício profissional, e busca apropriar-se de uma identidade voltada para o avanço de uma direção ao trabalho para uma sociedade mais justa e democrática, em que os usuários de seus serviços são considerados sujeitos de direitos, cidadãos. Esta prática e postura significam um importante salto qualitativo em termos profissional e político (Vasconcelos, 2008).

Bravo & Matos (2004), ao reconhecerem a importância da década de 1980 para o amadurecimento teórico da profissão, observam uma mudança de posição no fazer profissional, porém afirmam que a intervenção ainda era “incipiente quanto à alteração da prática institucional”. No caso da Saúde, por exemplo, os autores avaliaram que esta “continuava desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação da máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da reforma sanitária); e insuficiente na produção sobre as

demandas postas à prática em saúde” (grifo dos autores) (Bravo, 1996 apud Bravo & Matos, 2004, p. 9).

Com relação ao Código de Ética Profissional aprovado em 1986, este foi uma expressão da negação da base filosófica tradicional, nitidamente conservadora, que norteava a “ética da neutralidade”, e a afirmação de um novo perfil do/a técnico/a, não mais um/a agente subalterno/a e apenas executivo/a, mas um/a profissional competente teórica, técnica e politicamente (Conselho Federal de Serviço Social, 2011).

Assim, em 1993, um novo Código de Ética foi aprovado, assentado os princípios de: reconhecimento da liberdade como valor ético central; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio; ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia; posicionamento em favor da equidade e justiça social; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; compromisso com a qualidade dos serviços prestados; exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

No início da década de 1990, Bravo & Matos (2004, p. 9) ressaltam ser projeto de cuidados com a Saúde articulado ao mercado privatista, cabendo ao Estado garantir um mínimo aos que não podiam pagar, logo, o atendimento aos cidadãos consumidores ficou a cargo do setor privado, o que já contrariava os princípios constitucionais vigentes.

Os autores comentam as ações na área da Saúde e como “principais características destacam: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso”. Assim, o projeto da Reforma Sanitária só se consolidou na segunda metade dos anos 90 (Bravo & Matos, 2004, p. 10).

Enfim, em relação à atuação dos assistentes sociais na área da Saúde, os autores identificam duas posições: uma inclinada a responder pontualmente os desafios:

O projeto privatista veio solicitando entre outras demandas: a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da

ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (Bravo & Matos, 2004, p. 10).

E outra em que o Serviço Social juntou-se às demandas do projeto de Reforma Sanitária na:

[...] busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégia de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (Bravo & Matos, 2004, p. 10).

Em relação às mudanças na prática profissional, Martinelli (2009, p. 151) afirma que a seu ver, “o objetivo da prática dos assistentes sociais transportava-se para outra dimensão, onde a busca fundamental passou a ser a produção de novas relações sociais e a superação da sociedade capitalista”.

A conjuntura social a partir do ano 2000 foi fundamental para que o Ministério da Saúde encampasse medidas no sentido de ampliar a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, em consonância com os princípios do SUS, que consistem basicamente no acesso universal e o atendimento equânime e integral em Saúde aos cidadãos brasileiros (Bravo & Matos, 2004).

As metas prioritárias tornaram-se a ampliação do atendimento pelo SUS - com reforço nas frentes de atenção básica; a melhoria do acesso aos medicamentos e o combate às endemias, além do “incentivo à articulação entre ensino-gestão-atenção”. Os modelos assistenciais amplamente pautados na intervenção médica, com intermediações a partir de poderes constituídos de maneira vertical com características de exclusão, também foram motivos de atenção objetivando mudanças pelos órgãos governamentais em Saúde (Bravo & Matos, 2004, p.17).

No entanto, os autores observam a oscilação entre dois projetos existentes na Saúde: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. Assim, as políticas sociais, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (2009), continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, o que caracteriza uma desvalorização da seguridade social. Em texto difundido pelo CFESS em 2009 (www.cfess.org.br, acesso em junho de 2010), é confirmada situação semelhante

na atualidade, especialmente em relação à Saúde, observando-se ainda a situação avaliada por Bravo & Matos (2004).

Tornando à questão das desigualdades sociais em relação ao crescimento econômico, visto que este tema se remete diretamente às condições de vida dos usuários do Serviço Social e da própria atuação profissional, no que tange principalmente às exigências que se apresentam ao conjunto da categoria no país, tomamos os estudos que abrangem a questão social em suas dimensões de desigualdades.

Pochamnn (2010) aponta os anos de 2004 a 2010 como um período que apresentou novo padrão de mudança social no Brasil. Rocha (2006, p. 45) afirma que para combater a desigualdade social no Brasil, o governo incrementou Programas Assistenciais, e que no ano de 2004 passaram por mudanças nas regras operacionais e administrativas destinados especificamente às populações conviventes com a pobreza e a miséria.

Dentre estes destacamos o Programa Bolsa Família, sobre o qual a autora citada afirma que é um Programa com intenção e características de “guarda-chuva” dos “Novos Programas de Transferência de Renda Federais”. A autora constatou também que cerca de um ano após sua criação ele havia se expandido, chegando a atingir 10,3 milhões de beneficiários, em cinco milhões de famílias, o que fez diferença significativa na distribuição de renda no país.

Rocha (2006) observa ainda que o percentual total atingido pelos Programas é insuficiente, sendo necessária a expansão desta cobertura para pouco mais de 60% da população com vistas a atender a todos os que correspondem às prerrogativas para ter acesso aos Benefícios citados. Reconhece ainda, que em 2006, o Programa Bolsa Família dobrou sua cobertura para 10,9 milhões de domicílios. Outros dados da pesquisa mostraram que a maior clientela deste Programa habita o nordeste, seguido pelo sudeste, mas que haveria espaço para a melhoria da focalização dos mesmos. A questão da focalização remete à importância do Cadastro Único buscando o atendimento de assistência social integrada.

Henriques (2001) ressalta que as desigualdades sociais não estão só associadas à distribuição desigual entre a população das riquezas produzidas socialmente, mas aos aspectos culturais que fundamentam e sustentam tais

desigualdades, o que se articula às questões de cidadania e da própria democracia, e mais ainda, conforme Sen (2000), ao verdadeiro desenvolvimento humano.

Outro problema apontado como central à questão da desigualdade no Brasil diz respeito à sua naturalização, engendrada na sociedade civil, com resistências teóricas, ideológicas e políticas, para identificar a desigualdade como prioridade das políticas públicas. Esta questão se entrecruza a outros fatores fundamentais para a manutenção da desigualdade. O mais importante deles segundo Henriques (2001) está na questão da desigualdade racial.

Reis (2000) e Sen (2000) concordam ao afirmar que as desigualdades também são produzidas por discriminações entre grupos raciais, étnicos, de gênero, de graus de escolaridade, entre outros fatores. Embora esta seja uma discussão importante, inclusive porque aí se incluem os indivíduos com transtornos mentais, não serão possíveis os desdobramentos sobre ela no momento, no entanto, passaremos a uma discussão sobre cidadania e processos participativos ou democráticos, considerando a articulação entre estas temáticas e o Serviço Social.

Para discutir estas questões, Oliveira (2010) enriquece o debate, pois faz a reflexão sobre o termo *emancipação* para a cidadania *plena*, afirmando que cidadão não é só quem recebe o usufruto do direito, mas é aquele que forja a *plenitude* desse usufruto, o que significa participação ativa na sociedade. Assim, o cidadão não é depositário ou receptor de todos os direitos, mas é, concomitantemente, criador e ativador dos mesmos.

Logo, o pleno gozo da autonomia do cidadão, em tese, só poder ser constituído através da mediação institucional ou expressão coletiva do indivíduo, pois “as instituições compõem a armadura material dos direitos de cidadania, que por sua vez viabilizam a autonomia individual, mas que no fundo só acontece através da mediação institucional”.

Os direitos, que também existem a partir de lutas sociais, são legitimados e geridos pelo Estado, porém, avalia Oliveira (2010), os direitos instituídos hoje no Brasil, inclusive pela Constituição de 1988 são “criações de espaços virtuais”, pois precisam ser ativados a cada dia pelos cidadãos na busca de sua efetivação. Complementando o pensamento exposto e associando-o à prática do Serviço Social, podemos identificar que esta também é uma questão que perpassa a

atuação profissional, que diz focar sua atuação no exercício dos direitos por parte dos usuários dos seus serviços.

Oliveira (2010, p.2) prossegue seu pensamento dizendo que atualmente no Brasil, o sujeito nasce “quase não cidadão”, ou “constrangido, tendo que lutar arduamente para alcançar, quando consegue, certa plenitude na experiência do usufruto dos direitos sociais”. Neste ponto o autor reforça a importância da relação que se vem estabelecendo entre cidadania e poder de consumo de bens materiais. A cidadania como categoria teórica ao lado da de direitos é muito usada no Serviço Social, por isso é relevante aprofundar sua significação.

Dagnino (2004) apresenta uma discussão em torno do tema cidadania e direitos onde aponta para a necessidade de sua ressignificação e as circunstâncias que os perfazem. A autora ressalta a premência do *direito a ter direitos*, termo cunhado por Hanna Arendt (2010), que aponta para a mudança de posição social do indivíduo para a do cidadão.

Essa redefinição inclui não somente “o direito à igualdade, como também o direito à diferença, que especifica, aprofunda e amplia o direito à igualdade” (Dagnino, 2004, p. 115).

Este entendimento sugere transformações radicais na sociedade e em sua estrutura de relações de poder, que também tem ligação direta com as mudanças na cultura. A cultura entendida como “concepção do mundo ou como conjunto de significados que integram práticas sociais, e que não pode ser entendida adequadamente sem a consideração das relações de poder embutidas nessas práticas (Dagnino, 2004, p. 116)”.

A partir da Constituição de 1988, foram criados canais legais de participação como os Orçamentos Participativos e os Conselhos Municipais e Estaduais – que abrangem várias áreas inclusive a da Saúde - como espaços públicos de discussão de interesses coletivos, o que propicia a participação efetiva dos cidadãos no poder, além de contribuírem para a existência ou seu reforço, de “cidadãos-sujeitos e de uma cultura de direitos que inclui o direito a ser coparticipante em governos locais” e decidir onde e como o dinheiro público deverá ser gasto, atendendo interesses de comunidades ou grupos sociais (Dagnino, 2004, p. 117).

Assim, o processo de reconstrução da cidadania como afirmação e reconhecimento de direitos é um processo que inclui mudanças em práticas

historicamente arraigadas na sociedade e que provoca “a incorporação no sistema político, de bases mais igualitárias de relações sociais em todos os níveis”, incluindo “novas regras para viver em sociedade (negociação de conflitos, um novo sentido de ordem pública e de responsabilidade pública, um novo contrato social etc.)”, ou seja, inova com um significado bem diferente daquele que supõe à aquisição formal e legal de um conjunto de direitos e, portanto, ao sistema político-judicial ou que se limita às relações com o Estado, ou entre Estado e indivíduo (Dagnino, 2004, p.117).

A nova cidadania é, ao ver da autora, um projeto que sugere “reconhecimento do outro como sujeito portador de interesses válidos e de direitos legítimos” (Telles, 1994, p. 46 apud Dagnino, 2004, p. 120). Isso implica também a constituição de uma dimensão pública da sociedade, em que os direitos possam consolidar-se como parâmetros públicos para a interlocução, o debate e a negociação de conflitos, tornando possível a reconfiguração de uma dimensão ética da vida social com formato mais igualitário de relações sociais em todos os níveis. A disseminação dessa concepção de cidadania foi expressiva, e ela orientou não só as práticas políticas de movimentos sociais de vários tipos, mas também algumas mudanças institucionais, como as incluídas na Constituição de 1988.

Entretanto, setores do Estado ocupados pelas forças neoliberais discursam sobre a cidadania, mas as ações continuam demarcadas pela falta de qualquer referência a direitos universais ou ao debate político sobre as causas da pobreza e da desigualdade, o que gera um tratamento para esta questão do ponto de vista filantrópico ou de gestão técnica (Dagnino, 2004).

A autora coloca que o deslocamento de cidadania para a solidariedade camufla a dimensão política e destrói as referências à responsabilidade pública e interesse público, construídas com tanta dificuldade pelas lutas democratizantes do passado recente. Assim, ainda se observa a distribuição de serviços e benefícios sociais ocupando o lugar dos direitos e da cidadania, obstruindo não só a demanda por direitos, mas também impedindo a própria formulação dos direitos e da cidadania. Isso se dá quando se processa a desmontagem das mediações institucionais e políticas que possibilitam que o direito possa ser formulado, reivindicado e instituído como parâmetro na negociação do conflito, assim, o significado da ideia de pobreza aparece como negação de direitos.

Todos esses deslocamentos parecem estar articulados por um eixo que propõe uma despolitização das noções de emancipação, direitos e cidadania, referências centrais das lutas democratizantes, e, assim uma redefinição das próprias noções de política e de democracia estabelecidas e conquistadas por essas lutas (Dagnino, 2004).

O encolhimento das responsabilidades sociais do Estado encontra sua contrapartida no encolhimento do espaço da política e da democracia.

Lesbaupin (2006, p.3) afirma ainda que “o capital não está mais interessado na democracia”, e cita autores das áreas da economia e da política, como Bauman (1999), Oliveira (2004), Quijano (2004) e Comparato (2004), para reafirmar que o discurso da liberdade e de participação era utilizado para proclamar a democracia como virtude vantajosa do ideal liberal e seu sistema econômico frente ao socialismo autoritário também vigente. Na medida em que foi tombado o bloco socialista, a “vitrine da democracia perdeu a importância”.

O processo de despolitização (Bauman, 1999), a partir da descentralização das decisões nos Estados-nações, significa uma desterritorialização da política. Assim, as grandes decisões passaram a acontecer fora dos territórios nacionais e, portanto, fora do alcance das majorias ou dos cidadãos. Outro movimento que se atrela a este e que é apontado por Pochmann (2010), se relaciona também ao papel do Estado, que via de regra passou a ser o de organizador da transferência de renda nacional da maioria da população ou dos trabalhadores, para uma pequena elite privilegiada ou extrato mais rico, movimento que se faz na contramão das ações para a redução das desigualdades econômicas.

Fazendo uso de outra lógica, passemos às considerações de Sen (2000) como outro autor que amplia a saída das desigualdades para além dos coeficientes e graus numéricos relacionados ao crescimento econômico e distribuição de renda, retomando um ideal humano dos mais antigos: a liberdade. Mas que liberdade? Aquela que decorre do conceito levantado na Grécia e aprofundado por contemporâneos tais como Sartre, por exemplo, em seu trabalho “Crítica da Razão Dialética”, onde afirma que “a liberdade encontra-se diante do compromisso e da responsabilidade social” (Sartre apud Paiva, 1998, p. 51). Sen (2000) avalia que a expansão da liberdade é o principal fim e o principal meio para o desenvolvimento, e o desenvolvimento consiste na eliminação de privações de

liberdades, que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente.

“Há encadeamentos entre diferentes formas de liberdade e as de cunho principal abrangem cinco tipos: oportunidades econômicas, liberdades políticas, facilidades sociais, garantias de transparência e segurança protetora” (Sen, 2000, p.25).

Assim, segue o autor, o quadro de desigualdades se apresenta, em diversas proporções nos países ricos e nos países pobres, porque, mesmo com toda a opulência verificada mundialmente, ainda há situações ou realidades que se apresentam através de “um mundo de privações, destituição e opressão extraordinárias”. A persistência da “pobreza e de necessidades essenciais não satisfeitas, fomes coletivas e fome crônica - muito disseminadas - bem como a violação de liberdades políticas elementares e de liberdades formais básicas, mais a ampla negligência diante dos interesses e da condição de agente das mulheres, e ameaças, cada vez mais graves ao meio ambiente, além da insustentabilidade de nossa vida econômica e social” são verdadeiros obstáculos a serem suplantados pela humanidade (Sen, 2000, p.26).

Ainda segundo Sen (2000), existe uma retórica recorrente, nos fóruns mundiais e no interior das nações, que versa sobre direitos humanos e liberdade política, porém sem encontrar eco na realidade vivida. Outro ponto importante abordado por ele diz respeito especificamente à questão de gênero, quando aponta para “as agentes mulheres” como alvo de persistente negligência aos seus assuntos ou terrenos que representam seus interesses. Esta situação se repete em países ricos e pobres e segue dando ampla sustentação as desigualdades. Para completar, Sen (2000, p. 27) avalia que as diferentes formas de liberdade cerceadas contribuem efetivamente para a permanência da situação atual, e que “para combatermos os problemas que enfrentamos, temos que considerar a liberdade individual um comprometimento social”.

Após a breve explanação trazida sobre as expressões da questão social e as propostas de seu enfrentamento do ponto de vista político, retomamos a discussão que envolve a atuação do Serviço Social fazendo algumas colocações que dizem respeito à atuação profissional no contexto social, suas contínuas contradições e mais as divergências destas abordagens, do ponto de vista do referencial teórico da profissão.

Para tanto, retomaremos autores como Bravo & Matos (2004), que inclusive utilizam Netto (1996) ao observarem que ao mesmo tempo em que a década de 1990 neste país foi marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura no Serviço Social, já em sua maioria intelectual, é também neste período que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. As críticas a esta posição de cunho marxiano não se apresentam objetivamente como antimarxistas, mas afirmam que as respostas necessárias ao conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade não são contempladas pelo marxismo.

A este respeito, Netto (1996 apud Bravo & Matos, 2004, p. 34) coloca que:

[...] as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia; e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social.

Na saúde, espaço onde esse enfrentamento e questionamento se expressam claramente, a crítica ao denominado projeto hegemônico da profissão contorna a reatualização do discurso da cisão entre a teoria e a intervenção ou as reais possibilidades de atuação profissional. Bravo & Matos (2004) observam uma descrença em relação à efetivação de políticas públicas e levantam questões ainda mais pertinentes à discussão sobre a prática profissional. Desta maneira apontam a existência de pensamentos que defendem a necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que ao ver dos referidos autores, caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social, como deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Sobre este eixo, os autores colocam três questões que se acoplam ao mesmo. Uma delas diz respeito à constatação da existência de assistentes sociais que ao “realizarem a formação em saúde pública passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas”. A segunda está atrelada ao fato da continuidade da prática do que os executores chamam de Serviço Social Clínico, que se dá a partir da atuação no nível individual, considerando basicamente as subjetividades como causadoras de tensões, e estas, como alvo de intervenção profissional (Bravo & Matos, 2004, p. 13).

A terceira questão também abrangente à área da Saúde aparece no discurso em defesa da “necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de

capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica” (Bravo & Matos, 2004, p. 19).

Os autores comentam os pontos levantados e identificam que o dilema que se faz presente refere-se ao momento em que o profissional exerce outras atividades institucionais, como ocupar cargo de direção de unidades de saúde, por exemplo, e não mais se identificar como um Assistente Social. Outros fatores que tem favorecido este deslocamento são os que envolvem atividades, como o controle dos dados epidemiológicos, ou quaisquer atividades que não sejam condizentes com as prerrogativas da referida competência.

Por outro lado, ainda na concepção dos mesmos, a partir de estudos realizados, existem os profissionais que têm a compreensão de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é endereçado na divisão social do trabalho, inclusive na área da Saúde.

Assim, outra questão que inclusive tem íntima relação com as mencionadas anteriormente diz respeito a determinadas posturas profissionais que logram a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho. Isso se dá, não só pela primazia do domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre as doenças, no campo da Saúde e da Saúde Mental principalmente, mas pelo distanciamento do objetivo da profissão, que pressupõe uma compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais, e que na Saúde interferem no processo saúde/doença, mais a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

A perspectiva de ação profissional que se vincula à especialização nas diversas patologias médicas fragmenta a ação do assistente social na saúde e se contrapõe à necessidade apontada pelas demais profissões atuantes na Saúde que seria a sua superação. Um conjunto de profissionais da Saúde tem levantado e debatido a importância da formação de trabalhadores de Saúde para o Sistema Único de Saúde com visão generalista e não fragmentada.

Bravo & Matos (2004) colocam ainda que o trabalho do assistente social na Saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e no caso específico da Saúde Mental, as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica. Além disso, deve atentar para as diretrizes nacionais, que contemplam um ideal de formação de sociedade mais justa e

democrática. A partir desta visão e atuação, o assistente social poderá dar respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Logo, concluem os autores, cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de Saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social nesta área tem de estar, necessariamente, articulado aos projetos de Reformas já citados (Matos, 2003 apud Bravo & Matos, 2004).

Aproveitamos o ensejo para contribuir com algumas reflexões acerca da prática profissional do assistente social, inclusive a partir do material pesquisado para esta dissertação, sem desvinculá-lo da nossa práxis. Para começar, ponderamos a questão da lida com a subjetividade, sobretudo na área da Saúde Mental, para o que pensamos ser esta uma condição que persiste, pelo envolvimento de seres humanos, não sendo, portanto privilégio deste terreno de atuação profissional.

Embora a subjetividade esteja permeando esta e outras práticas, o assistente social não privilegiará terapeuticamente o aspecto subjetivo do indivíduo ou da situação em causa, e nem buscará tratá-los neste âmbito ou nível, mas estará atento ao discurso, na forma individual ou coletiva, que diz respeito às experiências das vivências sociais, sejam elas de desigualdades econômicas e culturais - dentro ou fora do espaço institucional - vivências estas que neguem o acesso universal ou igualitário ou equitativo a serviços, inclusive os de Saúde, aos bens produzidos pela sociedade como um todo, ou limitem o acesso aos direitos de cidadania, opondo-se assim ao ideal de democracia, fortemente defendido pelo discurso de Serviço Social.

Esta maneira do assistente social de ouvir os usuários e posicionar-se se constitui num trabalho de cunho eminentemente político e engendra ações no mesmo sentido, ou seja, a intervenção em espaços institucionais ou nos meios coletivos/sociais, mesmo que esta ação tenha por partida um atendimento individual. Aqui cabe ressaltar a presença do aspecto político que envolve todas as ações humanas, sejam individuais ou coletivas, estejam elas em função ou em qualquer terreno das relações sociais ou em suas intercessões.

Assim, o assistente social tomará as questões de cunho coletivo à sociedade, preferencialmente junto aos Movimentos Sociais e nas Políticas Sociais, ou nos espaços de permeação de poderes institucionais e nas articulações entre eles, ou até mesmo em níveis governamentais, ou seja, sua ação é direta e objetivamente social e política.

Pensando mais especificamente na área da Saúde Mental como espaço de práxis do Serviço Social, é notório que o conteúdo curricular, incluindo a prática de estágio, a legislação ético-profissional e as diretrizes nacionais da categoria, façam do Assistente Social um profissional apto para trabalhar em diversas áreas de atuação para o Serviço Social, que, guardadas as devidas peculiaridades, tem um mesmo foco e sentido de atuação, ou seja, não se modifica a estrutura do agir profissional a partir da área de atuação.

Ao mesmo tempo, é certo haver uma interdependência para com a área de atuação, e isso se atrela às suas especificidades para mover os interesses de alcance das redes sociais/institucionais/Movimentos Sociais, que por sua vez, se relacionam diretamente aos interesses dos usuários de seus serviços, mas ainda sem perder a unidade dos objetivos da ação profissional e seus conteúdos, que é o que o distingue dos outros objetos e objetivos dos outros profissionais.

Outro ponto importante e que se relaciona diretamente com a práxis, diz respeito ao fato do assistente social atuar diretamente nas relações sociais e através delas, em contato direto com diversos atores sociais, tendo frequentemente que intervir nas áreas que envolvem poderes e interesses divergentes. O objetivo das ações profissionais, seja nas instituições, através do atendimento individual ou grupal, e ainda nas relações que estabelece dentro e fora daquele espaço, mas também quando atua profissionalmente engajado aos Movimentos Sociais, estão relacionados ao trabalho pela democratização nas relações sociais, pelo questionamento dos preconceitos e pela não aceitação e obrigação de denúncia a qualquer situação que infrinja os Direitos Humanos (ONU, 1948).

É notável, portanto, que haja uma orientação de atuação profissional sólida para os assistentes sociais, a partir do Código de Ética Profissional, da Lei de Regulamentação da Profissão e das Diretrizes Curriculares, como bases legais que formam as diretrizes nacionais contemporâneas da categoria, e que atualmente se constituem como um Projeto Ético Político do Serviço Social.

Desta forma, concluem Bravo & Matos (2004), não existe maneira pré-estabelecida para a atuação profissional que garanta a efetivação de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade de uma categoria profissional específica, mas através da articulação contínua com outros sujeitos sociais que partilhem dos princípios expostos.

Assim, é notório que os assistentes sociais tenham, na atualidade brasileira, muitos desafios a serem encampados para a defesa da democracia e das políticas públicas. Estes desafios são compostos por obstáculos, já expostos, inclusive na sua relação com o projeto neoliberal e o sistema capitalista - no seu estilo de formação e manutenção das sociedades com bases nas desigualdades sociais e cerceamento das liberdades – mas que seus objetivos são atingíveis por atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social.

Desta maneira podemos pensar uma fundamentação teórica e metodológica do Serviço Social que pressupõe aportes éticos, políticos e teóricos cujos valores centrais se relacionam à liberdade e à justiça social, a partir da conjectura da igualdade e da democracia. Estes valores ancoram uma prática que se diferencia, devido às mudanças principalmente na relação do profissional com empregadores e usuários (Netto, 1998), e, portanto, com os espaços institucionais; mas também nas leituras de realidades e posicionamentos frente às demandas sociais e demonstrativas das *questões sociais*, e estas como derivações do sistema econômico-cultural e político de cunho capitalista, atrelado ao ideal neoliberal. O objetivo principal, portanto, gira em torno da alteração das relações com o próprio Estado ou outras instâncias de poder, ou que se estabeleçam nas instituições, no sentido de democratizá-las.

O Serviço Social desta forma assume um compromisso com um projeto societário com outra ordem social, questionando qualquer relação de dominação e/ou exploração de qualquer origem, seja de classe, etnia, gênero e etc., e, trabalhando no sentido de alterar as formas de autoritarismo e arbítrio, comuns na constituição de poderes no Brasil.

Sendo assim, o Serviço Social brasileiro, repetindo, por sua Regulamentação Profissional (8.662 / 1993) e por seu Código de Ética (CFESS/1993), baseia as diretrizes nacionais para a atuação profissional, e se propõe a avigorar a democracia e a ampliação da cidadania, com efetivação do acesso aos direitos civis, políticos e sociais, reforçando a autonomia, a

emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, ou seja, atuando diretamente nas situações sociais que se relacionam às desigualdades, nas suas diversas formas de representação e apresentação sociais. Esta não é tarefa das mais fáceis ou simples devido às condições desfavoráveis que encontramos estruturadas e conjunturalmente instituídas, no país e mesmo no mundo, porém trata-se de uma profissão que, historicamente, não só se constituiu como vem caminhando neste rumo.

Para tratar da inserção do Serviço Social na área da Psiquiatria e na Saúde Mental desenvolvemos a seguir um histórico específico desta relação ressaltando aspectos específicos que permeiam estas áreas de atuação e que embasam o distanciamento histórico já citado entre este segmento profissional e a categoria como um todo, buscando contextualizar ou colocar dados atuais sobre a visibilidade da discussão desta temática nos fóruns e nas entidades representativas dos assistentes sociais.

2.2

Serviço Social na Psiquiatria e na Saúde Mental

Buscaremos explicitar brevemente a gênese da presença do profissional na Psiquiatria e na Saúde Mental. Depois, procuraremos traçar um percurso profissional que inclui mudanças significativas no interior da categoria, em seu embasamento teórico, leitura e instrumental de intervenção na realidade e no seu status social.

A aproximação do Serviço Social com a Psiquiatria, segundo autores como Teixeira (1997) e Bisneto (2009), aconteceu nos primeiros anos do século XX e foram marcantes para a ampliação da visão desta sobre o homem e sua relação com seu meio social, alterando desta forma, o entendimento sobre a doença mental para além das causas puramente biológicas, o que desaguou na alteração da prática médica. Para Albuquerque (1960, p.23 apud Teixeira, 1997, p.34), ambas as disciplinas lucraram com as trocas de experiências.

Bisneto (2009) discorre sobre o fato de o Serviço Social ter sido reconhecido nos Estados Unidos da América e na Psiquiatria como profissão com função de ajuda aos pacientes e seus familiares em suas dificuldades em relação à vida cotidiana, no período de internação hospitalar e na preparação para a alta. Além disso, o autor ressalta o papel que a profissão exercia no sentido de trazer elementos da vida dos indivíduos e suas famílias para compor os conhecimentos acerca da relação entre esses elementos e o adoecimento. Pouco mais tarde, sua assistência foi demandada pelos indivíduos envolvidos diretamente com a Primeira Guerra Mundial e seus familiares.

Teixeira (1997) relata a importância do ano de 1919 nos Estados Unidos da América, local onde o Serviço Social Psiquiátrico se tornou uma tendência dominante durante o ano de 1920, e principalmente por ser considerada uma especialidade relacionada à profissão. A autora observa três mudanças básicas em relação à profissão nesta época e que se relacionaram com as mudanças sociais em curso naquele momento.

Uma delas se refere ao fato do *casework* ter ganhado lugar de destaque como método profissional, a outra se desdobrou no crescente movimento do reconhecimento da profissão, que assim ganhou status social e tinha espaço para publicação em meios de comunicação que atingiam a sociedade; e a terceira, que “diz respeito ao nascimento do campo do Serviço Social com famílias”, que inclusive “servia de base a todos os demais” (Teixeira, 1997, p. 37).

Além disso, Bisneto (2009) chama atenção para os referenciais teóricos que embasavam esta prática, que eram “principalmente: o funcionalismo, o estrutural-funcionalismo, o higienismo e as psicologias, com destaque especial para a psicanálise, e a elaboração de uma metodologia do Serviço Social que se baseava na visão de Caso, Grupo e Comunidade”. O início da função profissional se deu na área da Saúde enquanto a Psiquiatria não era um campo específico do Serviço Social. Nesta ocasião o assistente social participava de planejamentos, programas sociais e pesquisas (Bisneto, 2009, p. 20).

No Brasil, o Serviço Social e sua atuação na Psiquiatria foram marcados, basicamente, pelo atendimento e acompanhamento de Casos. Para tanto utilizava a entrevista como um dos instrumentos técnico-operativos, e atuava no atendimento aos indivíduos com transtornos mentais e suas famílias. O Serviço Social de Casos destacou-se nas práticas profissionais, nas Clínicas de Orientação

e nos hospitais psiquiátricos. No Rio de Janeiro, o Serviço Social se inseriu na Psiquiatria a partir da atuação no Centro de Orientação Juvenil (COJ/1946), no Centro de Orientação Infantil (COI /1953), além do Instituto de Psicologia Aplicada (IPA/1953) (Teixeira, 1997), conforme citado anteriormente.

A influência do *casework* norte-americano marcou fortemente o período entre 1945 até 1965 no Brasil e substituiu a cultura e as teorias europeias, até então dominantes. Os hospitais psiquiátricos funcionavam sob o modelo asilar e recolhiam os indivíduos com transtornos mentais. Os assistentes sociais trabalhavam principalmente nas enfermarias junto às situações de entrada e saída de internação sendo suas funções muito relacionadas aos levantamentos de dados sociais e familiares, e ainda subordinadas ao poder da direção médica, o que lhe custava um pouco de sua autonomia, mas por outro lado, segundo Bisneto (2009), o profissional passou a compor equipes, numa busca de relação de igualdade com os outros profissionais.

No final dos anos 40 os profissionais da área se aproximaram da teoria psicanalítica, já ao modo norte-americano, o que deflagrou uma mudança fundamental na profissão, que passou a ser reconhecida como ciência terapêutica quando, até então, era considerada por seu cunho diagnóstico de ação social (Teixeira, 1997). Vasconcelos (2002) assinala os anos de 1940 a 1950 como um período em que o assistente social fora absorvido e valorizado no campo da Saúde Mental. O modelo, também norte-americano, de *after care*, segundo o autor, aconteceu no Brasil de maneira massificada e burocratizada. Além disto, o atendimento, que não deixava de se estender às demandas dos usuários, era prejudicado pela falta de aprofundamento para o trato com as questões que se apresentavam.

A década de 70 foi marcada principalmente pelo Movimento de Reconceituação do Serviço Social, conforme tratado no texto anterior, ocasião em que a profissão fundamenta sua teoria nas chamadas ciências sociais críticas, o que também significou mudança profunda na leitura e tratamento para com a realidade social, por grande parte da categoria. Assim sua intervenção passou a priorizar a orientação dos indivíduos para a luta e expressão de suas necessidades e interesses. Neste mesmo processo a categoria se auto critica construindo nova fase em sua identidade profissional (Martinelli, 2009).

Com relação à assistência destinada ao doente mental no Brasil, após 1964, esta se estendeu dos indigentes aos trabalhadores e seus dependentes, quando o governo procedeu às reformas nos sistemas da Saúde e da Previdência, a partir de um discurso racionalista e de modernidade.

No final dos ditos anos 60, a loucura ainda era controlada pelos espaços manicomiais, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar. O contexto social apresentava pobreza, miséria e abandono generalizados, o que causava contestações da sociedade, principalmente depois da incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. A existência de psiquiatras críticos e de assistentes sociais de esquerda que defendiam a concepção de atendimento mais humano, mesmo no governo de ditadura, foi fundamental, pois estes profissionais trabalharam na formulação e implantação de Portarias visando melhorias na prestação de serviços em saúde, de cunho inovador, no Ministério da Previdência e Assistência Social, além de, com isso, criar vagas para os próprios assistentes sociais.

As décadas de 60 e 70 para a área da Saúde Mental ficaram marcadas também pelo surgimento das Comunidades Terapêuticas. Uma das primeiras experiências foi desenvolvida em Porto Alegre, em um Projeto na Clínica Pinel, a partir de influência estrangeira. Seus objetivos estavam em torno da democratização e humanização das relações entre usuários e profissionais. Para tanto, se utilizava do espaço de trabalho grupal com vistas ao incentivo da participação coletiva, além de se buscar a interação entre os profissionais. Os objetivos desta prática giravam em torno do atendimento global dos pacientes e seus familiares, e da sua reinserção sócio-familiar.

Vasconcelos (2008) destaca ainda nesta década a influência da Terapia de Família com inspiração sistêmica largamente produzida na década anterior. Em se tratando do IPUB, o autor ressalta o Curso de Especialização em Serviço Social Psiquiátrico do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, sob a coordenação da assistente social Maria Augusta de A. F. Temponi, confirmando a presença desta influência à época, nas práticas dos assistentes sociais na Saúde Mental. Outra instituição, que segundo o mesmo autor, teve seu trabalho direcionado pelo Serviço Social Clínico foi a PUC-Rio, através da graduação em Serviço Social.

Como os anos 70 se constituíram num momento importante de questionamento da identidade profissional e de seu embasamento teórico e prático

particularmente na Saúde Mental, as metodologias foram contestadas pela psiquiatrização ou psicologização da abordagem dos problemas sociais. Além disto, e por este mesmo motivo, houve também uma dificuldade de interlocução desta prática com as novas teorias do Serviço Social baseadas nas conjecturas marxistas. Da mesma maneira, a teoria fenomenológica e a do desenvolvimentismo tiveram dificuldades neste diálogo, situação esta que Bisneto (2009) localiza como atual inclusive.

Vasconcelos (2008) concorda com Bisneto (2009) e afirma que durante os anos posteriores aos iniciais ao Movimento de Reconceituação, os avanços nas discussões e práticas dos assistentes sociais na Saúde Mental e a interlocução com a categoria profissional como um todo foi pouco construída. A ausência de mediações teóricas e de instrumental metodológico adequado para a atuação na área manteria uma distância que impediria a interação com a cultura profissional contemporânea. O autor mostra ainda a notável ausência desta temática nas discussões nos fóruns profissionais, como os Conselhos Regionais e Conselho Federal, ao longo dos anos. Rodrigues (2002 apud Queiroz, 2009) também ressalta a defasagem existente entre o acúmulo teórico metodológico obtido pela profissão desde os anos 1980 e a prática profissional, especialmente na Saúde Mental.

Bisneto (2009) ressalta como aspecto importante o fato do poder médico estar acima do saber social do assistente social, trazendo dificuldades para que as especificidades e metodologia profissionais sejam mostradas com clareza. Este autor aponta ainda a insuficiência de pesquisas e publicações voltadas para a análise da prática profissional na área da Saúde Mental desde os anos 70, o que dificultaria a articulação das particularidades profissionais na área e o movimento contemporâneo da categoria profissional.

É interessante perceber que, conforme já citado, a década de 70 foi fundamental ao atual Movimento da Luta Antimanicomial em cuja época tinha à frente desta causa o MTSM, e é também um momento em que o Serviço Social tem em curso um questionamento voltado para as questões mais amplas do ponto de vista social, ou, cada vez mais abrangentes ao contexto social do que ao individual. De acordo com Bravo e Matos (2004), os assistentes sociais estiveram envolvidos na Luta Antimanicomial, e é justamente nesta ocasião em que a interlocução no interior da categoria é esvaziada.

É importante ressaltar que nesta mesma ocasião, fato este também já comentado, na área da Psiquiatria, o Serviço Social se especializa, ou se aprofunda numa linha de atuação ainda com bases nas áreas *psi*. Sendo assim, podemos pensar que esta falta de interlocução estava fortemente contextualizada àquele momento e nos subsequentes, ainda conforme pesquisa de Bisneto (2009) e Vasconcelos (2008), mas que atualmente se faz necessário que este diálogo seja cada vez mais intensificado para que a prática do Serviço Social seja fortalecida em seus conteúdos e posicionamentos, independentemente da área de atuação profissional.

Os anos 1980 e 1990 foram um momento de transição muito importante para os indivíduos com transtornos mentais e para as Políticas de Saúde para tratamento dos mesmos. A Reforma Psiquiátrica propiciou inclusive a renomeação da área de Psiquiatria para a de Saúde Mental e oportunizou enorme abertura de campo de trabalho para os assistentes sociais, inclusive pela criação dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Furtado, 2006). Outro fato interessante diz respeito à ocupação dos profissionais nas equipes multidisciplinares, o que favoreceu o delineamento específico desta atuação (Teixeira, 1997).

O Serviço Social como um todo passava por mudanças na orientação da sua prática, que aconteceram não só na dimensão teórico-metodológica para a compreensão da realidade, mas também no âmbito ético-político, norteado pelos princípios de igualdade, liberdade e autonomia, alinhadas inclusive com os pressupostos do SUS.

O trabalho do assistente social nesta área é comentado por Iamamoto (1998) assim: “o Serviço Social na Saúde Mental é uma atividade que transforma algo, é um serviço que tem uma finalidade”, logo:

Os resultados de suas ações existem e são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se na forma de serviços (Iamamoto, 1998 apud Bisneto, 2009, p. 124).

Bisneto (2009) se posiciona em relação a esta atuação apontando que a prática do Serviço Social institucional reformada, na Saúde Mental, tornou-se produto de uma nova relação entre o marxismo e a psiquiatria, com matrizes

teóricas do Movimento Institucionalista em articulação com a corrente marxista do Serviço Social e com as tendências progressistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Vasconcelos (2008, p. 198) destaca a questão do “recalcamento da temática da subjetividade e seus aspectos, relacionados ao inconsciente, à personalidade e ao campo das emoções”, fato este que esvaziou a discussão sobre a referida temática, “relacionando-a ao campo do indivíduo, em detrimento de seus diversos aspectos institucionais e coletivos”.

O autor afirma ainda que esta supressão teve muita influência da vertente *intenção de ruptura*, gerando inclusive, uma “autonomização da formação do assistente social para o campo da saúde mental”. Desta maneira, a referida temática afetou seriamente a formação e a cultura profissional, que perdeu interlocução com algumas correntes da psicanálise dentre outras com posicionamentos considerados de esquerda. Esta repressão do aspecto da subjetividade persiste até os dias atuais (Vasconcelos, 2008).

Rodrigues (2002) por sua vez observa o descompasso entre os pensamentos e ações de vanguarda na categoria e o cotidiano profissional em muitas instituições psiquiátricas, mais a subordinação dos assistentes sociais ao poder médico e algumas posturas tarefairas ou de cunho voluntarista, remetendo às atuações de antes do Movimento de Reconceituação.

A bibliografia utilizada por alunos concluintes do curso de graduação em Serviço Social da UFRJ, nos anos 70 e 90, baseados na área da Saúde Mental foi estudada por Bisneto (2009), que concluiu que as mudanças mais significativas se relacionam aos autores de referência de Serviço Social, que passaram a ser Marilda Villela Iamamoto e José Paulo Netto, onde antes se lia Harriett M. Bartlett, ao passo que, para a Saúde Mental, a leitura foi sendo substituída por autores relacionados especificamente à produção nesta área, como Franco Basaglia, Michel Foucault, dentre outros.

No sentido de contribuir com a visibilidade do contexto que cerca esta temática, que envolve as subjetividades e a discussão da atuação do Serviço Social na Saúde Mental, buscamos informações em três fontes. Uma delas foi o site do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); a segunda se constituiu a partir dos trabalhos apresentados no XIII CBAS, em 2010, acerca da prática na

Saúde Mental; e a terceira, pelos resultados de pesquisa realizada por Bisneto (2009).

No site do CFESS encontramos 03 *links* relacionados ao tema, contendo informações atuais a respeito da discussão que envolve a atuação do Serviço Social na Saúde Mental e a interlocução com a categoria como um todo. Um deles dá acesso ao relatório e dados do XIII CBAS (Conferência Brasileira de Assistentes Sociais) ocorrida em 2010 em Brasília; em outro, a diretoria daquele Conselho afirma que a questão da atuação profissional na Saúde Mental vem sendo inserida em suas pautas nas discussões com os Conselhos Regionais e nos encontros da categoria desde 1996; e no terceiro encontramos um texto sobre a lida com as subjetividades, que serão expostos mais adiante (www.cfess.org.br. Acesso em: 02/02/1011).

Antes disso é importante ressaltar que em 2010, o CFESS manifestou-se publicamente a favor da proteção dos direitos dos indivíduos com transtorno mental divulgando mensagem a este respeito através de cartazes distribuídos às instituições onde havia atuação de assistentes sociais. No IPUB houve acesso a este material e a divulgação da mensagem/cartaz foi afixada na sala de plantão do Serviço Social.

Com relação à questão do tratamento com a subjetividade e mais especificamente às atividades terapêuticas relacionadas a este, o CFESS posicionou-se através de carta aos profissionais postada no seu site reafirmando os fundamentos teórico-metodológicos e éticos da profissão, segundo a legislação profissional.

Os argumentos deste texto vão desde as especificidades profissionais até os direitos dos usuários, vedando, portanto ao assistente social as terapias associadas às suas atividades profissionais pela falta de formação específica para tanto, o que feriria inclusive os direitos dos cidadãos quanto ao não recebimento de tratamento de profissional específico. O Conselho Federal ressalta, no entanto, que não há a intenção de negar a existência e a importância da subjetividade e nem tampouco de subjugá-la aos conceitos de classes ou de sujeito social. Em seu texto o CFESS esclarece:

O serviço social na trajetória histórica e na relação entre objetividade e subjetividade se repõe de forma a superar lacunas e equívocos que tendiam à simplificação de entendimento entre sociabilidade e individualidade, entre economia, política e cultura, e entre indivíduo e classe social [...]. A concepção de totalidade na análise e apreensão da vida social pressupõe o entendimento de que há uma relação dinâmica, contraditória e de determinação recíproca entre objetividade e subjetividade, inclusive com determinantes de classe social (Serviço Social e reflexões críticas sobre práticas terapêuticas (CFESS, www.cfess.org.br. Acesso em março de 2010, p. 9).

Quanto ao relatório do XIII CBAS (2010)¹⁷, pesquisamos os conteúdos dos trabalhos apresentados a partir de CD distribuído aos participantes pelo CFESS, onde foi percebido que a retomada do interesse pelo estudo nesse campo pelos profissionais se apresentou muito tímida, pois das 924 apresentações orais no evento, somente 16 delas foram relacionadas ao tema da Saúde Mental, com exposições de experiências pelo Brasil e reflexões acerca dos Serviços de Assistência nesta área e a intervenção profissional do assistente social (www.cfess.org.br. Acesso em outubro de 2010).

Dentre os 16 trabalhos apresentados, seis deles não abordam a atuação do Serviço Social e dois deles abordam o tema das Residências Terapêuticas sendo que somente uma especifica a experiência em seu relato. Dos conteúdos destes trabalhos, procuramos focar na lógica e na linguagem presentes quanto à *desinstitucionalização*, à *autonomia dos usuários* e à *ampliação do número de SRTs*, além das questões que cercam a prática do Serviço Social, visto serem estes os pontos de interesse desta pesquisa.

Com relação à *desinstitucionalização*, somente quatro trabalhos¹⁸ citam o termo, sendo que a pesquisa realizada pela Universidade Católica de Pelotas – RS revela que a legislação específica de Saúde Mental não utiliza este termo e nem o de Reforma Psiquiátrica nenhuma vez. Dos trabalhos que a mencionam, fazem-no como sendo um processo, e todos o relativizam à inserção social dos indivíduos

¹⁷ Os nomes dos trabalhos apresentados e seus respectivos autores estão relacionados nas referências bibliográficas.

¹⁸ 1) HEIDRICH, A. V. A desinstitucionalização no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Universidade Católica de Pelotas/RS. / 2) PASSOS, R. G. E o cuidado em Saúde Mental, como anda? O processo de desinstitucionalização no Município do Rio de Janeiro: uma avaliação da implantação dos CAPS no período de 2002-2007. Prefeitura de São Paulo e Secretaria de Habitação/SP. / 3) OLIVEIRA, J. A. de e CARLOS, M. A. C. Saúde Mental no Brasil e seus rebatimentos para o serviço social: o paradigma da desinstitucionalização. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP. / 4) PATRIOTA, L. M. e SILVA, M. D. Uma análise acerca da abordagem da saúde mental no curso de serviço social da UEPB. Universidade Estadual da Paraíba/PB.

com transtornos mentais, além de apontarem para a necessidade de crescimento da rede de atenção psicossocial ou tratamento extra-hospitalar para a sua viabilização.

A *autonomia* dos usuários é citada em três apresentações¹⁹ e está associada à questão da cidadania, que por sua vez a relaciona às bases da Reforma Psiquiátrica como fundamental aos portadores de transtorno mental e ao resgate dos seus direitos: civis, políticos e sociais. Além disso, a questão da *identidade* também é amplamente abordada pelos trabalhos como de fundamental importância ao segmento em causa e relacionando-a à *autonomia* dos mesmos.

O *aumento do número de SRTs* não foi abordado nenhuma vez, mas nos dois trabalhos²⁰ onde as referidas Residências são citadas, esta necessidade fica clara, mas contextualizada na necessidade de ampliação e maior eficiência de toda a rede extra-hospitalar. Ainda com relação ao funcionamento desta rede, foram bastante abordadas as questões da *intersectorialidade*, da *territorialização* e a *descentralização* como básicas à integração ou comunicação entre os serviços, e consequente melhor atendimento aos usuários. A *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade*, princípios relacionados ao SUS (Sistema Único de Saúde), também são citados com frequência, bem como o referido Sistema, como desdobramento e conquista da Reforma Sanitária e sua relação estreita com a Reforma Psiquiátrica.

Outras questões de relevante importância, e que são tratadas amiúde, dizem respeito à *escassez de recursos humanos* para o trabalho na área da saúde mental, bem como a *falta de capacitação* ou qualificação profissional dos trabalhadores para tanto. O trabalho apresentado pela Universidade Estadual da Paraíba²¹ cita inclusive Bezerra Jr. (2007), que levanta a questão da Luta Antimanicomial, na qual os mais jovens trabalhadores na área não se inseriram e sobre a qual tem

¹⁹ 1) DRAVANS, G. M. G.; HEIDRICH, A. V. O exercício profissional do Serviço Social no CPAS Escola. Universidade Católica de Pelotas/RS. / 2) DUARTE, M. J. de O. Campo de atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social: apontamentos para o trabalho profissional. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ. / 3) SOUSA, M. M. de, FERREIRA, S. T. G. O portador de transtorno mental como sujeito de direitos: as contribuições do serviço social no âmbito da pensão protegida do Hospital Nina Rodrigues em São Luís/MA.

²⁰ 1) PASSOS, R. G. E o cuidado em Saúde Mental, como anda? O processo de desinstitucionalização no Município do Rio de Janeiro: uma avaliação da implantação dos CAPS no período de 2002-2007. Prefeitura de São Paulo e Secretaria de Habitação/SP. / 2) SOUSA, M. M. de, FERREIRA, S. T. G. O portador de transtorno mental como sujeito de direitos: as contribuições do serviço social no âmbito da pensão protegida do Hospital Nina Rodrigues em São Luís/MA.

²¹ PATRIOTA, L. M.; LIMA, G. S.; SILVA, M. D. Saúde mental e Reforma Psiquiátrica: o que pensam e sabem os alunos concluintes do curso de serviço social da UEPB. Universidade Estadual da Paraíba/PB.

pouco conhecimento ou interesse. As dificuldades de *acesso, disponibilização e tramitação/alocação de recursos materiais* e sua estreita relação com os problemas da gestão pública são invariavelmente apontados como obstaculizantes ao funcionamento ou ampliação dos serviços em rede extra-hospitalar de atendimento psicossocial.

A *família* é apontada como de fundamental importância por quase todos os trabalhos apresentados para a vida cotidiana dos indivíduos com transtornos mentais, mas principalmente nos períodos em que ocorrem as crises. Fica claro que a figura materna tem sido a referência para a grande maioria destes indivíduos, o que também aparece relacionado à questão do gênero feminino, na sua maioria para a função de Cuidadora.

O *grupo familiar* nas suas diferentes especificações aparece nos trabalhos, como alvo de atenção, acolhimento, articulação e tratamento pela rede de serviços de atenção psicossocial, tanto pelo reconhecimento de que este também precisa de suporte, quanto pelo próprio indivíduo com transtorno mental, ao qual a inserção social fica favorecida por estes vínculos afetivos e também de base material. A família é um sustentáculo social dos mais importantes, nos âmbitos de várias teorias das ciências humanas e sociais, além de ser institucionalizado pela legislação brasileira.

Os *Direitos Humanos*, além de terem sido alvo de discussão específica do trabalho apresentado pela Universidade Federal de Mato Grosso, também é tema que aparece relacionado à Reforma e ao *trabalho do Assistente Social*. Não raro situações onde estes direitos são violados e que envolvem a exclusão social, tema articulado à *questão social* e suas marcas de pobreza e desigualdade, aparecem como fortemente determinantes ao transtorno mental, bem como em seus desdobramentos, assim como detonadores de crises ou sofrimento mental agudo.

As alternativas de ações do Serviço Social estão sempre relacionadas ao fortalecimento da participação popular nos espaços públicos e mais especificamente aos que se relacionam aos serviços de atendimento psicossocial ou rede extra-hospitalar, embora haja considerações em alguns dos trabalhos, que esta participação esteja incipiente, tanto por parte dos usuários, seus familiares ou afins, quanto por parte dos profissionais ou instituições prestadoras destes serviços para a articulação da rede.

O trabalho a favor da participação popular, segundo os autores em questão, deve ser efetivado pelos agentes de saúde como um todo, mas em se tratando dos profissionais de Saúde Mental, segmento abordado pelos estudos, o assistente social aparece como agente fundamental, inclusive por se tratar de profissão com orientação para criar ou fortalecer espaços que favoreçam a mesma, tanto dos usuários quanto a de outros atores institucionais. O termo *empoderamento*, cunhado por Faleiros (1985), também é citado por alguns trabalhos no sentido dado pelo referido autor, que diz respeito justamente à participação efetiva da população em instâncias decisórias onde estejam envolvidos interesses coletivos (Faleiros, 1985 apud Passos, 2010).

O *Código de Ética Profissional* foi citado em três dos estudos e seu alinhamento inclusive com os princípios dos Direitos Humanos e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O Projeto Ético Político Profissional dos Assistentes Sociais também apareceu, sempre ressaltando os objetivos do Serviço Social em trabalhar por uma sociedade mais justa e igualitária, combatendo firmemente os preconceitos e as arbitrariedades, reforçando a autonomia e a emancipação dos usuários em saúde mental.

As práticas dos *Assistentes Sociais* foram amplamente especificadas em suas atividades diárias e seus compromissos para com as suas funções sociais, que foram colocadas como socioeducativas ou de mediação. O profissional aparece como mediador em três dos trabalhos apresentados²², seja na relação entre Estado e sociedade, seja nas relações sociais como um todo, que envolvem usuários, familiares e outros atores institucionais.

As atividades dos assistentes sociais também aparecem descritas em grande parte dos textos. Entre elas, entrevistas, visitas domiciliares, participação em reuniões nas instituições, visando a multidisciplinaridade ou a interdisciplinaridade nos grupos de base territorial ou em atividades comunitárias articulando-os. As intervenções se dão nestas atividades, em coletividades ou movimentos sociais e/ou nos espaços institucionais, através de setorizações como

²² 1) OLIVEIRA, J. A. de e CARLOS, M. A. C. Saúde Mental no Brasil e seus rebatimentos para o serviço social: o paradigma da desinstitucionalização. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP. / 2) PESSOA, C. R., PESSOA C. M. R., SOUZA, E. B. de, SEVERO, F. M. do N. e SOUSA, J. K de. A atuação do assistente social junto ao transtorno mental. Instituto Nacional do Seguro Social e Universidade Estadual do Ceará/CE. / 3) SOUSA, M. M. de, FERREIRA, S. T. G. O portador de transtorno mental como sujeito de direitos: as contribuições do serviço social no âmbito da pensão protegida do Hospital Nina Rodrigues em São Luís/MA.

os plantões sociais, com atendimentos individuais – que podem envolver um pequeno grupo de indivíduos – além dos trabalhos com grupos, e sempre com vistas à democratização dos espaços e incentivo à participação popular para o enfrentamento de questões de interesse comum.

O assistente social aparece como profissional com capacidade técnico-operativa capaz de realizar assessorias, planejamentos, negociações, pesquisas e avaliações, conforme prerrogativas da Lei e Regulamentação da Profissão. Dentre as funções profissionais, as mais citadas são as que trabalham para que os serviços sejam de qualidade, para a superação de estigmas e preconceitos. Além disso, os assistentes sociais são mencionados como trabalhadores inseridos historicamente na divisão social do trabalho.

Da bibliografia utilizada pelos apresentadores dos trabalhos ao XIII CBAS, observamos o registro de autores tais como: Iamamoto (1989, 1992, 1998, 2002, 2003 e 2005), Vasconcelos (1997, 2002, 2007, 2008 e 2009), Amarante (1995, 1996, 2001 e 2007), Foucault (1978, 1991 e 2005), além de Freire (1996 e 2002), Bezerra Jr. (1992 e 2007), Faleiros (1995) e Bisneto (2007).

Quanto à pesquisa realizada por Bisneto (2009) sobre a prática do Serviço Social em 23 instituições psiquiátricas no Rio de Janeiro, o autor aponta que ainda existem assistentes sociais em práticas tradicionais na Saúde Mental; pontuou também que em todos os estabelecimentos pesquisados há atendimento multiprofissional; e que em seis deles tem ensino e pesquisa, com a presença de estagiários de Serviço Social.

Outros resultados da referida pesquisa mostram que todos os estabelecimentos funcionam através de convênios com o setor público ou são diretamente públicos, o que distingue a inserção profissional em Saúde Mental no Brasil.

O autor afirma também que o assistente social lida diretamente com os usuários, que se caracterizam por algumas variáveis apontadas pelo mesmo. Dentre eles estão mulheres e homens de variadas idades, etnias diversificadas, e estado civil também; há predominância dos segmentos de baixa renda e despossuídos de bens; na sua maioria apresentam deficiência escolar, quadro este que constitui inclusive a quase totalidade dos usuários dos serviços públicos de saúde, saúde mental e assistência; um grande número de indivíduos que não

possuem laços sociais e são desfiliaados por parte da família e do Estado, onde se incluem os moradores de rua.

Quanto à especificidade da atuação do Serviço Social, o autor aponta a contradição entre a racionalidade da organização institucional e a irracionalidade das outras condições ditas sociais, buscando a melhor forma de atender ao usuário, logo, age diretamente na garantia desse espaço de atendimento. Citando Amarante (1995), afirma que: “para a reabilitação psicossocial, o melhor tratamento social é o melhor tratamento psiquiátrico, assim, o serviço social é chamado a intervir em toda a gama de questões que envolvem aspectos tidos como sociais” (Amarante, 1995 apud Bisneto, 2009).

Bisneto (2009) ressalta ainda que, de modo geral, esta intervenção é mais notadamente exposta quando há risco de ruptura com o tratamento psiquiátrico por motivos sociais, que podem ser contextuais, ou rupturas que envolvam os laços familiares e/ou sociais, e ainda quando há perda ou falta de acesso aos direitos básicos como cidadãos e usuários do serviço.

Na perspectiva de garantia de acesso aos direitos sociais, Bisneto (2009) afirma ter percebido que o Serviço Social atua na obtenção de benefícios, direitos ou assistência material. O benefício mais comumente acessado é o Benefício de Prestação Continuada BPC / LOAS (Lei Orgânica de Assistência de 1993), além de pensões, aposentadorias, medicação gratuita, obtenção de cestas básicas e outros tipos de auxílio. O Serviço Social faz contatos, articulações e encaminhamentos para outras instituições, psiquiátricas, ou das áreas da saúde, previdência e justiça, além de abrigos e moradias.

Bisneto (2009) adverte que nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos, o assistente social mantém contato constante com o paciente e seus familiares ou rede social, no sentido de divulgar as regras institucionais e facilitar a interação do paciente com as pessoas de seus vínculos, mas também para que esta rede dê sustentação no período de internação, com visitas e assistência material, além de otimizar a alta do paciente.

A pesquisa de Bisneto (2009) mostra que durante as internações, o assistente social trabalha a saída dos pacientes de licença em finais de semana e feriados, favorecendo inclusive do ponto de vista material e dos recursos institucionais quando há impedimentos para tanto. O Serviço Social atesta comparecimento na instituição de pessoas vinculadas aos pacientes e com visita

relacionada ao mesmo, para fins de apresentação em locais de trabalho objetivando o abono da falta naquele horário. Os objetivos são assegurar direitos dos usuários, além de favorecer a manutenção dos vínculos sociais e melhorar a estadia do paciente durante a internação.

No cotidiano em Saúde Mental, destaca ainda que os assistentes sociais atuam nas relações profissionais das diversas categorias ou setores na instituição, alterando diretamente a correlação de forças existentes na mesma, além da participação em grupos de discussão com usuários, familiares e afins para esclarecimentos, conscientização e sensibilização dos problemas concernentes aos indivíduos com transtorno mental. Há também tarefas que, por motivos variados, ficam institucionalmente e comumente afetas ao Serviço Social e que poderiam ser feitas por qualquer outro profissional que também mantém contato direto com os pacientes.

Estas tarefas dizem respeito ao recebimento e guarda de documentos, de roupas e objetos dos pacientes, de objetos deixados por familiares ou outro contato social dos pacientes. Também está incluída nestas atividades a administração de quantias em dinheiro, como poupança, benefícios ou outro rendimento mensal de pacientes internados.

O autor citado chama a atenção para a atuação do Serviço Social no sentido de abrir exceções às regras institucionais para a melhor adaptação do paciente à instituição, como favorecer visitas fora do horário ou sair com pacientes da enfermaria quando isto não está facultado a eles.

Um lado positivo da atuação profissional na Saúde Mental é percebido por Bisneto (2009, p. 36) a partir da articulação entre o Serviço Social e o Movimento de Reforma Psiquiátrica e destaca alguns pontos em comum, ressaltando sua importância em torno da transformação das instituições psiquiátricas e da assistência social, com ênfase nos seus aspectos políticos, na atuação interdisciplinar e na necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos, usuários e instituição.

O Serviço Social pode ser considerado uma profissão que trabalha e colabora para a Saúde Mental dos usuários e que isto também pode se viabilizar através de alianças com outros atores institucionais mais progressistas, e/ou discutindo as relações entre alienação social, sociedade capitalista, loucura,

racionalidade e seguridade, ou seja, lidando com as correlações de forças institucionais a favor dos usuários dos serviços.

Além disso, há também que se considerar que os assistentes sociais vêm se orientando e se posicionando no sentido de avançar do caráter somente executivo - de programas de assistência e mais tarde das políticas sociais, para a elaboração, implementação e avaliação das mesmas, de maneira coletiva, ou seja, com a participação dos cidadãos, que constituem coletividades com interesses próximos ou afins.

A partir das considerações tecidas nas páginas anteriores, podemos conferir que a atuação dos Assistentes Sociais na Saúde Mental ainda é pouco debatida nos fóruns da categoria, mas aponta um perfil interessante no âmbito de um campo que está em processo de transformação. Em se tratando da inserção dos assistentes sociais nos Serviços Residenciais Terapêuticos, o material é quase inexistente e esta precisa ser mais documentada. Uma hipótese é que há notável ausência destes profissionais nestes dispositivos.

A prática do Serviço Social nos SRTs não foi abordada nem por Bisneto (2009) em sua ampla pesquisa junto às instituições psiquiátricas no Rio de Janeiro e nem por nenhum dos trabalhos apresentados no XIII CBAS, conforme exposto.

A ausência de estudos sobre o Serviço Social nesta área específica (SRTs) foi um dos motivos que nos levou a buscar a caracterização da referida prática profissional, que, no IPUB, desde o início estiveram sob a intervenção política e administração técnica do Serviço Social. Porém, antes de passar para a inserção do Serviço Social naqueles dispositivos faremos breve relato sobre a atuação profissional no âmbito institucional.

2.3

Atuação do Serviço Social no IPUB/UFRJ: história narrada por assistentes sociais

Nosso objetivo neste subitem é descrever aspectos relacionados à práxis do Serviço Social no IPUB, com apoio na leitura de duas dissertações em Serviço

Social, de assistentes sociais: Gonçalves (1982) e Silva (2001), e em outros documentos que abordam a instituição citada e o cotidiano profissional, tanto do ponto de vista das atividades, quanto da descrição das mesmas e seus objetivos, ou ainda, quando tocam questões de interesse central desta pesquisa tais como o que e se refere à desinstitucionalização ou a autonomia dos usuários.

Para tornar mais rica esta exposição, inserimos o conteúdo de duas entrevistas sobre os temas em questão com duas assistentes sociais do IPUB. Uma delas está aposentada e trabalhou naquele local de 1987 até 2004 e a outra, ainda em atividade, esteve envolvida inclusive na formação dos SRTs do IPUB.

Para favorecer a confidencialidade de suas falas adotamos para as mesmas os codinomes de Flavia e Abigail, respectivamente, e suas falas serão seguidas da sigla SIE (segundo informação da entrevistada).

Começando pelo relato dissertativo, Gonçalves (1982, p.76) faz menção ao momento profissional vivido em 1976 no IPUB, como importante devido às mudanças significativas na concepção e prática de assistência no âmbito profissional, e aponta para o Curso de Especialização em Serviço Social Psiquiátrico como um marco diferencial para esta prática. Afirma também que o convênio firmado com o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) foi fator fundamental para as mudanças institucionais e que nesta ocasião o Serviço Social funcionava “nos moldes de um modelo médico” e contava com “sete profissionais, distribuídos pelos setores do hospital”.

Os setores eram: o ambulatório de adultos, ambulatório infantil, duas enfermarias e Setor de Famílias. A ênfase ao tratamento ambulatorial foi consequente à reformulação com base nos tratamentos alternativos ao asilamento, que estava em discussão dentre os atores institucionais mais avançados da época, resultando em mudanças, ou seja, “na reorientação teórica da instituição”. O Serviço Social ocupava espaço físico da instituição para realização do curso de especialização, que tinha muita procura por parte dos profissionais, além dos estagiários da própria instituição, que necessariamente passavam por aquela formação (Gonçalves, 1982, p.76).

Com relação aos pacientes “internados maiores de idade”, a autora avaliou que o Serviço Social “dispunha de duas modalidades básicas de atuação”. A primeira se dava a partir do atendimento de plantão, onde a demanda advinha de ocorrências de novas internações e das enfermarias. A segunda acontecia na

atuação como assistente social de caso de determinado paciente internado, depois deste ser atendido pelo médico assistente. Nesta função, o profissional “se responsabilizava pelo acompanhamento familiar e pelo relacionamento do internado com a comunidade exterior ao espaço físico e emocional da instituição” (Gonçalves, 1982, p. 79).

Nas enfermarias a rotina diária se dava com a checagem de novas internações, seguida da “busca pelo contato informal com o novo paciente”. Outras atividades se seguiam relacionadas aos pacientes que já estavam internados, como “transferências e encaminhamentos a outros serviços médicos” (Gonçalves, 1982, p. 80).

As atividades do Serviço Social eram registradas em Folha de Evolução do Prontuário e priorizava as informações que se “afigurassem como inéditas acerca da existência do paciente”. Outras formas de registro do trabalho do assistente social citadas pela autora são: “Livro de Registro para as Enfermarias e o Livro de Registros dos Ambulatórios”, além do “Livro de Plantão”.

Gonçalves (1982, p.84) coloca ainda que:

Nestes livros, todos os atendimentos diários eram anotados pelos plantonistas. Registravam-se situações de pacientes e suas famílias, sendo igualmente anotados recados para outros assistentes sociais, ou destes para o plantonista ou algum familiar.

Segundo a autora, os assistentes sociais compunham “equipe interprofissional”, com uma ou duas reuniões clínicas semanais “onde se discutia os casos dos interessados” ou “os casos dos pacientes”. O tratamento para estes casos tinha suas bases fortemente arraigadas nas teorias do tratamento familiar.

Para a autora, o objetivo maior da equipe interprofissional era o de alcançar as famílias para as atividades terapêuticas direcionadas às mesmas (Gonçalves, 1982, p. 80), e destaca:

Os atendimentos do serviço social eram dirigidos às famílias, e esporadicamente, aos pacientes que não tinham família. Posteriormente foi criado o setor de famílias com a proposta imediata direcionada para o atendimento, em uma mesma sessão, do paciente e sua família (Gonçalves, 1982, p.78).

Os questionamentos da autora em relação a estas práticas ficam bastante explícitos quanto ao papel do assistente social na “vigilância familiar”, e nos conceitos e termos psicanalíticos utilizados pelos profissionais nos relatos lidos em reuniões das equipes, ou seja, das anamneses dos pacientes.

No que diz respeito ao funcionamento do plantão e do ambulatório, Gonçalves (1982, p. 82) afirma ainda que no primeiro setor, o profissional atendia aos familiares dos pacientes que estavam sendo internados e tinha por objetivo o “alívio de tensão”. No ambulatório, “o assistente social tinha a seu cargo o processo de triagem, os encaminhamentos de pacientes, os tratamentos de casos e grupos fechados”.

A autora ressalta um dado importante na função do Serviço Social na triagem do ambulatório, onde o objetivo era a localização de “problemas ainda não psiquiátricos que pudessem ser categorizados como tal”, ou que fossem classificados como “problemas vivenciais” (Gonçalves, 1982, p.78).

Em termos da ocupação física do espaço institucional, ou seja, das dependências utilizadas pelos profissionais para os atendimentos, a referida autora afirma que as salas ocupadas pelo Serviço Social não tinham manutenção por parte da instituição e, portanto eram sujas e velhas, desde o mobiliário até as paredes, o que a seu ver não era favorável à Saúde Mental dos que ali transitavam.

Passando para o relato da assistente social Abigail, ela situou que no final da década de 1980 o Serviço Social funcionava a partir de:

‘Plantão e inserção nas equipes que atendiam as enfermarias. As equipes na época eram em número de duas. Uma era formada por supervisor médico e médicos residentes (R1) e a outra com supervisor médico e médicos residentes (R2). Com a mudança da direção do hospital as enfermarias voltaram a ser assistidas por um número maior de equipes’ (SIE).

Outro fato importante relacionado às mudanças no funcionamento das enfermarias nesta ocasião é relatado pela referida assistente social, diz respeito às mesmas terem passado à composição mista nas enfermarias quanto ao gênero. Assim, homens e mulheres eram divididos em dois grupos ou duas enfermarias: a de crise, para a qual o paciente ia à ocasião da internação, e a dos que já estavam com quadro psíquico mais equilibrado.

Num outro momento institucional, este modelo mudou de novo e ainda segundo a mesma assistente social:

‘porque a enfermaria de crise era um inferno, e a outra era o paraíso, logo, quem estava bem e tinha uma crise voltava pro castigo. Com isso percebeu-se que esta ideia estava criando outro mal-estar para os usuários, o que ocasionou o retorno à divisão por gênero, como é feito até hoje’ (SIE).

Outras questões foram levadas em consideração para esta mudança, de acordo com o relato da mesma. Uma teve “*base moral, sobre a convivência íntima de uma enfermaria por pessoas de gêneros diferentes, principalmente por parte de familiares e de alguns enfermeiros*” (SIE). A outra questão estava

‘Relacionada aos abusos sexuais, ou da violência que ocorria nas enfermarias, pois embora a divisão por gênero não evite estas ocorrências, ou mesmo as relações sexuais consensuais também aconteçam, esta divisão diminui o risco de haver gravidez com fecundação nas enfermarias, o que nos remeteria a questões éticas mais sérias’ (SIE).

Sobre as relações sexuais consensuais praticadas nas enfermarias, e em se tratando da existência de pacientes nestes locais com longos períodos de permanência, abrimos um parêntese para colocarmos uma ocorrência, em meados de 2011, quando dois pacientes internados, um homem e uma mulher, foram flagrados em ato sexual no banheiro do pátio do IPUB, local fora das enfermarias. Mais tarde, a paciente, internada há mais de três anos naquela instituição, foi advertida por um técnico pelo ocorrido, dizendo a ela que ali não seria lugar pra fazer aquilo, visto ser um hospital. A referida respondeu-o com uma pergunta: “e onde é que eu vou fazer isso?” Esta passagem tem sua importância para demarcar as dificuldades extraordinárias de ordenação de ações e atitudes vivenciais em espaços institucionais, principalmente em se tratando de longos períodos de internação, como no caso narrado.

Voltando à atuação do Serviço Social na década de 80, a assistente social Abigail relatou ainda que a rotina institucional não permitia a entrada de crianças para as visitas aos indivíduos internados e essa demanda era ouvida pelos assistentes sociais. O Serviço Social, atento a essa solicitação, iniciou o Projeto Brincar, que deu acesso às crianças ao interior do IPUB nos finais de semana com

atividades programadas. Este Projeto ganhou o prêmio da ABRINQUE (Associação Paulistana de Brinquedos) como projeto mais criativo da categoria que abrangia ações sociais.

Outra intervenção importante do Serviço Social descrito pela mesma se deu em torno da saída dos pacientes ao pátio interno da instituição - que fica fora do espaço físico das enfermarias – que se fazia em horários diferenciados para homens e mulheres. O trabalho do Serviço Social junto às instâncias institucionais e aos pacientes mudou esta realidade: além de ampliar o horário de saídas ao pátio, esta saída passou a ser conjunta, ou seja, com a presença de homens e mulheres ao mesmo tempo.

A seguir, outra demanda dos usuários que fora encampada e institucionalizada pelo Serviço Social foi o acesso ao uso do telefone para os pacientes internados se comunicarem para fora do hospital, antecipando um direito que mais tarde ficou assegurado pelo Artigo 2º, parágrafo VI da Lei 10.216/2001.

O Serviço Social esteve envolvido ainda, segundo a mesma assistente social, na formação e manutenção do “Clube da Esquina”, existente até a presente data e que se constituiu no final da década de 1990 em parceria com outros profissionais do Hospital – Dia do IPUB, também por demanda advinda dos usuários daquele setor por não haver atividade nos finais de semana. Abigail explicou:

‘começaram a solicitar pelo final de semana pra eles, porque enquanto os técnicos iam pro final de semana com alegria, eles iam pra casa e ficavam sozinhos. Aí, na 2ª feira eles reclamavam muito do final de semana, foi isso que fez surgir esta proposta’ (SIE).

De início houve problemas quanto à localização da sede do referido Clube, na dúvida sobre se este espaço deveria ter porta de saída para fora ou para dentro do território físico da instituição. Além das questões relacionadas à desinstitucionalização, existia também a questão ligada à segurança. Depois de algum tempo, ainda segundo o relato da assistente social, a sede foi fixada no IPUB e a porta foi colocada com saída para fora da instituição.

Ela relatou:

‘O Clube começou se delinear pela abrangência da questão do lazer e da ocupação dos espaços da cidade, era pra dar mobilidade pra eles irem e virem, fazer com que eles se sentissem pertencentes e proprietários destes lugares e utilizassem os meios e os locais culturais, ou seja, uma iniciativa no sentido da desinstitucionalização’ (SIE).

Atualmente o Clube da Esquina funciona aos sábados, das 09h00min às 17h00min horas e continua com objetivos e ações que viabilizam atividades fora do espaço institucional. As atividades são fruto de propostas do grupo que compõe o Clube da Esquina, ou seja, dos técnicos e usuários, e se constituem em passeios diversos, que vão desde um dia em Paquetá/RJ, por exemplo, até a visita a uma exposição de arte ou uma sessão de cinema. A idéia central é a ocupação do território da cidade, o usufruto de espaços públicos ou privados, que possibilitem a convivência social.

Em seu longo percurso, o Clube incluiu parcerias com outras instituições, conforme explicou Abigail. De início era frequentado pelos usuários do IPUB, depois começaram a vir usuários de outras instituições.

A assistente social relatou que os usuários vinham do

‘Engenho de Dentro, da Colônia, de Jacarepaguá. Teve um sábado que chegou a aparecer uma Kombi, vinda de Resende, ou de Volta Redonda, que queria conhecer como era aquele espaço de lazer. Começou a vir gente de vários CAPS, então o diretor da época propôs dividir isso com o Pinel. O Pinel passou a oferecer alimentação de 15 em 15 dias, o IPUB de 15 em 15 dias, e o IFB (Instituto Franco Basaglia) entrou disponibilizando uma verba semanal. No início pra locomoção dos próprios pacientes, pois naquela época não havia passe, pra eles poderem ter esta circulação pela cidade. Na medida em que os usuários tiveram acesso aos passes, esta verba passou a financiar as passagens dos estagiários [...] além de deixarmos uma reserva pra fazer um almoço ou evento no dia 18 de maio e no final do ano; ajudar em alguns momentos festivos. Até aí eram 03 instituições que patrocinavam [...] depois a gente passou por crises [...] atualmente há parceria só entre o Pinel e o IPUB para as refeições alternadas’ (SIE).

Na formação do Clube da Esquina, o Serviço Social estava representado basicamente pela assistente social Abigail e os estagiários de Serviço Social (SIE). Depois vieram também estagiários de psicologia. Ela comenta:

Houve tempo de ter mais de 10 estagiários, e interessante é que para eles o acesso aos bens culturais também era uma novidade muitas vezes, porque muitos tinham uma vida difícil, do ponto de vista econômico e também não tinham acesso a nenhum desses equipamentos na cultura. Assim, tanto pra eles quanto pros

pacientes eu senti uma repercussão muito grande por poder estar ocupando aqueles espaços, e mesmo pra pensar em espaços de cultura dentro da sua própria comunidade, poder ir com a família depois, no domingo, ou seja, a descoberta e a transformação eram para todos. E neste sentido um regate de cidadania, de posse dos espaços, da cultura, através inclusive de conhecimentos sobre fatos históricos da cidade em que se habita' (SIE).

O Clube da Esquina atualmente, abril de 2012, funciona com um assistente social e uma psicóloga, ex-funcionária do IPUB, que é Presidente do mesmo, ocupando cargo designado em equipe pelo fato do referido Clube se constituir em pessoa jurídica. Há também uma estagiária de Serviço Social.

Um ponto de extrema importância abordado pela assistente social Abigail chamou atenção para a especificidade da relação que se estabelece com os usuários da Saúde Mental em pelo menos dois aspectos: um diz respeito ao tempo, pois normalmente são relações de assistência que se estendem por anos, o que favorece o estabelecimento dos vínculos, que inclusive viabilizam uma qualidade específica de intervenção profissional; o outro aspecto se desdobra deste, pois este vínculo pode reverberar para os vínculos sociais como um todo, o que se pode traduzir em trabalho favorável à socialização dos usuários.

Abigail concluiu sua fala chamando atenção para a importância dos vínculos afetivos que se formam com os pacientes “moradores” das enfermarias, pois estes dão contorno ou sentido de existência daquele sujeito naquele espaço.

Para fechar a entrevista, a assistente social Abigail ressaltou que o Serviço Social deve estar sempre atento às questões trazidas pelos usuários e aos movimentos dentro da instituição. Disse que o plantão recebe muitas informações sobre o que se passa com as pessoas e na instituição como um todo, daí a sua importância.

‘Tem o aspecto do atendimento imediato de questões e depois tem a escuta. O plantão é uma verdadeira ouvidoria porque ali chega de tudo. Dá pra perceber que dois ou três estão reclamando da mesma coisa, então algo precisa ser mudado na instituição. Assim o Serviço Social pode contribuir pra melhorar aquela situação, e aquela demanda pode ser atendida, ou seja, podemos buscar atender à demanda dos usuários, tanto as individuais quanto as coletivas. Neste sentido o assistente social tem a função de dar voz aos usuários’ (SIE).

A assistente social Flavia relatou que no final da década de 1980 havia atendimento de plantão, trabalho nas enfermarias com os assistentes sociais

inseridos nas equipes com outros profissionais. O Serviço Social atendia o paciente internado e seus familiares, individualmente e/ou em grupo.

Disse ainda que o Serviço Social providenciava a documentação dos que a haviam perdido, assim como guardava documentos dos pacientes internados. As roupas dos mesmos ficavam com os próprios, pois na ocasião não havia uniforme e os pacientes tinham armários individuais. Segundo a assistente social, os primeiros armários não tinham chaves e os posteriores vieram a ter, mas este sistema não deu certo porque as chaves ficavam com os pacientes, que muitas vezes as perdiam. “*Os pertences dos pacientes sumiam nas enfermarias, uns pegavam as coisas dos outros*” (SIE), como acontece até a presente data, embora o uniforme tenha sido adotado novamente para os pacientes internados desde 2005.

A assistente social Flavia fazia naquela época um “trabalho de grupo” (SIE), uma vez por semana, com pacientes internados e familiares, para esclarecer aspectos da doença mental nos comportamentos dos indivíduos, não no sentido de explicar a doença propriamente, mas principalmente para informar e orientar sobre a ocorrência de determinados transtornos como geradores de comportamentos antissociais, reclamados pelos familiares, como a agressividade e a indisponibilidade para qualquer tipo de tarefa ou trabalho.

Informou também que havia muitas situações em que os pacientes eram vítimas de maus tratos e muita violência em casa, o que a família justificava pelos comportamentos dos mesmos. Contou que ouvia de vários familiares sobre o desconhecimento a respeito da doença e seus desdobramentos, ou seja, “*que não sabiam de nada daquilo e que tentavam corrigir o comportamento do indivíduo com violência*” (SIE). A assistente social disse também que depois de algum tempo de funcionamento do grupo houve significativa diminuição de episódios ou de sua intensidade de maus tratos para com os pacientes em suas casas.

O perfil dos usuários era de extrema pobreza. A maioria morava em locais muito distantes do município do Rio. Havia casos de abandono familiar e o Serviço Social saía em busca destes contatos, muitas vezes sem sucesso. Citou inclusive o nome de dois pacientes que já estavam na enfermaria do IPUB na ocasião em que ela trabalhava lá e que ainda seguem internados.

A referida assistente social relatou sobre uma Oficina de Culinária que criou, onde seu objetivo era de “*dar oportunidade para os pacientes, internados,*

fazerem atividades que pudessem lhes favorecer ao sair do hospital, sendo para morar sozinho, sendo para morar com outras pessoas” (SIE). Nesta oficina eram ensinadas coisas simples e relacionadas a tarefas domésticas. Ela exemplificou como *“fritar um ovo, fazer um café, um feijão, limpar uma mesa, ou seja, dar possibilidades dele sair dali e viver” (SIE).*

Relatou que esta Oficina funcionou por muitos anos e que foi crescendo ao longo do tempo, pois era muito frequentada pelos pacientes e, por vezes, por familiares também, o que favorecia o convívio dos mesmos. Contou que houve uma paciente que custou muito a participar da Oficina. *“Primeiro ficava só olhando da porta, depois entrou, mas não participava das atividades. Passado um ano mais ou menos e ela já fazia biscoitos em casa para levar pro médico de presente e não se internou mais” (SIE).*

Quanto ao trabalho de pesquisa desenvolvido no IPUB e apresentado por Silva (2001, p. 04), a autora analisa que a contribuição do Centro de Atenção Diária Luiz Cerqueira (CAD do IPUB / UFRJ) para a ampliação da rede social de pessoas com transtornos mentais, “com base no paradigma da desinstitucionalização/desconstrução”, e que “tem por base a reabilitação psicossocial [...], no bojo das transformações que vem ocorrendo no campo da assistência em saúde mental”. Este serviço foi criado em 1987 e tinha como objetivo o “atendimento aos indivíduos com muitas internações para o favorecimento da criação de vínculos afetivos no âmbito social” (Silva, 2001, p. 61).

A autora participou e registrou em seu trabalho, sua inserção em grupos distintos: “da Oficina Criação no Pano”; “do Espaço de Convivência e Confecção de Artesanato”; “do Grupo de Acompanhamento”, onde os usuários tinham espaço para falarem sobre diversos assuntos, inclusive trocas de experiências cotidianas, sendo este também um espaço onde os novatos eram apresentados e referenciados a um profissional do CAD; e “das reuniões de técnicos”, em que se fazia “discussão dos casos clínicos, dos projetos terapêuticos, das dificuldades institucionais e pessoais para possíveis encaminhamentos”; além das “Reuniões de Familiares”, “onde os mesmos trocavam experiências em relação ao convívio com seus pacientes-usuários do CAD” (Silva, 2001, p. 11).

Ela descreveu os setores de assistência do IPUB incluindo o próprio CAD onde ressaltou a importância da integração do ensino, da pesquisa e da assistência

como gerador de trocas de conhecimentos entre os profissionais envolvidos; o Centro de Atenção para Idosos com Alzheimer (CDA); e o Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Juventude (CAPSIJ).

O CAD desenvolvia suas atividades, segundo a autora, através da organização e promoção de eventos, festas e passeios, ou atividades fora do espaço institucional. Existem ainda os projetos específicos que “visam atender à demanda dos usuários em relação à geração de renda, como o Bolsa de Trabalho”, que admitem usuários para serviços em setores da própria instituição. Outro projeto que estava em curso era o da “Cooperativa de Prestação de Serviços e Produção Artesanal”, além da “Oficina de Distribuição de Livros Novas Páginas”. Havia ainda o “Buffet Biruta”, a “Oficina de Bijuteria”, de “Encadernação”, de “Pintura”, de “Criação no Barro”, entre outras” (Silva, 2001, p.72).

O foco da pesquisa de Silva (2001) foi sobre as representações sociais sobre assistência, compreendendo a conexão com os nexos relacionados à: “ajuda, cuidado, acolhimento, acompanhamento e solidariedade”. Neste contexto a autora observa que as falas têm conteúdos onde ainda é muito forte a relação de submissão de técnicos e usuários em relação a um Estado paternalista.

A postura dos técnicos em seu envolvimento com as atividades no CAD também foi alvo de observação da autora, que percebeu que as atividades que ocorriam fora do espaço institucional tinham pouca frequência dos técnicos, concluindo ser de fundamental importância este envolvimento e participação e dessa forma explica:

[...] entendemos como é importante para alguns usuários estarmos juntos a eles ampliando seu potencial de contratualidade nos diferentes espaços do social. Entendemos que é importante que eles se apropriem desses espaços, mas questionamos se, em sua maioria, sozinhos, conseguiriam enfrentar o preconceito que se expressa a todo o momento (Silva, 2001, p. 91).

A autonomia é abordada por Silva (2001, p. 100) em consequência de seu foco na “qualidade de vida” dos usuários do CAD. Ela percebeu que, por grande parte dos familiares, “a autonomia está restrita a independência para gerir sua vida, que se traduz em conseguir dar conta sozinho de sua higiene pessoal e das tarefas da casa, entre outros”. A autora explicita a fala de uma só familiar que

sobressaltou a autonomia com relação à própria saúde, e mais especificamente a mental, no sentido do paciente cuidar de si.

Silva (2001) credita ao Serviço Social a função de mediação enquanto o faz na defesa dos interesses dos usuários em relação aos institucionais, ou seja, na luta pelos direitos daqueles. Neste sentido, acrescenta que o assistente social trabalha a questão da assistência ser um direito e não um favor, temática desenvolvida por ela no tocante às representações sociais, incluindo a relação com o Estado. Dessa maneira afirma que o assistente social “tem muito a contribuir, nas discussões em equipe e nas formulações de projetos que visem à defesa dos direitos dos usuários” (Silva, 2001, p. 119).

A referida autora descreve o trabalho do Serviço Social em duas esferas: “micro e macro”. Na esfera micro está a atuação junto ao sujeito ou indivíduo para que o mesmo sinta-se inserido num contexto, mesmo dentro do espaço institucional, pois isso se refletirá na sua inserção social. Para tanto, atribui ao assistente social, o potencial de “contribuição para a criação de rede subjetiva que se torne parte do suporte social” (Silva, 2001, p. 119).

No “plano macro estão as políticas sociais [...] o assistente social enquanto um trabalhador da saúde, tem amplo acesso aos familiares e usuários, o que ocasiona mudanças sociais” (Silva, 2001, p. 120).

Silva (2001, p. 122) chamou atenção também para as seguintes representações sociais: “o poder da psiquiatria como o principal provedor de cuidado”, e ainda que, “a desinstitucionalização não é consensual entre os membros da equipe, pois muitos desenvolvem suas representações sem fundamentação teórica”.

Através destes relatos é possível perceber que, mesmo sendo uma prática passível de críticas sob vários aspectos e/ou pontos de vista, o Serviço Social do IPUB vem, historicamente, contribuindo para as mudanças positivas no interior da instituição, no sentido de garantir preservar ou ampliar os direitos dos seus usuários em todos os setores institucionais e fora deste espaço também.

Nos dias atuais (abril de 2012), o Serviço Social conta com 15 assistentes sociais - sendo oito extra-quadro funcional - e que se distribuem pelos setores da seguinte maneira: seis nos setores Plantão e Enfermarias (onde há inserção nas equipes multiprofissionais), sendo que uma delas também trabalha no Clube da Esquina; uma no CDA (Centro de Atendimento Alzheimer); um no CAD (Centro

de Atenção Diária), que também compõe a equipe dos SRTs na assistência aos seus usuários; um no Ambulatório; um no PROJAD (Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Álcool e Drogas); dois no CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial à Infância), um coordenando a Oficina Palavrear, um coordenando os SRTs, onde também atua profissionalmente no sentido da assistência direta aos seus usuários, e um coordenando a equipe do Serviço Social, assistindo também aos moradores dos SRTs.

Dentre as atividades profissionais ressalta-se a participação dos assistentes sociais em atividades coletivas, nas enfermarias, por exemplo, como assembleia de pacientes, dentre outras institucionais ou em articulação com espaços extrainstitucionais como nos fóruns de discussões acerca da Saúde Mental e do processo de desinstitucionalização.

Ainda na instituição, há participação de um assistente social no Projeto institucional denominado Plano Diretor, onde se busca a melhoria do atendimento aos usuários do IPUB a partir de suas demandas e das contribuições dos profissionais do Instituto a este respeito. Este Projeto inclui melhorias de ambiente, acesso, mobiliário e outros, do ponto de vista material, objetivando a humanização do espaço e da assistência à Saúde Mental. A inserção desta profissional tem por suporte os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, do Código de Ética dos Assistentes Sociais, e da Lei de Regulamentação da Profissão.

Para prosseguir a descrição da prática do Serviço Social no tocante à sua rotina, faremos agora um recorte em torno dos setores Plantão e Enfermarias. No Plantão são atendidas as demandas espontâneas das pessoas que transitam pelo hospital ou por encaminhamentos de outros setores, principalmente do ambulatório. As pessoas são informadas ou orientadas quanto aos seus direitos e a acessibilidade aos mesmos.

Nestes atendimentos estão contemplados desdobramentos como contatos telefônicos ou pessoais, com outros atores/setores do IPUB e também extrainstitucionais. Também são atendidos pacientes internados e seus familiares, porém os mesmos são encaminhados ou colocados em contato com o assistente social da equipe que os assiste, salvo situações emergenciais, que são encaminhadas naquele momento.

O Plantão do Serviço Social do IPUB ocupa uma sala que fica localizada no andar térreo, num saguão que dá acesso às duas enfermarias e ao andar superior do prédio onde funcionam a Direção do Hospital e a Secretaria Acadêmica do IPUB, que inclui o PROPSAM (Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental), dentre outros setores.

O Serviço Social utiliza também outra sala para atendimentos individuais ou grupais, principalmente de pacientes e seus familiares, localizada na entrada do mesmo prédio, que é equipada com mesa, cadeiras, armário e ar condicionado, além de um banheiro só para o setor. No andar de cima desta sala há outro espaço utilizado para reuniões e supervisões, além de atendimentos esporádicos aos usuários e familiares. A situação de manutenção das duas salas, seus mobiliários e demais utensílios continua precária, aliás, como descrita por Gonçalves em 1982, em sua dissertação.

O Plantão funciona de segunda à sexta-feira, das 09:00 às 17:00 horas com uma assistente social plantonista. Os dias da semana são fixos para os profissionais que atendem nesta frente de trabalho, conjugando este dia com o dia do plantão da equipe médica / multiprofissional na qual estão inseridos, facilitando contatos e agilização de procedimentos e providências.

O trabalho nas enfermarias acontece com a inserção do assistente social na equipe multiprofissional, que conta com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, além de profissionais destas categorias em situação de Residência Multiprofissional e estagiários das áreas de Serviço Social e Psicologia. A equipe médica é composta de um supervisor médico/psiquiatra e uma média de cinco ou seis Médicos Residentes por ano.

As cinco equipes que dão assistência às enfermarias e ambulatório de adultos têm duas reuniões semanais. Nestes encontros há supervisão médica, e na maioria das vezes, após uma entrevista coletiva com um paciente internado escolhido pela equipe, cuja situação é privilegiada naquele espaço, onde procedimentos médicos e situação social são articulados.

A interferência do assistente social tem sido historicamente integralizada a estas discussões, com poderes inclusive de conduzir certas situações a partir dos determinantes sociais, o que confere respeito à profissão naquele espaço institucional.

No início do período da internação do paciente, o assistente social tem contato com o mesmo buscando saber dados sobre seu histórico e contextualidade do ponto de vista das relações sociais e a acessibilidade aos direitos sociais. Muitas vezes estes dados são complementados em entrevistas com familiares ou pessoas da rede social do mesmo, com os quais o assistente social elabora uma Ficha Social, que fica disponível nos arquivos do Serviço Social para dar visibilidade à equipe.

O assistente social assiste o paciente durante todo o período de internação, assim como faz contatos com os familiares e/ou rede social com o objetivo de reforçar os vínculos existentes. Para os pacientes que não apresentam vínculos sociais, o Serviço Social sempre busca alguma possibilidade de restabelecimento da relação social.

O assistente social relata as atividades que desenvolve e providências junto ao paciente no Prontuário do mesmo durante todo o período de internação, e mais especificamente na Folha de Evolução localizada neste, onde os outros profissionais também o fazem.

Quando os vínculos sociais são inexistentes, impossibilitando o mesmo de habitar a cidade, a conduta é inseri-lo na espera de vaga em SRTs ou, quando possível, interferir e agir na mudança do mesmo para outros locais, como Abrigos ou Pensões.

Quando, além disso, o indivíduo não possui documentação, é o Serviço Social que a providencia e dá acesso aos benefícios que lhe sejam de direito. Quando ele tem condições ou rede social que lhe favoreça estes acessos, o Serviço Social informa ou orienta quanto aos procedimentos necessários, dependendo da situação apresentada ou demandada.

Nos casos em que o indivíduo não possui documento algum, as ações vão desde a retirada do Registro de Nascimento a outros documentos civis. Já houve situações em que, na ausência de rede social, foi necessário fazer busca cartorária, identificação no DETRAN (Departamento de Trânsito) ou tramitar processos pelo Ministério Público do Rio de Janeiro para a obtenção de registro tardio de nascimento. A tramitação burocrática de qualquer uma destas providências é lenta, o que prejudica o cidadão.

Quando há o registro de nascimento é necessário ter a Carteira de Identidade, o Título Eleitoral, que é pré-requisito para o cadastramento do CPF

(Cadastro de Pessoa Física), e depois este, para o acesso aos benefícios: BPC (Benefício de Prestação Continuada/LOAS), inclusão no Programa de Volta para Casa – caso seja elegível, ao transporte público gratuito ou a medicação distribuída pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

O assistente social faz contatos, articulações e encaminhamentos para outras instituições, psiquiátricas ou das outras áreas da saúde, além de abrigos ou para Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)²³, órgãos articulados aos CREAS²⁴.

No IPUB, o Serviço Social continua privilegiando o contato com familiares ou rede social para que a alta hospitalar seja o mais breve possível depois de passado o período de crise, com objetivo em prol da Saúde Mental dos usuários seguindo orientação dos ideais da Reforma Psiquiátrica. Estes contatos são instrumentos de discussão sobre estigmas e preconceitos relacionados ao louco, a loucura e à família do louco, mas, sobretudo, para informar, orientar e reforçar o acesso aos direitos dos cidadãos, criando espaços para que as demandas desses familiares sejam atendidas.

O trabalho junto aos indivíduos e seus familiares ou rede social, seja de maneira individual ou grupal, continua sendo via essencial de trabalho do assistente social. As entrevistas realizadas favorecem o conhecimento da situação existencial do cidadão. Os contatos com outras instituições e principalmente da

²³ CRAS (Centro de Referência de Assistência Social): são unidades públicas estatais descentralizadas, da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dada sua capilaridade nos territórios, bem como é responsável pela organização e oferta de Serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e de risco social, além de ofertar serviços e ações de proteção básica. O CRAS possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos.

O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cuja execução é obrigatória e exclusiva. Este consiste em um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protecional das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos naquele território (<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/cras>. Acesso em outubro de 2011).

²⁴ CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social configura-se como uma unidade pública e estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, etc.). A oferta de atenção especializada e continuada deve ter como foco a família e a situação vivenciada. Essa atenção especializada tem como foco o acesso da família a direitos socioassistenciais, por meio da potencialização de recursos e capacidade de proteção (<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>. Acesso em outubro de 2011).

rede de atendimento psicossocial, além da rede dos serviços de saúde, também compõem as atividades cotidianas do assistente social. Estes contatos são telefônicos e pessoais, com a ida dos profissionais a diversos órgãos públicos ou privados. São realizadas visitas domiciliares e saídas com o paciente para providências em que sua presença seja necessária.

Na instituição, o assistente social trabalha também a saída dos pacientes de alta ou de licença médica, em finais de semana e feriados, favorecendo-os inclusive do ponto de vista material com recursos institucionais quando há necessidade para tanto. O Serviço Social atesta comparecimento na instituição de pessoas vinculadas aos pacientes para apresentação em locais de trabalho objetivando o abono da falta naquele horário. Os objetivos são de assegurar direitos aos usuários além de favorecer a manutenção dos vínculos sociais e melhorar a estadia do paciente durante a internação.

O Serviço Social guarda a documentação dos pacientes internados, que por ventura estiverem com o mesmo na ocasião da internação e os devolve na ocasião da alta hospitalar. Quando é necessário, solicita-os aos familiares ou rede social para agilização de acesso a algum direito caso os familiares ou rede social não possam fazê-lo.

Quanto aos pacientes que “residem” nas enfermarias, o Serviço Social guarda toda sua documentação e organiza os recebimentos do (s) Benefício (s) que lhe (s) for (em) de direito, assim como contribui para a organização dos gastos mensais dos mesmos.

As roupas e outros pertences dos pacientes são guardados na rouparia do hospital e entregues aos próprios na ocasião da alta hospitalar por aquele setor. Os pertences trazidos por familiares não passam necessariamente pelo Serviço Social.

As normas institucionais são colocadas pelos assistentes sociais assim como pelos outros profissionais. O Serviço Social, no entanto, tem autonomia de alterar regras ou rotinas, quando necessário. Estas ações podem favorecer a adaptação dos indivíduos à instituição, conforme alerta Bisneto (2009), e podem também abrir espaços na instituição para as subjetividades ou necessidades individuais e/ou familiares, e embora isso não signifique necessariamente uma mudança na estrutura institucional, há que se pensar no sentido que favorece a permeação da rigidez daquele espaço. Desta maneira, o assistente social trabalha na correlação

de forças institucionais e busca sempre favorecer os direitos dos cidadãos acima dos interesses da instituição.

O Serviço Social do IPUB tem se orientado pelas diretrizes nacionais contemporâneas da profissão e seu Código de Ética Profissional. Ambos enfatizam a importância da ação profissional no favorecimento ao acesso aos direitos constitucionais aos cidadãos brasileiros. Neste sentido pretende: viabilizar o acesso aos direitos sociais, civis e políticos dos usuários; firmar a ampliação e a consolidação da cidadania e dos espaços democráticos; exercitar a defesa dos conteúdos expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); além de trabalhar para a eliminação de todas as formas de preconceitos e discriminações. Dentre os Princípios Fundamentais veiculados pelo Código de Ética Profissional, que contemplam mais especificamente aos usuários da Saúde Mental, destacamos:

A ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. O compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; a defesa intransigente dos direitos humanos [...] Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais (Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, 1993).

Além das diretrizes já mencionadas, o Serviço Social baseia-se concomitantemente nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira no sentido de favorecer o processo de desmanicomização e a desinstitucionalização. Baseia-se na legislação vigente e específica para usuários de serviços de Saúde Mental no Brasil, a Lei Federal 10.216 de 2001 e nas demais Leis e Portarias que tratam do assunto.

E conforme confirma Bisneto (2009, p. 131):

O Serviço Social tem atuado no bojo do Movimento de Reforma Psiquiátrica, através da execução e participação dos mais diversos programas de atendimento que visam possibilitar aos usuários melhores condições de vida ou de reintegração social, e ainda de reabilitação psicossocial ou ressocialização.

Assim, há que se considerar o avanço profissional como um todo do ponto de vista histórico, de partir da execução das políticas sociais para a participação ou constituição das mesmas e seu controle, incentivando a participação popular nos espaços destinados a tais atividades, de cunho eminentemente político e social, à contribuição para a efetivação da democracia no país.

No IPUB, é notório que a atuação do Serviço Social também vem cumprindo seu papel democratizante, abrindo espaços institucionais para o atendimento de demandas populares. Como pôde ser percebido, os assistentes sociais vêm trabalhando no sentido de atender as prerrogativas da legislação profissional vigente e mais, foi pioneiro na elaboração e execução de projetos com ideais de desinstitucionalização, desde a práxis diária até a efetivação de frentes de trabalho como, por exemplo, o Clube da Esquina, conforme exposto e mesmo com relação à criação das Residências Terapêuticas, que será colocado a seguir.

2.4

Inserção do Serviço Social nos SRTs do IPUB

A intervenção do Serviço Social tem sido fundamental tanto nas discussões que idealizaram quanto nas ações que efetivaram e mantêm os SRTs do IPUB. Atualmente uma assistente social é coordenadora geral do Programa e ela mesma, além de outras duas, assiste profissionalmente os moradores nas três Residências.

A participação do Serviço Social é de extrema importância em todas as discussões que influem na direção e na rotina dos SRTs do IPUB, desde a escolha do candidato por ocasião de disponibilização de vaga até a sua estadia nos referidos dispositivos, passando pela atuação no processo de mudança do mesmo, da enfermaria para o SRT, embora os outros profissionais das equipes que assistem os pacientes também participem das discussões acerca desta escolha.

A relevância do Serviço Social está relacionada à questão social que envolve a situação de todos os usuários que se tornam candidatos às vagas nas residências, conforme já colocado, e que desde a sua estadia/permanência nas enfermarias é trabalhada principalmente pelo assistente social.

Os critérios de elegibilidade para os pacientes do IPUB habitarem as Residências incluem: o tempo de internação, priorizando-se os que estão com o maior período; a falta ou precariedade de vínculos familiares ou sociais, situações estas que sempre são acompanhadas mais de perto ou quase que exclusivamente pelo Serviço Social; e a aceitabilidade dos mesmos em fazerem a mudança.

Este último aspecto inclui a resistência por parte de alguns indivíduos, pelo menos num primeiro momento, principalmente em se tratando dos que estão cronificados em seus quadros de adoecimento mental e adaptação ao mundo institucional.

Outro fator levado em consideração para a escolha do candidato à vaga no SRT diz respeito à vulnerabilidade do mesmo para com a estadia nas enfermarias, situação que também é acompanhada de perto pelos assistentes sociais.

É importante esclarecer que os candidatos às vagas nos SRTs precisam estar com pelo menos um rendimento mensal como condição para viabilizar a mudança e a estadia naquele local. Nos SRTs do IPUB os rendimentos normalmente são provenientes do BPC/LOAS e/ou da inserção no Programa de Volta para Casa, direitos sociais cujo acesso é viabilizado pelo Serviço Social ao paciente desde a sua internação nas enfermarias.

A equipe do Serviço Social do IPUB vem trabalhando internamente de maneira articulada, assim, as ações realizadas pelo profissional que assiste o paciente internado são de conhecimento da equipe como um todo. Logo, se há mudança de um usuário para um SRT, o assistente social daquele dispositivo dará continuidade ao trabalho já realizado e muitas vezes em parceria com o profissional que já o fazia na enfermaria.

Na abordagem junto aos pacientes no IPUB, os assistentes sociais e os outros profissionais vão inserindo a perspectiva da mudança para o SRT em busca das respostas dos pacientes. Caso o paciente aceite fazer a mudança, o mesmo é levado em visita ao SRT por várias vezes com o objetivo de efetivar sua ida para o local. Concomitantemente, a equipe multiprofissional que atua nos SRTs também trabalha a inserção de um novo morador junto ao grupo que já habita a Residência com o objetivo de acolher o novato.

Efetivada a mudança, o momento seguinte requer um acompanhamento inicial deste indivíduo no espaço de moradia em relação à rotina, às regras estabelecidas em conjunto com os moradores e profissionais, ou seja, ao grupo já

residente. Isso inclui todas as questões de convivência coletiva e na relação entre os indivíduos e os profissionais, principalmente com os Cuidadores, função em que o Serviço Social participa muito ativamente.

O trabalho da equipe profissional nos SRTs busca valorizar, resgatar ou indicar a possibilidade da autonomia dos moradores. Respeitando as limitações individuais, são sugeridas ou incentivadas tarefas em termos dos cuidados pessoais, de higiene e organização de pertences pessoais, bem como responsabilidades para com os espaços domésticos, incluindo tarefas de manutenção e limpeza de locais e objetos de uso pessoal e coletivo.

Estas atividades são acompanhadas mais especificamente pelos cuidadores ou pelos residentes multiprofissionais, mas a discussão acerca das mesmas e seus objetivos e desdobramentos são acompanhadas de perto pelos assistentes sociais.

Nesta mesma linha de ação, também são viabilizadas as saídas para os espaços sociais, como a ida a bancos, mercados, consultas médicas, ou atividades artísticas, religiosas, esportivas e culturais, dentre outras, de acordo com a vontade e possibilidades do indivíduo e disponibilidade dos profissionais, que geralmente se desdobram para o alcance dos objetivos pretendidos.

Os assistentes sociais dos SRTs dão continuidade ao trabalho na busca dos vínculos familiares ou sociais dos usuários, desfeitos ou prejudicados, objetivando uma reaproximação ou até mesmo a possibilidade de moradia dos mesmos fora daquele espaço institucional.

Dentre os moradores, existem os que têm baixa autonomia e não têm vínculos sociais. Estes tendem a manter um grau de dependência elevada em relação à instituição demandando acompanhamento mais específico, contínuo e por tempo indeterminado para a equipe, inclusive para os assistentes sociais, que seguem trabalhando na perspectiva da desinstitucionalização dos mesmos.

Assim, os assistentes sociais trabalham efetiva e mais especificamente com todas as questões que envolvem a ressocialização em suas várias dimensões, bem como na acessibilidade aos direitos civis, políticos e sociais dos moradores, além de participar de todas as atividades comuns aos profissionais envolvidos na manutenção das Residências.

A partir da breve descrição acima, fica patente que um SRT requer trabalho de vários profissionais e das diversas áreas de atuação, e entre eles o assistente social, que, embora tenha inserção que pressupõe a troca de saberes profissionais,

tem sua intervenção desenhada e assegurada pelos pressupostos ético-políticos contemporâneos à categoria.

No próximo capítulo os SRTs serão causa de debate, tendo início com a contextualização aos SRTs do município do Rio para depois passarmos para as especificidades dos SRTs do IPUB, onde serão abordados outros aspectos de interesse da pesquisa, de acordo com o pressuposto inicial, acrescidos de temas e desdobramentos dos mesmos que aconteceram no decorrer do estudo.

3

Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ: aspectos de sua função, funcionamento, gestão e a atuação do Serviço Social nos mesmos

3.1

Breve contextualização dos SRTs do Município do Rio de Janeiro

Antes de passarmos à exposição específica dos SRTs do IPUB e para melhor justificarmos a pesquisa que pretendíamos, aproximamo-nos de profissionais que atuam em outros SRTs do município do Rio de Janeiro para abordarmos aspectos de interesse central para a investigação. Assim, pedimos que expusessem suas visões e experiências em relação ao processo de desinstitucionalização, autonomia dos usuários, ampliação do número de dispositivos, as dificuldades, os avanços nestes Serviços e a existência / atuação de assistentes sociais nos mesmos.

Estas conversas foram gravadas com o consentimento dos profissionais sob a condição de que nem suas identidades, nem as instituições as quais estavam ligados seriam reveladas, por observância a princípios éticos de confidencialidade. Apenas suas profissões são reveladas e o objetivo da obtenção desta informação está associado ao fato da busca por assistentes sociais em SRTs e isto foi esclarecido aos mesmos.

De um grupo de oito profissionais contatados, somente um foi assistente social de SRT, e não trabalhava mais no local há quase dois anos, informando que com a sua saída nenhum outro assistente social ficou em seu lugar. Os outros sete profissionais são psicólogos, cuja categoria tem significativa presença nestes Serviços. A inserção do Serviço Social nestes dispositivos é diminuta, ou quase inexistente segundo informações dos entrevistados. As falas destes profissionais serão indicadas como “contatos extrainstitucionais”, para as quais foi colocada a sigla (CEI).

Ao serem perguntados sobre a função dos SRTs para com o processo de desinstitucionalização, todos os profissionais afirmaram que estes dispositivos são de fundamental importância. Assim pudemos ouvir de um dos profissionais:

‘São programas fundamentais à desinstitucionalização, são programas de ponta, essenciais ou fundamentais para a saída de indivíduos internados em hospitais psiquiátricos somente por falta de opção de moradia. Para os indivíduos com longa permanência nas enfermarias é uma mudança fenomenal’ (CEI).

Este profissional afirmou já ter assistido a situações em que os benefícios dos SRTs para os indivíduos são inegáveis e narrou uma história sobre um indivíduo que só vivia agachado na enfermaria:

‘Ele não ficava de pé. Quando se mudou para o SRT continuou com o mesmo comportamento. A gente trabalhava isso com ele e passado algum tempo ele se levantou e começou a circular pela casa e depois pelo bairro. Nós ficamos perplexos e felizes com isso!’ (CEI)

E continuou: ‘Acho que os SRTs podem ser favoráveis para que a pessoa possa se reconhecer enquanto indivíduo, ganhar de novo sua identidade’ (CEI).

Este profissional relatou também:

‘Existe um grande número de indivíduos que não tem certidão de nascimento ou qualquer outro documento, assim como tem gente internada cujas famílias não sabem do seu paradeiro, e que por isso, eles ficam residindo em enfermarias, por isso os SRTs são fundamentais’ (CIE).

Outro profissional, mesmo reconhecendo a importância dos SRTs, ressaltou que os dispositivos ainda não estão preparados para receber determinados indivíduos, que são os que necessitam de cuidados especiais. ‘Isto pode ser caracterizado como obstáculo ao trabalho de desinstitucionalização’ (CEI).

Outro profissional afirmou ser importante para os indivíduos que saem das enfermarias e vão para os SRTs, receberem algum tipo de benefício, articulando este acesso às possibilidades de desinstitucionalização. Disse que a sua equipe, que não tem assistente social há muitos anos, sempre busca esse direito para os pacientes porque, ‘O aporte financeiro faz a diferença para a sociedade receber o cidadão’ (CEI).

Depois, este mesmo profissional citou o caso de uma clínica psiquiátrica do interior do estado do Rio de Janeiro, onde os moradores dos SRTs passaram a influir positivamente na economia da cidade pelo seu potencial consumidor. Disse inclusive que em alguns SRTs, o rendimento mensal dos moradores era maior que a média de outras residências ocupadas pelas famílias do local. O profissional fez ainda uma relação desta condição com a autonomia destes cidadãos, ou seja, relacionou-a ao poder de escolha e compra de bens de consumo.

Houve um profissional que a seguir de colocar-se totalmente favorável aos dispositivos em causa e afirmar perceber na prática sua eficácia para o processo de desinstitucionalização ao qual se propõe, ampliou o questionamento para o significado do termo pela impossibilidade do ser humano viver sem as instituições, citando a família como uma privilegiada neste aspecto, inclusive.

‘Desinstitucionalizar é o nosso trabalho, mas institucionalizar faz parte da vida humana, porque a gente é atravessado por várias instituições ao longo da vida: a família, a linguagem, o manicômio, o casamento, a escola, então, o manicômio é uma delas, por isso, dizer que vai desinstitucionalizar uma pessoa é uma coisa impossível, porque você joga a criança junto com a água do banho fora, ou seja, não tem como fazer isso. Então, dentre as institucionalizações que aquela pessoa passou, a gente trabalha para que a relação com a do manicômio mude, mas mesmo assim, para algumas pessoas, aquilo tem um lugar de respeito que é delicado de mexer. A partir do sujeito trabalha-se o que ele precisa, e às vezes o nosso trabalho não é de desins, mas de institucionalizar a partir dos nossos princípios, porque a gente trabalha para que o indivíduo possa se reinserir socialmente, de acordo com as regras sociais de 2011, acompanhando valores da época, que se diferenciaria se fosse um trabalho há 40 anos, por exemplo.’ (CEI).

Outro profissional questionou a desinstitucionalização a respeito da necessidade de ampliação do número de SRTs e também de sua política e de ações que os tornem lugares de passagem para os indivíduos que tiverem condições para tanto. Assim, afirmou o entrevistado: “favorecer estas condições, ou seja, trabalhar para que se viabilize a saída dos SRTs também é indispensável, mesmo que precisem de assistência psicossocial continuada” (CEI).

Outro ponto interessante levantado ainda, diz respeito à cidadania das pessoas com transtornos mentais sob o ângulo dos deveres e não só dos direitos. Este aspecto é fundamental porque os iguala à condição de cidadãos. Dois profissionais colocaram:

‘A Portaria 106/2000 foi, e é fundamental, mas ela não diz quais são os deveres dos moradores nos SRTs, ou seja, o indivíduo não precisa se responsabilizar por nada na Residência, e se não tomar cuidado, corre-se o risco de reproduzir os moldes das enfermarias. Além disso, pode-se incentivar o sujeito a não sair do local, o que resultaria na contração de responsabilidades, inclusive e principalmente financeiras, às quais o sujeito se acomoda, favorecendo uma não opção pela mudança do local. Assim, o sujeito saiu do hospital, mas não vive como o cidadão vizinho dele na cidade, que está pagando as contas dele, ou seja, sair do local onde ele tem as tais contas pagas e a rotina garantida por outrem, com comida pronta e roupa lavada [...] então, o sujeito é maluco, mas não é burro. Morar fora da instituição significa dar conta da vida sozinho, o que é difícil para a maioria. Depois, associado a isto tem também a questão da solidão destas pessoas, que acabam fazendo vínculos com o espaço e com os profissionais, o que, numa possível saída também se perderia [...] Aí eu questiono o que nós estaríamos oferecendo para este sujeito, em troca do que ele já tem garantido, numa perspectiva de mudança [...] E com isso, lidamos também com nossos valores burgueses, de serviços’ (CEI).

‘O conceito de desinstitucionalização, que a partir do ponto de vista do movimento que deu início a este processo, se refere ao indivíduo ter acesso à privacidade de sua rotina, seu ritmo, é questionável. Tenho um amigo que diz que desinstitucionalizar é o cerne do trabalho da reabilitação, mas se pergunta também se você consegue tirar o Homem do suborno que a instituição proporciona. Tirar o suborno do Homem é que é difícil. Assim, você tira o Homem de dentro da Instituição, mas tirar a Instituição de dentro dele é que é tarefa de longo tempo’ (CEI).

Quanto à autonomia dos usuários e às questões que envolvem este tema, os profissionais afirmaram:

‘Deve ser trabalhada diariamente por todos os profissionais envolvidos. É fundamental que aqueles indivíduos tenham oportunidade de viver nas cidades e fazer coisas comuns aos cidadãos, ressaltando-se as dificuldades de cada um, geradas inclusive pelos estados mentais e cronificação da doença’ (CEI).

‘A construção ou a reconstrução desta autonomia está diretamente relacionada à intervenção dos profissionais, e que guardadas as devidas individualidades, e consequentemente as devidas dificuldades ou mesmo impossibilidades, é um trabalho que tem sempre avanços a serem conquistados, e que são possíveis com o trabalho diário e contínuo com os indivíduos ou grupos de moradores das residências’ (CEI).

‘A gente observa se o indivíduo tem condições de se manter, de comprometer-se consigo próprio, com a sua saúde, com a manutenção de uma casa funcionando. São parâmetros de uma autonomia, mas houve uma ocasião em que um morador estava muito pálido, mas ele continuava no mesmo lugar, e não se queixava de nada. Ao ser perguntado se estava passando mal, respondeu: não sei. Quer dizer, é um sujeito que precisa da identificação do outro. A instituição retira dos indivíduos a autonomia dos pequenos gestos, como disse Goffman, neste sentido a Residência dá condições de maior personalização, atenção, e daí a contribuição para a autonomia’ (CEI).

Houve também os seguintes questionamentos:

‘O que seria autonomia? Autonomia como? Para que? Será que este termo quer dizer teoricamente que o sujeito tem autonomia quando tem mais possibilidades de interagir com outros? Ou quando pode resolver coisas cotidianas? Tem aqueles que têm deficiência física também, o que soma em dificuldades para uma autonomia. Teve uma vez um morador que chegou à Residência e que não sabia riscar o fósforo e acender o fogão, ele nunca tinha feito aquilo’ (CEI).

Houve um profissional que ressaltou a questão da individualidade dos sujeitos, de sua preservação ou não, dependendo de sua condição mental. Assim, numa Residência pode haver numa continuidade dos comportamentos das enfermarias, assim, segundo o profissional:

‘Os que têm maior autonomia vão impor ordens e limites, outros não ou com maior dificuldade. Teve uma vez, um morador de enfermaria que ao mudar-se para a residência não abria mão de sua rotina, apreendida e exercida institucionalmente durante anos, assim, as tarefas e os horários da enfermaria continuaram a guiar sua rotina diária. Tivemos problemas com a vizinhança, sobretudo, por causa dos barulhos excessivos desde as 4 horas da madrugada, quando ele começava a fazer o café para todos, tarefa que fazia na enfermaria. Depois ele tratava de servir o jantar às 17 horas para tomar sua medicação 01 hora e meia depois e dormir para o próximo dia, ou seja, ele ia mantendo o ritmo habitual. Para este caso foi colocado um Cuidador noturno para puxar a rotina para a hora de dormir passar para mais tarde pra acompanhar os horários da cidade. Depois de um tempo ele moveu seus horários’ (CEI).

Prosseguindo com o registro das anotações feitas na abordagem realizada aos profissionais, percebemos que quanto à ampliação do número de dispositivos, todos ressaltam sua necessidade, embora também haja consenso de que estes dispositivos devam privilegiar o retorno a um lar familiar, ou individual, mas fora daquele espaço sempre que seja possível.

Houve destaque para as falas que apontaram o momento e o período da internação nos hospitais psiquiátricos como muito importantes para a abordagem pelas equipes para que os vínculos sociais não se afrouxem e nem se dissolvam. Para tanto é necessário que as famílias ou grupos de convivência também sejam assistidos.

Para esta questão foi apontada a premência dos ‘profissionais investirem fortemente na manutenção dos vínculos sociais no momento da internação,

principalmente, evitando o afastamento ou o rompimento, fatos que tornam a situação do indivíduo mais difícil' (CEI).

A Reforma Psiquiátrica e as Leis que a amparam foram bastante citadas, reafirmando a necessidade da saída para os indivíduos que ainda residem nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos, local que deveria ser ocupado temporariamente e somente por aqueles que estivessem passando por momento de crise ou agudização do sofrimento mental.

As dificuldades apontadas estão em torno da manutenção da Residência, que inclui aspectos burocráticos, mas também no que se refere à resolução de problemas objetivos de ordem prática, para o funcionamento de uma casa, sem a agilidade necessária e com alegações inclusive de insuficiência de verba destinada à mesma.

Outra questão repetidamente exposta diz respeito ao fato dos imóveis serem alugados, e as dificuldades causadas em função disto, além da carestia dos aluguéis, fomentada pela bolha imobiliária formada no Município do Rio a partir da implantação das UPPs (Unidade de Polícia Pacificadora) na cidade. Somado a isto, há resistência de alguns locatários para fazerem o negócio ao saberem que os moradores serão indivíduos com transtornos mentais. Um dos profissionais comentou:

‘Eu acho que seria fundamental um convênio com a Secretaria de Habitação do Município do Rio, para a construção de Residências ou financiamento para a compra, específica para SRTs, para não ter mais despesas e nem problemas com aluguel e locação de imóveis, que é um problema muito sério enfrentado por nós’ (CEI).

Houve um profissional que elencou seis pontos que a seu ver descrevem as maiores dificuldades para a manutenção dos SRTs e de alguns em especial:

‘Diferença de vínculos entre os profissionais. No meu setor tem funcionários vinculados a diferentes órgãos de vários níveis estatais inclusive, além das empresas privadas, o que gera diferenças salariais para os mesmos cargos e as mesmas atividades; isso causa conflitos nas relações entre os próprios profissionais e problemas administrativos também’ (CEI).

‘A necessidade de legislação específica para outros tipos de SRTs ou Projetos de passagem para os referidos dispositivos. A legislação vigente não abrange alguns tipos de serviços que já existem, em vários aspectos’ (CEI).

‘Falta de alternativas, de circulação pela cidade, dependendo do local em que o SRT se situa, pela própria infraestrutura, por não propiciar, e principalmente as culturais, para as quais os SRTs não têm suporte, então se propõe a dar assistência 24 horas. Parece que já está preparando o sujeito para a vida sem isso’ (CEI).

‘Precariedade dos Serviços de Saúde em geral. Para a Saúde Mental, por exemplo, o CAPS dessa região não consegue absorver a demanda da área, não consegue dar suporte com continuidade, o que para um psicótico cria muita dificuldade, pois depois de aguardar vaga por meses, e de trabalho para que ele frequente o local, há, por exemplo, a mudança do médico com 06 meses de tratamento. O sujeito não se sente incentivado a continuar’ (CEI).

‘Os Hospitais de atendimento clínico da área também não funcionam bem, nem os Postos de Saúde da Prefeitura. Há pouco tempo nós conseguimos inserir alguns moradores em Programas para Diabéticos e Hipertensos. As outras especialidades também inexistem, ou seja, neste aspecto estes indivíduos são tão cidadãos quanto os outros, pois morrem nas filas juntos, em iguais condições de não atendimento’ (CEI).

‘Eu diria também as oscilações contratuais, gerenciamento de pessoal e compra de materiais básicos para o funcionamento do Serviço’ (CEI).

Sobre a gestão administrativa e financeira, para o funcionamento dos SRTs nos quais estes profissionais trabalham também, foi colocado como fator impeditivo ao melhor desempenho dos mesmos o fato de serem gerenciados através de ONGs (Organizações não Governamentais) ou OSs (Organizações Sociais), que recebem e repassam verbas públicas, pagando as despesas das casas e fazendo a contratação de pessoal, o que lhes confere poder na condução política do referido projeto.

Além disso, o funcionamento dos dispositivos acontece com profissionais que se desdobram dos CAPS para aqueles Serviços, ocupando inclusive cargos de coordenação, ou seja, situação que remete à questão da necessidade de contratação de pessoal para a abertura de novos dispositivos ou para a manutenção dos mesmos.

Foi colocado também que em alguns casos estes profissionais assistem ainda ‘Moradias Assistidas, com indivíduos ou pequenos grupos, residindo em quartos alugados ou pequenos quitinetes, ou seja, falta profissional para a quantidade e a qualidade da demanda que se apresenta’ (CEI).

Alguns avanços foram elencados desta maneira por dois profissionais:

‘Acréscimo no valor da taxa de manutenção. Esta taxa, de início, não tinha critérios de distribuição e aplicação. Agora tem’ (CEI).

‘Ter conseguido sensibilizar o município para a criação das Casas 24 horas, com Convênio para contemplar isto. São casas para indivíduos com menor autonomia e, portanto, maior necessidade de acompanhamento contínuo’ (CEI).

Outros avanços foram apontados e alguns assinalaram progressos específicos nos SRTs em que atuam, chamados por alguns destes profissionais de Projeto. Assim, foram elencadas modificações de várias ordens:

‘Melhoria na acessibilidade dos usuários em termos de clareamento de critérios para a ocupação das vagas; maior interligação entre as equipes assistentes ou entre os profissionais que acompanham os moradores, fundamental para integrar o projeto terapêutico de cada indivíduo; reorganização do pedido de medicação e maior controle, evitando desperdícios; e, abertura ou perspectivas de aumento do número de dispositivos no Município do Rio’ (CEI).

Um dos profissionais avalia que outro tipo de SRT ou adequações nos existentes deveriam ser feitas para acolher determinados indivíduos em determinados momentos, mesmo que estes tenham seus locais de moradia. Este pensamento lembra as reflexões de Delgado (2006) quando cita o modelo espanhol chamado de “Respiro Familiar”. O profissional pondera:

‘Este tipo de Residência acolhe o indivíduo antes de a família abandoná-lo, assim como pode promover passeios e outras atividades que trate o sujeito e dê um tempo para a família sem ele, e sem a culpa de não estar com ele. Assim, um casal: pai e mãe, por exemplo, de indivíduo com transtorno mental pode passear durante um final de semana, por exemplo, sabendo que o filho está cuidado e em situação de diversão, de aproveitamento de outras coisas ou situações sociais’ (CEI).

Ao voltar à atenção para o Serviço Social nos referidos SRTs, ficou evidenciada a falta de assistentes sociais nas equipes que assistem os mesmos. Os profissionais afirmaram não saber a que motivos se devem esta ausência, uma vez que a Rede de Atenção Psicossocial pressupõe a presença deste profissional.

Alguns deles afirmaram ainda já ter tido assistentes sociais nas equipes interdisciplinares, mas que os mesmos se transferiram para outros locais. Eles disseram ainda que nas instituições que contratam acompanhantes terapêuticos, cargos para os quais há uma seleção de divulgação ampla e pública, são raros ou

não há candidatos desta profissão. Um dos profissionais que afirmou já ter trabalhado com assistente social na equipe deu o seguinte depoimento:

‘Enquanto estive lá, assumia um trabalho de referência, fazia trabalho de reabilitação psicossocial diretamente. Era referência dos casos. Conduzia os casos, identificando todas as necessidades da pessoa, compondo e acompanhando o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico para o indivíduo. Fazia saídas e ficava de referência para a equipe com a parte documental, ela ajudava muito neste sentido, tinha boa entrada com as instituições que dão acesso a documentos civis, e sem ser exclusividade dela, mas de grande importância no sentido de municiar a equipe a partir dos direitos daqueles indivíduos, procedimentos, processos, ela é muito experiente. Bom, a gente tá trabalhando sem assistente social, mas eu acho que ter um profissional desta área é fundamental’ (CEI).

Sendo assim, deixamos o questionamento sobre os motivos que vêm afastando os assistentes sociais desta frente de trabalho como reflexão na categoria profissional.

Ao final destes contatos extrainstitucionais percebemos a importância desta contextualização, que contribuiu para situar os SRTs do IPUB em relação aos demais deste município, além de dar visibilidade para os pontos em comum entre os mesmos, no tocante ao funcionamento, dificuldades enfrentadas, avanços alcançados, mas principalmente em relação aos eixos de interesse desta pesquisa, como poderemos constatar no subitem subsequente, que trata especificamente dos SRTs do IUB.

3.2

Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB: contribuição para o processo de desinstitucionalização, autonomia dos usuários e a ampliação do número de dispositivos

O objetivo deste texto é circunscrever os SRTs do IPUB e sua relevância em relação à Reforma Psiquiátrica Brasileira e/ou aos princípios da Luta Antimanicomial, considerando três pontos, ou eixos temáticos que se entrecruzam: o processo de desinstitucionalização, o fortalecimento da autonomia

dos usuários, e a perspectiva de ampliação do número destes dispositivos. No texto seguinte aprofundaremos as questões relativas à atribuição do Serviço Social nesses SRTs.

Antes de iniciarmos a exposição dos achados alcançados na nossa pesquisa, introduziremos o percurso investigativo que empreendemos, situando os procedimentos efetivados e seus resultados.

O método do Estudo de Caso, como pesquisa qualitativa (Yin, 2010), é bom relembrar, foi base para o desenvolvimento de pesquisa. A coleta de dados se deu através de: observação de campo com a participação nas reuniões de equipe dos SRTs do IPUB, de ocorrência semanal, no período de junho a novembro de 2011 (onde o interesse e o tema da pesquisa foram apresentados); de dez visitas aos SRTs do IPUB, durante o período de agosto de 2011 até janeiro de 2012; de entrevistas com os atores institucionais: usuários e profissionais, conforme previsto no Projeto de pesquisa, aprovado pelos Comitês de Ética da PUC – Rio e do IPUB, realizadas entre setembro de 2011 e fevereiro de 2012; e, de contatos com profissionais de outros SRTs, ligados aos Hospitais de Referência no Município do Rio, (cujo conteúdo fora exposto no subitem anterior) no período entre setembro de 2011 até fevereiro de 2012. Todas as atividades alimentaram anotações e, portanto, a formação de um diário de campo.

O grupo de 19 atores institucionais dos SRTs do IPUB entrevistados foi composto da seguinte maneira: seis moradoras, quatro cuidadoras, três médicos, um psicólogo, três assistentes sociais e dois gestores. Esclarecemos que no decorrer do texto, onde suas falas são mencionadas, só será citado se a pessoa é Moradora (M.) ou profissional da Equipe dos SRTs (E.), seguido de um nome fictício. A letra (P) foi utilizada para mostrar as falas da pesquisadora.

Os dados obtidos foram analisados com base nos conceitos desenvolvidos por autores da área da Saúde Mental e do Serviço Social, já citados, e em relação à Portaria 106/2000. Outros dados emergidos ao longo do trabalho geraram abertura para novas considerações que estão contempladas no texto.

A equipe que trabalha na gestão e no funcionamento dos SRTs do IPUB é composta por três segmentos básicos. Dentre os profissionais estão: o pessoal do quadro da Universidade (UFRJ) ou cedido por outra instituição pública, os Residentes (alunos do curso de Residência Multiprofissional do IPUB - de diversas profissões), e os cuidadores.

O segmento composto por funcionários públicos conta com: dois assistentes sociais, um psicólogo, um gestor administrativo e uma gestora médica/psiquiatra, que inclusive é diretora atual daquele Instituto, além dos médicos que assistem os moradores através de consultas no ambulatório do IPUB, para os quais não foi contabilizado quanto a sua vinculação com a instituição pública. O pessoal contratado soma doze, sendo uma assistente social e onze cuidadores.

Esclarecemos que antes do início da pesquisa e das visitas específicas aos SRTs com esta finalidade, já havíamos estado nas Residências em momentos diversos pela vinculação como assistente social do IPUB. Desta forma, os doze moradores atuais já nos conheciam, por suas longas estadias nas enfermarias da instituição, assim como nós também já conhecíamos sete dos profissionais atuantes naqueles Serviços.

Logo, na primeira vez em que estivemos nos SRTs com o objetivo de observação, todos os atores foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos, bem como as consequentes entrevistas, quando consentidas.

Para as entrevistas com as usuárias houve indicações da coordenadora dos SRTs sobre as possibilidades momentâneas das mesmas. Das moradoras indicadas houve recusa por parte de duas delas, mas outras duas se apresentaram espontaneamente para serem entrevistadas.

É importante esclarecer que as seis moradoras entrevistadas são mulheres porque os dois homens que moram atualmente num dos SRTs não estavam em condições de dar entrevista. Com relação aos cuidadores, também não foi possível entrevistar o único profissional do sexo masculino nesta função nos SRTs do IPUB por incompatibilidade de horário.

Para a exposição dos relatos será seguida uma ordem baseada nos três eixos temáticos adotados. Além disso, optamos iniciar sempre com o olhar das moradoras, por considerá-las as pessoas centrais para a existência dos SRTs.

Num primeiro momento estão os relatos sobre suas experiências antes e com a estadia na Residência, seus históricos familiares e institucionais. É preciso salientar que determinadas falas que se apresentam como desconexas ou confusas foram colocadas para dar visibilidade às condições do funcionamento mental de algumas pessoas, ou que, em outros momentos, estas mesmas, podem apresentar a lucidez da razão.

Na sequência está o discurso dos profissionais do IPUB em relação à desinstitucionalização e o papel dos SRTs para com este processo. Este ponto desdobrou-se em outros três, que se coadunam e que surgiram espontaneamente durante as entrevistas. Um diz respeito a questões que se relacionam às aptidões para o trabalho na área da Saúde Mental, outro toca o terreno de intercessão entre o profissionalismo e a afetividade, tão articulados nestes Serviços. O terceiro ponto está relacionado à importância do papel do cuidador, em seu meio social, para contribuir com a desmistificação acerca da loucura e dos indivíduos com transtornos mentais.

Num segundo momento procuramos abordar a questão da autonomia dos usuários tomando como base quatro aspectos selecionados a partir do Art. 4º da Portaria 106/2000:

Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (Art. 4º/ Portaria 106/2000 MS/Brasil).

Consideramos como relevantes, numa primeira instância de autonomia os aspectos relativos à: ingestão de medicação por conta própria; a saída sozinha às ruas; a execução de tarefas domésticas; e, a guarda, gerência e manipulação dos próprios rendimentos mensais. Os relatos em torno deste questionamento feito às usuárias serão sequenciados e associados às respostas dadas pelos profissionais dos SRTs do IPUB acerca destes mesmos temas.

Num terceiro momento os depoimentos vão abarcar a necessidade de ampliação do número de SRTs, com suas justificativas, para, em seguida

elencarem-se aspectos de dificuldades assim como os avanços obtidos até então, para o funcionamento destes dispositivos, temas que se articulam ao principal.

Algumas saídas foram apontadas e experiências bem sucedidas estão relatadas, sobretudo, será observada a carência, não só de ampliação do número destes dispositivos, mas de variação nas suas modalidades²⁵, além da premência com relação ao aumento do número de pessoal para trabalhar em SRTs já existentes, inclusive, com destaque para os cuidadores e à sua formação profissional.

Outra preocupação importante está em torno do fato dos imóveis serem alugados e não de propriedade do Estado, o que gera insegurança a todos os atores do segmento e a orientação adotada.

Retomando a questão metodológica, as entrevistas com as moradoras tiveram início com perguntas sobre suas experiências naquelas Residências e suas avaliações sobre o funcionamento das mesmas. Elas falaram sobre suas estadias com suas famílias, nas ruas ou nas instituições, bem como sobre a ocasião da primeira internação e os períodos subsequentes a esta.

As usuárias relataram sobre suas rotinas, suas dificuldades, sobre como tem sido para elas, o que se tem chamado de processo de desinstitucionalização. É importante que se perceba como em muitas vezes as respostas são lacônicas ou de expressão oral bastante reduzida.

Por outro lado, algumas respostas se traduziram em pequenos relatos de onde surgiram dados que compuseram um perfil social das moradoras, e seus históricos com a loucura, com as instituições e com os familiares.

O perfil social das usuárias segundo suas informações se desenhou num grupo de seis mulheres, com idades que variam dos 42 aos 68 anos de idade; duas delas são casadas legalmente, mas separadas dos maridos há muitos anos (SIE)²⁶; O tempo de estadia no SRT do IPUB é de no mínimo 4 e no máximo 13 anos (as de maior tempo estão desde a inauguração da primeira Residência da instituição, em 1998). Somente uma delas tem o 2º grau “*quase completo*” (SIE), as outras têm o “*primário*” (palavra utilizada por todas para esta escolaridade), e uma delas só concluiu a “*1ª série*” do mesmo (SIE); uma delas recebe aposentadoria e o Benefício do Programa De Volta para Casa, outras quatro recebem este mesmo e

²⁵ Idem nota 1, p.18.

²⁶ SIE: Segundo informação da entrevistada.

mais o BPC/LOAS, e uma recebe somente o BPC/LOAS. Deste grupo entrevistado somente duas delas já trabalharam: uma como vendedora ambulante, sem contribuir para a Previdência Social e outra como doméstica com carteira assinada.

Ainda sobre as usuárias, as informações obtidas sobre os vínculos familiares ou rede social foram: uma moradora afirma ter contatos próximos e sequenciais restritos aos familiares; três moradoras têm rede familiar ou social à distância, onde os contatos são esporádicos ou quase inexistentes, e duas sem contatos fora da instituição (SRT / IPUB).

Deste conjunto, três já estiveram em situação de moradia de rua sendo duas delas “por muito tempo” (SIE). As outras três moraram em casas de familiares e tiveram longos e/ou repetidos períodos de internação, tanto no IPUB quanto em outras clínicas ou hospitais psiquiátricos antes de habitarem os SRTs do IPUB. As primeiras internações aconteceram entre os 09 até os 32 anos de idade, conforme as informações das seis entrevistadas.

Na ocasião da entrevista nenhuma das moradoras apresentava perspectiva próxima e nem em médio prazo de se mudarem daquele local, por motivos que envolvem justamente a inexistência, a ausência ou a fragilidade da rede familiar/social.

Com relação à autonomia das usuárias temos o seguinte quadro: a ingestão dos medicamentos obedece a esquemas diferenciados dependendo do usuário e da Residência, mas de modo geral, a medicação é controlada, separada e/ou administrada pelos cuidadores.

Das entrevistadas somente duas não tem autonomia nenhuma para a ingestão dos remédios, ou seja, precisam que lhes informem o horário e lhes favoreçam o acesso aos mesmos; as outras quatro tem a medicação separada em recipientes que ficam disponibilizados em local específico da casa com os respectivos nomes, mas sabem o horário em que devem tomá-los, ou, podem ser advertidas esporadicamente.

As saídas sozinhas às ruas são feitas de maneira independente por três das moradoras. Da outra metade, duas não saem sozinhas a parte alguma e uma vai a determinados lugares nas redondezas da Residência. Quanto a fazerem tarefas domésticas, duas delas afirmaram não fazem nada e as outras quatro contribuem com algumas atividades. Os rendimentos são inteiramente geridos por duas

moradoras entrevistadas e das outras quatro, somente uma não tem condições de gerir nem parte dele, enquanto as outras três têm suporte da equipe para tanto.

Para dar voz a estas pessoas, passamos a colocar suas próprias falas acerca de suas experiências nas Residências e sobre a satisfação com relação ao referido Serviço, além de fragmentos de histórias de antes da vinda SRTs, ou seja, o processo de desinstitucionalização.

- Processo de desinstitucionalização na visão das moradoras: M. Cida; M. Lucia; M. Márcia; M. Teresa; M. Olga e M. Deise.

Moradoras

‘Eu sou muito mais feliz agora do que quando eu morava com meus pais porque eu já era nervosa e eles não entendiam, não alcançavam, porque quem ia ao psiquiatra era maluco. Com a minha irmã sofri muito, então, a minha vida é assim, antes e depois da moradia. Eu passei a viver depois da moradia. Aqui eu tenho paz, eu tenho a minha chave, tenho uma alimentação boa. A relação com a família era difícil, minha irmã sumiu com a minha chave, eu dormi na rua 09 noites’ (M. Cida).

‘Com 02 anos eu já fazia manha no chão, eu já era doente. Aí era assim, dá uma cocadinha pra ela de Cosme Damião, já era nervosa, e no quarto ano primário eu não me adaptava, chorava, meus pais iam me buscar e eu chorando, chorando. Eu sentia pânico, medo. Depois eu namorava, eu brincava, mas meus pais morreram cedo, eu tinha 13 anos. Morreu um e três meses depois morreu o outro. Eu morava com eles e depois fui morar com minha irmã aí começou o inferno. Na moradia eu me sinto eu mesma. Eu sou muito feliz aqui’ (M. Cida).

‘P: E sobre morar na Residência e a diferença em relação à enfermaria? Aqui é ótimo! Tem o café da manhã, leite desnatado, café, vem geleia diet das compras, tem tudo. A gente pode dormir, às vezes ela diz: cê tá com sono? Vai dormir. E tem tudo e tem liberdade, eu saio muito. Na enfermaria tem que acabar de comer e deitar ou ficar no pátio. Aqui, eu dou volta ao quarteirão, na praça, eu ando!’ (M. Cida).

‘Nós temos uma situação de moradia muito boa, nós temos ventilador, televisão, frigobar, e não é só isso. O carinho, a vida que a gente tem que é muito boa. Bom dia, bom dia todo mundo, seu remédio, isso aqui é muito bom. Eu só tenho dois sobrinhos: um rapaz e uma moça, mas eu não posso morar com eles, e eu gosto da moradia. Eu não tenho onde morar e aqui eu fico muito bem. As meninas são boas, aqui tem minha cama, uma ajuda a outra. Quando eu tenho dor de barriga vem logo uma pra dizer uma coisa e depois vem outra. As Cuidadoras são amigas, cuidam com carinho. Nós somos muito amigas. A (moradora X) é muito amiga minha, a (moradora Y), todas elas, são muito amigas. E a (assistente social) se preocupa muito com a gente, todas vocês, então eu me sinto bem’ (M. Cida).

‘Porque eu ficava na rua, morava na rua, pegava chuva, sereno. Eu gosto, e porque eu não tenho onde morar. Graças a Deus tudo que eu tenho eu consegui do IPUB, a vocês lá. A falecida (assistente social X), a Dra (assistente social Y) e laudo

médico. Pra mim mudou. Eu fiquei amadurecida, né? Mais séria, né? Caseira, que é coisa que eu não era' (M. Lucia).

'Eu vivia internada e dizia pro meu marido: porque não traz os 03 pra eu matar a saudade dos 03? (estava se referindo aos filhos). E quando ia, não era assim: ah! Hoje é Natal, Ano Novo, aniversário dela, vamos lá... Não ia. Às vezes eu ficava lá chorando sem poder vê eles. A mudança pra cá foi o apoio das minhas colegas, né? Porque eu estava muito frágil, porque o que aconteceu? Eu me peguei com as colegas da moradia, porque na época eu não encontrei apoio no pai dos meus filhos, ele não me apoiou em nada, e eu senti assim, eu só vou poder recuperar minhas energias depois que passar uns anos, porque dois, três anos, não ia ser suficiente pra eu poder descansar meu corpo' (M. Márcia).

'Não tenho outros parentes, eu vim de outro estado pra cá pequenininha. Essa moça que me trouxe, ela morava no bairro X, então o marido dela foi lá me buscar, lá no orfanato, lá, no outro estado. Então eles me trouxeram pra criar, pra me criar. Aí o tempo foi passando e eu não tava mais com idade de estudar, na época passavam as pessoas falando que queria estudar, que ia estudar, e eu falava que queria estudar, que era pra botar na escola, né? Aí teve o censo, aí eu falei: tô doida pra estudar' (M. Márcia).

'Porque lá no outro estado não tinha lugar pra eu morar, e aqui no Rio eu tava morando na rua. (Grande pausa na fala).

P: E pra você como é morar na Residência:

Eu gosto.' (Grande pausa na fala) (M. Teresa).

'P: Como é seu relacionamento com os outros moradores e profissionais:

Tudo aqui bate um no outro.' (Grande pausa na fala)' (M. Teresa).

'P: E seu relacionamento com os outros moradores:

Não tem jeito de ter relacionamento, eles não aceitam, eles briga mesmo. Briga e bate' (M. Teresa).

Nestes relatos chamamos atenção para a importância das falas de duas moradoras, como “eu ter a minha chave” ou “dar a volta ao quarteirão”, como expressões que têm significados relativos à autonomia, no sentido da autodeterminação ou da liberdade que pode ser experimentada a partir daquele espaço.

Desta maneira podemos perceber o quanto os SRTs são importantes e referenciais para as entrevistadas, oferecendo-lhes melhor qualidade de vida, tanto em relação aos aspectos materiais, quanto aos subjetivos, ressaltados os vínculos afetivos formados no local como reconfortantes à vida das mesmas, confirmando as afirmativas de Vasconcelos (1998) e Furtado (2006).

Com relação à diferença entre morar na Residência e na enfermaria, uma entrevistada respondeu:

‘Porque eles se sente mais confortável na casa’ (M. Teresa).

‘Eu acho o IPUB e a Residência igual’ (M. Teresa).

‘Na moradia compro presente do meu filho, tenho meu cigarro sem passar o dia pedindo pro pessoal pagar, tenho minha roupa, tenho meu sapato, tenho minha bijuteria’ (M. Teresa).

‘P: O que mais você pode dizer sobre morar nesta casa?
Só isso que eu sei’ (M. Teresa).

Outros relatos importantes estão nas falas sequenciais das moradoras, ao serem questionadas sobre quantos anos tinham na ocasião da sua primeira internação psiquiátrica, uma vez que esta questão fora colocada espontaneamente pelas mesmas:

‘09 anos, lá na Colônia, em Jacarepaguá’ (M. Lucia).

‘Antes eu morava em colégio interno’ (M. Lucia).

‘Fui criada com a madrinha. Depois ela mesma me tirou, o pediatra falou que não tinha o que fazer’ (M. Lucia).

‘Morar aqui é bom porque eu ficava na rua, morava na rua’ (M. Lucia).

Outra moradora relatou sua história desta maneira:

‘Eu fiquei lá na casa lá, antes da minha mãe morrer eu fiquei na casa lá e ficava internada lá e as meninas me perturbavam, puxavam o cabelo’ (Depois murmurou várias coisas que não foram audíveis). (M. Olga).

‘P: O que você achou de ter vindo pra cá?
Mais ou menos porque tinha aquelas meninas doentes e eu ficava na casa e minha mãe falava: ah! vou te internar! Daí foi me internar, aí eu saí de lá’ (M. Olga).

‘P: E depois que você está aqui morando, o que você acha de morar nesta casa?
Sabe que eu acho bem!’ (M. Olga)

‘P: Por quê?

É bom que lá fala muito, não deixava eu em paz, tava na minha casa toda assim, e me perturbava e não deixava em paz’.

(Neste momento ela alterou sua voz com timbre de irritação pelo assunto de sua estadia na enfermaria), e continuou: não me deixava pra cá, não me deixava pra lá. Aquela (paciente do IPUB) gordona, sabe? Que era me bater e perturbando lá... e ãããã ...’ (seguiu repetindo este fonema, muito irritada, e depois se calou) (M. Olga).

‘Depois a referida moradora seguiu falando várias coisas que não deu pra entender. Quando silenciou, perguntamos:

P: Como é a sua vida aqui na casa?
Aqui é muito bom. Muito bom aqui’ (M. Olga).

‘P: Entre morar lá na enfermaria e morar aqui, qual a diferença?
Morar aqui que tá dando muito bem. Vou, tomo banho, isso e aquilo outro, mas o pior que a (moradora) me perturba, tadinha, mas eu também não tô ligando. N’outro dia ela me bateu aqui e eu também deixei mão nela, sabe?’ (M. Olga).

Nestes relatos ainda é possível perceber a importância destes dispositivos para a vida destas pessoas. Os conflitos também apareçam nas relações estabelecidas nas Residências, conforme outro relato que se segue, e onde também fica clara a dificuldade de habitação na cidade, para estas pessoas, sem suporte de rede social. A entrevistada permaneceu internada por 01 ano na enfermaria do IPUB, antes de sua vinda para a Residência. Assim, esclareceu:

‘Os parentes, eu, não tinha parentes. Eu tinha que ir pra algum lugar e não tinha parente nenhum. Minha filha tava afastada de mim há muitos anos. É, eu via poucas vezes, e, é, eu não conseguia ligar pro celular. A assistente social (X) tentou tudo, depois não havia mais o que fazer, porque teve uma prima que ela foi visitar, e ela a recebeu na rua, uma situação constrangedora’ (M. Deise).

‘P: Pra você como foi sair da enfermaria e vir para a Residência?
Foi bom’ (M. Deise)
(Pausa na fala).

‘Tudo. Tomo meu banho melhor, guardo minhas coisas, saio, lá eu ficava presa, né? É diferente. Mas quanto ao tratamento lá não tenho nada a reclamar não. As psiquiatras muito ausentes, assim’ (M. Deise).
(Outra grande pausa na fala).

‘P: Como você avalia a moradia aqui?
É diferente, lá é uma internação, né? Não é um galpão, é uma enfermaria, é diferente, né?’ (M. Deise)
(Pausa na fala).

‘Não, eu gosto de morar aqui, quer dizer, sempre que tem pessoas é difícil. Com os pacientes tudo bem, mas o serviço de certos cuidadores que me dá muito trabalho. Eles me dão muito trabalho. Dão muito trabalho sabe? Eu não gosto de louça suja, engordurada. Botar a mão, suja minha mão. É isso porque do contrário não tem questão não’ (M. Deise).

‘P: Porque deixou de fazer suas atividades autônomas para ganhar dinheiro?
Porque eu não aguento mais’ (M. Deise)
(Pausa na fala).

‘A rua ficou muito difícil. Sempre foi, briga por ponto, e o ponto era na moral, né? Cê já viu, né? Tinha que ter muito moral pro meu gosto, eu já não aguentava mais. Tinha que ter muito moral, toda hora, todo dia’ (M. Deise).

As falas que se seguem indicam uma das respostas *no sense* citadas por M. Teresa, assim, ao ser perguntada sobre a existência de vínculo com familiares, a entrevistada disse:

‘Tenho família’ (M. Teresa)

‘P: Quem são seus familiares?

Sergio Cabral, D. Pedro I, D. Pedro II, meu pai Carlos de Orleans e Bragança, João Gomes de Albuquerque’ (M. Teresa).

‘P: E você tem outros parentes?

Tenho mas não sei o nome não’ (M. Teresa).

Passando aos profissionais entrevistados e à abordagem temática da desinstitucionalização, observamos que todos apontaram para os SRTs como saídas efetivas ou como fundamentais a este processo, chamando a atenção para a reinserção social como de fundamental importância, inclusive pela perspectiva da saída dos usuários dos Serviços numa etapa posterior à sua ida para o local.

A questão da autonomia dos usuários, levantada por nós, também se articulou ao referido processo e foi relativizada à interferência institucional na rotina daquelas Residências a partir da permanência e trânsito constante de profissionais no local. Os profissionais fazem referência ainda à questão da territorialização como passo componente para a desinstitucionalização, conforme os relatos abaixo.

Porém, antes de descrever os relatos feitos, apresentamos o perfil deste quadro profissional: nove mulheres e quatro homens; com idades que variam entre 25 e 65 anos com a maioria na faixa dos 40 a 50 anos; os níveis de escolaridade vão desde um profissional com o ensino fundamental, com um com ensino médio incompleto e dois com este completo, três com graduação, um com pós-graduação *lacto senso*, dois com mestrado, um com doutorado e um com pós-doutorado.

- Processo de desinstitucionalização

Equipe:

‘O SRT tem que existir! Ele é necessário, mas volto a afirmar, desde que os profissionais tenham a consciência e trabalhem com o paciente para ele partilhar a convivência com os demais e com a sociedade. Tem que compartilhar atividades diárias na casa e fora da casa. Eles não são bonecos e nem patrões, eles são moradores e moradores arrumam a cama, varrem o local, lavam seu copo. Quando eu cheguei lá parecia uma creche, com uma mesa enorme e as coisas todas vinham nas mãos dos pacientes. Hoje a mesa é posta por eles, que se servem sozinhos e depois guardam as coisas e limpam a mesa. Aí eu escuto assim: Ah! Mas se deixar eles comem tudo de uma vez. Eu falo: mas eles têm de aprender que não é assim, que não é pra comer tudo de uma vez. Isso agora mudou’ (E. Ruth).

‘Há pacientes muito graves na moradia. Pacientes que ficaram muito tempo institucionalizados, e eu diria, que para estes pacientes mais graves o maior prêmio foi a qualidade de vida, nem tanto a autonomia, porque os cuidadores dobram um bocado de trabalho pra poder dar conta desses pacientes mais graves, mas é inquestionável o ganho na qualidade de vida. Tem uma paciente que morava na Clínica que ela tem uma deformação nos braços de tanta injeção que ela tomava. Fazia abscessos em cima de abscessos na musculatura dos braços e nas nádegas porque ela agitava muito com aquele ambiente de manicômio, de asilo, vivia nua. E hoje ela tem uma qualidade de vida. Ela sai pra visitar lojas, passear, vai em atividades do hospital-dia. Vai visitar, nos finais de semana, o irmão, e ela só tem esse irmão como familiar. Vai ao cinema, então tem uma qualidade de vida. E tem outros pacientes que saem pra passear, saem pra dar uma volta, vão ao IPUB, vão às consultas’ (E. Rui)

‘Eu acho que um dos grandes benefícios da Residência Terapêutica, primeiro é a qualidade de vida, porque são pacientes demasiadamente comprometidos pra ter a obtenção de autonomia. Possivelmente pra outros sem dúvida contribui para a autonomia, porque a instituição sempre é muito burocratizada, tem as amarras institucionais, regras pra isso, regra pr’aquilo, e a pessoa num ambiente residencial não fica amarrada àquelas institucionais: hora certa pra tudo, se for fazer uma coisa diferente não pode’ (E. Rui).

‘Eu acho que funciona, acho que em teoria funciona mais do que na prática. Nesse sentido assim, acho que a possibilidade de, que é o que é mais, porque pra mim, é o que faz diferença, é a possibilidade das pessoas saírem da instituição e interagirem com o mundo, poder estar na rua’ (E. Paola).

‘Embora, apesar de ter o funcionamento de uma casa, tem um esquema de hospital, né? Tem cuidador o tempo inteiro. Eles não executam muitas tarefas dentro de casa, tipo lavar roupa, fazer a comida, enfim, eles não têm essa responsabilidade de ter uma casa, que é difícil porque são pacientes muito graves, mas ao mesmo tempo o que torna ali um hospital, um home care. Pra mim é um questionamento que eu tenho, principalmente para os pacientes muito graves, com o (morador X e o morador Y). Um faleceu e outro foi morar com familiares era diferente, porque eram pacientes com mais autonomia, mas as duas mais graves são muito dependentes dos cuidadores. Mas eu acho que as Residências Terapêuticas são um dos dispositivos que mais funcionam no que diz respeito à desinstitucionalização das pessoas, principalmente num lugar onde tem pacientes com longa permanência’ (E. Paola).

‘Contribui, mas isso depende muito da instituição a qual ele está ligado, da política da instituição, aí eu volto à fala anterior, isso acontece quando há uma política da porta de saída. Contribuir pra que a pessoa se torne cidadão ou cidadã, porque não

adianta só colocar pessoas lá, mas as que não têm condição de sair devem ser mantidas lá. Eu acho um baita de um instrumento' (E. Marco).

'Claro que é ótimo. E, por exemplo, elas estão aqui, mas a gente sabe que a meta é, um dia, quem sabe, elas possam morar sozinhas. Quem tiver mais autonomia, quem sabe um dia casar, constituir família, isso pode acontecer, então, nesse sentido é muito válido' (E. Moema).

'Essa proposta ou esse projeto é fantástico, porque você vê na realização dele, de fato, por exemplo, a Moradia que eu acompanho de longe [...] agora estão lá e vão ter que se mudar de novo, e elas conquistando território, ali naquela região, conhecendo pessoas, conhecendo o chaveiro, o pipoqueiro, sabe? Eu acho isso muito interessante' (E. Denis).

'Eu acho que funciona ainda muito como abrigo pra paciente que não tem pra onde ir. Acho que ainda não funciona tanto como um lugar transitório pra que o paciente seja levado de volta pra família. No caso do (morador) não, porque ele não tem família, mas no caso dos que tem família, pelo menos é a percepção que a gente tem daqui, que tem pacientes com família, mas que podem ficar lá durante anos até morrer, mas eu acho importante que a casa seja um espaço de transição' (E. Daniel).

Os membros da equipe veem benefícios na experiência dos SRTs, embora alertem para as dificuldades de desinstitucionalização para aqueles que têm uma longa história de internação.

- Quanto à capacitação:

Como desdobramentos dos relatos observamos questões levantadas em torno da importância para as aptidões inerentes e necessárias a determinadas pessoas/profissionais, para desenvolverem este tipo de trabalho, ou seja, com a Saúde Mental, com a loucura e nos SRTs, incluindo reflexões acerca das relações que se estabelecem naqueles Serviços e os limites entre o terreno profissional e o pessoal, além da premência de formação específica para atuar na área:

'Outra questão, que também não é só do IPUB, é uma situação geral das Residências. Eu acho esse tipo de trabalho um trabalho muito desgastante. Eu acho que ele tem um tempo, eu já venho trabalhando nas Residências não só do IPUB, mas acompanhando outras e eu percebo que as equipes têm um tempo de funcionamento nestes serviços. A não ser pessoas com perfil muito particular, onde a profissão e a casa fazem parte da vida, e aí as pessoas inserem isso no seu próprio contexto de vida, mas isso você não pode demandar de ninguém, isso a pessoa tem por si ou não tem. Então você vai ter pessoas muito particulares nesse Serviço, mesmo assim eu acho complexo, porque também eu acho que as pessoas acabam um pouco adoecendo nessa história, ou você vai ter que pensar como é que faz pra

essas casas se manterem vivas. Talvez uma saída seja realmente estagiários, que passam tempos e que rodam, sei lá! Eu acho que a gente ainda não encontrou um formato ideal, adequado, se é que existe' (E. Ana).

'A questão dos cuidadores, eu acho superdelicada também, os cuidadores ficarem quase moradores lá e cada casa se organiza de um jeito. Eu acho que os cuidadores acabam ficando muito tempo direto lá. Isso acaba gerando também, enfim, o cara é meio morador, meio cuidador. E eu acho que isso também é uma questão delicada' (E. Ana).

'De repente poderia ter, vamos dizer assim, um curso [...] mas quando eu trabalhei na clínica eu aprendi o sentido da saída das pessoas do hospício, e era por causa das pessoas. Teve resistência, medo do desemprego. Eu também quando entrei lá, não sabia de muita coisa e quando eu cheguei aqui eu bati um pouco de frente com isso, nesse sentido, porque muitos tinham essa visão do cuidador como empregado doméstico. Entendeu? Não tem essa conscientização que a gente não é um empregado doméstico' (E. Moema).

'Então, nessa coisa de fazer curso, eu acho assim, se não houver uma formação aqui na cabeça, por mais que vá fazer curso, vai aprender, mas também se não aceitar aquilo, vai, não vai adiantar muita coisa. Então, tem gente que não consegue assimilar, aprender. Trabalha porque tem que trabalhar, mas não se importa com nada disso' (E. Moema).

'Quem vem trabalhar com Psiquiatria tem que estar preparado e tem que vestir a camisa porque vai encontrar toda sorte de pessoas e coisas pra resolver ou ajudar a resolver' (E. Ruth).

'A gente vem porque tem amor aquilo ali, essa é a primeira coisa. A segunda é o quê? Que você tem que sustentar alguém, que você precisa ganhar o seu dinheiro, então junta os dois, né? A profissão que você escolheu e o retorno financeiro, tudo bem' (E. Talita).

'E chega um ponto que a gente acaba não tendo estímulo, porque precisa saber trabalhar com Psiquiatria, e não é só trabalhar pelo dinheiro. Infelizmente, em hospital psiquiátrico, chega um ponto que você acaba ficando assim. Vira uma máquina, e ainda tem gente que fala: ah! tá estressado, tá assim, tá assado, mas quem tem conhecimento do que é uma enfermaria, sabe que é literalmente uma loucura' (E. Moema).

Em se tratando especificamente dos cuidadores, reunimos falas para mostrar inquietações importantes que se desdobraram a partir do tema desinstitucionalização, uma vez que este segmento profissional trabalha cotidiana e diretamente com os usuários, tendo papel fundamental quanto aos propósitos dos SRTs e conseqüentemente para a desinstitucionalização.

Nestas falas estão temas como tomar conhecimento do sofrimento psíquico ou identificá-lo a partir daquele trabalho e a lida com os preconceitos sociais

cotidianamente, inclusive os seus próprios, acerca da convivência com o louco e com a loucura.

Cuidadores

‘Algumas pessoas, e agora, por exemplo, minha tia teve um problema, ficou meio que depressiva, eu tive que levar ela lá no psiquiatra, e essas coisas [...] A gente aprende a ajudar a nossa família, e fui eu que no caso percebi que ela estava com uma depressão, porque assim, tudo que se falava ela chorava toda hora tava chorando. Ela teve uma perda, de um namoro e isso proporcionou isso, mas eu acho que se eu não trabalhasse aqui talvez eu não tivesse identificado tão rápido o que ela estava sentindo, entendeu? Podia achar que era só uma tristeza. E hoje não, hoje a gente. [...] Se eu não trabalhasse aqui nem ia achar que tinha uma depressão. Achava que depressão era só pra rico, e pobre tem depressão. Eu sempre achei assim: depressão, uma palavra de quem tem dinheiro, mas não é assim, uns têm e outros não têm’ (E. Cássia).

‘Há! Tem muito preconceito, e eu posso dizer pra você que falo de preconceito com propriedade, cada um tem sua vida e eu já sofri preconceito, eu vivo isso na pele. Então, algumas vezes eu saí com o (morador X) de ônibus e a gente sentou em cadeiras sem ser juntas, então a pessoa levantou, meio assim que assustada com ele, com aquele jeito dele, então eu fui lá e conversei: ele é só um paciente, mas ele não agride. Tentei conversar, a moça aceitou o argumento, mas não sentou do lado dele, então você vê que existe preconceito demais. E com o (morador Y) também, a gente sentou num lugar diferente aí o rapaz percebeu que ele tava falando demais e perguntou: cê quer sentar do lado dele? Eu disse, pode ser obrigada, mas não precisa se preocupar porque ele não vai machucar você, ele não agride, ele é um paciente psiquiátrico, mas é tranquilo. Aí o rapaz falou: não, não, tudo bem! Mas é, existe o preconceito’ (E. Cássia).

‘No início eu fiquei muito assim, sei lá, com medo. Eu dava a medicação de noite, dava a janta e daqui a pouco eu me trancava toda, sei lá!! Qualquer barulhinho meu coração já ia pela boca, mas depois foi passando os dias, eu fui conhecendo, se adaptando, se achegando mais, que tem que se achegar a eles pra poder conhecer eles, e não se afastar. Fazer eles se achegar até você também pra poder ter mais convivência, te conhecer melhor, pra eles poder ter mais liberdade também. Então, eu hoje em dia, eu tiro de letra’ (E. Talita).

‘Meus amigos ficam assim achando que é aqueles loucos que quando tu for vê, já te matou (risos), e eu: calma, não é bem assim, é só ir lá. Lá eles fazem eu rir mais do que em casa, eles fazem eu mais feliz do que em casa, entendeu? Não, cuidado, dizem os amigos. E eu falo que cuidado a gente tem que ter até com uma pessoa que não é doente mental, que faz maldade também e que não tem doença. [...] Tem gente que é bom da cabeça e faz maldade. O paciente às vezes é mais carinhoso com você que aquela pessoa que não tem problema nenhum’ (E. Talita).

‘Eu acho que muda, assim: as pessoas. É difícil, mas as pessoas procuram saber. Quando eu falo que trabalho com paciente psiquiátrico, toma meio que um susto. Depois eu vou falando e depois acaba se deslumbrando, porque quando a gente faz o que a gente gosta é muito bom, né? [...] Eu falo com deslumbramento porque

hoje eu posso dizer que exerço uma profissão e que eu sei fazer e eu exerço ela na prática. Eu me sinto encantada' (E. Cássia).

'Porque hoje as pessoas me perguntam por elas (as moradoras). Eu tenho amigas que às vezes me perguntam: como é que tá a (moradora X)? Porque eu falo dela, falo dos pacientes, então elas me perguntam deles. Acho que o jeito que elas me veem falar no telefone com eles vai fascinando as pessoas, então acho que muda neste sentido' (E. Cássia).

'E é assim que eu falo em geral com meus familiares, com meus amigos: são pessoas pra mim normais, eu não tenho, eu não deixo eles terem assim: ah, mas eles são malucos, tem insanidade mental, são loucos. Não, quem nunca foi louco uma vez? Quem nunca possa ser louco? Eu falo, e diga-se por aquele cantor Raul Seixas, todo mundo achava ele muito louco, e a loucura dele de repente estaria muito mais certa do que o raciocínio. Então eu falo assim, a loucura ela não bate na porta, ela não escolhe, ela vai em qualquer lugar, em qualquer propriedade, então a gente não pode fazer uma discriminação. Pra mim é gente normal, trato normal, me ajuda, eu ajudo e assim a gente pode ir fazendo eles enxergarem que a vida, a gente pode caminhar um dia sozinho, trabalhar novamente, estudar, fazer um curso de arte, alguma coisa, se tornar úteis de novo, entendeu? É assim que eu passo pra sociedade lá fora, pras pessoas que eu conheço, ou pessoas às vezes que eu não conheço e que aborda o assunto e que me dá oportunidade de eu falar. Tem gente que acha que eles são, vamos supor, umas coisas indomáveis ou uns animais, e eu falo: não são, gente, são pessoas normais, e que precisam às vezes de uma palavra amiga, um carinho e uma atenção. Que às vezes, no lugar onde eles estavam não tinham oportunidade de se sentir, e aqui eles tem, de se sentir úteis, amigos, de serem amados, respeitados, como pessoas, e como nós gostamos de nos sentir' (E. Mirela).

'Assim, por eu morar em (cidade do interior do estado do Rio) e lá já ter clínica (X), e por eu já trabalhar com isso há tempos, as pessoas já sabem. E lá, de um modo geral, as pessoas já estão acostumadas a ter pessoas doentes mentais circulando diariamente dentro da cidade, indo a mercado, banco, é sentadinho na praça, já teve casamentos. Se andar por lá cê vai encontrar direto' (E. Moema).

'Mas quando começou foi complicado, porque as pessoas, a gente logo ouvia quando saía na rua: pois é, agora querem fechar o hospital e botar esses malucos pra fora, pra cidade. Era assim que eles falavam: esses malucos tudo aqui, e os nossos filhos? E nossos isso? E nossos aquilo? Então, criava toda aquela situação. Hoje mudou e eu acho interessante que se alguém vê um deles fazendo alguma coisa, assim alguma coisa que já tá, vamos dizer, saindo do normal da população, eles vão lá na Residência dizer: ó, o fulano tá ali em tal lugar' (E. Moema).

'Mesmo assim tem gente que fala pra mim: só você mesmo, ficar numa casa? Com 6 pessoas? Dormir no mesmo quarto? Já pensou? Você é maluca também! Aí eu falo: é, quem sabe?' (E. Moema)

Desta maneira, é possível perceber como o preconceito em relação ao louco e à loucura são presentes na vida cotidiana, na nossa cultura, observando-se também a possibilidade de mudança em relação à convivência social, a partir de experiências bem sucedidas - passado o período inicial de resistência por parte da

sociedade – e, chamando a atenção, portanto, para a importância das ações governamentais, através de Políticas Públicas, com vistas a inserir outro ideal na sociedade acerca da convivência social como direito de todo cidadão.

Outros discursos que chamaram atenção e foram agrupados dizem respeito a chamar a Residência de sua casa também, e dar exemplos como se os moradores fossem crianças ou mesmo comparando-os aos filhos, afirmando ainda que os mesmos devem ser ensinados, com paciência, com tempo, mas também com a compreensão de que a loucura “não escolhe propriedade” (E. Talita). Neste sentido entra em voga a questão da contratualidade dos trabalhadores, questão inclusive levantada por Silva (2001), e os laços afetivos necessários ou simplesmente construídos nas relações entre os profissionais e os usuários, e mais especificamente com os cuidadores, e suas rotineiras, longas e íntimas permanências nas casas.

‘É igual: eu tenho um filho de 10 anos, e eu tenho que ficar falando: teu quarto tá assim, toda hora. É ruim? É ruim, mas você tem que falar até ser assimilado, então, no caso aqui, se algum dia uma delas voltar pra casa ou se for pro seio da família, já vai estar acostumada a colaborar’ (E. Moema).

‘Eu falo: é como lidar com meu filho. A cada ano ou a cada dia que passa você vai tentando impor assim pra que eles possam entender as coisas boas da vida. Entendeu? É como você pegar uma criança de 1 ano e começar a fazer ele andar novamente, sozinho, sem depender de alguém’ (E. Talita).

‘Pra mim é normal, é como se fosse minha casa. Eu falo pra minha família e pros meus amigos lá fora que eu tenho 2 casas, 2 famílias. Às vezes eu tô na minha residência, em casa com a minha família e sinto falta daqui e às vezes eu tô aqui e também sinto um pouquinho, sei lá, então eu me divido e eu gosto. Gosto do que faço, gosto delas, e tenho meu jeito, às vezes eu não concordo com elas e falo pra fazer entender o que tá certo e o que está errado, mas depois a gente se beija, se abraça e fica tudo certo. É como se fosse meu filho e eu falo: não tô brigando não, eu tô te explicando. Porque eu quero o melhor sempre pra elas. Eu falo, eu vejo elas assim, é uma tia pra mim, é uma mãe, é uma irmã, então eu respeito muito todas elas, da mesma forma que elas me respeitam, e assim a gente se dá muito bem. Então eu falo pra todo mundo: eu tenho 02 lares, eu sou privilegiada. E assim eu vou vivendo’ (E. Mirela).

‘É assim que eu faço, são pessoas pra mim normais, e eu aprendo muito às vezes com eles. Eu só não me vejo porque elas às vezes me perguntam muitas coisas, no papel só de respondê-las, eu também ouço muito o que elas têm a me dizer. Às vezes me torno um pouco médica, às vezes amiga. Choro, me comovo, às vezes com elas, às vezes sozinha. Entendeu?’ (E. Mirela).

‘E você também se apeg a alguns, se apeg a, porque tem momento de carência deles e a gente acaba se apegando, entendeu? Eu não critico porque poderia ser minha mãe, meu parente e eles não pediram pra ter isso’ (E. Talita).

‘A (moradora) mesmo vira e mexe ela pergunta pela mãe dela, eu boto ela no meu colo, começo a fazer cafuné nela e falo: sua mãe virou um anjinho e tá te protegendo, e assim, um diálogo saudável pra ver se entra na mente dela, entendeu? Até ela se acalmar’ (E. Talita).

‘Eu acho fundamental acompanhar no dia a dia que a gente acompanha eles, dá carinho quando tiver que dar carinho, dá esporro quando tiver que dar esporro, e esse é o cuidador’ (E. Talita).

‘Eu acho que já estava virando paciente (risos), porque queria ficar morando aqui também. Mas de um tempo pra cá eu tenho podido ficar mais em casa, aqui se organizou de maneira diferente também’ (E. Cássia).

Neste ponto pensamos ser pertinente uma reflexão sobre a importância de todos os agentes / profissionais da área da Saúde Mental, por serem trabalhadores com potencial de influenciar nas ideias já formadas sobre o louco e a loucura, no sentido de desmistificar algumas delas, inclusive as básicas aos preconceitos. Correlacionado a isto, vemos a importância da formação específica para atuação na área, e a difusão dos princípios que orientam a Luta Antimanicomial e a Reforma psiquiátrica Brasileira.

- Quanto à autonomia:

Passando ao tema que se relaciona especificamente à autonomia dos usuários, a partir do Art. 4º da Portaria 106/2000, e ainda, seguindo a ordem estabelecida para a apresentação das falas, as moradoras entrevistadas revelaram que: quanto à ingestão de medicamentos, todas têm apoio ou controle em relação a isto, efetivado pelos cuidadores, sem nenhum relato que merecesse destaque.

Moradoras

Com relação às saídas desacompanhadas, as entrevistadas responderam:

‘Sim, vou passear, vou à praça, vou ao médico’ (M. Lucia).

‘Eu não!’ (risos dela) (M. Olga).

‘Só aqui em volta, longe eu não sei ir não. Vou ao mercado, vou no correio, vou no médico acompanhada, e vou comprar o presente do meu filho’ (M. Teresa).

‘Vou, vou no IPUB, vou nas oficinas do IPUB, aí também nas consultas, ginecologista. Vou na igreja. Tudo. Eu tô fazendo pouquíssima coisa de uns dois anos pra cá’ (M. Márcia).

‘Vou no bar comprar cigarro, vou na padaria comprar mortadela. No Natal vou almoçar com a minha prima. Fui de taxi porque nem de ônibus eu não saio mais. Pra ir mais longe fazer compras vou com a (cuidadora X). Sozinha, vou na lanchonete, que é aqui pertinho. Vou no salão, corto o cabelo. Pinto o cabelo em casa’ (M. Lucia).

Assim, atividades simples e diárias como ir ao mercado, pegar um taxi, ou mesmo o fato de sair só às ruas ganham importância especial para as usuárias, pois são reveladoras da possibilidade de gerirem suas vontades o que remete à situação de autonomia das mesmas.

Com relação às tarefas domésticas tivemos os seguintes relatos:

‘Faço, lavo panelas, eu passei pano aqui, passei pano com desinfetante nas coisas do gatinho.

P: Você acha importante os moradores fazerem as tarefas:

Acho, acho que devem fazer’ (M. Cida).

‘Quando eu tenho roupa assim, suja, elas lavam pra mim, na máquina, lava pra mim, lava tudo pra mim na máquina.

P: E você faz outras tarefas, varrer, limpar algo?

Não, não, não faço não, nada’ (M. Olga).

‘Limpo o fumadouro, o cinzeiro, a mesa, o chão.

P: O que você acha de fazer essas tarefas?

Ajudo as meninas. Eu gosto de fazer isso’ (M. Teresa).

‘Faço. Às vezes faço minha comida, quase sempre faço minha comidinha, lavo a panela (M. Deise)

Mas pra alguns é muito difícil. Pra maioria deles, fazer tudo sozinho é difícil. Ainda mais se não estiver bem. Fica muito aluado, perde tudo, até o presente momento. Não é mesmo?’ (M. Deise).

Assim, é observável que nem todas as moradoras fazem as referidas tarefas, assim como existem questões em torno das possibilidades individuais para o cumprimento das mesmas, pelo menos com regularidade ou sem supervisão. O mesmo acontece em relação às saídas desacompanhadas, que nos casos expostos são ainda bem limitadas ou dependentes da presença do profissional.

Quanto à guarda, gerência e manipulação dos próprios rendimentos mensais também fica clara a dependência institucional, relativizando a autonomia. As falas mostram até o desconhecimento sobre a proveniência dos proventos:

‘P: O seu rendimento mensal é de que?
Do governo’ (M. Teresa).

‘P: Você sabe qual é o Benefício?
De Volta pra Casa. O outro eu não sei não’ (M. Teresa).

‘P: É o BPC?
Não’ (M. Teresa)

‘P: É o LOAS?
É LOAS’ (M. Teresa).

‘P: É você quem cuida do seu dinheiro?
Eu cuido da metade e eles cuidam da outra metade’ (M. Teresa).

‘P: Quem cuida?
A assistente social (X)’ (M. Teresa).

‘Não, a assistente social toma conta, graças a Deus! A assistente social toma conta. As duas assistentes sociais. Mas uma me ajuda com o cartão, meu cartão fica junto com ela. Eu perdi meu cartão uma vez, uma vez meu cartão sumiu, foi uma confusão, os dois cartões ficam com a assistente social. Ela ajuda a organizar’ (M. Cida).

‘Sou eu quem cuido do meu dinheiro’ (M. Márcia).

As respostas a seguir foram dadas por uma moradora que, ao ser questionada sobre sua idade, não soube responder. Ficou em silêncio, depois se levantou e foi perguntar para as pessoas que estavam na sala no momento. Voltou repetindo a idade que lhe disseram. Em seguida pedimos que respondesse sem perguntar nada às outras pessoas:

‘P: Você recebe um dinheiro mensal. Sabe de onde ele vem?
Ah filhinha, não sei não, péra aí filhinha, não sei não’ (M. Olga).

‘P: Você vai ao banco? Tem cartão do banco?
Vou, vou no banco com cartão’ (M. Olga).

‘P: Você fica com seu cartão guardado com você?’
‘Não, ele fica com... (murmurou palavras...), e continuou: fica com ela, com a assistente social (X) e com a cuidadora (Y)’ (M. Olga).

‘Elas cuidam do seu dinheiro?’

‘É, porque eu não sei cuidar do dinheiro mesmo’ (M. Olga).

Como vimos, há convivência na casa de usuárias que vivenciam situação de autonomia diferenciada, com aquelas que possuem maior independência e outras que precisam ser tuteladas.

Prosseguindo com o tema da autonomia, esta questão foi abordada assim pelos profissionais:

Profissionais

‘Ela é importante, mas ela não está dada em si. Não é só porque foi pra casa que ele vai ficar autônomo, depende muito do trabalho que é feito com a equipe, principalmente com os cuidadores, porque é difícil. A questão da autonomia é difícil porque os pacientes não estão pedindo isso pra gente, pelo contrário. Então se você não treina bem os cuidadores, embora eles estejam na casa, a autonomia continua zero. Os cuidadores continuam fazendo tudo: cozinhando, lavando, limpando a roupa, etc., arrumando o quarto e eles não vão ter autonomia nenhuma. A autonomia depende do trabalho clínico que é realizado na Residência, da supervisão com os cuidadores, da supervisão com os pacientes. É um trabalho cotidiano pra garantir essa autonomia. É mais fácil do que na enfermaria. Primeiro porque ele tem liberdade de ir e vir, segundo porque tem menos gente, então dá pra trabalhar mais individualizadamente. Mas o SRT em si não garante a autonomia’ (E. Ana).

‘Elas mesmas cuidam das coisas delas: arrumam o armário. Vai lá tira a roupa da corda. É posto na máquina. Uma delas vai lá e põe na corda, depois recolhem e vão guardando. Quando eu cheguei aqui tinha uma, que, devido ao costume de alguém ir lá e sempre arrumar o armário dela, quando eu cheguei aqui ela falou: você tem que arrumar o armário. Por quê? Ela esperava que eu fosse chegar lá e fazer. E eu não fiz. Contrariei, disse, o armário é seu e você pode arrumar seu armário. Você sabe arrumar seu armário. Ela não vai arrumar igual eu arrumo porque o meu armário eu vou arrumar do meu jeito, então ela iria arrumar do jeito dela. Então, o que acontecia? Ela não arrumava porque tinha alguém que arrumava, então eu era a ruinzinha, porque eu não arrumava o armário (risos) e a outra talvez, era boa porque arrumava. Aí eu comecei a falar: você tem que arrumar, cê tem 2 mãos, tem 2 pernas. E sabe arrumar, tá? Dobra assim, assim, assim, tá. Aí começou a fazer. Ah! Tem que botar o shampoo na cabeça! Porque que tem que botar o shampoo na cabeça? Não. Ó, é um pouquinho de shampoo. Só um pouco, é só pra fazer uma espuminha, esfregar, lavar a cabeça, tira, bota o condicionador e pronto. Não precisa a gente ir lá e botar o shampoo na cabeça. Hoje em dia não precisa. Ela vai lá e faz sozinha. Então, são detalhes, mas que faz diferença. Você imagina, são 6 moradoras, se todas elas quiserem esse tipo de coisa? O que que a gente vai fazer? Não, elas podem ir fazendo. Porque eu penso assim: se elas estão aqui e a meta é que elas tenham autonomia, a gente não pode ficar fazendo isso. A não ser que tivesse uma deficiência na mão, que impossibilitasse, mas nessa moradia aqui não é o caso’ (E. Moema).

‘Às vezes, para alguns cuidadores é mais prático fazer, é mais rápido, então se a pessoa não tiver paciência...’ (E. Moema).

‘Algumas moradoras tem uma dificuldade maior de autonomia, pelo tempo, muito longo de internações, então elas ficaram muito cronificadas, muito comprometidas na sua autonomia, então, pra elas é mais difícil, mas qualquer um ali da 101, se você perguntar, vamos à pracinha? Todo mundo sabe onde é a pracinha, todo mundo sabe o que tem na pracinha, todo mundo sabe o que quer fazer na pracinha’ (E. Denis).

‘Acho que o SRT tem esse papel fundamental desde que as pessoas que estejam trabalhando nos SRTs tenham a percepção do que seja o processo de desinstitucionalização [...] e portanto para a autonomia dos usuários, [...] porque há uma reprodução hospitalar dentro do SRT. É muito visível os níveis de reprodução, ainda mais pra gente que trabalha dentro da instituição e também nos SRTs, isso fica muito claro. Tem a coisa dos horários de comer, de tomar banho, o cuidador serve o prato do morador, bota o café, bota o açúcar, passa manteiga no pão. Isso aí é bem institucional. Então o próximo foco de trabalho será esse [...] ainda é muito difícil pra eles digerirem isso, porque é muita coisa pra mudar [...] mas com essa equipe que a gente está trabalhando e com essa vontade, inclusive porque uma das coisas que a gente observava é que as discussões técnicas ficavam distantes da prática diária, dos cuidadores e portanto dos moradores e das discussões sobre autonomies’ (E. Simone).

‘Então os cuidadores tem que ser orientados pra não serem empregados domésticos, o morador tem que fazer as coisas, tanto pra ficar morando lá quanto para um eventual retorno para a casa da família ou qualquer outro lugar. Aquele é o espaço que a gente tem pra trabalhar as habilidades das pessoas. Mas a gente tem que apostar que as pessoas podem melhorar e trabalhar pra isso. Mas dá trabalho, tem que fazer junto até eles poderem fazer sozinhos. Isso é trabalhar a autonomia’ (E. Ruth).

‘Eu incentivo. Se eu estou assim na cozinha fazendo almoço e aí ela me pede, eu posso te ajudar a descascar esse legume? Ah! Sim se vocês querem ajudar, com certeza. Ah! Vou lavar a louça, se vocês querem secar tudo bem, ou ela lava e eu seco, ótimo! Ó, tem o jardim, posso lavar? Pode! Não dou aquela limitação que ela possa se sentir inútil de não fazer, coisas produtivas, ela tem toda a liberdade de fazer. Fazer sim, coisas boas que possam fazer bem, entendeu? Eu não quero ver elas só deitadas, tomando medicação. Ela tem como estar na casa delas. Deixo elas ver que aqui elas podem cuidar das roupinhas delas. Pegar o cestinho de roupa e dizer: Oh! Não sei mexer na máquina. Vamos lá. Vamos estender? Vamos. Ah! Eu quero varrer a sala, você tá ocupada. Quer varrer? Pode varrer. Eu não me incomodo, porque aqui é a casa dela, ela tem que se sentir útil pra ela mesma. Não ela se sentir naquela mesmice. Mas eu não posso fazer nada. Eu deixo bem claro não é por obrigação, mas se quiser fazer, se tiver vontade de fazer, com certeza, eles fazem. E é sinal que ela tá o quê? Com ânimo de fazer alguma coisa, né? Então vamos deixar ela fazer. Deixo e não sou contra não. Deixo ela fazer direitinho. Fez, faz bem, faz com capricho’ (E. Mirela).

Assim, é possível perceber que o trabalho da equipe é fundamental para a (re) construção ou reforço de autonomia dos usuários. Apoiados nos princípios que baseiam o processo de desinstitucionalização, os profissionais capacitados

têm condições de contribuir para tanto, evitando a tendência ao paternalismo, mas respeitando as limitações individuais.

A importância de um maior quantitativo de cuidadores se articula diretamente à qualidade do serviço prestado, para com a autonomia dos usuários, no nível individual, haja vista a demanda de tempo e disponibilidade necessários para que se eleve esta qualidade.

Com relação à ampliação do número de Residências, as falas das moradoras sobre esta perspectiva ou possibilidade, ou seja, esta ampliação do ponto de vista de quem já se beneficia destes dispositivos, também estão seguidas das falas dos profissionais do IPUB.

Na sequência colocamos as falas que discorrem sobre as dificuldades enfrentadas e os avanços alcançados pelos SRTs, com desdobramentos específicos àquela instituição, mas que também é perceptível em outros SRTs no município do Rio.

● Quanto à ampliação do número de SRTs

Moradoras

‘Eu acho bom se conseguir’ (M. Deise).

‘Uma boa ideia’ (M. Teresa).

‘Tem que ter, porque enfermaria não é lugar para se morar’ (M. Lucia).

‘Eu acho maravilhoso, claro. Nós temos uma situação de moradia muito boa, nós temos ventilador, televisão, frigobar, e não é só isso. O carinho, a vida que a gente tem, que é muito boa. Bom dia, bom dia todo mundo. Seu remédio, isso aqui é muito bom’ (M. Cida).

‘Sim, com certeza, assim como lá nas outras casas é muito legal porque tem uns que convivem com a família e tem outros que não tem nada a ver com a família. Mas acho que é um reconhecimento do que a pessoa precisa, que é tá dentro de um lar, ela tá dentro de um lar, ela não tá numa psiquiatria, e ali a mãe pode chegar, o pai pode chegar, levar uma coisa, conversar. Assim, é ótimo, com certeza porque a gente vê aquelas pessoas lá dentro das enfermarias, agitado porque a mãe não veio, o pai não veio, fulano não veio, aí fica sozinho, fica uns bons tempos sozinho lá dentro, sem ninguém visitar, sem ninguém acolher, e eu acho uma boa abrir outras moradias’ (M. Cida).

Desta maneira, notamos que as cinco respostas acima são favoráveis à ampliação, e reconhecem, segundo suas experiências, os benefícios que observam através de suas próprias moradias nos SRTs.

Equipe

‘Seria muito importante porque há uma defasagem muito grande entre a demanda e a oferta. A gente tem uma demanda reprimida muito grande. No IPUB tem 16 moradores aguardando vaga pra SRT. Mas deveria se ter dispositivos de passagem, aí o Serviço Social ainda teria um papel mais implicado, tentar inserir a pessoa na comunidade e desconstruir essa dependência institucional porque há uma propensão na criação desse vínculo institucional, aí sim, eu acho que é contraditório porque a gente fala em autonomia, mas gera dependência’ (E. Simone).

‘P: Você acha que deveria haver SRTs com diferentes níveis de complexidade? Sim, principalmente pra aqueles que têm mais autonomia poderem dar um rumo na vida deles, porque tem uns que tem condições, e a gente pode dar um suporte, mas não ficar alimentando esse tipo de relação de dependência’ (E. Simone).

‘Sim, sim, sim, mas que não seja o último lugar de moradia, quer dizer, pra alguns sim, mas pra outros uma possibilidade de retorno ao lar. Depende das condições do indivíduo, depende das condições da família. Eu, como também trabalho em num outro dispositivo de Atenção Psicossocial vejo que é bem possível que se mantenha um paciente em casa e se dê apoio ao mesmo e a família sem interná-lo. Lá (local onde trabalha) a gente tem 05 leitos noturnos, e vamos ver se abrimos mais alguns. Porque o sujeito que não está bem pode dormir lá, tem uns que passam dois dias, mas a gente leva em casa. Não fica lá isolado, é só pra ter onde dormir quando não está dando pra ficar em casa. Isso se chama acolhimento noturno, e o paciente não fica preso lá, não é internação. Ele sai com o técnico e quando tem melhora volta pra casa. Se precisar, volta pra lá pra dormir. É um trabalho que tem dado muito certo, ainda mais que ele fica no território, onde ele já conhece, onde ele mora, e fica perto da família’ (E. Ruth).

‘Eu acharia muito bom. É um trabalho que elas podem se ressocializar de novo, ao convívio em si. Do dia a dia do fazer, do que ficar aquilo ali trancafiado só naquela mesmice. Abre de novo a porta pro horizonte pra que elas possam sentir que existem também, que estão ali, que podem se reintegrar de novo, entendeu? Pra sociedade, pro trabalho, e esse trabalho com as residências terapêuticas, abrindo novas eu acho ótimo porque vai dar oportunidade pra outros também. Até que não tenha familiares, ou que tenha e não possa, que queira se reintegrar [...] Na Residência ele tem oportunidade de voltar a se sentir sociável. É muito bom, muito bom mesmo! É muito mais pra tirar e pra eles se sentirem de novo ser humano, vivos, então é muito bom’ (E. Mirela).

‘Acho que seria uma oportunidade maravilhosa que ia ajudar muitas pessoas como estas que estão aqui. Se eles estivessem dentro do hospício não estariam tão bons quanto estão aqui. Você conheceu a (ex-moradora do IPUB e moradora da casa) no IPUB? Você vê ela aqui, então você vê a diferença. Porque não estão no hospício, porque o hospício é pra quando está doente e não pra ficar lá internado a vida inteira’ (E. Cássia).

‘Não há dúvida que seria um grande benefício, você sabe, a internação é uma coisa contingencial, momentânea, e a gente não pode negar que existem pacientes realmente muito graves e com redes sociais muito comprometidas também, neste sentido as Residências Terapêuticas são sensacionais’ (E. Rui).

‘Fundamental para a saída das pessoas residentes em enfermarias, mas deveria haver variações nos tipos de dispositivos, inclusive com estabelecimentos tipo hotel, além do trabalho mais expansivo junto às famílias, gerando apoio efetivo, tanto no nível psicossocial, quanto institucional e material, que envolve o Estado e as políticas de Assistência, ainda insuficientes’ (E. Célia).

‘Outra coisa que deveria haver seria um dispositivo para a saída imediata de indivíduos que se internam e que não têm rede social. Isso já evitaria a moradia no hospício. Agora, a demanda é imensa! Já pensou na quantidade de Residências que seriam necessárias para tirar todos os moradores das instituições psiquiátricas? E profissionais para trabalharem nas Residências? É uma demanda muito específica a que é gerada por este tipo de serviço’ (E. Célia).

A ampliação do número de dispositivos é vista como positiva à saída dos indivíduos com longos períodos de internação e à ressocialização dos mesmos. Os SRTs também são considerados alternativas reais para os que não têm suporte social para habitarem as cidades, mas há que se pensar também na diversificação destes Serviços, que podem ser oferecidos no território em que os indivíduos já habitam evitando o afastamento de seu convívio ou suporte social.

Neste caso esta atenção se daria, cada vez mais, através da atenção da rede extra-hospitalar, como por exemplo, em CAPS III, com leitos noturnos, ou mesmo pelos agentes do Programa de Saúde da Família. Estas sugestões de diversificação de atendimento extra-hospitalar e sua importância para evitar as internações são apontadas por Delgado (2006), Pitta (2011) e Furtado (2006) como alternativas desejáveis à desinstitucionalização.

- Quanto às dificuldades:

Com relação às dificuldades enfrentadas pelos SRTs ouvimos variantes que vão desde a falta de pessoal, e mais especificamente de cuidadores, até a morosidade e os entraves burocráticos na tramitação de documentos por órgãos públicos.

Os cuidadores são essenciais para que determinadas atividades sejam efetivadas de maneira mais individualizada ou com melhor qualidade, conforme determinações da Portaria 106/2000, reafirmadas inclusive pela Portaria 3.090/11.

Porém, uma dificuldade apontada por diversos profissionais, está em torno do fato das casas onde se localizam os SRTs serem alugadas, o que gera insegurança a todos os atores institucionais.

Passando às falas com relação à falta de pessoal e mais especificamente de cuidadores tivemos:

Moradoras: ‘Dificuldade das Cuidadoras levarem aos médicos. Aí fica é amanhã, é hoje. Eu vou sozinha. Vou ao médico, tomo meus remédios sozinho, faço tudo, ando muito, entendeu?’ (M. Cida)

Somente uma moradora respondeu a pergunta sobre dificuldades de maneira diferente, ou seja, de maneira contrária e com outra pergunta: ‘O quê, por exemplo? Não, tá tudo bom’ (M. Lucia).

Equipe

‘Outra coisa é que você cria o serviço, mas não coloca pessoas novas lá. Não foi feito nenhum concurso, não foram colocados profissionais novos, então você pega profissionais que já têm na instituição e eles vão se desdobrando pra mais isso, mais aquilo, mais aquilo outro. Esse é um nó, e não é só das Residências. Quando eu vou em reuniões no MEC (Ministério da Educação e Cultura), que eles têm mil projetos de criar isso, de criar aquilo, os diretores sempre levantam a mão e dizem: e pessoal? Vai ter concurso? Vai ter contratação? E aí, isso nunca, ou é muito mais dificilmente contemplado. Isso é um problema, porque você faz com aluno, com profissionais se desdobrando fazendo o que fazem e mais as residências’ (E. Ana).

‘Eu acho que o ideal seria ter equipes próprias pros SRTs, porque a pessoa que trabalha no CAPS ainda tem que dar conta dos SRTs? Isso é muito complicado, embora as equipes normalmente sejam separadas, a do CAPS e a dos SRTs, mas é geralmente com pessoal dos CAPs’ (E. Ana).

‘Tem pouca gente. Acho que toda Residência tinha que ter acompanhante terapêutico fazendo acompanhamento dos pacientes. Isso faz muita diferença, porque eu acho que é isso que possibilita perceber a diferença da pessoa estar num lugar como uma casa, porque ela pode começar a usar o espaço da rua, da vizinhança. Eu acho que uma grande dificuldade é que os cuidadores ficam sobrecarregados sempre, e aí, acaba que fica mais fácil fazer que acompanhar a tarefa com eles, porque é muita gente, muito trabalho. Acho que as dificuldades são essas’ (E. Paola).

‘Nessa moradia eu acho que a dificuldade é assim, vamos supor, eu fico 3 horas na rua com uma ou duas delas e fico numa preocupação das outras ficarem sós. Aí eu faço tudo o mais rápido e já quero voltar, ainda mais se eu souber que tem alguma que não está muito bem. Então a questão é de ter só uma e ter que sair e deixar as outras sozinhas’ (E. Mirela).

‘A dificuldade é, por exemplo, acompanhar o morador, no dia a dia. Que a gente tá aqui direto, 24 horas, mas fica muito complicado a questão do organizar a casa. A

gente poderia até tá dando um apoio melhor, no que tange aos cuidados com o morador da casa, e a gente fica preso a quê? A ter que limpar a casa, e a gente sabe que a moradia é pra que eles mesmos aprendam a fazer isso tudo, aprendam não. Voltem a fazer, porque muitos já fizeram, mas a gente acaba ficando presa. Poderiam estar sendo exploradas outras coisas, mas a gente sabe que até os próprios moradores não compreendem, alguns, então a dificuldade que eu sinto hoje é nesse sentido' (E. Moema).

Relacionada à necessidade de aumento do número de profissionais, mas especificamente em relação aos cuidadores, está a premência da formação deste pessoal para atuação na área, pela importância da disseminação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. A questão da capacitação profissional é colocada por Bronzo e Veiga (2007) após terem verificado a falta de preparo numa equipe de cuidadores, exatamente no que diz respeito aos princípios citados e, portanto, dos objetivos daqueles dispositivos. Dentre os profissionais o tema da capacitação profissional foi citado desta maneira:

'Depois a falta de pessoal capacitado pra exercer a função, não os técnicos, mas os cuidadores. Porque não adianta pegar uma pessoa e colocar pra ser cuidador, tem que ter capacitação, tem que ter uma escala decente de trabalho, dentre outras coisas' (E. Marco).

'Precisa treinar melhor essas pessoas, é preciso entender melhor essas funções' (E. Ana).

'Uma das dificuldades que eu percebo são os cuidadores com pouco treinamento pra lidar com paciente psiquiátrico. Mesmo o (morador X), que é tranquilo, quando ele chegou na casa, as pessoas não sabiam lidar com ele porque não sabem o que é a doença, não conhecem a doença. Então teve que ter muita intervenção técnica, pois foi um momento difícil pra ele, de mudança. Mas falta manejo dos cuidadores pra lidar com os pacientes. Segundo informações que eu tenho, são pessoas que não estudaram pra isso ou que não tem um nível de instrução adequado pra estar lá. Esse é o maior problema que eu vejo' (E. Daniel).

'Eu não acompanho o dia a dia delas (referindo-se às usuárias assistidas por ele), mas sei o que está se passando por lá. As saídas pra academia, alongamento, ótimo! Mas eu acho que faltou acompanhante terapêutico pras 02, foi até observado por uma cuidadora que falou pra mim, a (moradora W) precisa de alguém muito próximo a ela, precisa de um acompanhante terapêutico' (E. Paola).

Sobre as dificuldades geradas pela burocracia enfrentada pelos agentes profissionais e que são presentes na tramitação interna à instituição e na sua relação com as instâncias superiores, foi relatado:

‘A dificuldade nos mecanismos de desembolso e não só de desembolso, mas também de manutenção de pessoal pra manter o próprio SRT. Porque aqui é órgão público. Você tem que obedecer a uma série de regras pra fazer qualquer tipo de aquisição, e isso já é um fator que dificulta, ou seja, a burocracia’ (E. Marco).

‘Existem algumas experiências, isso no âmbito do município, em que contratou-se pessoas jurídicas sem fins lucrativos: as Organizações não Governamentais (ONGs) e as Organizações Sociais (OSs). Isso pra simplificar a tramitação burocrática. O município tem se utilizado muito disso para a área da Saúde, não sei se é o caso dos SRTs do município’ (E. Marco).

‘Há mecanismos de aceleração deste processo, mas a universidade não faz uso. Há a opção do cartão corporativo, que é uma forma ultra transparente, inclusive porque é online, ou seja, se a pessoa estiver fazendo coisa errada é muito fácil de ver, ou seja, isso facilitaria por demais, mas a universidade não adota essa ferramenta. É uma política da universidade. A meu ver, todo o processo, desde que o dinheiro sai do Ministério da Saúde e chega no hospital, por exemplo, esse processo todo tem que ser remodelado, se tornar mais ágil. A fiscalização sobre os gastos deste dinheiro também tem que se tornar mais ágil’ (E. Marco).

‘Cada serviço é diferente um do outro, mas há questões que são gerais, por exemplo: o aluguel da casa, porque é muito difícil concretizar um aluguel institucional. As pessoas não querem, além disso, os tempos da instituição são tempos muito diferentes do mercado, então quando você consegue até achar uma casa boa, não consegue agilizar a documentação a tempo. Isso eu acho que é uma questão séria e difícil’ (E. Ana).

‘No sentido de manutenção da casa, de mobiliário, isso tem, mas são dificuldades da burocracia estatal, não é por causa do IPUB em si. Em termos administrativos eu não tenho encontrado qualquer dificuldade, tudo o que eu solicito é atendido, dentro da lógica institucional, ou seja, demora, mas é pela burocracia. Por exemplo: pifou a geladeira, nós esperamos um mês e meio para ter uma nova, mas não foi por má vontade da administração. Outro exemplo, a máquina de lavar pifou, no mesmo dia eu chamei um técnico, ele fez o orçamento, eu aprovei e no mesmo dia já foi consertada. Então existem coisas que são ágeis e existem coisas que são demoradas’ (E. Simone).

Para a questão que envolve o fato dos imóveis serem alugados, os profissionais colocaram as dificuldades acarretadas por isso, mas também houve alternativa apontada para a acomodação dos usuários com outro tipo de estrutura, conforme relatos a seguir:

‘Eu acho uma grande questão as moradias serem de aluguel, acho isso meio absurdo. Nós já passamos por vários problemas, e estamos atravessando outro agora, novamente, problema em relação a isso, porque não é fácil, uma pelo valor enorme dos valores de locação. Não é todo mundo que aluga imóvel para instituição e mesmo aqueles que alugam retrocedem quando sabem que é para doentes mentais, ou a vizinhança se revolta e não aceita. Isso é um problema muito sério! Eu acho que deveria ter uma política como existem em vários países: na Itália, França, na Inglaterra, que as moradias são próprias’ (E. Rui).

‘P: Você acha que os imóveis deveriam ser de propriedade do Estado?

Eu acredito que sim, porque ficar ao sabor de aluguel é muito complicado, não se consegue fazer isso de maneira ágil e gera muita ansiedade pra todos, principalmente para os moradores. Outra coisa, as residências deveriam ser dentro da área, dentro do território referencial dos serviços de saúde. Atualmente nós estamos aqui em Botafogo e as moradias são na Muda ou na Tijuca. O deslocamento é difícil, tanto pra eles virem aqui quanto pra nós darmos suporte pra lá. Vai contra a ideia de estar na área do Centro de Saúde. Mas acabou que nós tivemos que ir pra lá por questões de locação e ainda assim talvez tenhamos que ir pra mais longe ainda, porque está difícil alugar, mesmo na área da Tijuca que está muito caro. Isso é um problema seriíssimo. Quando a moradia era aqui em Botafogo era uma tranquilidade, era fácil ir lá, passar por lá. Inclusive se houvesse uma situação mais emergente de paciente, ao invés dele vir aqui, nós íamos até lá como médico, ou fazer algum tipo de encaminhamento, levar uma receita e eventualmente tomar um café juntos. Isso era uma prática comum antigamente, muitas vezes eu ia pra lá a gente conversava, fazia uma reunião de grupo, tomava um café juntos e depois eu ia embora atender no consultório. Hoje não dá, eu não tenho condições de ir até um bairro distante pra fazer isso. Mas se a moradia está referenciada na região do serviço de saúde aí tudo fica mais fácil’ (E. Rui).

‘As exigências burocráticas da instituição e a demora de tramitação inviabiliza o aluguel de determinados imóveis pela velocidade do mercado, porque enquanto uma pessoa leva um ou dois dias pra arranjar a documentação, o IPUB demora um mês. São muitas exigências que atravancam, além do que tem a dificuldade de ser aluguel para serviço público’ (E. Célia).

‘Há também a falta de receptividade ou aceitação por parte dos proprietários para alugarem imóveis para serem ocupados por pessoas com transtornos mentais’ (E. Célia).

‘O que a gente faz em um dia, reunir documentação e tal, a universidade leva um mês, porque a papelada tem que tramitar na reitoria. São coisas que podem levar até um mês, e isso prejudica a agilização de algumas coisas, por exemplo, a mudança delas’ (E. Simone).

‘Hoje, a maior dificuldade são os aluguéis, as casas são alugadas. Os pacientes não têm casas fixas e quando chega a hora em que o senhorio pede a casa fica um desespero. E o medo do despejo? Tem também a dificuldade de alugar casa pra poder público porque as pessoas acham que não vão pagar, outra coisa é o poder aquisitivo, quer dizer, que dificulta achar rapidamente outro imóvel que acomode as pessoas. Mas o que mais atrapalha é não ter casa própria para ser Residência’ (E. Ruth).

‘Nós temos muitos terrenos públicos no Rio de Janeiro que poderiam ser utilizados para construção de Residências, outras casas poderiam ser compradas nas comunidades, mas tem que ser público porque esse negócio de ser particular é muito complicado, não dá segurança e os pacientes sentem, como por exemplo, o que está acontecendo numa das residências, que elas vão ter que se mudar e a dificuldade pra achar casa? Isso gera insegurança!’ (E. Ruth).

‘Penso também em algo tipo hotel onde os apartamentos, individuais e/ou coletivos, com 2 ou 3 camas, atenderia à necessidade e/ou o gosto do Morador. Funcionaria com apoio profissional de 24 horas, acompanhando aos indivíduos conforme suas autonomias e, portanto, suas necessidades. Depois, tem outra saída: tem pessoas que têm casa, têm uma propriedade, mas não tem condições de morar

sozinho e aí? A equipe teria que dar todo um apoio para mantê-lo no espaço com assistência. Só as casas não dão conta da demanda. Um hotel acomodaria mais pessoas e ali teriam uma equipe para cuidar de todos. E como nem todo mundo gosta de dividir espaços, alguns podem ter um espaço para viverem sós. Dessa forma haveria opções para diferentes indivíduos’ (E. Célia).

As respostas apontam o olhar crítico dos profissionais, mas também o engajamento dos mesmos ao proporem novas possibilidades de resolução das dificuldades apontadas.

Outras questões, que apareceram espontaneamente como sendo impeditivas para o melhor funcionamento dos SRTs do IPUB, estão ligadas às relações internas à instituição: uma diz respeito ao não conhecimento ou reconhecimento por parte do corpo de funcionários do IPUB e “mesmo de outras unidades e setores da UFRJ” (E. Ana), sobre a existência dos SRTs do IPUB como unidades pertencentes àquela instituição. Depois, esta questão aparece associada às dificuldades para a tramitação de documentação, já citada e que se articula com problemas de manutenção e abastecimento: de alimentação e materiais de limpeza para os referidos serviços.

O tipo de vínculo empregatício de alguns profissionais, inclusive dos cuidadores, também foi citado como dificuldade pela fragilidade da situação trabalhista oferecida. Outro ponto abordado por três profissionais apontam os conflitos de ideias dentre os membros da equipe de profissionais, tanto entre os técnicos, e dentre estes e os gestores, quanto os que envolvem cuidadores, como sendo obstaculizantes ao bom funcionamento dos referidos dispositivos.

Sendo assim, com relação ao reconhecimento ou vínculo dos SRTs com a instituição, IPUB/UFRJ, os agentes relataram desta forma:

‘As Residências não são absorvidas pelo IPUB’ (E. Denis).

‘Os Serviços de Residência ainda trazem um complicador. Não sei se a instituição IPUB ainda não absorveu as Residências. Parece que isso tem relação com o fato das Residências serem fora do espaço físico do IPUB. É como se não fossem do IPUB. Tem outra coisa, já teve falas de servidores do IPUB dizendo: ah! Não tem uma vaguinha lá pra mim não? Quando ouvem falar de como são as casas e a localização delas. Tem uma certa inveja da condição, porque às vezes o servidor mora muito longe do seu trabalho, então tem isso, que causa obstáculo também’ (E. Denis).

‘Questões da sustentabilidade também desse projeto, porque como ele não é um projeto muito enraizado, ele ainda não é visto realmente como uma questão [...] Se

no IPUB é difícil enxergar essas casas como parte do IPUB, imagina na UFRJ? Se nem sabem que essas casas existem. Então, fica muito ao sabor dos ventos. Muda a direção, muda a reitoria, muda isso muda aquilo e pode chegar alguém e dizer que não vai mais haver moradias. Não há nada que garanta. Não há nenhuma garantia a não ser a vontade das pessoas que estão nas casas pra manter o projeto, de achar que o projeto é bacana e vale a pena' (E. Ana)

'A outra dificuldade é de manutenção, é tudo muito demorado. Eu acho que é pelo fato de não fazer parte do espaço físico da instituição. Eu escuto dos administradores coisas que parece que a Residência não é do IPUB. Quando eu pergunto por determinadas demoras e questiono porque as coisas pr'ali são feitas com muito mais rapidez, me respondem: ah! Mas é pr'aqui, né? Pro IPUB mesmo. E eu digo: e lá? Não é do IPUB?' (E. Célia).

Este último tema abordado pelos agentes deve merecer atenção especial, pois as consequências das observações feitas podem atingir o âmago da experiência dos SRTs. No entanto, vale prosseguir com os indicativos dos problemas de abastecimento, que foram citados assim:

Moradora

'Por exemplo, aqui ser como é lá (referia-se ao IPUB), quando fosse pedir um material de limpeza, devia mandar um sabonete, absorvente. A parte da comida podia melhorar as frutas, trazer um abacate, uma uva, um pêssego. Só vem laranja, banana e maçã, laranja, banana e maçã, quando veio um abacaxi veio. Nem no Ano Novo não veio, e no Natal foi muito fraca a ceia. Foi o pior ano novo em termos de comida. Mas já foi melhor. Agora dizem que é a gente que tem que comprar, aí foi cortando tudo' (M. Cida)

Equipe

'Ah! Tem também dificuldades com materiais de limpeza. A gente tem que mandar a listagem uma semana antes, mas às vezes as outras Residências não mandaram a listagem e a gente fica aguardando a predisposição deles mandarem. Aí passa assim um mês, e aí a gente precisa estar retirando de outras coisas pra poder suprir este atraso. Então não tem assim uma responsabilidade de saber de, vamos supor, de 15 em 15 dias tem aquele material pra mandar. E a comida, que já esteve melhor. Hoje tem fruta, legume e verdura, mas não é como antes. Hoje em dia está mais caído. Por exemplo: fruta, só vem laranja, banana e maçã. Poderia vir um pêssego, uma uva. Então já teve mais fartura e qualidade também. A gente tinha a opção de fazer uma salada verde, mas se tinha um palmito, tinha uma azeitona, hoje em dia não se tem mais. Eu faço cardápio, por exemplo, lasanha, mas aí vem o macarrão e não vem nada pro recheio, ou carne, ou queijo e presunto. Aí a gente tem que pegar o dinheiro da caixinha pra comprar o que falta. Poderia melhorar, ser como era antigamente, porque a qualidade era muito boa' (E. Mirela).

‘O que às vezes falta é material de higiene, que demora muito a vir, mas quando vem, vem direitinho, mas demora. E agora as compras também, de comida, que tá vindo muito pouco. A assistente social já falou com a nutricionista, mas às vezes falta alguma coisa. Esses dias, faltou sal. Entendeu?’ (E. Talita).

Quanto ao vínculo empregatício, o tema foi colocado desta maneira:

‘A questão do vínculo dos cuidadores com a universidade, isso é fundamental, aliás, todos os extra-quadros, porque não se pode permitir que os extra-quadros se mantenham nesta situação, onde trabalha com prejuízo aos direitos trabalhistas. Isso é muito grave’ (E. Marco).

‘Eu acho que tá muito bom agora, mas acho que os cuidadores precisam de mais atenção. Ter uma firma, assinar carteira, essas coisas, porque motiva mais o trabalho do cuidador em si, porque a gente se preocupa muito com o paciente, que é morador. Aliás, é muito ruim falar paciente, porque é morador, mas a gente se preocupa com eles. Claro que todos se preocupam, mas às vezes se desmotiva um pouco nesse sentido porque pode quebrar. E assim se arrasta. Mas acredito que boas coisas virão este ano’ (E. Cássia).

‘Então eu acho que ter segurança no trabalho dá estímulo. Além do amor, do carinho. Disso tudo, mas tem aquele estímulo na parte do reconhecimento da lei, das garantias, isso tudo. Ele trabalha melhor, não porque só tenha esse interesse, mas ele se dá realmente. E quando não tem isso, vai chegando a um ponto que fica igual ao que fica no hospital: faz porque tem que fazer, e o trabalho fica desestimulado, então é uma coisa que tem que ser vista, e bem vista, para que não aconteça o que já aconteceu’ (E. Moema).

O tema sobre os conflitos de ideias em relação aos SRTs em meio à equipe como um todo, levantou questões em torno de contramãos nas ideias quanto à finalidade precípua das Residências serem de passagem ou serem moradia definitiva para os que para lá vão. Segundo relato dos profissionais e a partir da nossa observação, trata-se de ideia que se traduz em alguns discursos e nas atividades cotidianas, propostas, e inseridas ou não. Os desdobramentos desta questão acontecem também em relação às funções dos cuidadores e atividades que devem ser feitas pelos mesmos, bem como pelos moradores, assim como as que não devem ser realizadas e suas justificativas. Fica evidente também que por parte de alguns moradores também há conflitos sobre qual seja a função do cuidador.

Do nosso ponto de vista, embora haja alguns atritos em relação aos encaminhamentos que vão sendo dados às questões pertinentes aos SRTs, a equipe como um todo tem buscado discutir as situações com objetivo comum de

avançar na melhor qualidade dos serviços nas Residências. Seguem os relatos acerca deste assunto:

● Quanto aos avanços:

Equipe

‘Há uma incompatibilidade de ideias porque eu não vejo a moradia como último local de estadia do paciente. Acho que lá pode ser um local de passagem, de organização, e tem que ter uma proposta de trabalhar com as famílias para ele retornar. Havia discordância porque outros profissionais pensavam naquela casa como definitiva, deixando de fora seus familiares. Eu acho que a família pode ser reconstruída, porque você já pega ela construída, mas a gente pode ajudar as pessoas a entenderem esta doença tão difícil onde a cabeça é desorganizada, com pensamentos confusos, que não consegue resolver nada. Daí eu acho que a minha possibilidade é fazer com que estas pessoas possam ter um mínimo de organização e poder dar pra eles um lugar de vida. Se a moradia é um lugar de vida a gente tem que habitar cada vez mais este contexto deles’ (E. Ruth).

‘Sem dúvida esse trabalho está articulado a uma equipe. Existe uma reunião semanal, a gente discute as nossas ações, a gente propõe ações e a partir das decisões da equipe a gente vai realizando as atividades. Então eu não vejo dificuldades, o que existe são posições contrárias, divergentes, mas isso a gente vai mediando nas reuniões de equipe, e isso é normal, a gente está lidando com seres humanos. As pessoas não pensam igual, as pessoas não têm personalidade igual, cada um tem o seu ritmo, o seu tempo. Então, as divergências, a gente procura sempre remeter pras reuniões de equipe pra que isso seja resolvido ou bem encaminhado e se reflita dentro do trabalho nas moradias’ (E. Simone).

‘Quando eu cheguei aqui eu bati de frente com cuidadoras e moradoras, porque achavam que os cuidadores eram empregados domésticos e que tinham que fazer coisas que eu não concordo. Essa moradora mesmo, que te falei, no início não aceitava fazer as coisas e dizia que eu estava aqui pra isso, e hoje em dia ela já consegue ver que não é assim. É por exemplo, a questão do lavar copo. Assim que eu entrei elas tinham o costume de beber, ou usar qualquer coisa, um copo, uma colher e simplesmente deixar em cima da mesa. Quando não, sentava na mesa e ficava: traz isso, traz aquilo outro? Aí num dia eu sentei lá com elas e disse; e isso você pode perguntar pra elas que eu sempre falo isso: a casa não é minha, a casa é de vocês. Vocês é que tem que ir lá e pegar o copo. Se sente vontade de beber água, tem que levantar e ir lá pegar água. Não tem ninguém aqui que não possa fazer isso. Então, assim, hoje em dia, elas levantam, vão lá, abrem a geladeira, lavam o copo, e são coisas que não aconteciam’ (E. Moema).

‘Então, foi uma luta, tirar isso da cabeça delas, de que elas tinham uma empregada, e a gente vai trabalhando’ (E. Moema).

Os avanços são notados tanto no que diz respeito à organização das moradias, como também no alcance dos objetivos dos SRTs junto aos usuários. Assim ouvimos:

‘Melhorou bastante com a entrada de mais gente e também da coordenação porque estava muito desorganizado, e agora tá mais organizado. Os cuidadores não tinham muita comunicação agora a gente tem, a gente faz reunião e tem o livro de ocorrência onde a gente anota coisas pros outros cuidadores saberem, se alguém passou mal, essas coisas assim. A gente passa o plantão, a gente conversa e passa a coisa um pro outro. Antigamente eu chegava, a pessoa já ia embora. Agora tem comunicação. A gente confere o dinheiro da caixinha junto com a pessoa, o dinheiro dos pacientes’ (E. Talita).

‘A organização da casa melhorou bastante, não que não fosse, mas melhorou bastante. Estão mais antenados com as coisas dos pacientes, a coisa de cada um ter suas funções, entendeu? Melhorou pro cuidador também, porque hoje você tem o plantonista, você tem o diarista aqui no 101. Mas ele serve no 201 também, a gente se ajuda, então, além de ter organizado tem mais gente na casa, foi contratado mais gente, então melhorou’ (E. Cássia).

‘As duas pacientes que eu acompanho há 01 ano, e que são pacientes graves, elas estão estáveis. Do ponto de vista social, foi um ano muito duro pra (moradora X), mas ao mesmo tempo ela conseguiu muitas coisas. Esta fazendo academia, porque tem uma cuidadora que leva os moradores pra fazer exercício, então foi ótimo. A (moradora Y) passou por um momento muito ruim também de troca de medicação e agora ela tá ótima. De avanço, elas são pessoas muito estáveis já, dentro da doença delas, dentro da Residência, elas moram lá desde o início’ (E. Paola).

‘Eu tenho informações que o pessoal da Residência Multiprofissional e a assistente social que coordena os SRTs trazem pra mim. Eu não vou lá, mas estou sabendo das mudanças em relação ao pacientes terem começado a fazer atividades físicas e a saírem mais nas ruas. Eu acho isso uma coisa legal que estão fazendo, melhorou’ (E. Daniel).

‘A atenção ao cuidador. Houve uma melhora significativa, pode melhorar ainda mais, mas a melhora já foi muita. Está tendo também uma maior atenção ao serviço por parte da equipe, houve uma reformulação na própria linha de pensamento, enfim, o acompanhamento está mais próximo, e até mesmo ao ex-paciente, que faz uso do serviço, tem mais atenção. Então, de modo geral melhorou muito o serviço, e tem-se buscado uma atenção maior, no sentido de não reinternar, de se buscar uma porta de saída pra eles, pros que têm, lógico, condição, porque há um tempo atrás não havia essa política de porta de saída, então a pessoa já ia pr’ali sem a perspectiva de saída. Eu acho que o projeto tem outro propósito, que é de possibilitar a saída, caso haja condições e isso é para alguns indivíduos, não são todos’ (E. Marco).

‘Primeiro eu acho que é a continuidade. É um projeto que vem desde 1998, ou seja, é um projeto que se mantém há mais de 10 anos, então isso é muito importante, houve uma continuidade. Depois nós partimos de 1 para 3, um salto significativo. Tivemos pacientes que apresentaram melhoras extraordinárias, nas casas de modo geral. Agora eu acho que a gente tá numa transição nos nossos SRTs, até em relação ao modelo que elas vão ocupar, porque tem a questão da casa ser um

dispositivo transitório, onde você vai apontar o tempo todo pra uma situação depois da casa, pra uma reaproximação com a família, ou se lá for a casa mesmo, onde eles vão morar o resto da vida deles, eu acho que isso tá em questão hoje pra nós’ (E. Ana).

‘É um dispositivo de excelência para oportunizar o retorno à sociedade, o retorno ao vínculo familiar, porque tirar o indivíduo do hospício é tirar a família do hospício também, porque eles podem passar a conviver num outro espaço o que pode favorecer um outro momento familiar, que gere aproximação, e pra isso as moradias são fantásticas’ (E. Ruth).

‘Eu observo que os cuidadores estão mais mobilizados, mais cuidados no sentido de compreender melhor o seu papel de cuidador, porque eles eram somente empregados domésticos, e eles têm essa identidade, essa percepção, e isso tá internalizado, então é um trabalho que a gente tá fazendo, no que eu já observo avanços’ (E. Simone).

‘A psiquiatria como um todo e todos os profissionais estão atentos para os avanços. O SRT é uma conquista. Os SRTs são de uma importância fundamental. A primeira moradia é diferente das outras, porque tem avanços em processos que as outras ainda estão passando. Os próprios Moradores, melhoras nos seus comportamentos e atitudes, com o corpo, com a casa, com a cidade, totalmente diferente da época que eles saíram do hospital. Eram pessoas muito mais dependentes, hoje elas assumem mais o projeto das próprias vidas, a gente ajuda, mas quase todos sabem o que querem, onde vão, são muito mais autores do que eram quando saíram da enfermaria. A (moradora X) resolveu voltar a estudar e foi em busca do local, se matriculou e começou a fazer o curso, sozinha’ (E. Célia).

‘Outra diferença, outro avanço, é na dinâmica que foi se estabelecendo entre os moradores, acho que teve avanços individuais e grupais. Teve também o amadurecimento da equipe, é uma frente de trabalho onde os profissionais também estão trocando e aprendendo em conjunto como lidar com as situações’ (E. Célia).

‘Eu vejo mais facilmente a questão dos ganhos e dos avanços nos moradores. Em termos institucionais eu voltaria àquela questão anterior que talvez a Residência precisasse de um pouco mais de autonomia, e nesse sentido eu penso que seria um avanço’ (E. Denis).

Somente um profissional disse não ter percebido avanços, e ao justificar reconheceu o dispositivo como um “recurso espetacular”, embora faça críticas à política municipal.

‘Por mais que a gente já tenha avançado no Brasil, ainda se é atrasado em relação a outros países. A revolução psiquiátrica na Inglaterra foi em 1959, então já estão discutindo outras coisas, mas é um processo, os SRTs são instrumento, um recurso espetacular’ (E. Rui).

‘P: E sobre os avanços no processo de desinstitucionalização:
Neste sentido eu não vi avanços. O avanço seria uma programação mais séria por parte do município, por parte dos gestores de estabelecer um número de moradias

de acordo com o número de pacientes e obedecendo critérios de desinstitucionalização e etc. E eu não vejo isso, então não vejo avanço' (E. Rui).

Desta maneira, é possível perceber a importância dos SRTs como dispositivos efetivos de desinstitucionalização e de ressocialização, mesmo sendo espaço contraditório, no sentido de ter objetivo de constituir-se em Residência e ao mesmo tempo ser permeado cotidianamente por profissionais. Por outro lado, percebemos que o corpo profissional é necessário e fundamental para o funcionamento das moradias e o cumprimento dos objetivos dos SRTs.

É imprescindível que o corpo de profissionais tenha pessoas com capacitação específica à área. Ressalta-se este aspecto mais especificamente em se tratando dos cuidadores que permanecem mais tempo com os usuários.

Os relatos das usuárias guardam unanimidade com relação à importância destes dispositivos, tanto para o processo de desinstitucionalização, pois estes são alternativas reais à permanência nas enfermarias, quanto para a autonomia das mesmas, sendo indicada à ampliação do número dos mesmos com vistas a oportunizar estas Residências aos que ainda permanecem nos hospitais psiquiátricos por falta de condições de habitar as cidades sem suporte social.

A atuação do Serviço Social mereceu atenção especial conforme já dito e, portanto, será assunto do subitem que se segue.

3.3

Atuação do Serviço Social nos SRTs do IPUB sob o ponto de vista dos atores institucionais

Nosso objetivo neste momento é dar visibilidade à atuação do assistente social nos SRTs e na Saúde Mental, haja vista que a bibliografia percorrida para a elaboração tanto do projeto de pesquisa quanto da efetivação da mesma mostrou-se escassa ou quase inexistente para esta temática.

Buscamos nas produções dos autores da área como Bisneto (2009), Vasconcelos (2008) e Teixeira (1997), onde se evidenciou a carência de discussão

da temática em torno da inserção do Serviço Social na Saúde Mental, inclusive apontada pelos mesmos, tanto nos cursos de graduação quanto nas produções de pesquisas, mas também como tema nos Fóruns e/ou apresentações de trabalhos em Encontros da categoria, como por exemplo, no rol dos trabalhos de apresentação oral no XIII CBAS/2010.

Para orientar nossa pesquisa, elaboramos diferentes roteiros das entrevistas para os três segmentos de atores institucionais acerca da atuação do Serviço Social, ou seja, para os moradores, para os assistentes sociais e para os outros profissionais.

Inserimos perguntas em torno da visão sobre o trabalho do Serviço Social, em termos práticos e ideológicos sobre as atividades relativas às funções profissionais, sobre alguma dificuldade enfrentada com assistentes sociais e o nível de satisfação em relação aos serviços prestados.

Começaremos pelos relatos das moradoras para dar sequência ao modelo adotado e prosseguiremos com os profissionais. Os relatos dos profissionais não estão separados por profissão para que a identificação dos mesmos não seja privilegiada.

Moradoras

Do Serviço Social em si não tenho nada a dizer não. (Pausa na fala). Não, na questão social não, acho que não. Eu acho que é por aí mesmo. (Pausa na fala). Tem conversa com os pacientes' (M. Deise).

'Sem Serviço Social nada resolvido. São vocês que resolvem nossos problemas. O Serviço Social é uma coisa muito útil, agradável e muito útil. Sem o Serviço Social não tinha lógica, não tinha amparo e nem moradia não ia ter, né? Porque foi o Serviço Social que começou com as moradias. A Residência é tudo de bom, uma boa opção e o Serviço Social é correto. É uma profissão bonita, acolhedora' (M. Lucia).

'Eu acho que tá sendo uma equipe muito boa, até hoje eu não tenho do que reclamar, as meninas todas têm as coisinhas delas guardadas na associação. Elas são caprichosas, aquele período de guardar o dinheiro pras meninas, vê direitinho, e aí quando elas precisam tem, então não trás tudo de uma vez' (M. Cida).

Profissionais

'O trabalho na Residência se faz a partir do entendimento de como aquele morador se sente naquele local e trabalhar com eles as dificuldades. Também é preciso

trabalhar junto aos cuidadores porque eles se sentem muito sozinhos, muito solitários naquele trabalho e isso cria uma dificuldade até mesmo para realizar algumas tarefas. Então o trabalho do Serviço Social também está vinculado a dar um suporte aos cuidadores no trabalho junto aos pacientes. Além disso, ver e rever os direitos dos pacientes. Quando eu entrei lá, eu vi que tinham vários com os Benefícios bloqueados, então nós organizamos tudo. Outra coisa importante é fazer busca de familiares com vistas a reinserções, se possível, na família' (E. Ruth).

'O SRT tem como objetivo acolher o morador que não tem vínculos familiares, ou se tem, são vínculos precários, esgarçados. O trabalho do Serviço Social é trabalhar com esses moradores a questão da autonomia e da reinserção social dele, seja no núcleo familiar, ou seja na comunidade. Através de realização de atividades, enfim, de poder conviver em sociedade, saindo um pouco dessa questão hospitalar. Por exemplo, ir à missa, é uma atividade social, importante pras pessoas que têm essa religião e ela vai estar dividindo um espaço, frequentando um espaço que sai um pouco dessa coisa hospitalar e é um espaço que tá inserido na comunidade. Então, a função do assistente social é trabalhar essa reinserção do morador na comunidade, possibilitando que ele realize atividades no meio social e também trabalhar a autonomia dele. Autonomia no sentido de começar a gerir sua própria vida, gerir por exemplo a sua renda. Uma outra função interessante é trabalhar as habilidades dele para as atividades da vida diária. Porque quando eles chegam, eles vêm de um processo de institucionalização de muitos anos, variando de um pra outro, mas o (falou o nome de um morador) por exemplo é desde sempre, porque foi institucionalizado aos 07 anos de idade. Então a importância maior das moradias é de tentar construir ou resgatar essas habilidades diárias, que pela institucionalização ele perdeu' (E. Simone).

'A (moradora X) quando chegou à Residência perguntava se podia ir ao jardim, ou ao quintal, por quê? Porque se habituou com esse ritmo da instituição com horários para ir a determinados lugares. Então eles vêm com uma carga muito grande de institucionalização e o nosso papel é desconstruir isso e fazer com que eles se apropriem daquele espaço como sendo deles, coletivamente, porque não é um espaço também, individualizado, quer dizer, é individualizado mas é coletivo. Isso é outra questão que o Serviço Social tem importância fundamental pra trabalhar, que é o indivíduo dentro da coletividade' (E. Simone).

'O assistente social trabalha nestas questões de mediação, nas relações entre os indivíduos e mesmo entre os moradores e os cuidadores, enfim esse é o papel do Serviço Social' (E. Simone).

'P: E com relação ao acesso aos direitos, à cidadania:

Fundamental, o Serviço Social nos SRTs continua o trabalho, mas esse papel é anterior ao SRT, mesmo porque um dos critérios é que ele já tenha acesso aos direitos sociais porque ele precisa de rendimento para manter a parte de gastos com necessidades pessoais: roupa, remédios, roupas de cama e banho, porque o SRT é suprido em termos de hotelaria, pagamento de serviços públicos como luz, gás, telefone, comida e móveis coletivos. Os móveis de uso pessoal são comprados pelos moradores' (E. Simone).

'P: Quais as dificuldades que o Serviço Social enfrenta:

Do meu ponto de vista eu não vejo dificuldades para a atuação do Serviço Social porque nós temos autonomia e desde que eu estou na residência eu nunca fui cerceada para realizar qualquer atividade que eu me propus a fazer, e nem as colegas também, não vejo as colegas cerceadas, acho que nós temos total autonomia pra realizar o trabalho que a gente entende que seja interessante' (E. Simone).

‘Acompanha o cotidiano da casa, trabalha nas relações familiares, na rede de serviços, no território’ (E. Célia).

‘Desde o início do trabalho estive muito próximo do Serviço Social. Num primeiro momento com uma assistente social que também participou do projeto e da implantação da casa e depois, já nas residências, trabalhei diretamente com outra assistente social e fiquei muito satisfeito com o trabalho delas, embora não saiba especificar exatamente qual a função do Serviço Social. Mas o rendimento no trabalho foi muito além das minhas expectativas. Porém, eu acho que com relação às especificidades no trabalho, eu acho que este tipo de programa, como as residências terapêuticas, não dá pra ficar muito preso à sua especificidade, o que se pede é muito mais. Não é muito mais só no sentido quantitativo de coisas que têm que se fazer não, às vezes são coisas mínimas porque é o cotidiano, é a casa, então às vezes não são grandes coisas, mas são coisas além da sua especificidade, e é ajudar a gerir o cotidiano, o dia a dia, e aí tem a particularidade, de cada morador, de cada Residência. É neste sentido que eu digo que é muito mais do que a especificidade, e com elas eu aprendi muito, foi muito bom’ (E. Denis).

‘Assim: (pausa na fala). Tá, vamo, vamo botá, né? Por aqui a gente observa coisas que poderiam andar mais rápidas, digamos assim. Tem coisas que têm uma lentidão mesmo, né? É o processo, tem que esperar, de repente tem que voltar novamente, mas tem coisas que poderiam ser mais rápidas’ (E. Moema).

‘Por exemplo, a parte médica! Tem coisas que eu acho que, um exemplo: a consulta. Uma coisa é o cuidador chegar num lugar e ter que conversar a respeito de um atendimento, ou que futuramente aquele morador poderá passar por uma cirurgia, outra coisa é uma assistente social tá chegando no mesmo local e conversando, lá, a respeito do mesmo morador que futuramente tá pra fazer uma cirurgia’ (E. Moema).

‘P: Por quê:

Não, infelizmente as pessoas têm um canudo, faz uma diferença. Qualquer lugar que ele chegue. Então até a nossa chegada, né? Vamos dizer: eu não tenho. A chegada lá pra conversar com alguém, eu sou recepcionada de um jeito, agora uma assistente social é de outro jeito, até porque, ele ou ela tem a capacitação, sabe até onde ela pode ir, o que que ela pode pedir, né? E eles sabem disso. A gente não, então às vezes a gente fica meio presa também, nessa parte. Que na moradia às vezes cê tem que ir ao médico, às vezes não, sempre. Tem que ir ao médico, tem que marcar consulta, tem que conversar com o médico, tem isso tudo. Né? Então assim, tem coisas que podem (pausa na fala) ser mais bem resolvidas’ (E. Moema).

‘Eu acho superimportante. Não sei quantas assistentes sociais tem na casa, mas algo que é essa coisa mais burocrática, de vamos resolver coisas, documentos, ao dentista, tem que ver benefício, remédio, é uma coisa assim muito útil ali, até porque é um pouco a agenda da pessoa, o Serviço Social’ (E. Paola).

‘P: Informamos à entrevistada quais eram as assistentes sociais que estavam trabalhando nas Residências atualmente e que a base do trabalho do Serviço Social era de dar acesso aos direitos de cidadania. E neste sentido:

Funciona, todos ali, tem uma, é tudo muito amarrado, não falta nada, eu reclamo às vezes porque a pessoa tem que ter um clínico, um cardiologista, um geriatra, mas sempre que eu peço alguma coisa acontece, sempre’ (E. Paola).

‘Essencial, essencial porque não é um trabalho médico ou um trabalho psicológico, é um trabalho de redes sociais, de constituição de redes sociais, eu acho essencial’ (E. Rui).

‘O Serviço Social é afetado por demais com a falta de pessoal, e aí não é só nos SRTs, falta Serviço Social nas outras unidades hospitalares também, na própria universidade falta Serviço Social. Mas às condições dadas ao Serviço Social para que se exerça, ele faz muito bem, mas estas condições são muito aquém do que se precisa pra que o SRT funcionasse como ideal. É uma questão conjuntural que acaba afetando toda a universidade, mas afeta ao Serviço Social do IPUB’ (E. Marco).

‘Eu acho que os SRTs misturam muito essa questão das categorias. Por acaso aqui no IPUB, a gente tem a assistente social (disse o nome da profissional) que foi pioneira nessa questão dos SRTs e tem a (disse o nome de outras 02 profissionais) que também são assistentes sociais, mas eu acho que isso é uma contingência. Não acho que necessariamente tenham que ser os assistentes sociais para trabalhar nos SRTs. Por acaso essas pessoas tem esse perfil e aí elas foram colocadas. Claro que o Serviço Social, eu acho que ele tem uma característica, que é muito importante, e que pode ajudar muito no SRT, que é a questão da família. Eu continuo dizendo que é central num SRT a família. Trazer a família pro SRT e o Serviço Social tem essa característica, depois ele também tem muito conhecimento dessa questão dos direitos, dos benefícios que é uma questão também importante dentro da Residência porque a pessoa não tem como sair do hospital sem dinheiro. Eu acho que esses dois aspectos ajudam o indivíduo a ter esse conhecimento, ter esse saber do Serviço Social, mas eu penso que qualquer profissional, e muito mais importa é o compromisso do profissional, a presença dele ali, gostar daquelas pessoas, ser criativo, e, sobretudo, ter disponibilidade, porque esse é um projeto que demanda uma disponibilidade, não só de tempo e de presença, mas afetiva mesmo. Tem que se relacionar com essas pessoas’ (E. Ana).

‘A dificuldade aqui é que a gente é cuidadora, mas a gente descobriu isso depois que os assistentes sociais começaram a trabalhar isso com a gente, a ensinar. Porque a gente faz tudo aqui na casa, né? A gente faz comida, lava roupa, arruma a casa e a assistente social falou que não é bem isso que ela quer. Ela quer que nós faz eles fazer. As assistentes sociais orientam a gente e orientam os pacientes também. O paciente arrumar a própria cama, essas coisas, e eu acho muito difícil porque eles são muito acomodados, entendeu? E tem hora que, são 08 pacientes, não dá pra gente ficar em cima dos 08 pra fazer, entendeu? Não é impossível, mas eu acho um pouco dificultoso assim. A gente tem que fazer comida, mal dá o almoço já tem o lanche, dali já tem a janta, e é um pouco corrido assim, entendeu?’ (E. Talita).

Diante destes relatos, é possível esboçar um perfil do Serviço Social nos SRTs do IPUB a partir dos pontos de vistas das usuárias e dos profissionais entrevistados, inclusive dos assistentes sociais.

Segundo as usuárias, o Serviço Social tem sido satisfatório para as funções que desenvolve, referindo-se à atuação do mesmo para com a resolução de questões que se articulam à acessibilidade aos direitos sociais.

Dos profissionais de outras categorias, alguns reconheceram seu papel e importância para a acessibilidade àqueles direitos, ou articularam suas ações às atividades indispensáveis com relação à documentação necessária ao acesso de benefícios.

Houve relatos que ressaltaram sua relevância para o trabalho de reinserção familiar e/ou social e também um longo trecho onde um profissional relaciona a facilitação ao acesso aos serviços, públicos ou privados, de Saúde, por exemplo, para o assistente social, atribuída principalmente ao status de graduação bem como à sua formação.

Ainda em relação a este trecho, especificamente, poderíamos questionar este pensamento e/ou postura frente à acessibilidade sem limitações a todos os cidadãos, legislada tanto pela Constituição Federal quanto pelo SUS, mas que ainda parece não ter sido totalmente absorvida e nem apropriada nas práticas cotidianas de alguns profissionais e/ou instituições ou mesmo por alguns cidadãos.

No discurso dos profissionais da categoria é perceptível a preocupação com a viabilização aos direitos de cidadania, assim como para a reinserção social dos indivíduos moradores dos SRTs, além da importância da intervenção nas relações familiares, na rede de Serviços e no território, ou territórios onde atua, com um profissional sobressaltando a função de mediação na prática profissional.

Desta maneira parece possível associar a atuação do Serviço Social aos SRTs como importante, tanto do ponto de vista de sua especificidade para a assistência direta aos usuários, quanto para o planejamento e articulação do trabalho em equipe, ou seja, nos espaços multidisciplinares, onde pode inclusive, atuar profissionalmente do ponto de vista prático, ou seja, buscando democratizar espaços, além de defender e buscar garantir os direitos dos usuários.

A participação nas discussões com profissionais de outras categorias, assim como as ações conjuntas com os mesmos, enriquece a abordagem e a prática profissional para todos os atores envolvidos.

Assim, pensamos que os SRTs são importantes locais de trabalho para os assistentes sociais e que o exercício profissional nesta frente pode ser desenvolvido com bases nas diretrizes nacionais contemporâneas, contribuindo também, de forma fundamental à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4

Considerações Finais

Neste trabalho nos propusemos a descrever os SRTs do IPUB e aspectos de seu funcionamento bem como sua contribuição para com o processo de desinstitucionalização, em curso com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a atuação do Serviço Social nos mesmos.

Partimos do pressuposto que existem pacientes moradores de enfermarias de hospitais psiquiátricos com longos períodos de internação sem que seu quadro de sofrimento mental justifique tal permanência, tomando as categorias de desinstitucionalização e autonomia como fundamentais para a análise dos dados coletados no processo investigativo.

Quanto ao Serviço Social nestes Serviços, a importância da abordagem foi justificada principalmente pelas controvérsias que atravessam esta prática na área da Saúde Mental no seio da categoria.

É importante ressaltar ainda que, com relação ao Serviço Social, nossa ideia se firma em torno da não compartimentalização desta práxis por área, mas na unificação da disciplina como intervenção social particular ao profissional de Serviço Social, adequada a cada realidade específica (neste caso Saúde Mental) e considerando a importância das práticas interdisciplinares. Isto sem perder de vista os princípios éticos-políticos e os objetivos profissionais, que são básicos em toda frente de trabalho para esta profissão.

Os procedimentos da pesquisa qualitativa (Yin, 2010) que adotamos, puderam evidenciar achados importantes para as questões elaboradas, inclusive em torno dos termos desinstitucionalização e autonomia. Considerando que as institucionalizações ou instituições são efetivadas pelas sociedades para dar contornos sociais de agrupamentos, hierarquias e convivências, uma desinstitucionalização seria impossível, a não ser que referenciada especificamente ao espaço físico e cultural que alocam e embasam os hospitais psiquiátricos, tema em questão neste estudo. E ainda neste sentido, a própria família, como instituição, foi tema privilegiado no texto elaborado.

A análise em torno do processo de desinstitucionalização no que tange à instituição psiquiátrica abrange desde a saída (física e emocional) dos indivíduos das enfermarias psiquiátricas, até a sua (re) inserção social, ou inclusão social, em outros moldes, o que requer intervenção política e social, a partir de ações governamentais e profissionais continuadas, no ideal cultural acerca da desestigmatização do louco e da loucura.

Quanto à função de viabilizar a saída da enfermaria e ser real alternativa ao convívio social, os SRTs foram apontados como fundamentais, tanto pelo conjunto de profissionais dos SRTs do IPUB, bem como pelas próprias usuárias, assim como pelo conjunto de profissionais de outros SRTs do município, conforme os relatos descritos, o que nos faz pensar na ampliação do número de dispositivos como alvo importante à Reforma Psiquiátrica e ao processo de desinstitucionalização.

Para a questão em torno da autonomia dos usuários, seus limites e limitações, observamos a importância dos cuidadores como um dos principais atores na (re) apropriação por parte dos usuários/moradores, pois requer intervenção diária e continuada.

A autonomia foi considerada em relação à capacidade de execução de tarefas diárias de autocuidado, de cuidados com os espaços da Residência em que habita, movimentação para viabilizar a (re) inserção social, e responsabilidade para com os seus atos.

Nos SRTs do IPUB, ainda segundo relatos colhidos, há insuficiência do número de cuidadores, o que acarreta dificuldades para a execução de atividades e, portanto, do desenvolvimento de habilidades junto aos indivíduos, limitando o estímulo à referida autonomia e, portanto, ao processo de desinstitucionalização.

Outro ponto interessante está relacionado às ideias sobre autonomia prescritas na Portaria 106/2000, ou seja, da autonomia que está relacionada ao indivíduo fazer coisas sozinho, sem supervisão de outrem, o que inclui a liberdade de ir e vir, portanto o acesso e o gozo dos direitos civis, e por desdobramento os direitos políticos e os sociais dos mesmos.

Uma observação importante foi lançada por um profissional do IPUB com relação à autonomia, afirmando que na maioria das vezes, esta é uma demanda da instituição e não do indivíduo. Assim, dificilmente um movimento neste sentido começaria por parte do próprio usuário, principalmente em se tratando daqueles

que viveram institucionalizados durante muito tempo. Isso leva a pensar sobre a complexidade que envolve a citada e requerida autonomia para o processo de desinstitucionalização.

A ampliação do número de dispositivos foi afirmada como indispensável, embora tenha sido um eixo temático que levantou uma série de questões envolvendo desde os moldes propriamente ditos das Residências, com atenção a evitar que se repitam hábitos e rotinas das enfermarias dos hospitais psiquiátricos, até a formação dos profissionais criados pela Portaria 1.220/2000, os cuidadores, para as funções que lhes são atribuídas pela mesma.

A escassez de pessoal para os quadros profissionais das várias categorias envolvidas no funcionamento de um SRT foi apontada pela totalidade dos profissionais questionados como impeditiva à ampliação. Primeiro porque este dispositivo, por exigência legal, tem de funcionar com profissionais ligados aos CAPS, porém isso vem acontecendo sem a criação de novos quadros, mas com os profissionais desdobrando-se em atividades em outros setores. Esta observação possibilita pensar na necessidade de contratação de pessoal, por concurso público preferencialmente, para atender à demanda que se impõe.

Para este item ressaltamos a promulgação da Portaria 3.090/11, que criou o SRT Tipo II, mas que nada menciona no sentido da ampliação do quadro profissional, embora crie outra modalidade de dispositivo que provavelmente irá gerar demanda ainda maior deste segmento profissional e de profissionais de outras categorias.

Do ponto de vista das usuárias entrevistadas, esta ampliação deve se efetivar, justificando suas afirmativas pelas suas próprias vivências, por aqueles locais serem a única possibilidade de residirem fora dos hospitais (pelo menos até o momento) e por considerarem que o Serviço tem boa qualidade. Os ganhos na qualidade de vida são, ao mesmo tempo, relatados por elas, por todos os profissionais entrevistados, pelos estudiosos da área (Vasconcelos, 2000 e 2008; Delgado, 2006; Furtado, 2006, entre outros), assim como são observados por nós em nossa prática.

Uma questão que ocorreu no decorrer do estudo diz respeito à relevância dos cuidadores como agentes sociais, pelo retorno que estes podem dar em seu meio social, acerca do que seja conviver com indivíduos com transtornos mentais, ou com a loucura, a partir das suas experiências de trabalho nos SRTs. Os relatos

das cuidadoras entrevistadas apontaram para esta perspectiva, o que a nosso ver reforça a importância de formação adequada para os mesmos, no sentido do que se quer alcançar em termos de desinstitucionalização junto à sociedade.

Outro ponto que se evidenciou no percurso da pesquisa está relacionado ao repasse de verbas mantenedoras de SRTs. Em torno desta tramitação de documentos, sem a qual nada se viabiliza em termos práticos operacionais, houve reclamação de parte significativa dos atores do IPUB apontando demoras e atrasos, mas os profissionais de outros SRTs, que lidam com burocracia alternativa, através da intermediação das ONGs e das OSs, também reclamaram de causas semelhantes, o que aponta também para as questões relacionadas à gestão.

Vale a pena lembrar-se da questão dos três imóveis do IPUB serem alugados, mostrando-se como fator de instabilidade ao Projeto em causa: os SRTs e a desinstitucionalização. Neste momento uma mudança está sendo viabilizada num dos SRTs do IPUB, e isto tem gerado insegurança e aflição para as usuárias e para a equipe profissional.

De acordo com os profissionais dos outros SRTs do município do Rio de Janeiro esta é uma questão a ser repensada e de preferência mudada, ou seja, para a situação em que os imóveis que aloquem SRTs sejam de propriedade do Estado.

A justificativa está em torno da burocracia estatal, cuja reconhecida morosidade é incompatível com a rapidez exigida pelo mercado imobiliário para a locação de imóveis. Além disso, há rejeição por parte de alguns proprietários para efetuarem negócio com a instância pública ou por se tratar de indivíduos com transtornos mentais, somada à resistência da vizinhança para com esta convivência. Estas e outras pressões, principalmente as do ponto de vista da subjetividade, são causadas pelo próprio movimento de mudança, e se tornam fatores obstaculizantes à desinstitucionalização.

Quanto ao Serviço Social nos SRTs do IPUB, foi caracterizado que a ação dos assistentes sociais envolvidos tende ao alinhamento com os princípios ou com as diretrizes nacionais contemporâneas da categoria profissional, buscando atender a demandas e interesses dos usuários.

Pudemos observar também que os assistentes sociais têm papel fundamental nas ações ou coordenação destes dispositivos no IPUB, apontando para o processo de desinstitucionalização em causa e as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica,

situação que não se viabiliza em outros SRTs deste município pela escassez de profissionais desta área apontada pelos profissionais entrevistados.

Dos atores institucionais do IPUB, uns ressaltaram sua importância em termos de providências concretas às necessidades dos moradores, basicamente quanto ao acesso aos direitos; outros o reconheceram como de função burocrática. Mesmo assim, há os que notaram sua importância principalmente para a ressocialização, que inclui contatos com familiares e possíveis resgates de vínculos. Este último aspecto está presente nas falas das moradoras inclusive.

Quanto à presença dos cuidadores e à carga horária de trabalho dos mesmos nos SRTs do IPUB, ficou constatado que há cuidadores presentes 24 horas, durante os sete dias da semana, além de uma diarista que se divide entre duas casas. Esta questão torna-se importante na medida em que esta inserção está relacionada à busca de autonomia referente a tarefas a serem realizadas pelos usuários e guarda uma controvérsia: os cuidadores são fundamentais no trabalho diário para o reforço da autonomia daqueles, ao mesmo tempo em que sua presença pode dificultar o desenvolvimento da mesma.

O projeto terapêutico individual como instrumento de ressocialização e reforço de autonomia foi apontado como fundamental pelos profissionais. Do ponto de vista desses, a ressocialização está muito associada ao trabalho dos profissionais. Ela requer busca ou construção de vínculos com outros cidadãos, de preferência familiares ou amigos e também o trabalho da assistência continuada, tanto para o indivíduo quanto para as famílias ou rede social de suporte cotidiano, mas há, sobretudo, extrema valorização voltada à família, onde se destaca o trabalho do assistente social.

Chamou-nos atenção também a questão da contratualidade, levantada por Silva (2001), mas também por Cavalcanti, Vilete e Sztajnberg (2006), além de Delgado (2006) e que pôde ser percebida a partir dos relatos de profissionais do IPUB. Este tema comporta o profissionalismo frente às relações de afeto que se estabelecem entre os usuários e os profissionais, e principalmente com os cuidadores, talvez pela convivência mais próxima e cotidiana, talvez pelas atividades afeitas mais especificamente àqueles.

O fato de sermos profissionais da instituição em causa, mesmo sem estar em função nos SRTs, trouxe facilidades e dificuldades para a execução da pesquisa. As facilidades se relacionaram ao reconhecimento por parte de alguns atores com

relação à nossa pessoa, ou seja, o fato de já sermos conhecidas nos espaços pesquisados, causou menos impacto de inserção. Por outro lado exigiu vigilância constante para evitar ideias pré-concebidas de nossa parte, visto ser temática ligada ao nosso cotidiano profissional.

A realização da pesquisa coincidiu com um período de mudanças significativas na composição da equipe dos SRTs do IPUB, principalmente no que se refere ao aumento de profissionais atuantes, mudanças e redistribuição de funções e coordenações, mas fundamentalmente pelas alterações nas diretrizes do projeto, que sequenciaram mudanças nas rotinas, da instituição e dos atores como um todo, e consequentemente dos usuários, procurando-se aumentar a aproximação das ações com os objetivos propostos pela Reforma e pela legislação vigente em torno desta.

As referidas mudanças foram apontadas pelos atores dos SRTs do IPUB como ponto assertivo no que se refere à contribuição para com o processo de desinstitucionalização.

Sendo assim, chegamos ao pensamento de que a ampliação do número de dispositivos é realmente necessária e que estes espaços são importantes instrumentos para a desinstitucionalização dos indivíduos com transtornos mentais, tanto para os que ainda residem nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos quanto para os que já habitam as cidades. Da mesma forma, o suporte social ou familiar, mais a assistência psicossocial são fundamentais para que a autonomia destes indivíduos seja reforçada neste complexo processo que é o de desinstitucionalização.

Porém é importante que se esclareça também que os SRTs não devem ser um ponto final do percurso deste processo, mas sim casas de passagem, para que as pessoas com transtornos mentais residam nas cidades e de preferência em habitações, não só fora dos muros hospitalares, mas também com o menor grau possível de interferência institucional nas mesmas, o que está intimamente relacionado ao grau de autonomia destas pessoas, ou seja, das suas condições e necessidades de assistência mais ou menos intensiva de profissionais de Saúde Mental ou da Rede de Atenção Psicossocial.

Por último, gostaríamos de salientar que o panorama apresentado por esta dissertação tem limitações próprias à pesquisa realizada, e levantou questões que poderiam ter sido mais aprofundadas, ou melhor, qualificadas, mas que por ora

não foi possível e nem compunham nosso objetivo, lembrando que a proposta inicial é de contribuição com as discussões acerca das temáticas abordadas e em especial com relação à presença e função do Serviço Social na área da Saúde Mental.

5

Referências Bibliográficas

ALVES, T. M.; ROSA, L. C. dos S.; PEREIRA, F. P. **Boto é pra ferver: a identidade social de homens com transtorno mental**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade Federal do Piauí/PI, Brasília, 2010.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BARROS, R. P. de; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. **A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro, IPEA n. 800, 2001.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BISNETO J. A. **Serviço Social e a Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a reforma Sanitária: elementos para o debate**. 2004. Texto revisto, e sintetizado, tendo por referência o Artigo publicado pelos autores na Coletânea “Saúde e serviço Social”. Disponível em: www.fnepas.org.br/pdf/serviço_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

BRONZO, C. L.; VEIGA, L. Intersetorialidade e Políticas de Superação da Pobreza: desafios para a prática. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2007, n. 92, p. 5 - 21.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CASA CIVIL. **LEI Nº 8.662, Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1993.

CAVALCANTI M. T.; VILETE L.; SZTAJNBERG T. K. Casa e/ou Serviço? O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Cadernos IPUB/UFRJ**, v. XII n. 22. Rio de Janeiro, 2006, p. 83-91.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília, 1993.

_____. **Serviço Social e reflexões críticas sobre práticas terapêuticas**. Brasília, 2010. Disponível em: www.cfess.org.br. Acesso em: janeiro de 2010, p. 09.

_____. **Grupo de Trabalho de Serviço Social na Saúde: parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, novembro de 2009. Disponível em: www.locuss.org/joomlalocuss/index.php?option=com_docman. Acesso em: dezembro de 2011.

CORRÊA, I. N. **Gestão em saúde mental do Centro de Atenção psicossocial – CAPS Dr. Silvério Tundis em Manaus**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA/AM, Brasília, 2010.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania, In: _____. (Org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** Programa Globalización, Cultura y Transformaciones Sociales, Convenio UCV - Fundación Rockefeller, Venezuela, 2004.

DELGADO, P. G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. **Cadernos IPUB/UFRJ**, v. XII, n. 22. Rio de Janeiro, 2006, p. 19-34.

DRAVANS, G. M. G.; HEIDRICH, A. V. **O exercício profissional do Serviço Social no CPAS Escola**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS/RS, Brasília, 2010.

DUARTE, M. J. de O. **Campo de atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social: apontamentos para o trabalho profissional**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ, Brasília, 2010.

FAGNANI, E. Como conquistar o desenvolvimento social. **Le Monde Diplomatique**. Brasil, 2011. Disponível em: www.diplomatique.org.br.

FILHO, B. C. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. **História da loucura**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FURTADO, J. P. A ampliação dos serviços residenciais terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores. **Cadernos IPUB/UFRJ**, v. XII, n. 22, Rio de Janeiro. 2006, p. 39-51.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, V. de O. **O desafio da desinstitucionalização no contexto de políticas neoliberais**: um estudo sobre a implantação de serviços residenciais públicos em saúde mental. Dissertação de mestrado, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

GONÇALVES, L. M. R. **Trabalho social e saúde mental**: Reflexão crítica acerca da ação contraditória do Serviço Social. Dissertação, Departamento de Serviço Social, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 1982.

HEIDRICH, A. V. **A desinstitucionalização no processo de reforma psiquiátrica brasileira**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade Católica de Pelotas/RS, Brasília, 2010.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil**: evolução das condições de vida na década de 90. IPEA, n. 807, Rio de Janeiro, 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez: 1998.

LESBAUPIN, I. **A democracia e a construção de alternativas**. Rio de Janeiro, Revista Democrática Viva, IBASE, n. 25. 2006.

LOUGON, Maurício. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. **O Movimento Antimanicomial no Brasil**. Rio de Janeiro, Ciência e Saúde Coletiva, mar/abr, ano/vol. 12, número 002, 2007.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Resolução CNE/CES nº 15**. Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. 2002.

MINTZBERG, H. et al. Criando organizações eficazes - estrutura em cinco configurações. Editora Atlas, 2ª edição, São Paulo, 2009.

MOREIRA M. I. B.; ANDRADE A. N. **Ouvindo Loucos: Construindo Possibilidades de Viver com Autonomia**. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Vale do Rio Doce/MG e Centro de Ciências Humanas e Naturais da UFES, 2003. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: setembro de 2011.

NASCIMENTO, F. A.; GARCIA, M. L. T. **Fórum de Saúde Mental e a questão do uso indevido de drogas: um pouco de demandas, pautas e debates**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade Federal do Espírito Santo/ES, Brasília, 2010.

NETTO J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO J. P. Transformações societárias e Serviço Social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Serviço Social & Sociedade**, n. 79. São Paulo: Cortez, 2004.

NETO, P. M. R.; AVELLAR, L. Z. **Conhecendo os cuidadores de um Serviço Residencial Terapêutico**. Universidade Federal do Espírito Santo, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 09 de janeiro de 2011.

NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A da. **Apoio matricial em saúde mental: a percepção dos profissionais**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade Estadual do Ceará/CE, Brasília, 2010.

NOVAIS, L. C. C.; SIMON, S. D. B. M. **Reforma Psiquiátrica e sua interface com as Políticas Públicas**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade Federal de Mato Grosso/MG, 2010.

OLIVEIRA, F. **Revista Cult**, São Paulo, ano 13, n. 146. 2010. Entrevista.

_____. **O que é formação para a cidadania?** Entrevista com Chico Oliveira, por Silvio Caccia Bava. Disponível em: <http://www.polis.org.br/publicacoes/artigos/entrevchico.html>. 2000. Acesso em 15 de maio de 2011.

OLIVEIRA, J. A. de; CARLOS, M. A. C. **Saúde Mental no Brasil e seus rebatimentos para o serviço social: o paradigma da desinstitucionalização**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP, Brasília, 2010.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, F. J. D. Existência e dialética em Sartre. **Revista Filosofia**, n. 24, ISSN 1984-1388. São Paulo: Fullcase, 2010.

PASSOS, R. G. E. **O cuidado em Saúde Mental, como anda?** O processo de desinstitucionalização no Município do Rio de Janeiro: uma avaliação da implantação dos CAPS no período de 2002-2007. Prefeitura de São Paulo e Secretaria de Habitação/SP. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, Brasília, 2010.

PATRIOTA, L. M.; SILVA, M. D. **Uma análise acerca da abordagem da saúde mental no curso de serviço social da UEPB**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/PB, Brasília, 2010.

PATRIOTA, L. M.; LIMA, G. S.; SILVA, M. D. **Saúde mental e Reforma Psiquiátrica: o que pensam e sabem os alunos concluintes do curso de serviço social da UEPB**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade Estadual da Paraíba/PB, Brasília, 2010.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2009.

PESSOA, C. R.; PESSOA C. M. R.; SOUZA, E. B. de; SEVERO, F. M. do N.; SOUSA, J. K. de. **A atuação do assistente social junto ao transtorno mental**. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Instituto Nacional do Seguro Social e Universidade Estadual do Ceará/CE, Brasília, 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Reforma psiquiátrica no Brasil: ideias, atores e instituições políticas. Ciência e Saúde Coletiva. **Revista ABRASCO**, v. 16, n. 12, Rio de Janeiro, 2011. p. 4578-4589.

POCHMANN, M. **Estrutura Social no Brasil:** mudanças recentes. São Paulo, Serviço Social e Sociedade, n. 104, 2010.

QUEIROZ, V. D. de C. **Entre o passado e o presente:** a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental. Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, PUC-RIO, 2009.

REIS, E. P. Percepção da elite sobre pobreza e desigualdade. São Paulo, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 42, 2000.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Ciência e Saúde Coletiva. **Revista ABRASCO**, v. 16, n. 12, Rio de Janeiro, 2011. p. 4623-44633,

ROCHA, S. Os Novos Programas de Transferência de renda: impactos possíveis sobre a desigualdade no Brasil. In: BARROS, R. P. de; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. (Orgs.). **Desigualdade de renda no Brasil:** uma análise da queda recente. Brasília: IPEA, 2006.

ROSA, L. C. dos S.; PEREIRA, I. C. G.; BISNETO, J. A.; VASCONCELOS, E. M. (Orgs.). **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça – A Política Social na Ordem Brasileira.** 3. ed. São Paulo: Campus, 1994.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SENA, F. S. de; SILVA, P. F. A da; COSTA, C. de S. **Grupo de família:** a experiência do serviço social no Centro de Atenção psicossocial CAPS II – CAIS do Município de Angra dos Reis – RJ. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis/RJ, Brasília, 2010.

SILVA, M. A. B. **“Longe do fantasma das instituições”- um estudo de caso sobre uma experiência da Reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social, PUC – RIO, 2001.

SIMON, S. D. B. M. **Direitos humanos e seu papel na construção da política de saúde mental**. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Universidade Federal de Mato Grosso/MG, Brasília, 2010.

SOUSA, M. M. de; FERREIRA, S. T. G. **O portador de transtorno mental como sujeito de direitos**: as contribuições do serviço social no âmbito da pensão protegida do Hospital Nina Rodrigues em São Luís/MA. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Brasília, 2010.

SOUZA, R. R. de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde, Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas – 11 a 14 de agosto de 2002 – São Paulo, 2002.

SPOSATI A. **Gestão Pública Intersetorial**: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social e Sociedade**, n. 85, ano 27, Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, S. B. S. **O serviço social com famílias e as terapias familiares**: resolvendo dilemas e abrindo caminhos. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da Universidade federal do Rio de Janeiro/UFRJ, 1997.

TELLES, V. da S. **Direitos Sociais – Afinal do que se trata?** Belo Horizonte. Minas Gerais, Editora UFMG, 2006.

_____. **Saúde Mental em Dados**. 7. ed. especial. Brasília: Minsitério da Saúde, 2010. 25 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 22 de julho de 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar**. Epistemologia e metodologia operativa. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. (Org.). **Abordagens psicossociais**. Volume II: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Rio Grande do Sul: Bookman, 2010.

6 Apêndices

6.1

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

PESQUISA: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DO IPUB / UFRJ:

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento procura dar informações e pedir sua participação na pesquisa de Mestrado em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro / PUC-RIO, intitulada “Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB / UFRJ. A atuação do Serviço Social”, a ser conduzida pela mestrandia Maria Cristina Loureiro Cruz, sob orientação da Prof^a. Ilda Lopes Rodrigues da Silva.

A pesquisa tem como objetivo descrever o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB e a atuação do Serviço Social nos mesmos. Embora esta pesquisa possa oferecer algum desconforto físico ou emocional à sua pessoa, ela não oferece risco direto aos seus familiares ou rede social. Porém, como benefício, contribuirá para a reflexão sobre a prática do assistente social que pode contribuir para as discussões sobre esta temática. Sua participação é voluntária.

Para a pesquisa serão realizadas entrevistas, com tempo aproximado de 30 minutos, que poderá ser gravada caso seja permitido por você. As entrevistas

serão transcritas e utilizadas somente para a finalidade da pesquisa. Ao término das transcrições, as mesmas serão apagadas do aparelho de MP3 que será utilizado para tanto. Uma segunda entrevista poderá ser realizada se houver necessidade, o que será previamente informado e solicitado.

Esclareço que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguro sigilo absoluto sobre seus dados pessoais. Ao término da pesquisa você terá livre acesso aos seus resultados. Além disso, você poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento do andamento da mesma sem ônus algum.

Informo que uma cópia deste documento, devidamente assinada, ficará com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Como responsável pela pesquisa, estarei disponível para esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, pelo telefone: (XXX) ou através do e-mail: (XXX). Para contato com a orientadora, Prof^a. Ilda Lopes Rodrigues da Silva, utilizar o telefone: (XXX) ou e-mail: (XXX).

Participante

Maria Cristina Loureiro Cruz - pesquisadora

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2011.

6.2

Apêndice 2 – Roteiro de entrevistas

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:ENTREVISTA COM OS MORADORES DOS STRs/IPUB/UFRJ:

Idade: _____ Gênero M () F ()

Grau de instrução: _____

Estado Civil: _____

Tempo em que reside no SRT: _____

Tempo que ficou internado antes de ir morar no SRT: _____

Porque está morando no SRT / como é esta experiência / relacionamento com os outros moradores e com os profissionais:

Tem família / Quem:

Rede social de amigos, conhecidos ou outros parentes:

Contato com estes grupos:

Para sim: com quem e com que periodicidade e com quais motivações:

Para não: há quanto tempo:

Sobre o processo de desinstitucionalização:

Mudanças com a vinda para o SRT:

Dependência em relação ao IPUB:

Perspectiva de moradia n'outro lugar depois do SRT:

Com relação à autonomia:

Sai sozinha/o:

Se sim: para onde vai, ou qual a motivação:

Se não: por que:

Com quem sai caso seja necessário:

Acesso aos bens culturais:

Rendimento mensal: _____

Procedência: _____

Responsabilidade pelo seu dinheiro:

Com o que gasta o seu dinheiro:

Toma medicação sozinha/o:

Tarefas domésticas no SRT / Quais:

Ampliação do número de SRTs:

Dificuldades e avanços do SRT ao qual está vinculado:

Avaliação sobre a atuação do Serviço Social:

OBSERVAÇÕES QUE DESEJA ACRESCENTAR: _____

ENTREVISTA COM OS GESTORES E OUTROS
PROFISSIONAIS/IPUB/UFRJ :

Profissional de assistência direta aos moradores () Gestor ()

Função / profissão: _____

Formação: _____

graduação () em: _____ pós () em: _____

Tempo em que trabalha nos SRTs: _____

Avaliação do funcionamento dos SRTs para o processo de desinstitucionalização dos usuários:

Avaliação do funcionamento dos SRTs no sentido de fortalecer a autonomia dos usuários?

Ampliação do número de SRTs:

Impedimentos:

Dificuldades que o/s SRT/s ao/s qual/is está vinculado/s enfrenta/m:

Avanços destes Serviços:

Como avalia a atuação do Serviço Social nos SRTs:

Observações que deseja acrescentar: _____

ENTREVISTA COM OS ASSISTENTES SOCIAIS DOS SRTs/IPUB/UFRJ:

Tempo em que trabalha nos SRTs: _____

Cargo que ocupa: _____

Atividades do assistente social nos SRTs / descrever:

Relatar as dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social:

Sobre o relacionamento com os usuários e com os outros profissionais:

Existência de articulação com a rede de serviços / comunidade / vizinhança:

Relação com familiares / rede social:

Avaliação do funcionamento dos SRTs para o processo de desinstitucionalização dos usuários:

Avaliação do funcionamento dos SRTs no sentido de fortalecer a autonomia dos usuários?

Ampliação do número de SRTs:

Impedimentos:

Dificuldades que o/s SRT/s ao/s qual/is está vinculado/s enfrenta/m:

Avanços destes Serviços:

Observações que deseja acrescentar:

7 Anexos

7.1 Anexo 1 – Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º .

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei. Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

7.2

Anexo 2 – Portaria nº 106/MS, de 11 de Fevereiro de 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Portaria nº 106/MS, de 11 de Fevereiro de 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

A necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade,

destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art. 2º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

- a) serem exclusivamente de natureza pública;
- b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;
- c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;
- d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;
- e) a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

- 6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;
- 6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:
 - 6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório.
 - 6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;
 - 6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;
 - 6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);
 - 6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) 01 (um) profissional de nível superior da área de saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental;
- b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Art.8º Determinar que cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10º Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art.11º Determinar o encaminhamento por parte das Secretarias Estaduais e Municipais, ao Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das FCA- Fichas de Cadastro Ambulatorial e a atualização da FCH- Ficha de Cadastro Hospitalar com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme Artigo 2º desta portaria.

Art.12º Definir que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art.13º Determinar que as Secretarias de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14º Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

7.3**Anexo 3 – Portaria/GM nº 1.220 – De 7 de novembro de 2000**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de implementar os programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000;

Considerando as orientações técnicas definidas na Organização Mundial de Saúde para o cuidado extra-hospitalar dos pacientes institucionais;

Considerando a existência de pacientes em internação hospitalar, para os quais o cuidado psicossocial extra-hospitalar é o tratamento mais adequado;e

Considerando a necessidade de acompanhar e controlar a assistência prestada aos pacientes nas residências terapêuticas,

Resolve:

Art. 1º Criar nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, o serviço e a classificação abaixo discriminados: TABELA DE SERVIÇOS Código Descrição 50 Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental. TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS Código Descrição 128 Unidade com serviço próprio destinado a atendimento diário em residência terapêutica a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos com a finalidade de reabilitação psicossocial.

Art. 2º Incluir na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 - Cuidador em saúde.

Art. 3º As residências terapêuticas em saúde mental deverão estar vinculadas a

unidades com o serviço criado no Artigo 1º desta Portaria e ter a supervisão do Coordenador Estadual de Saúde Mental ao qual caberá verificar o cumprimento das normas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

Art. 4º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS o Grupo e Subgrupo de procedimentos conforme discriminação abaixo: Grupo 38.000.00-8 - acompanhamento de pacientes. Subgrupo 38.040.00-0 - Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos.

Art. 5º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS o seguinte procedimento: 38.000.00-8 - Acompanhamento de Pacientes 38.040.00-0 - Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos. 38.041.00-6 - Residência Terapêutica em Saúde Mental 38.041.01-4 - acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental - até 31 acompanhamentos/paciente/mês. Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social. Nível de Hierarquia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Serviço/Classificação 50/128 Atividade Profissional 01, 02, 39, 47, 57, 59, 62, 77, 90, 91 Tipo de Prestador 01, 03, 04, 05, 07, 11, 13, 14, 15, 17 Tipo de Atendimento 00 Grupo de Atendimento 00 Faixa Etária 00 CID 10 F00, F01, F03, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F26, F27, F28, F29, F31, F32, F44, F60.0, F60.1, F60.3, F71, F72 Motivo de Cobrança 6.3, 6.8, 6.9, 7.1, 8.1, 8.2, 9.2 Valor do Procedimento R\$ 23,00.

Parágrafo único. O procedimento descrito neste Artigo deverá ser realizado em conjunto com a equipe profissional dos Serviços Residenciais Terapêuticos e com os cuidadores em saúde mental das residências terapêuticas.

Art. 6º Incluir no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA o procedimento definido no Artigo 5º

desta Portaria.

Art. 7º Regular a utilização de instrumentos e formulários para operacionalização do procedimento incluído por esta Portaria. - Laudo TÉCNICO para emissão de apac - documento que justifica perante ao órgão autorizador a solicitação do procedimento, devendo ser corretamente preenchido pelo profissional de saúde que acompanha o paciente. O Laudo será preenchido em duas vias, sendo a 1ª via anexada ao prontuário do paciente juntamente com a APAC I - Formulário e a 2ª via, arquivada no órgão autorizador (ANEXO I). - APAC I - formulário - documento destinado a autorizar a realização dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, devendo ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A 1ª via deverá ser anexada ao prontuário do paciente; 2ª via deverá ser arquivada órgão no autorizador (ANEXO II). - APAC II - meio magnético - instrumento destinado ao registro de informações e cobrança dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

§ 1º A confecção e distribuição da APAC I - Formulário é de responsabilidade do Gestor Estadual em conformidade com Portaria SAS/MS nº 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 2º Os autorizadores deverão ser profissionais médicos não vinculados à rede do Sistema Único de Saúde - SUS como prestadores de serviços.

Art. 8º Estabelecer que permanece a utilização do uso do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identificação do Contribuinte - CPF/CIC para identificar o paciente que necessite realizar o procedimento de Acompanhamento em Residência Terapêutica em Saúde Mental. Não é obrigatório o seu registro para os pacientes que até a data de início do acompanhamento não possuam esta documentação, pois os mesmos serão identificados nominalmente.

Art. 9º Determinar que a validade da APAC I - Formulário, emitida para realização do procedimento descrito no Artigo 5º desta Portaria, será de até 03 (três) competências.

Parágrafo único. A cobrança deste procedimento é efetuada mensalmente por

meio da APAC II - Meio Magnético na seguinte forma: APAC II - Meio Magnético - Inicial - corresponde ao primeiro mês de tratamento abrangendo o período da data de início de validade autorizada na APAC I - Formulário até o último dia do mesmo mês. APAC II - Meio Magnético - continuidade - corresponde ao 2º e 3º mês subsequentes à APAC II - Meio Magnético inicial.

Art. 10 Estabelecer que a APAC - II Meio Magnético poderá ser encerrada registrando-se no campo Motivo de Cobrança os códigos abaixo discriminados.
6.3 - Alta por abandono de tratamento 6.8 - Alta por outras intercorrências 6.9 - Alta por conclusão do tratamento 7.1 - Permanece na mesma unidade com mesmo procedimento 8.1 - Transferência para outra Unidade Prestadora de Serviços 8.2 - Transferência para internação por intercorrência 9.2 - Óbito não relacionado à doença.

Art. 11 Definir que, para registro de informações, serão utilizadas as Tabelas: Tabela de Nacionalidade - Anexo III; Tabela de Motivo de Cobrança - Anexo IV.

Art. 12 Estabelecer que as Unidades Prestadoras de Serviços deverão manter arquivados: a APAC I - Formulário autorizada, Relatório Demonstrativo de APAC II - Meio Magnético para fins de consulta da auditoria.

Art. 13 Definir que o Departamento de Informática do SUS - DATASUS/MS disponibilizará em seu BBS na área 38SIA o programa da APAC II - Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores.

Art. 14 Esta Portaria entra em vigor a partir da competência dezembro de 2000.

JOSÉ SERRA

Saúde Mental

7.4

Anexo 4 – Portaria Nº 3.088, de dezembro de 2011

Diário Oficial

Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 247 – 26/12/11 – Seção 1 - p.230

MINISTERIO DA SAUDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei Nº- 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências; Considerando a Lei Nº- 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei Nº- 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando as determinações da Lei Nº- 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando Lei Nº- 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto Nº- 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto Nº- 7508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas, publicada em 2003;

Considerando a Portaria GM/MS Nº- 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria GM/MS Nº- 816, de 30 de abril de 2002, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Alcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria GM/MS Nº- 1190, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Alcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria GM/MS Nº- 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria GM/MS, Nº- 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando Portaria GM/MS Nº- 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando as recomendações do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Instituir a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
VI - Realização Psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial em cada componente, os seguintes serviços:

I - Na atenção básica em saúde:

a) Unidade Básica de Saúde - serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

b) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

- Equipe de Consultório na Rua - equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados e saúde para a população em situação de rua, considerando

suas diferentes necessidades de saúde. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial é responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar cuidados em saúde mental para (i) pessoas em situação de rua em geral; (ii) pessoas com transtornos mentais e (iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o

cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede;

c) Centro de Convivência - é unidade pública, articulado às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Os Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde

da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

II - Na atenção Psicossocial Especializada:

Centro de Atenção Psicossocial - constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico

individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica,

garantindo permanente processo de gestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;

b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

III - Na atenção de urgência e emergência:

a) Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de

Saúde, entre outros - são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

b) Os Centros de Atenção Psicossocial realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

IV - Na atenção residencial de caráter transitório:

a) A Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

- Unidade de acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 (dezoito) anos; e

- Unidade de Acolhimento Infância-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas - serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com (i) a atenção básica - que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários - e com (ii) o Centro de Atenção Psicossocial que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado,

bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

V - Na Atenção Hospitalar:

a) Enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Hospital Geral, oferece

tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência. No caso do usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

b) O Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei No- 10.216, de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curatíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS. VI - Nas Estratégias de Desinstitucionalização:

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos - que são pontos de atenção desse componente - são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente. Estas regiões de saúde devem priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 2º Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei 10.708/2003, que prevê auxílio

reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 7º O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Parágrafo único. As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 8º A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial;

II - Adesão e diagnóstico;

III - Contratualização dos Pontos de Atenção; e

IV - Qualificação dos componentes.

I - FASE 1: Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR; e

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região.

II - FASE 2: Adesão e Diagnóstico:

- a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e Municípios;
- b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional - CGR;
- c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF; e
- d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:
 1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede;
 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;
- b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e
- c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:

- a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.6º desta Portaria; e
- b) O cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 9º Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

- I - a União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;
- II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e
- III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 10 Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 11 Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser instituído por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até 180 dias.

Art. 12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNOSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Foco da Atuação	Necessidade	Existentes	Deficit	Parâmetros
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conferir orientações da Portaria Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011.
	Equipes de Atenção Básica para população em situações específicas				Constituir as RBs - Portas que definem os diretores de atenção e funcionamento das Equipes de Atenção em RBs
					Equipe de apoio aos serviços de componente Atenção Residencial de Cuidado Transição
	Visões de Apoio à Saúde da Família				1 - municípios com 5 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CT; 2 - municípios com menos de 5 CT (menos de 30 pessoas): 1 equipe integral fora por cada três equipes de AB de municípios
	Centro de Referência				Conferir orientações da Portaria Nacional de Atenção Básica - 2011
II. Atenção Psiquiátrica Especializada					Capas de Atenção Psiquiátrica
	CAPIS I				Atendimento em regiões com pop. acima de 25 mil hab.
	CAPIS II				Atendimento em regiões com pop. acima de 75 mil hab.
	CAPIS III				Atendimento em regiões com pop. acima de 200 mil hab.
	CAPIS AD				Atendimento em regiões com pop. acima de 75 mil hab.
	CAPIS ADII				Atendimento em regiões com pop. acima de 200 mil hab.
	CAPIS I				Atendimento em regiões com pop. acima de 150 mil hab.
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conferir orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Cuidado Transição	CA ADULTO				1 UCA para 15 vagas para cada 10 leitos de internação especializada em hospital geral por município.
	CA INFANTO-JUVENIL				Atendimento com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2010).
					Atendimento com 1000 a 2000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				Atendimento com mais de 2000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 3000 crianças e adolescentes.
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 25 mil habitantes
	INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA				Portaria 1.301/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SEI				A dependência de 4° de atenção longamente atendidos
	PVC				A dependência de 4° de atenção longamente atendidos
VII. Prestação Psicossocial	COOPERATIVAS				

7.5

Anexo 5 – Câmara de Ética de Pesquisa da PUC Rio

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Câmara de Ética de Pesquisa da PUC-Rio

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA NA PESQUISA DA PUC-RIO

A Comissão de Ética na Pesquisa da PUC-Rio foi constituída como uma Câmara específica do Conselho de Ensino e Pesquisa conforme decisão deste órgão colegiado com a atribuição de avaliar projetos de pesquisa do ponto de vista de suas implicações éticas.

Parecer (2011-06)

Identificação:

Título: Serviços Residenciais Terapêuticos do IPBUB/UFRJ – A atuação do Serviço Social (Departamento de Serviço Social da PUC-Rio)

Autor:

Maria Cristina Loureiro Cruz (Mestrado do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio)

Professora-Orientadora: Ilda Lopes Rodrigues da Silva (Departamento de Serviço Social da PUC-Rio)

Apresentação: Trata-se de um projeto de qualificação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Serviço Social pela PUC-Rio, que foi avaliado e aprovado por uma banca examinadora. Os objetivos principais do projeto são “caracterizar os Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ e a prática do Serviço Social nos mesmos”. A pesquisa proposta é de cunho qualitativo. Prevê entrevistar usuários e profissionais dos três Serviços Residenciais Terapêuticos da instituição eleita para a pesquisa.

Aspectos Éticos: O estudo proposto recomenda cuidados, no que tange aos sujeitos da pesquisa, usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos, considerados como “pessoas em estado de vulnerabilidade” (Resolução 196/96 CNS, itens II.15 e I V. 3b). Com relação a isso, a autora corrobora uma atenção especial no campo ético e faz a seguinte ressalva: “será considerada a relação entre pesquisador e pesquisado (...) principalmente no que se refere à autonomia de parte dos pesquisados, uma vez que neste caso há indivíduos com transtornos mentais envolvidos”. E ainda enfatiza que “se necessário, as entrevistas poderão ocorrer com a presença de outro profissional, ou pessoa de sua confiança, além de respeitar a possível não possibilidade de sua participação”. Conferindo assim respeito ao princípio de autonomia do indivíduo. Seguindo estas observações e através da leitura do projeto como um todo, não foram notados elementos que estejam em desacordo com os princípios e valores do Marco referencial da PUC-Rio e que possam alterar os pressupostos da “responsabilidade e respeito integral para com os direitos do outro e a as exigências do bem comum” (item 8) exigidos pela universidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado tem linguagem clara e objetiva e contém os dados que asseguram a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa. Porém, o fato de a presente pesquisa se

desenvolver no campo da saúde mental, deve-se advertir a pesquisadora a submeter seu projeto ao Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, aonde pretende desenvolvê-lo. Além disso, na apresentação da dissertação resultante da pesquisa, anexar a autorização da instituição para a realização do estudo nos Serviços Residenciais Terapêuticos envolvidos.

Parecer: Considerando os elementos acima somos de parecer **Favorável**, à aprovação do projeto quanto aos princípios e critérios estabelecidos pela Comissão de Ética na Pesquisa da PUC-Rio.


Prof. José Ricardo Bergmann
Presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa

Rio de Janeiro, 22 de agosto de 2011

7.6

Anexo 6 – CODEP

Folha de Rosto

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 463807	
Projeto de Pesquisa Serviços Residenciais Terapêuticos do PUSMURJ: A atuação do Serviço Social					
Área de Conhecimento 6.00 - Ciências Sociais Aplicadas - 6.10 - Serviço Social				Grupo Grupo II	Nível Mestrado
Assunto(s) Temático(s) Especializante(s)				Fase Não se Aplica	
Uniformes Serviço Social - Serviço Residencial Terapêutico, Saúde Mental					
Sujeitos na Pesquisa					
NP de Sujeitos no Centro 10	Total Brasil 10	NP de Sujeitos Totais 10	Grupos Especiais Portadores de incapacidade mental, Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc.		
Placento NÃO	Medicamentos HV / ADES NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Uso de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Marta Cristina Loureiro Cruz		CNPJ 064.500.607-20	Identidade 052879077		
Área de Especialização SERVIÇO SOCIAL		Mais Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA MAESTRO FRANCISCO BRAGA, 223/204		Bairro COPACABANA	Cidade RIO DE JANEIRO - RJ		
Código Postal 22041-070	Telefone (21) 36730523 / (21) 87274046	Fax	E-mail cristinaloureiro5@gmail.com		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sob o sigilo dos envolvidos no projeto. Assinatura: <i>Marta Cristina Loureiro Cruz</i> Data: <u>22/9/2011</u>					
Instituição Proponente					
Nome Faculdade Católica - PUC-Rio		CNPJ 33.505.821/0001-70	Nacionalidade Nacional		
Unidade/Órgão Departamento de Serviço Social		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Marquês de São Vicente 225		Bairro Gávea	Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 22453-900	Telefone (21) 35271619	Fax	E-mail vmar@puc-rio.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Assinatura: <i>Inez Terézinha Stampá</i> Data: <u>22/9/2011</u>					
Instituição Co-Participante					
Nome Instituto de Pesquisas da Universidade Federal do Rio de Janeiro		CNPJ 33.563.603/0025-83	Nacionalidade Nacional		
Unidade/Órgão PUC-RIO		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Venezuela 21, Fundão		Bairro Botafogo	Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 22201-40	Telefone (21) 2265-2549	Fax (21) 2543-3101	E-mail gabriel@ipub.ufrj.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Assinatura: _____ Data: ____/____/____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 18/09/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

7.7

Anexo 7 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 20-Liv. 4-11
FR 463807

Projeto de Pesquisa: Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB / UFRJ: atuação do Serviço Social

Pesquisador Responsável:
Maria Cristina Loureiro Cruz

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ, cujo projeto foi qualificado por banca examinadora e aprovado pela instância de ética em pesquisa da universidade de origem, tendo relação com a atuação profissional da pesquisadora na instituição eleita para a pesquisa, a saber, o Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ.

Objetivos e Metodologia: Os objetivos principais são caracterizar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do IPUB / UFRJ em termos de funcionamento, dificuldades e avanços, considerados a partir da perspectiva da desinstitucionalização e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, e a especificidade do trabalho do Serviço Social nos mesmos. A metodologia é qualitativa e propõe a observação de campo e a realização de entrevistas com 19 atores envolvidos nos 3 SRTs do IPUB / UFRJ, assim subdivididos: 06 moradores / usuários, 11 profissionais (entre estes, 3 assistentes sociais) e 2 gestores. O pesquisador utilizará o recurso do diário de campo, entrevistas semi-estruturadas (roteiros específicos bem construídos), estudo de caso e participação em atividades afins, como reunião de gestores, relacionadas aos objetivos do trabalho. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta os objetivos gerais do estudo em linguagem clara e dentro de parâmetros éticos de pesquisa.

Conclusão: Aprovado.

Rio de Janeiro, 5 de outubro de 2011.

Prof. Jorge Adelfino Rodrigues da Silva
Coordenador

Prof. JORGE ADELINO RODRIGUES DA SILVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Psiquiatria / UFRJ
Mat. 0370358 - CRM 52.14273-4

Instituto de Psiquiatria
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Milton Venceloso Brás, 71, Funchos 22290-140 Botafogo Rio de Janeiro – RJ – tel.55 21 38735510
comite-etica@ipub.ufrj.br