

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

MORADORES CRÔNICOS DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:
UM DESAFIO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Cíntia Guedes Bezerra

Natal

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Cíntia Guedes Bezerra

MORADORES CRÔNICOS DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:
UM DESAFIO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Dissertação elaborada sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Magda Diniz Dimenstein e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal

2010

Catálogo da Publicação na Fonte.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Bezerra, Cíntia Guedes.

Moradores crônicos de hospital psiquiátrico: um desafio à desinstitucionalização / Cíntia Guedes Bezerra. – 2010.

117 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Magda Diniz Dimenstein.

1. Psiquiatria. 2. Doenças mentais. 3. Pacientes de hospitais psiquiátricos. 4. Política de saúde mental. 5. Hospital Dr. João Machado – Natal, RN. I. Dimenstein, Magda Diniz. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 159.97

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “Moradores crônicos de hospital psiquiátrico: um desafio à desinstitucionalização”, elaborada por Cíntia Guedes Bezerra, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, ____ de _____ de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Cynthia Pereira de Medeiros _____

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi _____

Prof. Dr. Marcelo Kimati Dias _____

*Eu vou à cidade hoje à tarde
Tomar um chá de realidade e aventura
Porque eu quero ir pra rua
Eu quero ir pra rua
Tomar a rua
Não mais
Não mais aquela paúra
De ser encarcerada pra ficar segura
Já cansei de me trancar
Vou me atirar
Já cansei de me prender
Quero aparecer
Aparecer, aparecer... desaparecer...*

PAULA TOLLER/CORINGA

*Para Arnaldo e Adelaide,
meus queridos pais,
com quem aprendi a
amar o próximo,
respeitando as diferenças.*

Agradecimentos

À Prof^a. Dr^a. Magda Dimenstein, pela sabedoria em conduzir esse processo, sendo rígida com a qualidade do trabalho, transmitindo seu conhecimento e despertando em mim inquietações fundamentais para o meu amadurecimento intelectual e, ao mesmo tempo, flexível quando me foi necessário, mostrando-se bastante sensível, compreensiva e, sobretudo, amiga ao me apoiar e estimular;

Aos professores Dr. Artur Perrusi e Dr. Marcelo Kimati Dias, pela leitura deste trabalho e por terem aceitado o convite para compor a banca de avaliação;

À Prof^a. Dr^a. Isabel Fernandes de Oliveira, pelas valiosas contribuições feitas com a leitura deste trabalho;

À diretora geral do HJM, Maria Geneci de Andrade Alves, pela pessoa amiga e solidária e por ter aberto o HJM para a realização desta pesquisa;

À equipe de técnicos do HJM, que me permitiu conhecer sua atuação, em especial, à assistente social Fátima Couto pela total disponibilidade em me auxiliar e principalmente pela profissional e pessoa exemplar que é ao realizar com dedicação um belíssimo trabalho no HJM;

Aos moradores crônicos e aos ex-moradores do HJM, por terem permitido que eu me aproximasse de suas vidas e pelos ensinamentos de que é possível resistir às mais variadas formas de violência, preservando a potência e o desejo de vida;

Aos familiares dos moradores crônicos do HJM, que se dispuseram a dividir comigo suas concepções e suas dificuldades, enriquecendo as reflexões nesta pesquisa;

Ao meu pai Arnaldo R. Bezerra Filho, um apaixonado pelos livros, por ser meu mestre, orientando-me na vida e profissionalmente, pelas preciosas contribuições feitas com a leitura atenta deste trabalho, por seu exemplo de competência, profissionalismo,

aposta na melhoria da qualidade da atenção ao portador de transtorno mental e, acima de tudo, pelo seu apoio e imenso amor;

À minha mãe Maria Adelaide de A. Guedes, pelo estímulo ao crescimento profissional, com seu exemplo pessoal de dedicação à profissão, mas principalmente, pelo colo, carinho e amor incondicional, por me ensinar a ter fé em Deus e incentivar a ser sempre uma pessoa melhor no mundo com seu exemplo de bondade e solidariedade;

Ao meu irmão Cristiano, por me mostrar que vale a pena se dedicar aos estudos, com perseverança, esforço e determinação, pelo exemplo do brilhante profissional que é, buscando fazer e dar sempre o seu melhor. Por sua sensibilidade, pela união que promove em nossa família e por me amar e acreditar em mim;

Ao meu irmão Arnaldo Neto, meu grande amigo, pelo seu exemplo de responsabilidade e luta pelos seus ideais. Por seu sorriso encantador, por contagiar e tornar a vida mais fácil com sua alegria, pelo ensinamento de que precisamos uns dos outros, por me motivar, pela sua torcida e por seu amor imensurável;

A Romero, querido companheiro e pessoa fundamental na reta final deste trabalho, pela paz que me proporciona, pelo incentivo e amor dedicado a mim;

Aos amigos da base de pesquisa que gentilmente ofereceram suas contribuições, em especial, à Prof^a. Dr^a. Ana Karenina Amorim que se mostrou sempre afetuosa e disponível em ajudar;

Ao amigo André Luis Leite, com quem compartilho muitos risos e que com prontidão e atenção leu este trabalho e me ajudou a seguir com firmeza;

À amiga Luana Pereira, companheira do estágio no HJM, com quem pude compartilhar meus questionamentos e ótimos encontros;

Aos meus familiares, com destaque, às minhas queridas avós Marinete e Lenira pela vibração a cada passo dado;

Às minhas queridas amigas pela presença calorosa em minha vida, em especial, à Paula Miranda pela presteza em me auxiliar com as traduções necessárias;

À Secretaria de Assuntos Estudantis/SAE, em especial, ao Departamento de Assistência ao Estudante/DEAE da UFRN, pela compreensão e apoio à minha qualificação;

Às psicólogas, colegas de trabalho e amigas, Danielle Garcia e Poliana González, pessoas que me apóiam e com quem partilho ótimos momentos e reflexões instigantes;

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a construção desta dissertação.

Sumário

Lista de figuras	xi
Lista de tabelas	xii
Lista de siglas	xiii
Resumo	xiv
Abstract	xv
Introdução	16
1. O nascimento do hospital e dos moradores crônicos	19
2. História e dados atuais da Reforma Psiquiátrica brasileira	27
2.1. Situação dos moradores crônicos no Brasil e no Rio Grande do Norte	38
3. Procedimentos metodológicos da pesquisa de campo	56
3.1. Etapa 1: Delineamento do perfil dos moradores crônicos do HJM	56
3.2. Etapa 2: Entrevistas semi-estruturadas com técnicos do HJM	57
3.3. Etapa 3: Entrevistas abertas com familiares e moradores crônicos	58
4. Resultados e análise	60
4.1. Delineamento do perfil dos moradores crônicos do HJM	60
4.1.1. Comentários sobre o perfil geral do morador crônico do HJM e os fatores geradores de cronicidade	67
4.2. Entrevistas semi-estruturadas com técnicos do HJM	73

4.3. Entrevistas abertas com familiares e moradores crônicos do HJM	94
4.3.1. Familiares	94
4.3.2. Moradores crônicos	100
5. Considerações Finais	105
5.1. Com a licença de falar na primeira pessoa.....	111
6. Referências	112
Apêndice	117

Lista de figuras

Figura		Página
1	Leitos Psiquiátricos SUS por ano (dezembro/2002 – dezembro/2006)	34
2	Carga global de doença 1990-2020 por grupo de enfermidade em países em desenvolvimento	39
3	Série histórica Leitos Psiquiátricos SUS no Brasil, de 2002 a outubro 2008	48
4	Ocupação laborativa anterior à hospitalização dos moradores crônicos do HJM	60
5	Curatela dos moradores crônicos do HJM	62
6	Fonte de renda anterior à hospitalização dos moradores crônicos do HJM	64
7	Motivo da internação dos moradores crônicos do HJM	65
8	Diagnóstico inicial dos moradores crônicos do HJM	66
9	Diagnóstico atual dos moradores crônicos do HJM	66
10	Dificuldades técnico-assistenciais e sociais para a desinstitucionalização	83
11	Dificuldades econômicas, culturais e familiares para a desinstitucionalização	85

Lista de tabelas

Tabela		Página
1	Rede CAPS por tipo e indicador CAPS por 100.000 habitantes – Brasil	35
2	Projeção dos beneficiários potenciais do processo de desinstitucionalização	51
3	Aspectos positivos e negativos do SRT segundo técnicos do HJM	80
4	Aspectos necessários à desinstitucionalização segundo técnicos do HJM	85
5	Significado do diagnóstico segundo familiares dos moradores crônicos do HJM	97
6	Impressão da vida externa aos muros do hospital psiquiátrico pelos moradores crônicos do HJM	100
7	Conhecimento acerca do benefício social pelo morador crônico do HJM	102

Lista de siglas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APTAD	Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Tabagismo, Álcool e Outras Drogadições
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HJM	Hospital Dr. João Machado
HJM/SAME	Setor de Arquivo Médico/HJM
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNASH/ Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
SBS	<i>Social Behavioural Schedule</i>
SESAP	Secretaria de Saúde Pública
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

Resumo

A existência de moradores crônicos nos hospitais psiquiátricos impõe um desafio à desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica, na medida em que o hospital se coloca como única alternativa assistencial, enquanto não há uma rede de serviços substitutivos suficiente para acolher essa demanda. Considerou-se relevante aprofundar o conhecimento acerca desses sujeitos que passam suas vidas isoladas pelos muros de hospitais psiquiátricos e compõem parcela significativa da população mundial. Objetivou-se investigar a problemática relativa à condição de ser morador de um hospital psiquiátrico – Hospital Dr. João Machado (HJM), na cidade de Natal/RN – por parte dos técnicos, dos familiares e dos moradores, com vistas a: definir o perfil destes; identificar a possibilidade de inserção em equipamentos sociais substitutivos; conhecer as expectativas dos moradores e familiares em relação à desinstitucionalização; investigar as demandas de cuidados e suporte social para viabilizá-la e identificar as dificuldades envolvidas nesse processo. Realizaram-se três etapas metodológicas: delineamento do perfil identificatório, sócio-econômico e clínico dos moradores do HJM; entrevistas semi-estruturadas com técnicos do HJM e entrevistas abertas com moradores e familiares. Constatou-se que a institucionalização psiquiátrica contribui para a geração de moradores crônicos nos hospitais psiquiátricos. Entre os técnicos, destacou-se a defesa pela desospitalização, mas também a existência de discursos institucionalizantes. Os familiares expuseram uma recusa à participação no cuidado e os moradores evidenciaram a vontade de sair do hospital, bem como o desejo de permanência. Verificou-se a importância: da construção de uma rede extra-hospitalar que possibilite a desinstitucionalização; da capacitação da equipe técnica em relação ao exercício de práticas desinstitucionalizantes; da orientação à família, estimulando a participação desta no cuidado; de possibilitar a apropriação de suas vidas pelos sujeitos em sofrimento mental e a expressão de seus desejos e opiniões e da efetivação de uma clínica ampliada instauradora de uma subjetividade pautada na inclusão social.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Hospital Psiquiátrico; Institucionalização; Cronicidade.

Abstract

The existence of chronic inhabitants in the psychiatric hospitals imposes a challenge to the Psychiatric Reform, that proposes things such as the gradual and progressive way to extinct mental institutions, once the permanence of the hospital in the system is only necessary because there is not a net of well structured substitute services capable of receiving that demand. This work considered relevant to deepen the knowledge about those people who passes their lives jailed by the walls of psychiatric hospitals and compose significant part of the world population. It also aimed to investigate the problem relative to the condition of being an inhabitant of a psychiatric hospital – the Dr. João Machado Hospital (HJM), in the city of Natal/RN. The paper used different points of view (patients', families' and professionals') to define the profile of the inhabitants, to identify the possibility of insertion in substituting social equipment, to know the expectations of the inhabitants and their relatives regarding to the exit of the life shelter, to investigate the demands related to the net of cares social support for making feasible the discharge and to identify the difficulties that are involved in the exit of the chronic inhabitant of the hospital. There were defined three methodological phases: delineation of the identification, socio-economic and clinical profile of the inhabitants of the HJM; semi-structured interviews with professionals; and open interviews with inhabitants and family. It concluded that the psychiatric institutionalization contributes to the generation of chronic inhabitants in the psychiatric hospitals. Among the professionals, it was detached the defense of desospitalization, but an existence of devices of the asylum model. The relatives showed a resistance to participate in the care and the inhabitants exposed their desire to leave the hospital, as well like the wish of permanence. It was considered important: the construction of an extra-hospital net that enables to desinstitutionalization; the qualification of the technical; orientation to the family, stimulating its participation in the process of caring; give freedom to the individuals in mental suffering, enabling them to be ahead of their lives and express their desires and opinions; the implementation of an extended clinic that is capable of building new possibilities; and a subjectivity guided by the social enclosure.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Psychiatric Hospital; Institucionalization; Chronicity.

Introdução

A idéia da realização deste trabalho surgiu através de uma experiência pessoal que possibilitou entrar em contato com a realidade dos moradores crônicos do Hospital Dr. João Machado/HJM, em Natal/RN, durante um estágio extra-curricular no curso de graduação em Psicologia. Foi despertado um incômodo com essa parcela da população que sofre de transtornos mentais e, principalmente, da exclusão social e do abandono à própria sorte dentro de hospitais psiquiátricos.

De antemão, vale esclarecer que o conceito de crônico utilizado neste trabalho coincide com a definição sócio-institucional de “asilar” em Carneiro e Rocha (2004), a saber: o morador de uma instituição de modo permanente que apresenta ou não sintomas da doença, ou seja, aquele que rompeu o sistema de trocas com a sociedade, restringindo-se às relações mantidas dentro do hospital psiquiátrico. Considera-se que a cronicidade é um fenômeno de causa multifacetada, incluindo características próprias da psicopatologia do transtorno mental, bem como os efeitos institucionalizantes da moradia em hospital psiquiátrico; nesse sentido, é importante destacar que o presente trabalho enfatiza e discute a institucionalização na Saúde Mental e seus conseqüentes fatores geradores de cronicidade.

Algumas constatações e questões foram mobilizadas em relação à atenção que é dada a esses moradores, tanto dentro do hospital, quanto em seu exterior: a presença de muitas dificuldades que perpassam uma possível saída para um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), a ausência de perspectivas de vida marcadamente verificada nesse contexto e a inexistência de alternativas na cidade de Natal que possibilitem uma

inserção social e um modo de estar no mundo com dignidade e direitos de cidadão. Foi com forte envolvimento e sensibilização que se delineou este trabalho. A pesquisa com moradores crônicos se mostra necessária, pois este público-alvo se configura como um grande desafio para o sistema de atendimento à saúde, uma vez que exige uma atenção continuada e ininterrupta. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) corroboram afirmando que a cronicidade se configura como um ponto que evidencia a impotência da Psiquiatria através da existência concreta dos manicômios que expõe sua impossibilidade de encontrar a “solução-cura” para esses sujeitos.

Considerou-se de fundamental relevância a construção de conhecimento relativo aos crônicos residentes de hospital psiquiátrico, esperando-se contribuir com reflexões e proposições para a qualidade da atenção dada a esses sujeitos, mais especificamente, aos do HJM na cidade de Natal/RN, buscando-se promover a mudança de paradigma, com a ruptura de preconceitos e formas instituídas de pensar, agir e lidar com os portadores de transtornos mentais.

Em função disso, investigou-se a problemática relativa à condição de ser morador de um hospital psiquiátrico, por parte dos próprios residentes, dos familiares e da equipe técnica. Foram realizados os seguintes objetivos específicos do estudo:

1. Definir o perfil dos moradores crônicos e o histórico de internação psiquiátrica;
2. Investigar as demandas em relação à rede de cuidados e de suporte social para viabilizar a desinstitucionalização;
3. Identificar as dificuldades que estão envolvidas na saída do morador crônico do hospital psiquiátrico;
4. Conhecer as expectativas dos moradores crônicos e familiares em relação à desinstitucionalização.

O substrato teórico da pesquisa, os procedimentos metodológicos utilizados e os resultados analisados estão dispostos em quatro capítulos. O primeiro capítulo *O nascimento do hospital e dos moradores crônicos* aborda a história do hospital psiquiátrico, seus efeitos institucionalizantes e geradores de cronicidade. No segundo capítulo, *História e dados atuais da Reforma Psiquiátrica brasileira*, é traçado um panorama da atenção à Saúde Mental e é apresentado um subtópico, *Situação dos moradores crônicos no Brasil e no Rio Grande do Norte*, no qual se expõe a problemática da cronicidade no país e no estado.

O terceiro capítulo, *Procedimentos metodológicos da pesquisa de campo*, expõe o método utilizado na pesquisa e o quarto, *Resultados e análise*, tem três subitens: *Delineamento do perfil dos moradores crônicos do HJM*, referente à primeira etapa metodológica, em que se construiu um perfil geral do crônico residente do HJM; *Entrevistas semi-estruturadas com técnicos do HJM*, relativo ao segundo momento da pesquisa quando se entrevistou os técnicos responsáveis pelos crônicos, possibilitando a escuta daqueles que convivem e exercem significativa influência na vida desses sujeitos; e *Entrevistas abertas com familiares e moradores crônicos do HJM*, o qual mostra os resultados das conversas informais realizadas com os próprios moradores e com alguns familiares cuja localização foi possível.

Por fim, apresentam-se as considerações finais do presente trabalho que procuram oferecer algumas reflexões e proposições consideradas importantes para avançar na qualidade da atenção à Saúde Mental, mais especialmente, aos moradores crônicos de hospital psiquiátrico.

1. O nascimento do hospital e dos moradores crônicos

A conjuntura sócio-cultural de dado momento histórico exerce significativa influência na definição de conceitos que classificam o comportamento humano, o que caracteriza a construção do conhecimento científico, evidenciando o poder que a ciência exerce sobre a vida social ao determinar o rumo da vida de um sujeito de acordo com a categoria em que este se encaixe (Foucault, 1978).

É sabido que a loucura está presente na sociedade desde os seus primórdios, pois trata de expressão do comportamento humano. Em Platão, era objeto de reflexão da Filosofia em busca de conhecimento e no século XVII passou a constituir a parcela desviante da população que deveria ocupar os grandes espaços de internamento (Amarante, 1996). Observa-se, desta forma, que a classificação de anormalidade é específica de um contexto social e cultural em que se atribui ao diferente do padrão o conceito de doente, portanto, o que é tido como patológico poderia em outro tempo ser qualificado como normal.

Os portadores de transtornos mentais, com o surgimento da Psiquiatria, foram classificados como doentes e a eles foram atribuídas formas de tratamento que promoviam a exclusão e o isolamento social, através da medicalização e da psiquiatrização. Uma leitura sócio-histórica evidencia a exclusão dos “doentes mentais” por destoarem da maioria dos indivíduos, expressando comportamentos que geravam desordem social e não eram úteis ao sistema produtivo, já que em uma sociedade que passa a ser regida pela produção, aqueles que não estão aptos a produzir são excluídos.

Severo e Dimenstein (2009) apontam que o sujeito não adaptado às normas e regras sociais termina sendo colocado à margem do processo produtivo. Utilizam

Basaglia (2005) para referenciar tal afirmação, uma vez que este assegura que desde o século XVIII a ciência aplicou códigos para definir como anormalidade as expressões de comportamento que não se encaixavam ao que era exigido pelo processo produtivo, traduzindo como anormal o que muitas vezes era resultado das relações de exploração e dominação na sociedade capitalista.

A influência do contexto social da época no surgimento de classificações diagnósticas e seus respectivos tratamentos são claros na história do Brasil, quando no século XIX surgiu a necessidade de se organizar uma política de assistência psiquiátrica, a fim de solucionar uma problemática em relação ao reordenamento do espaço urbano. De acordo com Belmonte (1998), com a chegada da Família Real e a corte portuguesa no Rio de Janeiro, em 1808, houve várias transformações políticas e econômicas, as quais repercutiram no crescimento do país, em especial, naquela cidade.

(...) a criação do hospício está diretamente relacionada ao crescimento e ao reordenamento da cidade (urbanização) e à necessidade de recolhimento dos habitantes desviantes que perambulam pelas ruas: os desempregados (imigrantes principalmente, que não aceitam as condições de trabalho existentes), os mendigos, os órfãos, os marginais de todo tipo e os loucos – os quais são recolhidos aos Asilos de Mendicância e de Órfãos, administrados pela Santa Casa de Misericórdia. (Belmonte, 1998, p. 11)

Esses habitantes, inclusive aqueles que eram considerados problema de saúde pública, como os tuberculosos e leprosos, eram todos colocados num espaço único sem qualquer diferenciação de suas peculiaridades e origens, prática que acarretava um tratamento desumano e inadequado, levando, por vezes, à morte de sujeitos. Os manicômios, bem como os sistemas prisionais surgiram então com a finalidade de disciplinar os indivíduos considerados como não socializáveis.

No Brasil, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico da América Latina – Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. A construção do Hospício Pedro II, segundo Jorge (1997), teve “como princípio básico um duplo afastamento do louco do meio urbano e social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão” (p. 35).

Verificou-se que continuaram se fazendo fortemente presentes os maus-tratos e a ausência de um tratamento terapêutico, já que a loucura não tinha adquirido ainda o status de doença, o que ocorreu posteriormente através da influência européia, principalmente francesa, em que, em fins do século XVIII, o médico Philippe Pinel conferiu à loucura a qualidade de doença, tornando-a objeto da nova especialidade médica, a Psiquiatria.

A entrada dos médicos na administração efetiva dos asilos foi propiciada em 1890, com a proclamação da República (Piccinini, 2005). Esse tratamento médico foi assim caracterizado:

o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta moral. E isto sobre a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Ele é, no asilo, o agente das sínteses morais. (Foucault, 1954/1984, p. 82)

A partir de 1890, foi observada a expansão da assistência psiquiátrica pública no Brasil. Até 1930 foram construídas e/ou reformadas instituições asilares, tais como o Hospital da Praia Vermelha, as Colônias da Ilha do Governador, o Manicômio Judiciário e a construção de pequenas casas residenciais na colônia do Engenho de Dentro. Essas obras não conseguiram solucionar os problemas da grande demanda aos serviços de assistência, os quais se restringiram, até 1941, ao Rio de Janeiro. Em 1950,

o discurso muda, passando do predomínio do modelo preventivista, que preconizava a higiene, a profilaxia mental e a eugenia, para o organicista, relacionado com o surgimento das terapias biológicas, como as eletroconvulsoterapias, as psicocirurgias e os psicofármacos.

Independente do discurso, o que se constata é que o hospital psiquiátrico surgiu e se consolidou na história como uma instituição de controle de comportamento, ao passo que tanto na estrutura física quanto no modo de lidar com os portadores de transtornos mentais se verificam meios de coerção geradores de violência. Identificam-se nas instituições psiquiátricas os opressores e oprimidos, caracterizados pela equipe dirigente do manicômio e pelo grupo dos internados – os portadores de transtornos mentais –, os primeiros modelam e os segundos são objetos de procedimentos modeladores (Goffman, 1987).

Essas instituições denominadas, segundo Goffman (1987), por Instituições Totais se caracterizam principalmente por serem estabelecimentos fechados que privam os indivíduos da liberdade, funcionando sob regime integral de internação, nas quais o grande grupo de internos fica subordinado a um grupo menor que exerce o gerenciamento administrativo e dirige autoritariamente a instituição.

A privação destes indivíduos numa instituição, num mundo que lhes é alheio em que ficam submetidos a regras gerais irredutíveis que não levam em conta as singularidades dos internos provoca o enfraquecimento ou, na maioria das vezes, o rompimento das relações sociais de amizade, de trabalho e familiar, resultando na impossibilidade de uma reorganização e recomposição de sua vida, ou seja, uma ausência de futuro, gerando conforme Silva (2004) a “invisibilidade social” (p. 22). Observa-se que a lei geral é a normatização dos internos, destituindo-os de sua

cidadania na medida em que lhes são retiradas suas possibilidades de expressar opiniões, desejos e potencialidades de vida.

A instituição psiquiátrica ao passo que abriga os portadores de transtornos mentais promovendo o asilamento e a exclusão vai se constituindo como a “casa” destes, não obstante, uma casa em que não existe a apropriação pelos moradores, mas sim pela equipe de trabalho que ocupa o lugar de “donos da casa”. A equipe de trabalho de quem os pacientes passam a depender mostra-se também cronificada pela lógica manicomial e sustenta seu trabalho através desta relação de dependência dos pacientes por ela. Efetiva-se então a estruturação de uma lógica que produz disciplina e domesticação dos corpos (Gomes, Wachs & Jardim, 2004), resultando na violência simbólica que se soma à física, na medida em que os muros são altos, o lugar é sombrio, os pacientes ficam isolados em enfermarias junto com tantos outros, todos com o mesmo uniforme, sem condições mínimas de higiene, sem direito a voz, nem vez, devendo apenas se enquadrar na ordem estabelecida pelos que têm o poder de fazê-lo.

Tal enquadramento alude à mortificação da subjetividade das pessoas, a primeira mutilação do eu, a barreira que as instituições totais impõem entre o indivíduo internado e o mundo externo. Essa separação, a perda do seu nome, a obrigação de realizar uma rotina diária imposta e, muitas vezes estranha a ele, e a perda da privacidade compõem algumas das mutilações e mortificações do eu na instituição psiquiátrica (Goffman, 1987).

Ações que no mundo externo em geral o indivíduo pode realizar sozinho com autonomia, dentro do hospital psiquiátrico já não pode fazê-lo, tem de estar sempre acompanhado por alguém da equipe dirigente e com horários determinados para simples tarefas do cotidiano, como tomar banho, ter horário para se alimentar e, entre outros,

para dormir. A impossibilidade de executar esse tipo de competência pode provocar, de acordo com Goffman (1987), uma renúncia à própria vontade do internado.

Nas instituições que se centram no controle do comportamento, como hospitais psiquiátricos, prisões e conventos, há a nítida divisão entre aqueles que possuem o poder e impõem as regras e os que devem obedecer. Esta relação, esclareceu Basaglia (1985), opera outra, a de opressão, violência e exclusão destes pelos que detém o poder. No hospital psiquiátrico, o saber científico é a autoridade máxima que justificou a necessidade de isolar os portadores de transtornos mentais.

O doente mental “é o único doente que não tem direito de ser doente porque é definido como ‘perigoso para si mesmo e para os outros, e causa de escândalo público’” (Basaglia, 1985, p. 15). Presentifica-se aí a violência técnica que foi base na estruturação dos manicômios e que destituiu os doentes mentais, na medida em que objetivava fundamentalmente adaptar os indivíduos à condição de objetos e, na maioria das vezes, objetos de violência pelo modo como se utilizava a intervenção médica. Segundo Costa (1984), “os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se unicamente pela hipótese de uma causalidade biológica o que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade” (p. 72).

A maneira como se deu, ou melhor, se dá essa gestão diante da doença mental expõe a coisificação desses sujeitos e ainda resulta no modo como a própria doença mental irá se expressar. Se o portador de transtorno mental sofre a violência da objetualização, da coisificação de sua condição de ser humano, expressa-se naturalmente como um gerador de violência, o que acaba se configurando, para a sociedade, como uma justificativa para a necessidade de mantê-lo preso e excluído do ambiente social já que “é” violento e oferece perigo à sociedade. É importante destacar que não se está discutindo o desencadeamento da agressividade pelas características próprias da

psicopatologia do transtorno mental, mas sim, observando que o funcionamento do hospital psiquiátrico gera e/ou agrava a violência do internado, verificando-se graus extremos de violência e inadequação de comportamento nos portadores de transtornos mentais.

Goffman (1987) acrescenta ainda uma concepção de poder modelador, instaurado e repressivo do eu, ao passo que as relações estabelecidas dentro do manicômio se baseiam na regulação, ordenação e controle da vida dos internados pelos que ocupam a posição de detentores do poder. Como efeito desse tipo de relação, aponta uma aguda tensão psicológica para os indivíduos internos enquanto tentam reagir. No entanto, com o passar do tempo, o indivíduo se torna desiludido ou com sentimento de culpa por não conseguir escapar dessa forma de interação e, desse modo, a mortificação do eu passa a provocar certo alívio psicológico, resultando na conformação com o que está posto e consolidando uma tática de adaptação, ou seja, uma maneira do indivíduo enfrentar a tensão entre o mundo original e o institucional e tentar se adaptar ao mundo da instituição e às ordens da equipe dirigente.

Cita-se como exemplo a intransigência do internado em geral – os presos comuns, os internos escolares, os militares e os portadores de transtornos mentais – ao desafiar intencionalmente a instituição, negando-se visivelmente a cooperar com a equipe. Em consequência, a equipe, assim que percebe tal conduta, impõe sua força a fim de eliminá-la e, desta feita, segue-se em geral a tática da colonização, na qual o mundo externo é usado como ponto de referência para demonstrar que a vida no interior da instituição é desejável, ocasionando a redução da tensão entre os dois mundos (Goffman, 1987).

Observa-se que a vida dentro de um hospital psiquiátrico não possibilita outra lógica que não seja a manicomial, em que são cotidianamente abolidas a autonomia, a

individualidade e a subjetividade, gerando a cronificação dos sujeitos que passam a assumir o lugar de dependência em relação à instituição, uma vez que lhes são roubadas as possibilidades de expressar desejos e capacidade de escolhas, restando-lhes assumir uma posição passiva diante da ordem institucional imposta.

2. História e dados atuais da Reforma Psiquiátrica brasileira

O presente capítulo busca oferecer um panorama do contexto nacional e local relativo à história da Psiquiatria e à Reforma Psiquiátrica, evidenciando a influência das experiências internacionais de crítica ao modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico e o modo como se coloca a política de Saúde Mental vigente.

A Reforma Psiquiátrica, inspirada no modelo italiano liderado por Franco Basaglia, evidenciou os princípios de desospitalização e desinstitucionalização, apontando para a necessidade de mudar a atenção centrada exclusivamente no saber psiquiátrico e na exclusão do doente mental do convívio familiar e social para a inserção deste na sociedade, garantindo seus direitos de cidadão e ser sociável¹.

No Brasil, foi no fim dos anos 1970 e início dos anos 1980 que surgiu um momento de crítica ao modelo vigente de assistência ao portador de transtorno mental e se inaugurou o movimento da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1997). Em 1978, constituiu-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que passou a denunciar os maus-tratos, a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia da rede privada de assistência e o abandono, criticando o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico de assistência (Delgado et al., 2007).

O MTSM torna-se o primeiro e mais importante ator no contexto de renovação no campo de saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que sob o título de reforma psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas. (Amarante, 1997, p. 163)

¹Há vários trabalhos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para maiores detalhes, consultar Amarante (1995).

De acordo com Machado (2005), era necessário, além de humanizar os hospícios e melhorar o ambiente manicomial, reinserir o portador de transtorno mental no convívio social, permitindo o resgate de sua cidadania. Destacando-se que o movimento pela Reforma Psiquiátrica se caracterizou por apresentar mais claramente a necessidade de transformação na Psiquiatria, superando o âmbito estritamente técnico ou administrativo e alcançando questões de ordem política, social e cultural, ou seja, não bastava desospitalizar, mudar apenas no nível físico ou técnico, mas sim, desinstitucionalizar, que compreende um nível mais complexo de mudanças essencialmente políticas, de rompimento com o paradigma excludente e desumano.

As práticas desinstitucionalizantes priorizam a qualidade de vida e a inserção social, sendo bastante distintas das segregatórias aplicadas em hospitais psiquiátricos. Busca-se a implantação de mecanismos de base comunitária que abarquem a complexidade da Saúde Mental, a vivência da diferença, não mais a busca enfática pela normalidade e, nesse sentido, não é suficiente desospitalizar, mudar o endereço, mas sim a imprescindível adoção de uma política de inclusão do portador de transtorno mental na sociedade; é preciso desinstitucionalizar! (Carneiro & Rocha, 2004).

A desinstitucionalização se configura como um “processo crítico-prático” (Rotelli et al., 2001, p. 30) que reorienta a instituição e o modo de lidar com a loucura, uma vez que o objeto de atenção deve deixar de ser a doença em si, passando a ser a experiência de existência e sofrimento do sujeito portador de transtorno mental. O objetivo da atenção em vez de ser a cura estrita no espaço do manicômio em que não há trocas sociais, deve ser a produção de vida, a inserção social através da utilização dos espaços coletivos da comunidade, lugar em que se instauram e multiplicam as relações sociais. “Se a relação com ‘a doença’ tem sempre como referência um hospital,

ambulatório etc, a relação de desinstitucionalização requer a relação com um território” (Rotelli et al., p. 30).

O conceito de território no contexto da desinstitucionalização ultrapassa a designação estrita de uma área geográfica, abarcando o conjunto de pessoas, instituições, serviços e tudo o mais que fizer parte da comunidade, no sentido de compor uma rede que articule os diversos equipamentos sociais para garantir a atenção à Saúde Mental de modo a promover a “emancipação das pessoas com transtornos mentais” (Delgado et al., 2007, p. 57).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira apesar de ter se inspirado no modelo italiano que enfatizava a desinstitucionalização, tem avançado na desospitalização, mas ainda precisa desenvolver muito os movimentos desinstitucionalizantes. Em relação aos avanços, vale destacar o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1987, na cidade de São Paulo, no mesmo ano em que ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, que inaugurou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Destaca-se também a intervenção na Casa de Saúde Anchieta – hospital psiquiátrico famoso pelos maus-tratos – em Santos/SP, no ano de 1989, criando os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), as cooperativas, as residências para egressos e as associações, evidenciando a concreta possibilidade de uma Reforma Psiquiátrica (Delgado et al., 2007).

É digno de nota o Projeto de Lei 3.657, de 1989, do deputado Paulo Delgado que consolidava um debate nacional sobre o princípio da superação do modelo psiquiátrico vigente, na proporção em que dispunha acerca da extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. “A partir do ano de 1992, os movimentos sociais,

inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental” (Ministério da Saúde, 2005, p. 8).

Os países da América Latina e Caribe, inspirados pelo respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais, bem como pelo reconhecimento da importância de promover a assistência na comunidade, comprometeram-se ao assinar a Declaração de Caracas, na década de 1990, a melhorar a atenção à Saúde Mental, buscando principalmente dois grandes objetivos: a superação do modelo hospitalocêntrico e o combate à exclusão que acomete as pessoas portadoras de transtornos mentais.

Constatou-se que a assistência na comunidade era possível e melhor quanto ao custo-benefício em relação ao modelo hospitalar tradicional, exigindo-se vontade política, atribuição de recursos proporcional à demanda da Saúde Mental local e capacidade técnica para programar o que fosse necessário. Não obstante, verificou-se que o acesso aos serviços substitutivos continuava sendo uma dificuldade na medida em que, em alguns países, a maioria da população que é portadora de transtorno mental não entrou em contato com nenhuma forma de atenção que não fosse o hospital psiquiátrico. Além disso, observou-se que ainda se faziam presentes práticas abusivas nos hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2001, foi aprovado um substituto do texto do projeto do deputado Paulo Delgado, resultando na Lei nº 10.216/2001, proposto pelo senador Sebastião Rocha. Destaca-se que essa lei, apesar de não contemplar o cerne do projeto – a progressiva extinção dos manicômios – é a maior conquista da luta antimanicomial iniciada no Brasil nos anos 1970, uma vez que defende a evitação da internação prolongada e a redução das internações compulsórias, visando uma maior integração do paciente com

sua família e com a sociedade, exigindo desta, portanto, responsabilidade, compreensão e aceitação do portador de transtorno mental como ser humano com seus direitos de cidadão.

Com o intuito de mudar a situação das práticas iatrogênicas ainda presentes, em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) inseriu a Saúde Mental na agenda política internacional, evidenciando a necessidade de atenção nesse âmbito e, a partir disso, foram desenvolvidas várias estratégias novas para planejamento, execução e monitoramento de ações em Saúde Mental.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se juntou a estes esforços da OMS e, em conjunto com os países, tem trabalhado intensamente nos últimos anos no desenvolvimento de políticas, planos e serviços, bem como na atualização da legislação da saúde mental e a promoção dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental (Ministério da Saúde, 2005)².

Nesse sentido, a OMS estabeleceu que a assistência aos portadores de transtornos mentais deveria ocorrer na comunidade e impôs o redimensionamento da estrutura de hospitais psiquiátricos ainda existentes. Os hospitais psiquiátricos deixaram de ser a única referência no trato à Saúde Mental, ganhando ênfase os mecanismos extra-hospitalares. O governo brasileiro afirma então que objetiva reduzir de modo progressivo os leitos psiquiátricos e expandir a rede extra-hospitalar – CAPS, SRTs e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) –, além da inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica e da implantação de uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Destacam-se as seguintes metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde: implantação do “Programa De Volta Para Casa”, o qual “dispõe sobre a regulamentação

² Para mais detalhes consultar:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1

do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação)³; formação continuada e permanente de recursos humanos para Reforma Psiquiátrica; incentivo à participação no cuidado pelos familiares e próprios pacientes; superação do modelo do Manicômio Judiciário, garantindo tratamento digno e de qualidade ao portador de transtorno mental infrator; e, avaliação contínua dos hospitais psiquiátricos através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria, 2002).

As formas substitutivas de cuidado contribuíram para diminuir o número de internações e consultas ambulatoriais convencionais e o processo de desinstitucionalização de sujeitos com longo tempo de internação foi impulsionado com a criação do “Programa De Volta Para Casa”. Constituíram-se então ações dos governos federal, estadual e municipal para realizar a transição do modelo de atenção hospitalocêntrico para o de base comunitária (Delgado et al., 2007). Houve, com isso, uma tendência à mudança no destino dos recursos humanos e financeiros, antes substancialmente destinados aos centros hospitalares, passando agora para a rede de atenção psicossocial.

Nota-se que apesar de ainda insuficientes, os recursos financeiros destinados à Saúde Mental têm aumentado a cada ano, alcançando, segundo o Ministério da Saúde, o total de 2,4% do orçamento global da saúde, destacando-se que uma maior porcentagem de recursos do SUS está sendo destinada para ações extra-hospitalares no território, o que culminou na inversão da pirâmide financeira, posto que desde 2005 “a atenção

³ Para mais detalhes consultar: <http://pvc.datasus.gov.br>

comunitária superou o componente da atenção hospitalar (no final de 2007, 63,35% para extra-hospitalar e 36,65% para hospitalar)” (Ministério da Saúde, 2009, p. 9).

Considera-se que essa mudança é um primeiro passo de muitos outros a serem dados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, principalmente no que concerne à desinstitucionalização. Entretanto, é válido frisar estes avanços, pois basta lembrar que os gastos hospitalares já chegaram a 93,14% do total de recursos da saúde no ano de 1997. Essa inversão de gasto entre o aparato hospitalocêntrico e a rede extra-hospitalar pode ser constatada com a progressiva diminuição de leitos psiquiátricos e o aumento do número de serviços substitutivos.

Os principais mecanismos responsáveis pela avaliação e diminuição dos leitos psiquiátricos são o PNASH/Psiquiatria, instituído em 2002, e caracterizado por um processo avaliativo sistemático dos hospitais psiquiátricos brasileiros; e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH, 2004), sendo este responsável por uma estratégia de redução progressiva e fixada dos leitos por meio dos macro-hospitais. Por meio desses programas, além do fortalecimento de uma rede de atenção extra-hospitalar, foi possível reduzir e substituir significativamente os leitos psiquiátricos, em especial os de longa permanência, bem como fechar manicômios em péssimas condições de funcionamento (Delgado et al., 2007).

Dessa forma, entre os anos de 2002 e 2006 foram reduzidos 11.826 leitos psiquiátricos em todo o território brasileiro (ver Figura 1). Além disso, foram criados mais de 1000 CAPS de variados tipos; mais de 500 SRTs; instalação de HPHGs e Centros de Convivência na Comunidade (Ministério da Saúde, 2007).

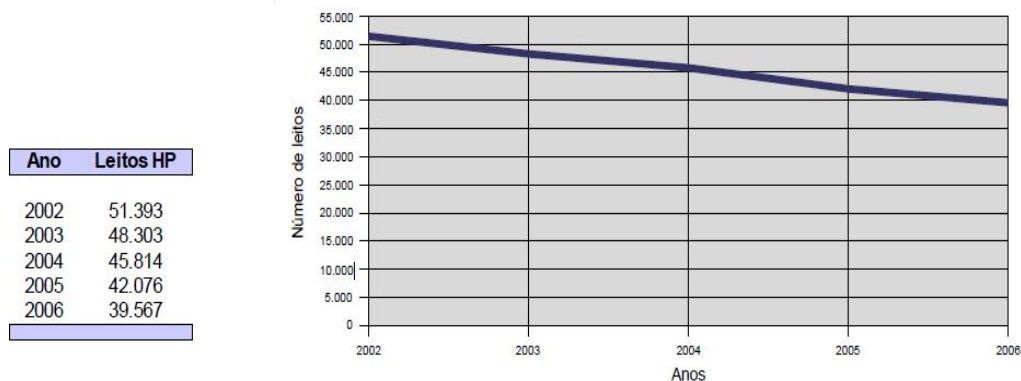


Figura 1. Leitos Psiquiátricos SUS por ano (dezembro/2002 – dezembro/2006).

Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004-2005, PRH/CNES (Ministério da Saúde, 2007).

A expansão da rede de atenção extra-hospitalar é desafio permanente para a Política Nacional de Saúde Mental. No ano de 2008, foram implantados 170 novos CAPS, totalizando o número de 1.326 CAPS cadastrados em todo o país, passando de 21% para 55% a cobertura em Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2009). A Tabela 1 mostra a rede CAPS por tipo e indicador CAPS por 100.000 habitantes no Rio Grande do Norte (RN) e no Brasil, verificando-se que o RN apresenta um bom indicador em relação ao panorama nacional. Este ano foi concluído com 514 Serviços Residenciais Terapêuticos e 3.193 beneficiários do “Programa De Volta Para Casa”. (Ministério da Saúde, 2009).

Tabela 1

Rede CAPS por tipo e indicador CAPS por 100.000 habitantes – Rio Grande do Norte e Brasil

UF	População	CAPS					Total	Indicador
		I	II	III	i	ad		CAPS/100.000 hab
RN	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Brasil	189.612.814	618	382	39	101	186	1326	0,55

Fonte: Tabela construída com base em tabela da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Estimativa Populacional 2008 (Ministério da Saúde, 2009, p. 20).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil promoveu, então, diversas mudanças na assistência psiquiátrica aos portadores de transtornos mentais, como destaca o Ministério da Saúde ao implementar a Política de Saúde Mental, visando a desinstitucionalização e a reinserção social. Destaca-se na reestruturação da assistência psiquiátrica a atenção aos moradores de hospital psiquiátrico que perderam os vínculos familiares e sociais e representam um número significativo da clientela dos hospitais psiquiátricos estimado atualmente em aproximadamente 13.000 crônicos no Brasil. Esta clientela impôs a necessidade de se pensar estratégias diferenciadas no processo de mudança assistencial para abarcar seu processo de desinstitucionalização, contemplando, por exemplo, a questão da moradia. Foi nesse sentido que ocorreram experiências de sucesso em Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ, Porto Alegre/RS, Ribeirão Preto/SP e Santos/SP, “as quais foram base para a elaboração das portarias N° 106/2000 e N° 1220/2000 que criam o Serviço Residencial Terapêutico e regulamentam seu funcionamento” (Fonsêca, 2005, p. 23).

Apesar desses avanços, destacam-se ainda muitos desafios que se impõem à Reforma Psiquiátrica, como: a efetivação da política de atenção integral em álcool e

outras drogas e para crianças e adolescentes; concretização da intersetorialidade; implantação de novos SRTs; expansão dos CAPS III; qualificação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais; intensificação de ações em Saúde Mental na Atenção Básica; e aumento de processos de formação e pesquisa. Os desafios abarcam desde questões do âmbito político a problemáticas sócio-culturais bastante relevantes (Ministério da Saúde, 2009).

O Ministério da Saúde vem realizando vários encontros entre os diversos setores interessados no campo da Saúde Mental, a fim de discutir e enfrentar os desafios postos à desinstitucionalização. Em junho de 2008, ocorreu o I Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades, convocado pelo Ministério da Saúde, pela Prefeitura de Campinas e pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no qual gestores de Saúde Mental dos 22 maiores municípios do Brasil, profissionais e docentes do campo da Saúde Mental discutiram e propuseram soluções para questões emergentes. Ao final do dia de trabalho, escreveram um documento denominado Carta de Campinas, apresentando considerações, recomendações e compromissos firmados em relação aos quatro eixos selecionados como principais no âmbito da Saúde Mental, a saber: o manejo das crises e regulação da porta de internação (urgência e emergência); a rede e a articulação com a Atenção Básica; o uso de álcool e outras drogas; e a população de rua.

Do conteúdo do documento, ressalta-se a recomendação quanto à rede e à articulação com a Atenção Básica em que se propõe dentre outras coisas a “adoção de estratégias culturais de intervenção na cidade e de articulação com as ações de cultura no território” (Carta de Campinas, 2008, p. 4), o que pode ser considerado um benefício para os moradores crônicos de hospitais psiquiátricos, posto que seria uma alternativa e uma via facilitadora de inserção destes no meio social e cultural, tendo em vista que o residente crônico impõe a necessidade de uma atenção diferenciada que não se restringe

aos serviços de saúde, mas diz respeito aos grupos comunitários, cooperativas de trabalho, Centros de Convivência e Cultura.

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que fazem parte da rede de atenção substitutiva em Saúde Mental, devendo articular a vida cotidiana com a cultura ao oferecer espaços de trocas sociais, produção cultural e intervenção na sociedade (Delgado et al., 2007).

O desafio relativo aos moradores crônicos se efetiva devido à presença de um quantitativo enorme desta clientela nos hospitais e a alta incidência de reinternações sucessivas, fatos bastante evidentes no contexto atual da atenção à Saúde Mental no país. Isto ocorre pela dificuldade do acesso aos serviços de saúde, posto que a rede extra-hospitalar ainda é insuficiente para a demanda de Saúde Mental. A esse respeito, Porto (2003) ressalta o porquê do alto índice de internação em hospitais psiquiátricos, evidenciando a ineficácia do sistema psiquiátrico dominante:

Pode-se, assim, destacar que os principais problemas que envolvem a predominância do tratamento das enfermidades mentais em hospitais psiquiátricos são: a falta de planejamento para a atenção devida à demanda; a ausência de unificação e integração dos serviços; o fato de que os serviços não garantem a continuidade dos cuidados e a verificação da progressão da doença ou a melhoria do paciente, limitando-se a atuar nos casos de surtos; a despersonalização da atenção, o que desfavorece qualquer compromisso ético ou profissional dos implicados no tratamento e a ausência de mecanismos democráticos que possibilitem a participação dos usuários, de suas famílias e da sociedade nos procedimentos de programação, desenvolvimento e avaliação da eficiência e qualidade dos tratamentos psiquiátricos dispensados (p. 14).

Foi pensando neste desafio do processo de Reforma Psiquiátrica, ou seja, na existência de moradores crônicos de hospital psiquiátrico e na dificuldade de acolher essa demanda, que se construiu o tópico 2.1 deste capítulo, buscando delinear esta situação no Brasil e no estado do RN.

2. 1. Situação dos moradores crônicos no Brasil e no Rio Grande do Norte

As condições crônicas, tais como as doenças não transmissíveis, distúrbios mentais de longo prazo e algumas doenças transmissíveis como HIV/AIDS são um dos maiores desafios para a assistência em saúde no mundo, segundo relatório da OMS (2003).

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem. (OMS, 2003, p. 5)

A OMS e a OPAS vêm registrando uma preocupação gradativa nos últimos anos com as doenças crônicas no mundo inteiro. Segundo relatório de 2003,

As crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de um certo nível de cuidados permanentes. Além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes:

- Estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas.
- Representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes.
- Causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país.
- Podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (OMS, 2003, p. 15).

Há também uma indicação, como mostra a Figura 2, de que os transtornos mentais representavam 9% das enfermidades crônicas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e uma estimativa de aumento para 14%, em 2020.

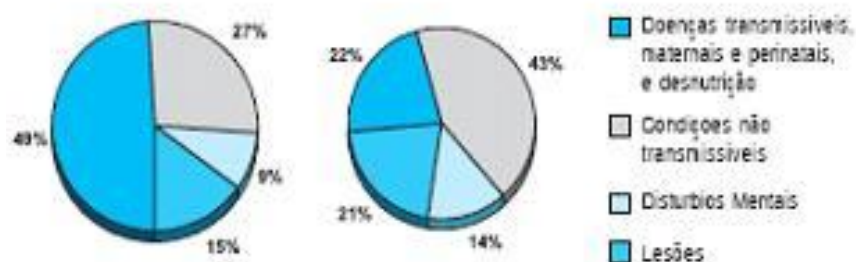


Figura 2. Carga global de doença 1990-2020 por grupo de enfermidade em países em desenvolvimento.

Fonte: Murray & Lopez (1996, citado por OMS, 2003).

A OMS criou um projeto intitulado “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”, a fim de estabelecer um modelo abrangente para atualizar os serviços de saúde com vista a tratar as condições crônicas, objetivando-se abarcar tanto a prevenção quanto o gerenciamento de doenças em todos os âmbitos da saúde. Destaca que evidências em todo o mundo “sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao

autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhoras. As evidências também demonstram que sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos” (OMS, 2003, p. 7).

Atitudes fundamentais foram elencadas para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas, são elas: apoiar uma mudança de paradigma que deve deixar de ser pautado unicamente pelo atendimento às doenças agudas; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no paciente e na família; apoiar os pacientes em suas comunidades; e, enfatizar a prevenção. É digno de nota que tanto as pequenas alterações quanto as mudanças em todo o sistema são importantes para possibilitar uma transformação no cuidado com os crônicos.

Em relação aos países em desenvolvimento, coloca-se que a atenção primária deve ser organizada para poder realizar a prevenção e o gerenciamento das condições crônicas, pois se entende que se o sistema de saúde se estrutura de maneira eficaz, oferecendo informações, apoio e monitoramento aos pacientes, contribui para uma maior adesão por parte dos pacientes ao tratamento de longo prazo, proporcionando assim melhor qualidade de vida aos mesmos.

Os transtornos mentais, principalmente a depressão e a esquizofrenia, incluíram-se nas doenças crônicas, uma vez que, em geral, são distúrbios que se tornam crônicos, dada a necessidade de acompanhamento contínuo por longo prazo. Além disso, chama-se atenção para o fato de que, segundo a OMS (2003), até 2020 o índice de depressão na população só será superado pelo das doenças cardíacas, representando um percentual de 60% da carga global de doenças.

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo... Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica. (OMS, 2003, p. 19)

Levando-se em consideração esse alarmante quadro, faz-se necessário apontar o gerenciamento das doenças crônicas e os impactos dessas na sociedade. Observa-se que os efeitos das condições crônicas ultrapassam a questão meramente econômica, que também não é pequena, e atingem toda a estrutura que cerca o paciente. A família deixa de contar com um dos membros para as atividades e para a contribuição no orçamento, além da responsabilidade que tem de assumir com o cuidado do paciente. Esse, por sua vez, perde a capacidade laboral e com a incapacidade geralmente associada ao transtorno mental vai perdendo as ocupações e os vínculos sociais. Os sistemas de assistência à saúde precisam se estruturar para acompanhar esse paciente e arcar com as despesas no custo do tratamento, o que gera insatisfação por parte de muitos profissionais, pois a incapacidade e a morbidade associada à doença crônica resultam numa sensação de desperdício de investimento dada a ausência de resultados positivos.

A OMS (2003) propõe uma estratégia para retratar os sistemas de saúde e estruturar a forma de atendimento. Divide o sistema em níveis, são eles: o nível micro, referente ao paciente; o meso, que corresponde às organizações de saúde e à comunidade; e o macro, relativo à política. Ressalta que esses níveis interagem e se influenciam dinamicamente uns aos outros. “Segundo esse esquema, os pacientes respondem ao sistema do qual recebem cuidados; as organizações de saúde e as

comunidades respondem às políticas que, por sua vez, influenciam os pacientes. E, esse circuito de retroalimentação se mantém indefinidamente” (OMS, 2003, p. 34). Esses três níveis precisam operar em consonância para que os sistemas de saúde atuem de forma eficaz e os pacientes apresentem melhoras nos quadros clínicos e na qualidade de vida.

Em nível micro há estudos mostrando que pacientes portadores de doenças crônicas reagem positivamente a serviços que utilizam técnicas de aconselhamento, educação, autogerenciamento e ainda aqueles que envolvem os pacientes nas tomadas de decisão em relação ao planejamento do próprio tratamento. Quanto aos serviços de saúde e comunidade – nível meso – observa-se a falta de ferramentas e perícia, falha na prevenção e ausência de conexão com a comunidade como grandes entraves a uma atenção eficaz aos crônicos.

A OMS (2003) expõe o estudo ATLAS 2001 sobre doenças mentais que revelou, em relação ao nível macro que:

- Mais de 40% dos países não possuem uma política de saúde mental;
- Mais de 30% dos países não apresentam um programa de saúde mental;
- Cerca de 1/3 dos países não tem um orçamento para a saúde mental.

Entre aqueles que o possuem, aproximadamente 1/3 gasta menos de 1% de toda a dotação orçamentária para fazer face à saúde mental (p. 39).

Ressalta-se, desta forma, a necessidade de dar conta das exigências que as doenças crônicas impõem ao sistema de saúde, uma reforma nos três níveis: micro, meso e macro, a fim de que se possa contar com uma transformação na forma atual de atender a essa demanda. É importante atentar para a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, considerando-os participantes ativos no tratamento, como potenciais de produção de saúde.

Os pacientes com problemas crônicos precisam de maior apoio, não apenas de intervenções biomédicas. Necessitam de cuidado planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Esses indivíduos precisam de atenção integrada que envolva tempo, cenários da saúde e prestadores, além de treinamento para se autogerenciarem em casa. Os pacientes e suas famílias precisam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes para a prevenção ou gerenciamento eficaz das condições crônicas. (OMS, 2003, p. 46)

Os crônicos de longo tempo de permanência em hospitais psiquiátricos carregam consigo efeitos deletérios da institucionalização, sendo um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica promover a ressocialização desses sujeitos. Mesmo fora dos muros do hospital psiquiátrico, o paciente apresenta as limitações de comportamento e convívio social dado o isolamento e exclusão sofridos por significativo tempo.

No Brasil, há uma estimativa de que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em Saúde Mental, o que corresponde a um contingente de aproximadamente cinco milhões de pessoas, em função de transtornos severos e persistentes, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva. Somado a isso, consta que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em Saúde Mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. Porém, destaca-se que somente 2,4% do orçamento anual do SUS são destinados à Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2005).

O Ministério da Saúde atenta para o desafio da reintegração social de pessoas com histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos, estimados em 25 a 30% do total dos leitos ocupados hoje no país. Em 2005, existiam 42.036 leitos psiquiátricos

do SUS distribuídos em 228 hospitais psiquiátricos pelas unidades federativas; já em 2008, esse número caiu para 36.797 (Ministério da Saúde, 2009).

O RN ocupa a sétima colocação no *ranking* da cobertura CAPS/100.000 habitantes por Unidade da Federação, contando com vinte e seis CAPS em todo o seu território (Ministério da Saúde, 2009). De acordo com o Governo do Estado e a Secretaria de Saúde Pública (SESAP), ainda existem 732 leitos psiquiátricos disponíveis. Destes, 160 são do Hospital Dr. João Machado, 220 da Casa de Saúde Severino Lopes e 131 na Clínica Santa Maria, em Natal, 200 leitos na Casa de Saúde São Camilo de Lellis, em Mossoró, e 21 na Casa de Saúde Milton Marinho, em Caicó – antigo hospital psiquiátrico que está passando por reformas gradativas para se transformar num CAPS III seguindo diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Nota-se que, apesar da rede de atenção em Saúde Mental ainda ser insuficiente, houve avanços que podem ser apontados durante o processo de Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Norte, como a existência em Natal de cinco CAPS (dois CAPS II, dois CAPSad e um CAPSi); um ambulatório; um Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Tabagismo, Álcool e Outras Drogadições (APTAD); além de dois SRTs; e, a discussão, pela SESAP, do projeto de implantação de mais de 60 leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Leitos em hospitais da Grande Natal podem ainda ser disponibilizados, como no Deoclécio Marques, em Parnamirim/RN, Alfredo Mesquita, em Macaíba/RN; e, em Natal, cogita-se a possibilidade do Hospital Santa Catarina entrar no programa, bem como hospitais do interior do estado: o Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros, em São José de Mipibú, o Hospital Regional de Canguaretama, o Hospital Tarcísio

Maia, em Mossoró, o Hospital Regional Hélio Morais Marinho, em Apodi, entre outros em cidades como Caicó e Pau dos Ferros⁴.

O alto índice de leitos psiquiátricos ainda existentes tanto no RN quanto em todo o Brasil representa um contingente enorme de pessoas moradoras dessas instituições que podem se beneficiar com a estratégia do “Programa De Volta Para Casa” e dos SRTs. Por outro lado, é importante observar que, com a redução dos leitos psiquiátricos, os pacientes que anteriormente os ocupavam, especialmente os crônicos, agora necessitam de retaguarda, de cuidados intensivos, de uma rede de suporte que articule serviços substitutivos, comunidade, famílias e equipamentos sociais de uma forma geral. Sem isso, a ocorrência de reinternações sucessivas é bastante evidente no contexto atual da atenção em Saúde Mental no país. É preciso avançar nesses que continuam sendo um dos aspectos mais desafiadores do processo de Reforma Psiquiátrica pelo seu impacto social, ético, econômico e técnico.

Faz-se necessária uma reorganização do cuidado, de modo que a rede extra-hospitalar se consolide para atender a demanda de pacientes que precisam de cuidados contínuos, oferecendo serviços de qualidade e integrais. É preciso, portanto, ampliar a rede de serviços substitutivos, assegurando bom seguimento da atenção, ampliação da cobertura, mecanismos efetivos de integração com os diversos serviços da rede e ações adequadas e permanentes de apoio matricial e capacitação (Ministério da Saúde, 2009). Caso contrário, a lista de candidatos a se tornarem crônicos só irá aumentar e o hospital nunca vai deixar de ser o centro da rede de atenção à saúde.

No caso do RN, mais especificamente, no HJM, existem atualmente 22 crônicos que moram no hospital há mais de dois anos ininterruptos (tempo mínimo para ser considerado crônico residente segundo os critérios da Lei nº 10.708/2003, que cria o

⁴ Para mais detalhes consultar: <http://www.saude.rn.gov.br>

“Programa De Volta Para Casa”). Fora estes, já se constatam que outros nove pacientes estão se tornando crônicos moradores do hospital. A equipe técnica afirma que está empenhada na tentativa de impedir essa ocorrência. Contudo, a equipe tem encontrado dificuldades, principalmente pela ausência de serviços na rede que acolham essa demanda e de implicação da família, gerando sentimento de fraqueza e impotência pela ausência de alternativas.

No estado, observa-se a inexistência ou ineficácia de uma rede de suporte e atenção extra-hospitalar ao paciente. Não se dispõe de CAPS III, leitos em Hospitais Gerais e de emergência suficientes, Centros de Convivência e Cultura, Casas de Passagem, muito menos de uma articulação eficaz da rede de serviços substitutivos e da Atenção Básica de saúde. Em outras palavras, não são oferecidos serviços que dêem suporte à crise de forma eficaz, fazendo com que o hospital psiquiátrico se mantenha como centro de captação desses pacientes.

A cronificação também se consolida pela ausência de tratamento e esclarecimento sobre a necessidade de acompanhamento continuado, pelos conflitos familiares, por comorbidade com drogas, por determinação judicial, pelo uso irregular de medicação, por desinformação sobre os transtornos mentais. Acrescentam-se ainda os problemas decorrentes do imaginário que associa o portador de transtorno mental à periculosidade, à marginalidade e à agressividade, gerando intolerância e violência para com o sujeito em sofrimento mental, o que expõe a necessidade de mudança na estrutura dos serviços e de ruptura com o paradigma que exclui, segrega e marginaliza, devendo-se promover uma desinstitucionalização que é, fundamentalmente, um processo ético, como conclui Amarante (1996):

A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação

ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa – prática e teoricamente – novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos (p. 115).

A problemática de moradores crônicos de hospital psiquiátrico se consolida ao mesmo tempo como um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica, por dar sentido e exigir a existência do “asilo”, enquanto não há outro serviço que acolha essa demanda, e um impulsionador da Reforma Psiquiátrica, uma vez que expõe a necessidade da criação de alternativas para esses pacientes, estimulando, portanto, a ampliação da rede de atenção à Saúde Mental. O Censo Psicossocial dos Moradores dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, realizado pela Secretaria de Saúde, foi bastante importante para aprofundar os processos de desospitalização de onde se tem o maior número de pacientes psiquiátricos do país, configurando-se, nesse sentido, como um potencial para expansão da rede de Serviços Residenciais Terapêuticos e de incremento de beneficiários para o “Programa De Volta Para Casa” (Ministério da Saúde, 2009).

A Saúde Mental foi incluída no Pacto pela Vida (2008) – compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira – promovendo, no início do ano de 2008, a formulação de indicadores para a pactuação dos gestores estaduais, resultando na ênfase à adesão ao novo modelo de atenção à Saúde Mental, priorizando os CAPS e o processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, mostrando como estes últimos precisam ser foco de atenção.

A mudança da atenção passa primeiramente pela reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, a qual estabelece a redução programada e pactuada de leitos que

foi instituída pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH, criado pela Portaria GM 52, de 20 de janeiro de 2004) e o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria, criado pela Portaria GM 251, 31 de janeiro de 2002). O Relatório de Gestão de 2008 coloca que até outubro de 2008 mais de 1.191 leitos psiquiátricos foram descredenciados do SUS, como se verifica na Figura 3 (Ministério da Saúde, 2009).

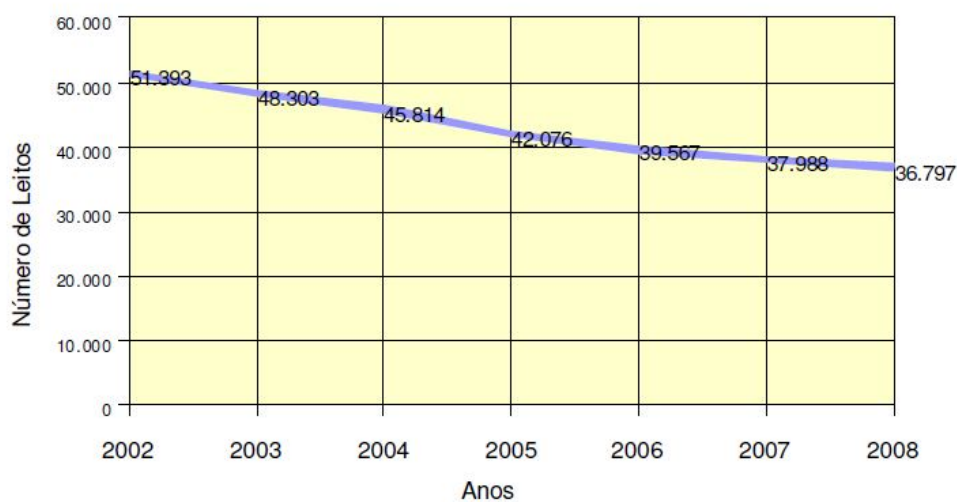


Figura 3. Série histórica dos leitos psiquiátricos do SUS no Brasil, de 2002 a outubro 2008.

Fontes: Em 2002-2003, SIH-SUS, Área Técnica de Saúde Mental e Coordenações Estaduais de Saúde mental. Em 2004-2008 – PRH/CNES (Ministério da Saúde, 2009).

No Brasil, configura-se também como um desafio as várias críticas ao processo de desinstitucionalização por parte de profissionais ou de prestadores de serviços e uma delas diz respeito à redução de leitos e a conseqüente desassistência dos pacientes, argumentando-se que os portadores de transtornos mentais estão sendo abandonados à própria sorte. Nesse sentido, é de fundamental importância que os gestores se comprometam a seguir o que se propõe, ou seja, promover uma redução de leitos pactuada e programada, a fim de que a assistência seja assegurada, através de serviços

que venham a substituir o modelo asilar e não, simples e radicalmente, a excluí-lo. O Relatório de Gestão 2008 e a Carta de Campinas (2008) apontam que a ausência de CAPS III e a falta de assistência em hospitais gerais provocam essa desassistência, evidenciando a necessidade de avançar nesses pontos.

É digno de nota, portanto, que essa redução no número de leitos psiquiátricos é fundamental para a reestruturação da atenção dada aos portadores de transtornos mentais, tendo em vista que combate o isolamento e a exclusão social. Não obstante, ressalta-se que esta diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos só deve se dar em paralelo à ampliação da rede extra-hospitalar, de modo que os pacientes não fiquem desassistidos, mas sim, possam ser atendidos em seu meio familiar, comunitário e social, possibilitando um tratamento humano que resgate sua autonomia e promova a reinserção social.

(...) uma rede aberta e diversificada de atenção à saúde mental deve ser implantada, com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, ações de saúde mental na atenção básica e programas de inclusão social pelo trabalho. Deste modo, a redução de leitos psiquiátricos no país segue um determinado ritmo, que deve andar junto com a expansão dos serviços comunitários de atenção à saúde mental. (PNASH/Psiquiatria, 2002; PRH, 2004)⁵

No sentido de uma redução de leitos de forma graduada, verifica-se uma tendência a existência de leitos em hospitais de pequeno porte (em 2002, 24,11% dos leitos psiquiátricos estavam em hospitais de pequeno porte e, em 2007, 43,98%) o que foi promovido pelo PRH (2004), que possibilitou a mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, contribuindo para uma melhor qualidade de

⁵ Para mais detalhes consultar:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354

atendimento e reduzindo problemas significantes e característicos dos hospitais de grande porte, como o isolamento, a baixa atenção e o longo tempo de permanência (Ministério da Saúde, 2009).

Atualmente, além das críticas à desospitalização e desinstitucionalização, observam-se vários desafios à Reforma Psiquiátrica, como: a ainda baixa adesão ao “Programa De Volta Para Casa”, que apresenta como principais dificuldades a ausência de documentação civil e de moradia; a insuficiência de SRTs para a grande demanda a este tipo de serviço; dificuldades políticas; e, entre outras, a baixa adesão de associações de pacientes e familiares, acrescentando dificuldades a mais ao complexo problema de reinserção social dos pacientes de longa permanência (Ministério da Saúde, 2009).

Em relação aos pacientes de longa permanência, foram realizados no país vários censos, a fim de oferecer um maior conhecimento dos perfis social e clínico do morador crônico. Esta pesquisa, apesar de bem menos abrangente, também tem o intuito de contribuir para definição deste perfil, restringindo-se, entretanto, aos moradores de um hospital psiquiátrico do estado do RN. O Relatório de Gestão de 2008 apresenta um quadro (ver Tabela 2) que expõe um número aproximado de moradores de hospitais psiquiátricos, isto é, de pacientes com mais de um ano ininterrupto de internação, conforme foi considerado pelo Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, em 2008, o que gera um total de 12.896 pacientes residindo em hospitais psiquiátricos no Brasil (Ministério da Saúde, 2009).

Tabela 2

Projeção dos beneficiários potenciais do processo de desinstitucionalização

Origem dos pacientes	Número de pacientes
Censo Psicossocial de São Paulo	6349
Pacientes de hospitais com 100% de moradores (A)	1292
Pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos Brasil (Exceto SP e A; Estimativa MS, 2008)	5255
Total	12896

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Censo Psicossocial, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2008)

Os pacientes egressos de longas internações psiquiátricas ou moradores são os beneficiários em potencial do “Programa De Volta Para Casa”, o qual constitui o auxílio-reabilitação psicossocial através do depósito do auxílio nas contas bancárias dos próprios beneficiários, por meio de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal, possibilitando a reintegração social e a (re)conquista dos direitos civis (Ministério da Saúde, 2009). Acrescenta-se ainda que é “uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia” (Delgado et al., 2007, p. 50).

O Relatório de Gestão 2008 também atenta para o fato de que a adesão ao “Programa De Volta Para Casa” é dependente da criação de SRTs que abranjam essa população. A criação desses serviços que constituem uma das bases do processo de desospitalização e desinstitucionalização enfrenta desafios que “vão desde questões políticas (convencimento dos gestores locais para a implantação dos módulos) até questões sócio-culturais significativas (como as necessidades específicas dos moradores, suas demandas de reabilitação psicossocial, as relações que se estabelecem no contexto das cidades, dentre outras). No entanto, atualmente, o impasse com relação

ao custeio mensal das residências tem sido um dos maiores obstáculos para a expansão dos SRTs” (Ministério da Saúde, 2009, p. 16).

Outro pilar para o processo de desinstitucionalização é o novo papel que deve assumir o Hospital Geral, inserindo leitos psiquiátricos e se disponibilizando para realizar a atenção às emergências em Saúde Mental. Hoje, de acordo com o Relatório de Gestão de 2008, existem no país 2.568 leitos psiquiátricos, distribuídos em 415 Hospitais Gerais, havendo no RN dois hospitais gerais com quatro leitos psiquiátricos entre eles.

O ainda baixo número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais é resultante de várias dificuldades que a política de Saúde Mental enfrenta, entre elas, destacam-se: a concepção por parte dos profissionais de hospitais gerais de que os portadores de transtornos mentais precisam de tratamento diferenciado, como um ambiente físico amplo e refeitório, já que se sentem bem fisicamente e, portanto, não ficam no leito, exigindo-se um grande investimento financeiro para essa adequação do espaço físico; a necessária qualificação profissional, posto que os profissionais não se sentem preparados para lidar com o sofrimento psíquico, sendo importante um treinamento e constante reciclagem da equipe para atender a essa clientela; e, entre outras, a presença do preconceito entre os profissionais e os pacientes, entre os quais predomina a idéia de que “lugar de louco é no hospício” (Mion & Schneider, 2003, p. 4).

Teme-se que os pacientes com transtornos mentais possam ser agressivos no hospital geral, corroborando com a rotulação destes enquanto sujeitos agressivos, violentos e perigosos; não obstante, é importante destacar que esses temores não se confirmam nos países desenvolvidos, nos quais há o funcionamento de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Ressalta-se que a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais possibilitaria a redução do estigma, uma vez que o portador de

transtorno mental passaria a ser visto como os outros; já os hospitais psiquiátricos tradicionais acirram a diferença e o estigma. Além disso, observam-se vantagens, como: o menor tempo de permanência; facilidade de acesso a outros especialistas e a recursos no caso de intercorrências de problemas orgânicos; interdisciplinaridade na atenção; e, entre outras, facilidade no contato com a família e a comunidade (Botega & Dalgalarrodo, 1997).

Outro aspecto que merece destaque é que o asilamento se configura como uma realidade solucionadora de problemas para as pessoas de baixo poder aquisitivo, tendo em vista que as famílias geralmente não possuem as condições mínimas necessárias para viver com dignidade e menos ainda para cuidar do portador de transtorno mental (Mion & Schneider, 2003, p. 4). Nesse sentido, o hospital psiquiátrico se mostra como importante alternativa e a manutenção deste se torna conveniente tanto para as famílias quanto para a instituição hospitalar, que tem vantagens, principalmente, de cunho financeiro. Entretanto, ressalta-se que as famílias não podem ser culpabilizadas por tal situação, uma vez que também são vítimas da falência do sistema social e econômico vigente. Diante do exposto, pontua-se que é estritamente necessário promover mudanças não só nos serviços de saúde, mas também na estrutura social.

O interesse do hospital ocorre, como apontado, principalmente em termos financeiros, uma vez que o direcionamento de recursos públicos é dado pelo número de leitos ativos no hospital, sendo a internação em instituição total fonte segura de obtenção de lucros por parte dos proprietários. Todo hospital psiquiátrico em nível nacional trabalha por diárias, recebendo para cada paciente internado a respectiva Autorização de Internação Hospitalar (AIH), enquanto os hospitais gerais faturam por procedimento realizado, o que já oferece a conotação do hospital psiquiátrico como um

local de abrigo e justifica o interesse da longa permanência, pois quanto mais diárias o paciente tiver, maior o faturamento do hospital em cima dele.

Destacam-se dados referentes ao estado do RN sobre o faturamento do Hospital Dr. João Machado para se pensar essa problemática em nível local. De acordo com informações fornecidas pelo serviço de estatística do Setor de Arquivo Médico (HJM/SAME), na competência do mês de abril de 2009, o HJM recebeu do estado o valor de R\$ 168.140,80, referente aos 30 dias do mês de abril, com 198 leitos ativos. Ressalta-se que o faturamento é enviado pelo setor administrativo do HJM para o município, que envia para o DATASUS no Rio de Janeiro, o qual repassa o dinheiro para o município, que por sua vez paga ao estado. O valor é proporcional ao número de dias em que o leito ficou ativo, variando, portanto, o valor para cada internação. Atualmente, o valor da diária corresponde a R\$ 41,41, sendo, portanto o custo para o estado manter um paciente morando no HJM, em um mês de 30 dias, equivalente a R\$ 1.242,43.

Tal aspecto é relevante para se refletir um possível interesse do estado em internações de longo prazo, contrariando a lógica vigente da atenção que deve ser dada aos pacientes portadores de transtornos mentais e corroborando com a coisificação desses sujeitos, uma vez que podem estar sendo tomado como objetos para meros fins lucrativos, o que é uma realidade lamentável.

Ressalta-se, no entanto, que a Reforma Psiquiátrica através do PNASH/Psiquiatria (2002) e do PRH (2004) altera o modo de lidar com as diárias hospitalares em Psiquiatria. Passam a receber incentivos financeiros, por meio de novos valores de diárias hospitalares, aqueles hospitais que estejam efetivando a redução dos leitos, diminuindo seu porte e melhorando a qualidade no atendimento, segundo

avaliação dos PNASH/Psiquiatria (Delgado et al., 2007), evidenciando uma mudança importante para evitação de interesses pelas internações de longa permanência.

Feita essa breve explanação acerca das condições crônicas e da situação da atenção à Saúde Mental no Brasil e no RN, apresentam-se, em seguida, os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa.

3. Procedimentos metodológicos da pesquisa de campo

A investigação foi realizada no Hospital Dr. João Machado (HJM) que se localiza no município de Natal e é referência na assistência à Saúde Mental para o estado do Rio Grande do Norte. Os participantes dessa investigação foram vinte moradores crônicos do HJM, cinco familiares que ainda mantêm vínculos com os pacientes e doze profissionais de referência dos pacientes crônicos, ou seja, aqueles que são responsáveis pelas enfermarias dos crônicos ou o foram em outro momento, sendo ainda referência para estes pacientes. Ressalta-se que esta pesquisa recebeu autorização da Direção Geral da instituição para ser realizada. Metodologicamente, lançou-se mão das seguintes etapas, estratégias e ferramentas:

3.1. Etapa 1: Delineamento do perfil dos moradores crônicos do HJM

Realizou-se a leitura dos prontuários para definir o perfil identificatório, sócio-econômico e clínico de vinte moradores crônicos e o histórico de internação psiquiátrica, bem como foi feito um mapeamento do contexto familiar e social, através dos dados dos prontuários e de informações obtidas em entrevistas abertas com alguns profissionais.

Para a delimitação desse perfil tomou-se como referência o “Relatório – Total Geral dos Hospitais” (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro –SMS-RJ, 1995) referente ao censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, o qual objetivou levantar o perfil sócio-econômico e o perfil clínico dos pacientes internos nos hospitais psiquiátricos daquele município, bem como delimitar os serviços necessários para atender essa clientela específica. O perfil dos moradores do

HJM foi composto a partir de três eixos: dados identificadores, sócio-econômicos e clínicos descritos a seguir:

1. Os dados de identificação abarcaram: idade e gênero de todos os moradores crônicos; naturalidade; moradia anterior à hospitalização; e a ocupação laborativa anterior à hospitalização.
2. Os dados sócio-econômicos contemplaram: escolaridade; se possuem documentação pessoal; situação em relação ao benefício social (se recebem ou não) e se são curatelados; situação jurídica em relação ao direito penal; tipo de fonte de renda anterior à hospitalização e atual (própria, familiar ou sem renda); situação conjugal; propriedade e características da moradia de referência; número de co-habitantes na moradia de referência; visitas (se recebe e com que frequência); e, licença para sair do hospital.
3. Nos dados clínicos foram investigados: data da primeira internação; tempo transcorrido da data da primeira internação; motivo da internação; grau de autonomia; diagnóstico (inicial e atual); número total de internações psiquiátricas; tempo decorrido desde a última prescrição de medicamentos; tratamentos não psiquiátricos com psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, consulta clínica médica, atividades de grupo e outros.

3.2. Etapa 2: Entrevistas semi-estruturadas com técnicos do HJM

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas orientadas por um roteiro (Apêndice A) com doze profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar, a fim de identificar a percepção que têm acerca da condição de morador de hospital psiquiátrico, que possibilidades vislumbram para os moradores crônicos e as dificuldades que estão envolvidas na desinstitucionalização destes. Ressalta-se que a equipe da enfermagem dos

pacientes homens estava fixa e foram entrevistados: uma psiquiatra, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, um enfermeiro, uma assistente social e um técnico de enfermagem (representando o grupo de técnicos e auxiliares de Enfermagem que atuam na enfermaria) (n = 6). Já a enfermaria feminina estava passando por mudanças na época das entrevistas e não tinha uma equipe determinada, então foram entrevistados profissionais de referência dos pacientes, aqueles que já tinham composto a equipe das moradoras crônicas em outro momento, constituindo também um entrevistado de cada área, totalizando também seis entrevistados.

3.3. Etapa 3: Entrevistas abertas com familiares e moradores crônicos

Realizaram-se entrevistas abertas com os moradores e familiares que mantinham vínculos com os pacientes, buscando-se conhecer as expectativas de saída do hospital e as demandas em termos de assistência e suporte social. Ressalta-se que não foi possível conversar com todos os moradores, pois alguns não interagem verbalmente; nem com todos os familiares, posto que alguns não puderam ser localizados.

Para tanto, utilizou-se como base o estudo qualitativo de Machado, Manço e Santos (2005) que realizou uma investigação com moradores de um hospital psiquiátrico público do interior de São Paulo, analisando as percepções que têm sobre morar no hospital, bem como que perspectivas possuem sobre a possibilidade de sair do hospital. Tendo em vista a abordagem com moradores de hospital psiquiátrico, foram utilizados os aspectos contemplados nessa pesquisa para guiar a presente investigação no HJM, no intuito de:

1. Conhecer a percepção dos moradores e familiares sobre o hospital;
2. Conhecer a impressão que têm da vida extramuros;

3. Verificar se sabem por que estão no hospital, qual o diagnóstico que possuem e o que significa;
4. Analisar se têm conhecimento acerca da aposentadoria, se ganham, com o que gastam e para que serve, quem tem o controle do dinheiro e o que pensam disso;
5. Saber o que pensam a respeito da possibilidade de sair do hospital e seu impacto na vida familiar.

4. Resultados e análise

4.1. Delineamento do perfil dos moradores crônicos do HJM

Os dados de identificação evidenciaram que há 11 homens e 9 mulheres, todos com idade superior a 43 anos, com exceção de um jovem com 28 anos de idade, estando 8 deles com seus dados incompletos.

Dos vinte pacientes, 9 possuem moradias de referência possíveis de serem localizadas, porque o endereço encontrado está completo ou porque a equipe em algum momento localizou a família. Entretanto, 7 possuem endereços incompletos e para 4 pacientes esse dado é desconhecido. Quanto à naturalidade, verificou-se que a maioria é natural do interior do estado, o que corresponde a 13 dos 20 moradores, 3 deles são naturais da capital, 2 de outros estados e 2 possuem esse dado desconhecido. Em relação à ocupação anterior à hospitalização (ver Figura 4), observou-se que 11 realizavam diferentes tipos de trabalho, 1 era estudante, 1 inválido e 7 com esse dado desconhecido.

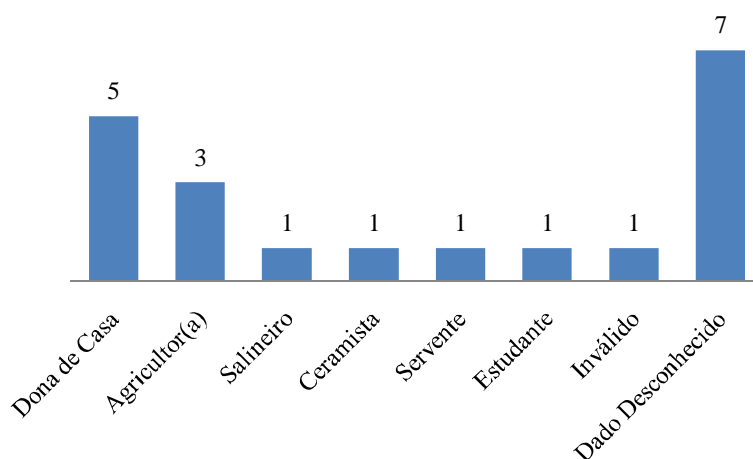


Figura 4. Ocupação laborativa anterior à hospitalização dos moradores crônicos do HJM.

Os dados sócio-econômicos apresentaram os seguintes resultados: todos os moradores são solteiros e não possuem licença para sair sozinho do hospital. Em relação a pessoa de referência, 13 moradores possuem alguém possível de ser localizado e 7 não possuem. Desses 13 moradores, 9 recebem visitas. Os outros onze não são visitados. Como pessoas de referência, constam 10 irmãos (as), 1 filha, 4 mães, 1 sobrinho e 1 prima.

A frequência das visitas recebidas pelos moradores do HJM varia entre quinzenal, mensal, esporádica, rara e oscilante, sendo observado nos prontuários e nas conversas informais com os profissionais que as visitas, em geral, ocorrem quando o familiar precisa fazer o repasse do benefício social ou quando solicitado pela equipe do HJM, não se verificando visitas espontâneas aos moradores crônicos.

Em relação às características da moradia de referência, utilizaram-se para definição os mesmos critérios da pesquisa feita no RJ que foi base para esta pesquisa, a saber: número de cômodos e de moradores. Constatou-se que 15 pacientes possuem esse dado desconhecido e dos outros cinco, três possuem moradias simples, sendo uma com vários cômodos e sete moradores, outra com quatro cômodos e quatro moradores e a terceira com dois cômodos e um morador. Há uma moradia definida como boa, apresentando três cômodos e três moradores e outra precária com dois cômodos e dois moradores.

Verificou-se que todos os moradores crônicos que possuem documentação têm benefício social, o que corresponde a 14 deles, restando 6 que não possuem. Ressalta-se que foi providenciada, no mês de julho de 2009, a documentação que ainda está em trâmite para os dois moradores que ainda não possuem, através do empenho das

assistentes sociais responsáveis, asseguradas pela Lei Federal nº 11.790/08⁶, que garante a emissão de registro tardio. Além disso, estão dando entrada em requerimento de amparo da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) para os mesmos e estão também comprometidas em tentar conseguir a documentação dos outros moradores e, por conseguinte, o benefício social.

Dando continuidade aos dados sócio-econômicos, verificou-se que em relação à escolaridade, seis residentes crônicos são alfabetizados, seis não possuem alfabetização e oito têm esse dado desconhecido, mas se entende que são também não alfabetizados por demonstrarem não saber ler, nem escrever.

Observou-se também a questão da Curatela, a qual é definida por Pereira (1979) como “encargo cometido a alguém, para dirigir a pessoa e administrar os bens de maiores incapazes” (p. 308) e se verificou, como mostra a Figura 5, que sete moradores crônicos são curatelados, sete não são e para seis esse dado não se aplica, pois não possuem benefício social.

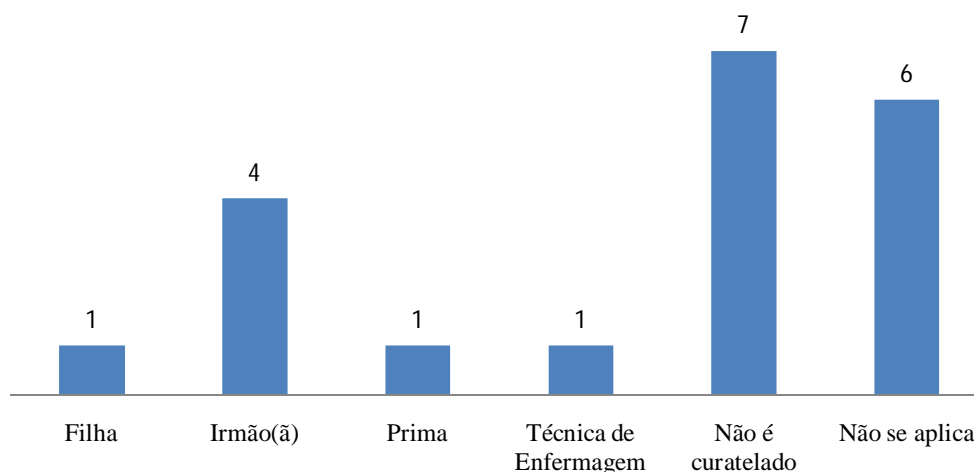


Figura 5. Curatela dos moradores crônicos do HJM.

⁶ Para mais detalhes consultar: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/93091/lei-11790-08>

Observa-se que os sete moradores que não são curatelados têm seus proventos administrados pela assistente social da equipe masculina com orientação e apoio da Promotoria da Saúde. No caso dos curatelados, os proventos são recebidos pelo representante legal, que repassa total ou parcialmente os recursos para serem também administrados pela assistente social, a qual dispõe livro caixa para prestação de contas (à disposição dos pacientes, familiares, representante legal, Promotoria da Saúde e gestores do HJM). Dos 11 residentes do sexo masculino, apenas 3 não possuem Caderneta de Poupança. Os demais tiveram contas abertas em seus nomes na Agência Potiguar da Caixa Econômica Federal. A abertura das contas possibilitou que a Promotora da Saúde atendesse ao pedido da equipe de dispensa do instrumento da curatela, que, segundo a equipe, limita as possibilidades de resgate de autonomia dos pacientes.

Investigaram-se também os antecedentes criminais dos 20 moradores crônicos, verificando-se que 6 deles os possuem, 13 não e um tem esse dado desconhecido. Concluindo os dados sócio-econômicos, averiguou-se a fonte de renda anterior à hospitalização que indicou, como mostra a Figura 6, que 4 possuíam alguma atividade remunerada, 5 não e 11 têm esse dado desconhecido.

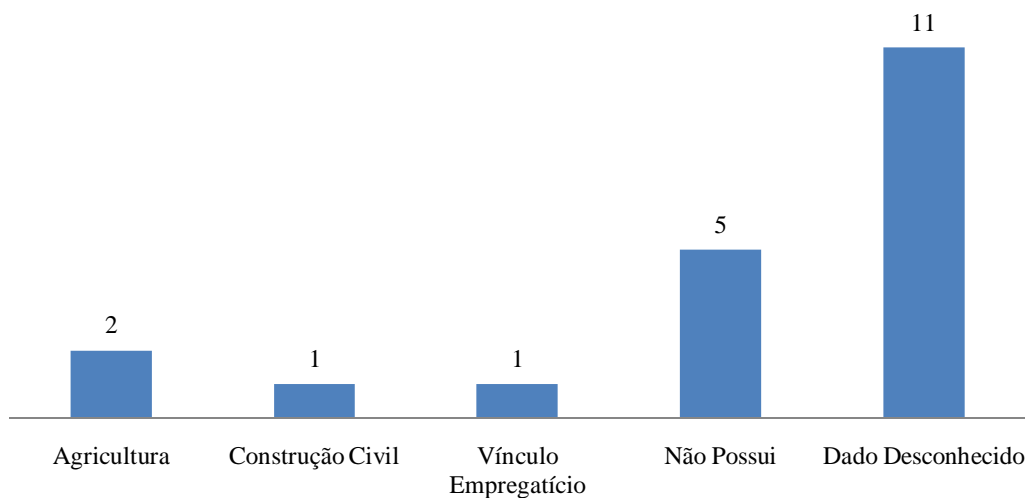


Figura 6. Fonte de renda anterior à hospitalização dos moradores crônicos do HJM.

Em relação à fonte de renda atual, verificou-se que 13 dos 20 moradores crônicos possuem benefício social, 1 é pensionista e 6 não possuem nenhuma fonte de renda.

Os Dados Clínicos evidenciaram que a data da primeira internação desses moradores crônicos do HJM compreende a faixa entre os anos de 1962 a 2002 e, portanto, o tempo de internação dos residentes varia entre 8 e 48 anos. O número de internações alterou no intervalo de 1 a 24 ocorrências e para esse critério houve seis pacientes com o dado desconhecido. Os motivos das internações, que foram dados na anamnese feita pelo psiquiatra plantonista no momento da internação, foram bastante variáveis, estando presentes na Figura 7 todas as razões encontradas, destacando-se que um mesmo paciente pode ter recebido mais de um dos motivos elencados e que a categoria agressividade abrange agressividade à família, a terceiros e na escola.

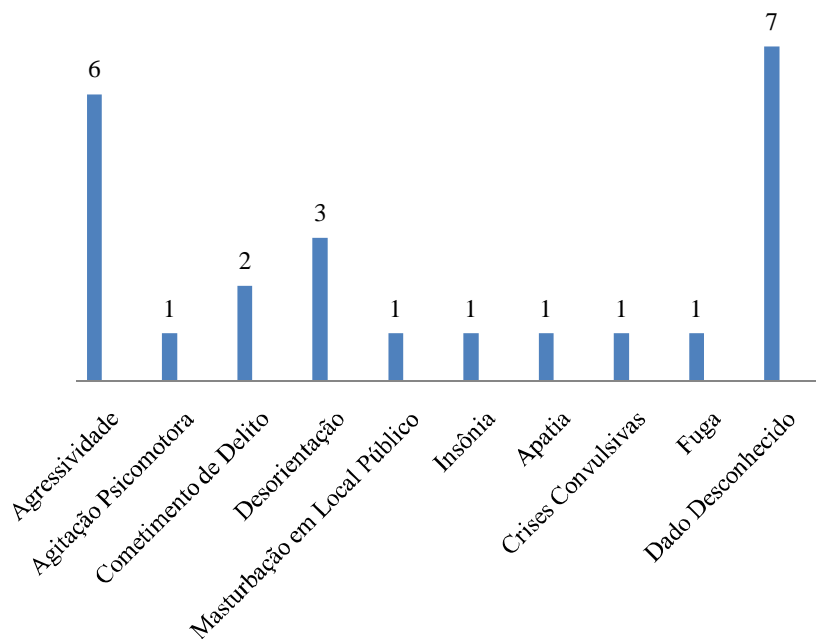


Figura 7. Motivo da internação dos moradores crônicos do HJM.

Outro critério para compor o perfil clínico abarcou o conceito de autonomia, entendida como a capacidade de realizar atividades pessoais independentemente, como higiene e alimentação, observando-se que apenas 4 desses 20 moradores crônicos não a possuem, segundo a equipe técnica responsável.

Quanto à prescrição medicamentosa realizada pelo médico psiquiatra, constatou-se que a atualização é semanal e em relação à participação em tratamentos não psiquiátricos, observou-se que 11 residentes crônicos não participam de nenhuma dessas atividades regularmente, embora a maioria já tenha participado em algum momento, por exemplo, passeio externo ou atividade na Terapia Ocupacional. Os outros nove moradores participam regularmente de atividades como Grupo Terapêutico em que estão presentes quase todos os profissionais da equipe multidisciplinar masculina responsáveis pelos pacientes, passeios externos para incentivo à ressocialização e a atividades diversas no setor de Terapia Ocupacional.

Em relação ao diagnóstico, observou-se uma variação para alguns pacientes, como se percebe nas Figuras 8 e 9, atentando-se para o fato de que um mesmo paciente pode ter recebido mais de um diagnóstico, tanto inicial quanto atual.

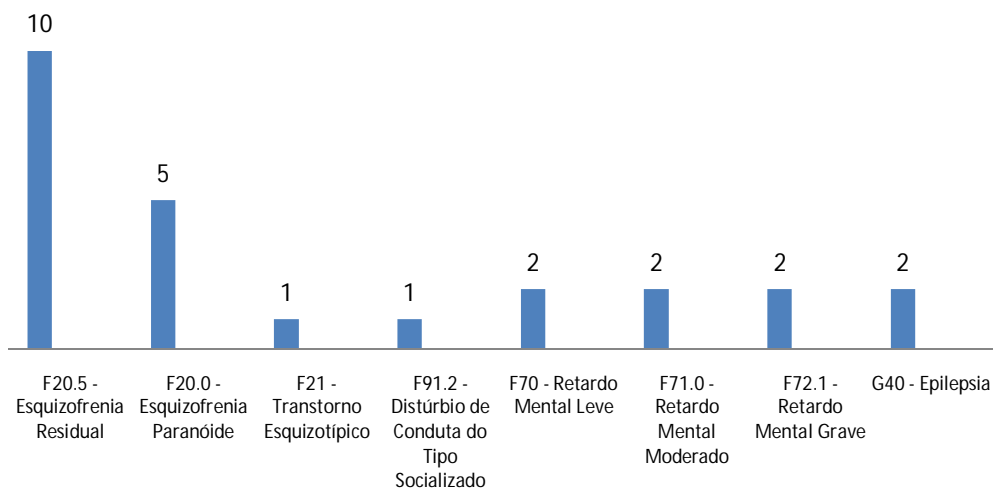


Figura 8. Diagnóstico inicial dos moradores crônicos do HJM.

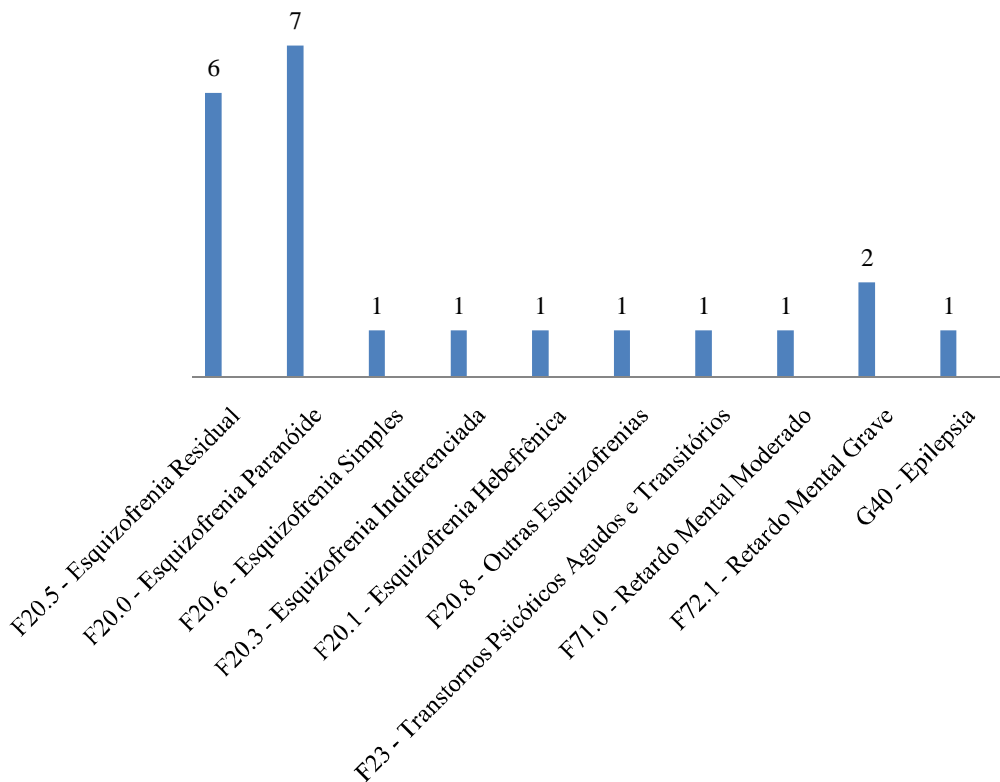


Figura 9. Diagnóstico atual do morador crônico do HJM.

4.1.1. Comentários sobre o perfil geral do morador crônico do HJM e os fatores geradores de cronicidade

Inicialmente, destaca-se que o resultado de que 8 dos 20 moradores crônicos não possuem os seus dados de identificação completos evidencia a pouca atenção dada ou a irrelevância em relação a conhecer minimamente o sujeito, uma vez que dados simples são incógnitos, atestando o descaso e a coisificação humana, ou seja, a deshistoricização como efeitos institucionalizantes verificados nos manicômios (Basaglia, 1974).

A ciência diante da doença mental “limitou-se, de certo modo, a defini-la, catalogá-la e geri-la” (Basaglia, 1985, p. 104). A relação institucional impõe o poder arbitrário dos técnicos sobre o portador de transtorno mental, a este não cabe nada, não lhe resta nada, sua única alternativa é pertencer ao hospital psiquiátrico, o que lhe confere o estigma independente da doença e por sua vez a perda de valor social, evidenciando o lugar de objeto que ocupa dentro do hospital psiquiátrico.

Verificou-se que o crônico morador do HJM é do sexo masculino, solteiro, com idade superior a 40 anos. É natural do interior do estado do RN, sendo de família com baixo rendimento, de moradia de referência simples e não possui alfabetização.

Observa-se que os loucos e excluídos do ambiente social continuam sendo os pobres, aqueles que são sócio-economicamente desfavorecidos, refletindo um dos fatores geradores de cronicidade – a violência do sistema social. Basaglia (1985) ao refletir sobre o alto número de internos em hospitais psiquiátricos e seus graus de deficiência, questiona:

Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção,

à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital? (p. 108)

Desse modo, constata-se que a internação psiquiátrica assume causas multifacetadas e que “esta medida do isolamento é mais freqüente para aqueles indivíduos desprovidos de recursos sócio-econômicos” (Bezerra Filho, 1981, p. 87).

Verificou-se que o crônico morador do HJM possui alguma pessoa de referência, porém não recebe visitas. A ausência de vínculos familiares é comum entre os portadores de transtornos mentais, pois reflete o modo como a ciência e, por conseguinte, a sociedade lidou historicamente com a loucura. Teorias médicas defendiam a necessidade de excluir o portador de transtorno mental do ambiente familiar, isolando-o em hospitais psiquiátricos, para proteger a família do perigo e das más influências do paciente ou porque se afirmava que a família era responsável pela doença mental do ente familiar (Melman, 2001).

A pesquisa indicou que o crônico morador do HJM tinha alguma ocupação anterior à hospitalização, mas sem fonte de renda. Atualmente, tem documentação pessoal, benefício social e é curatelado ou tem seu benefício administrado pelo setor de Serviço Social do HJM. O Artigo 1.767 do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002)⁷ estabelece que “estão sujeitos à curatela aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos; os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; os pródigos”.

⁷ Para mais detalhes consultar:

http://www.dji.com.br/codigos/2002_lei_010406_cc/010406_2002_cc_1767_a_1778.htm

A questão da curatela aponta para a perda de valor social e contratual inerente à institucionalização, o sujeito é considerado incapaz de cuidar de si mesmo, havendo a necessidade de outro para dirigir sua vida. O que está em jogo não é a doença do interno numa instituição psiquiátrica, mas a perda do valor contratual do portador de transtorno mental e isso acontece com aqueles que não têm alternativa a não ser o hospital psiquiátrico, com os que não têm para onde ir, com situação sócio-econômica desfavorável. O hospital psiquiátrico os absorve e toma conta de suas vidas, ou melhor, retira-lhes a possibilidade de viver, o que é corroborado pelo dado de que a maioria dos moradores do HJM é considerada dotado de autonomia, no sentido de ser capaz de manter o cuidado pessoal, mas não tem licença para sair sozinho do hospital, apontando a destituição do lugar de direito e a ausência de autonomia para gerir sua própria vida.

A curatela se refere, portanto, à incapacidade civil e à irresponsabilidade penal do portador de transtorno mental. A esse respeito, Costa (1996) explana que na internação prevalece a ética da tutela exercida pela Psiquiatria com fins de controlar as possíveis manifestações diferentes de comportamento, firmando uma relação de saber-poder de um especialista sobre um sujeito internado e privando este de vontade e razão. Traduz-se a expressão do comportamento do sujeito como anormalidade com causa fisiológica e o considera perigoso para o meio social em que vive, sem ter responsabilidade pelos seus atos, já que a origem de sua conduta é biológica.

Vale salientar que a tutela do portador de transtorno mental é justificada pela Psiquiatria ao considerar que os pacientes psicóticos não têm responsabilidade pelos seus atos, pois não têm consciência dos mesmos, sobretudo em função da psicopatologia do tipo psicótica; no entanto, enfatiza-se neste trabalho a distorção presente na tutela que passa a legitimar a objetualização e exclusão do sujeito em sofrimento mental. Nesse sentido, é preciso destacar que o Ministério da Saúde defende

a necessidade de superação do estatuto de tutela com o intuito de contribuir para a reversão da exclusão social da loucura (Severo & Dimenstein, 2009).

O tempo de internação do crônico morador do HJM é superior a 20 anos, sendo a agressividade o motivo de internação na anamnese no ato da internação, apesar de não possuir antecedentes criminais. Esse grande tempo de internação aponta para uma problemática ainda atual de que a existência de internos e moradores de hospital psiquiátrico é histórica e fruto do modo como foi sendo estabelecida a relação com os portadores de transtornos mentais, os quais foram sendo depositados em instituições que tinham como finalidade proteger os normais, os sãos, do perigo dos anormais, do descontrole dos doentes mentais, e não a função terapêutica, como se esperaria de uma instituição hospitalar que trataria a doença e promoveria a saúde.

A resposta última do hospital psiquiátrico resulta, então, no abandono dos pacientes à perpétua internação ou às inúmeras reincidências de internações. E, por isso, os diagnósticos mudam, o tempo passa e os indivíduos permanecem internados, como visto, por até 48 anos, evidenciando a ausência de uma finalidade terapêutica deste serviço, que em vez de se estabelecer como lugar de passagem, apresenta-se como moradia.

Finalizando a caracterização geral do morador crônico do HJM, observa-se que este recebe prescrição medicamentosa semanal e não participa de tratamentos não-psiquiátricos regularmente. Possui diagnóstico inicial de F20.5 (CID-10) – Esquizofrenia Residual e diagnóstico atual – e de F20.0 (CID-10) – Esquizofrenia Paranóide. Sem intenção de aprofundar a discussão sobre a questão do diagnóstico psiquiátrico, mas de assinalar brevemente reflexões necessárias sobre o tema, salienta-se que a classificação dos distúrbios psiquiátricos do ponto de vista médico foi inspirada na pesquisa fenomenológica, porém a institucionalização, o processo gerencial –

histórico-social – da vida do portador de transtorno mental, considerou-o predominantemente um sujeito desviante da norma social, sofrendo todas as conseqüências que daí advém.

É necessário, portanto questionar a utilização de codificações científicas ditas neutras e verídicas por terem o respaldo de um aparato técnico, mas que se originaram num contexto social, econômico e político que sustenta a prevalência de um ordenamento social que é naturalizado através de relações de exclusão para com o portador de transtorno mental, operando saberes, como o psiquiátrico que prima por salvaguardar o seu interesse e o controle da vida (Severo & Dimenstein, 2009).

A atitude do médico psiquiatra no momento da admissão hospitalar é reduzida a imposição da técnica e codificação psiquiátricas, não levando em consideração o contexto social do qual participa o indivíduo em sofrimento mental, legitimando sua internação e seu adoecimento através do diagnóstico (Bezerra Filho, 1981).

O diagnóstico é utilizado no campo médico com fins de oferecer uma conduta médica mais adequada, mas se destaca que essa codificação científica resulta numa autorização para o eterno adoecimento do sujeito ao afirmar que o corpo do portador de transtorno mental se tornou doente, passando a ser objeto de intervenções médicas (Basaglia, 2005). A objetualização do portador de transtorno mental, bem como a relação de curatela é sustentada principalmente pela existência de um diagnóstico psiquiátrico que expõe o modo como a sociedade está lidando com a loucura ao atribuir a determinação da vida de um sujeito a uma classificação diagnóstica, sem levar em consideração outros aspectos do contexto sociocultural do sujeito. Brasil (1996) atenta para essa necessidade de abordar o sofrimento humano considerando diferentes níveis, como o social e o cultural.

Essa compreensão da doença mental de modo mais complexo e contextualizado é corroborada por Saraceno (1999) que assinala que a cronificação do portador de transtorno mental resulta de variáveis ligadas a contextos microssociais, como família e comunidade, nas quais se pode intervir utilizando estratégias de manejo ambiental, em vez das estratégias do modelo biomédico que atribui à própria doença a causa da cronificação.

É nesse sentido que se aborda o conceito de Reabilitação Psicossocial, que se define como um processo que facilita as oportunidades na comunidade para sujeitos comprometidos por alguma desordem mental, propiciando mudanças ambientais que gerem uma maior qualidade de vida para esses indivíduos que possuem certa inaptidão (Hirdes & Kantorski, 2004). Compreende-se desse modo que a falta de estratégias de reabilitação psicossocial também contribui para a manutenção da cronicidade do portador de transtorno mental.

Hirdes e Kantorski (2004) apontam para as características do profissional de reabilitação que acredita no direito de autodeterminação dos indivíduos que deverão participar nas decisões de suas vidas, no valor do ser humano independente de seu transtorno mental, é otimista em relação à possibilidade de recuperação dos portadores de transtornos mentais e respeita o indivíduo e sua cultura.

A reabilitação psicossocial busca as potencialidades do indivíduo para que este seja ativo na sua vida, podendo geri-la e

para que as possibilidades se transformem em realidade, é necessário o envolvimento de profissionais, familiares, usuários e a desmitificação do sofrimento psíquico e educação da sociedade. Numa perspectiva que remeta à dignidade, ao valor e ao potencial para crescimento de cada ser humano. (Hirdes & Kantorski, 2004, p. 221)

Do exposto, ficam evidentes os seguintes fatores geradores de cronicidades: a mortificação da subjetividade; a dependência instituída em relação ao hospital; as relações de poder que se estabelecem dentro do hospital psiquiátrico e atuam como repressoras do Eu do sujeito; a violência técnica para adaptação dos indivíduos, coisificando-os e tornando-os meros objetos; a violência original do sistema social que exclui e segrega aqueles que possuem uma situação sócio-econômica desfavorável; a separação entre o mundo interno da instituição psiquiátrica e o mundo externo que extrapola os muros do hospital psiquiátrico; o rompimento dos vínculos familiares; a perda de valor social e contratual inerente aos que residem na instituição psiquiátrica; os efeitos estigmatizantes da classificação diagnóstica relacionados com o preconceito e à mitificação imaginária dos transtornos mentais; e, dentre outros, a ausência de trabalho de reabilitação psicossocial, bem como de rede social e sanitária para acolher essa demanda.

4.2. Entrevistas semi-estruturadas com Técnicos do HJM

Nas entrevistas realizadas com os profissionais de referência dos moradores crônicos foram abordados dois objetivos específicos da pesquisa, a saber:

- a) Investigar as demandas em relação à rede de cuidados e de suporte social para viabilizar a desinstitucionalização, o que remete à explanação sobre especificidade do cuidado com o paciente crônico portador de transtorno mental, aludindo a algumas possibilidades existentes na política de atenção à Saúde Mental, como o Serviço Residencial Terapêutico e o “Programa De Volta Para Casa”;
- b) Identificar as dificuldades envolvidas na saída do morador crônico do hospital.

Foram entrevistados 12 profissionais de referência da enfermagem masculina e da feminina. As questões colocadas foram norteadas por um roteiro de entrevista (ver Apêndice A). Participaram duas assistentes sociais, dois enfermeiros, duas psicólogas, dois psiquiatras, duas técnicas de Enfermagem e duas terapeutas ocupacionais, compondo uma visão multidisciplinar acerca do tema pesquisado.

Em relação à história dos moradores crônicos, apenas o enfermeiro da equipe masculina afirmou não conhecê-la, enquanto todos os outros profissionais conheciam a de alguns ou da maioria dos pacientes. Buscou-se conhecer os fatores que levaram essas pessoas a serem crônicos residentes. Nesse sentido, foram encontradas as seguintes respostas – observando-se que um mesmo profissional pode ter dado mais de uma resposta à questão: sete dos entrevistados apontaram o abandono e/ou a rejeição da família, nove indicaram a falta de localização da família e a perda do vínculo, a dificuldade sócio-econômica da família, a estrutura manicomial anterior e o descaso da instituição e apenas um entrevistado colocou a própria doença crônica e a agressividade característica como justificativa para terem se tornado residentes do HJM.

Verificou-se que das cinco justificativas colocadas para o tornar-se morador de hospital psiquiátrico, apenas uma está relacionada diretamente com a doença, sendo todas as outras referentes à estrutura familiar e ao modelo manicomial de décadas anteriores que, segundo os profissionais, favorecia o surgimento de moradores, tendo em vista os longos períodos de internação, a não participação da família e o completo isolamento do meio social. Conclui-se, pela fala da maioria dos profissionais, que o modelo manicomial de atendimento produziu a cronificação, o que conduz à reflexão de que outro modelo de atenção, com bases distintas do isolamento e da exclusão poderiam resultar em outras formas de expressão, que não a caricaturada do portador de transtorno mental – agressivo, violento, feio e sujo.

É importante, ainda, observar que a referência à patologia como justificativa para a condição de morador foi apontada por um psiquiatra, o qual argumentou que a doença em si gera impulsos de agressividade muito fortes, sendo, portanto, necessário o isolamento. O conteúdo desta fala ilustra com clareza o saber psiquiátrico inaugurado no século XVIII e presente nos dias atuais, o qual aponta para a loucura como doença mental que possui características inerentes como a agressividade e a violência e cujo tratamento necessário é o isolamento.

Segundo Machado (1978), o isolamento se justificou por duas principais razões: causas da doença e tratamento. Por causas da doença, compreendera-se a presença da família e dos amigos como influência negativa na manutenção do delírio, sendo necessário o isolamento, principalmente da família, para romper os hábitos que revigoram no seu cotidiano a loucura do doente. Ao tratamento, defendera-se a possibilidade de intervenção terapêutica:

O Hospício é um espaço fechado, com uma única entrada constantemente vigiada, de onde o alienado não sai (...) e onde ninguém entra que possa interferir na relação da psiquiatria com seu doente, atrapalhando o processo terapêutico. Não há cura sem isolamento, o que implica que todo tratamento deve ser asilar. (Machado, 1978, p. 432)

Esta concepção, uma vez respaldada pelo saber psiquiátrico, destacando-se que nem todos os psiquiatras comungam desta idéia, repercutiu no modo segregador como historicamente se lidou com a loucura e que ainda hoje se faz presente na sociedade, tanto nos serviços oferecidos de atenção ao portador de transtorno mental, bem como e principalmente disseminado na cultura e no senso comum, apesar de já sabido que a internação psiquiátrica não é resultante apenas da condição psicopatológica do

transtorno mental, mas sim de uma soma de fatores como afirma Bezerra Filho (1981) ao investigar os aspectos relacionados à hospitalização psiquiátrica:

Evidenciamos alguns fatores externos aos considerados especificamente médicos que parecem influir significativamente no processo de hospitalização psiquiátrica. Dentre eles, destacam-se os preconceitos sobre a doença e o doente mental, o desequilíbrio na dinâmica das relações interpessoais no núcleo familiar, a capacidade de tolerância, de controle e a rejeição ao comportamento sintomático, a proteção do paciente e das pessoas na comunidade, a atitude dominante na relação com o paciente, a falta de condições sócio-econômicas para a manutenção do paciente no lar, a concepção do hospital como espaço adequado ao tratamento (...). (p. 84)

Em relação à opinião acerca da condição de morador, constatou-se que na equipe da enfermagem masculina o enfermeiro apresentou um ponto de vista diferente dos demais profissionais, afirmando que no hospital a vida é mais digna diante da falta de possibilidades que existem para esses pacientes. Entre os outros profissionais, houve consenso de que a moradia em hospital é inadequada, destacando-se a opinião de uma psiquiatra que associou o hospital psiquiátrico a uma pena de morte ou a uma prisão perpétua, enfatizando que não há nada de terapêutico nele; também se ressalta a colocação de uma psicóloga que comentou que há décadas o hospital psiquiátrico garantiu a sobrevivência dessas pessoas, já que eram abandonados à própria sorte, no entanto, atualmente têm de haver outras possibilidades para os portadores de transtornos mentais.

Na equipe de referência das mulheres todos os profissionais apresentaram aspectos negativos da moradia em hospital, apresentando argumentos como o fato de ser resultante da lógica manicomial e gerar a perda da identidade e o afastamento das

famílias. Nesse ponto, mais uma vez o psiquiatra expôs um pensamento contrário ao restante da equipe, afirmando que a segregação social é necessária devido ao comportamento inadequado assumido pelos pacientes; acrescentou que talvez o hospital não fosse o mais adequado, podendo haver, por exemplo, outro abrigo para acolher essa população. Verifica-se, deste modo, um consenso, à exceção de um enfermeiro e um psiquiatra, em relação à inadequação da moradia em hospital psiquiátrico, devido entre outros fatores, à perda de identidade, ao afastamento das famílias e à ausência de qualquer efeito terapêutico.

Os profissionais ainda foram questionados acerca das possibilidades que vislumbram para os residentes crônicos, tendo em vista essa inadequação do hospital psiquiátrico. Expuseram opiniões que configuram dois pólos opostos de respostas: por um lado, aqueles que defendem que o hospital é inadequado, devendo haver equipamentos sociais que atendam às necessidades diversas dos pacientes e, do outro lado, profissionais que acreditam que os pacientes devem permanecer no hospital, já que na vida extramuros sofrem discriminação. Houve também a defesa, por uma psicóloga, da permanência do portador de transtornos mentais no hospital, ao passo que se estimule mais visitas e um maior contato com a família.

Na defesa pela permanência no hospital, observa-se o receio dos pacientes sofrerem discriminação ao circular no meio social, cabendo o questionamento acerca do preconceito e da discriminação tão enraizados no discurso do profissional que não se percebe a primeira discriminação que faz o portador de transtorno mental ficar aprisionado na instituição, bem como o preconceito ao qual está sujeito no próprio hospital psiquiátrico. A outra argumentação que diz respeito a uma atenção mais cuidadosa dentro do hospital evidencia a idéia de uma reforma dentro do hospital

psiquiátrico, mantendo os pacientes excluídos do ambiente sócio-familiar, indicando mais uma vez a concepção de que o sujeito deve permanecer excluído.

Destaca-se que a maioria opinou a favor da desospitalização, ou seja, da saída do hospital psiquiátrico. Entretanto, não se verificou em muitos discursos a defesa pela desinstitucionalização – conceito mais abrangente que se refere à superação do paradigma excludente e da lógica manicomial – como se verifica nas opiniões das técnicas de enfermagem e de um psiquiatra que confirmaram a necessidade de outra instituição que garantisse o isolamento, tendo sido um dos argumentos apresentados a impossibilidade de uma vida normal para esses pacientes.

A desinstitucionalização diferencia-se da desospitalização uma vez que supera uma mudança exclusivamente administrativa ou técnica – a saída do hospital – introduzindo uma questão mais complexa que implica transformação no campo teórico, político, cultural e social, abrangendo desde a saída do hospital e a implantação de serviços substitutivos a uma necessária transformação da lógica manicomial, que reserva ao portador de transtorno mental a exclusão sócio-familiar e a objetualização. Ressalta-se que primariamente a desinstitucionalização exige que seja criada no meio extra-hospitalar uma infra-estrutura para cuidar dos pacientes, evidenciando que em hipótese alguma o sujeito deve ficar abandonado à própria sorte, como os críticos da tendência contra desinstitucionalizante tendem a argumentar (Amarante, 1996).

A negação da instituição não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social. (Rotelli & Amarante, 1992, p. 44)

Outra observação que merece atenção foi dada por uma terapeuta ocupacional que afirmou que alguns pacientes podem se reabilitar, outros já não podem, dado o alto grau de comprometimento. Essas respostas obtidas apontam para uma dificuldade de parte da equipe de profissionais entrevistados em vislumbrar a desospitalização e mais ainda a desinstitucionalização, indicando a forte presença dos “manicômios mentais” na cultura contemporânea e urgência de mecanismos na sociedade que instaurem uma nova lógica condizente com os preceitos da Reforma Psiquiátrica que alcance os próprios trabalhadores da Saúde Mental.

Questionados sobre os possíveis serviços extra-hospitalares, só foram citados o SRT, por 6 dos 12 profissionais, e uma idéia de abrigo que abarcasse os portadores de transtornos mentais que não têm mais família. Destaca-se que existe em Natal um SRT e no momento das entrevistas estava para ser inaugurado o segundo SRT, no qual iriam morar oito residentes crônicos do HJM. É digno de nota que houve a inauguração em outubro de 2009, quando já tinham sido concluídas as entrevistas. Os profissionais foram questionados quanto aos critérios utilizados na seleção dos candidatos a serem moradores desse SRT: cinco dos entrevistados desconheciam os critérios utilizados, afirmando não terem participado das reuniões para escolha⁸. Nesse ponto, destaca-se que um psiquiatra sequer sabia da inauguração do segundo SRT e opinou que seria interessante escolher os pacientes que apresentassem menos sintomas esquizofrênicos negativos, comportamento menos inadequado e fossem mais funcionais.

Esse distanciamento dos profissionais no processo de desospitalização dos moradores para um SRT indica a verticalização, hierarquização e não participação do trabalhador nas decisões e na gestão dos processos de trabalho. O modelo de atenção médico-centrado e hospitalar subordina os diferentes profissionais à organização

⁸ Para conhecimento do processo de implantação do primeiro SRT de Natal/RN, consultar Amorim (2008).

parcelada da instituição, afirmando como finalidade terapêutica a cura da doença e o controle dos sujeitos internados, negando o saber do próprio portador de transtorno mental, de quem é retirada qualquer possibilidade de escolha e informação sobre seu tratamento. Este campo do exercício dos trabalhadores da Saúde Mental nos hospitais psiquiátricos é o que gera acomodação e impotência diante do abuso do saber psiquiátrico (Aranha e Silva & Fonseca, 2005). Indica-se deste modo a urgência de se interferir nessa configuração do trabalho na Saúde Mental, produzindo-se modos de cuidado condizentes com a perspectiva da desinstitucionalização.

Aqueles que opinaram sobre quais seriam os critérios decisivos na escolha dos futuros moradores do segundo SRT de Natal expuseram: desejo do paciente ir, autonomia, maior tempo de internação, inexistência de referência familiar ou sem condições de resgate do vínculo, grau de independência para o auto-cuidado, ausência de complicações clínicas, calma e iniciativa para fazer as coisas. É importante notar que dois profissionais apontaram que o critério de inexistência da referência familiar não foi levado em consideração, uma vez que dentre os oito pacientes escolhidos três possuem a ligação com familiares, por outro lado, outros profissionais argumentaram que apesar de existir a referência familiar, não há possibilidade de resgate do vínculo.

Em relação ao SRT, a Tabela 3 expõe os pontos positivos e negativos elencados pelos profissionais, ressaltando-se que cinco profissionais não encontraram nenhum ponto negativo relativo ao SRT.

Tabela 3

Aspectos positivos e negativos do SRT segundo técnicos do HJM

Serviço Residencial Terapêutico	
Pontos Positivos	Pontos Negativos
Atenuação do preconceito	Excesso de liberdade
Liberdade de ações diárias	Falta de adaptação dos pacientes
Liberdade para ir e vir	Fora do padrão para os pacientes
Melhor tratamento/maior conforto	Impedimento para autonomia, devido ao misto de moradia e serviço
Redução no número de moradores no hospital	Mudança total da equipe de referência
Reinserção Social	Não substitui uma família
Resgate da autonomia/cidadania/privacidade	Não ter atendimentos na casa, se não puder ir ao CAPS fica sem assistência
Respeito às singularidades	Não deixa de ser uma instituição
Vida mais normal	Nenhum

Ao serem questionados acerca da possibilidade dos pacientes deixarem de ser moradores de hospital psiquiátrico e irem, por exemplo, para um SRT, sete dos entrevistados afirmaram que todos têm condições de sair, desde que fossem atendidas as necessidades de cada caso, posto que alguns pacientes demandariam um serviço de maior complexidade por apresentarem mais seqüelas da institucionalização.

Desataca-se a opinião de um enfermeiro de que muitos dos pacientes não querem sair, defendendo que o vínculo com o hospital é tão forte quanto um vínculo familiar, o que também pode ser ilustrado na fala de uma interna do *Hospital Psiquiátrico de Gorizia*, no século passado: “Aqui eu encontro paz, conforto e me sinto protegida dos perigos” (Basaglia, 1985, p. 32). O conteúdo desta fala expõe o modo como a instituição psiquiátrica, ao “superproteger” os internos, oferecendo “segurança”, se assemelha ao ambiente familiar, aquele lar em que os filhos encontram seu porto seguro. No entanto, é necessário enfatizar que a segurança do hospital, disfarçadamente protetora e terapêutica, encarcera, aprisiona, adoce o sujeito internado e agrava seu distúrbio, sendo fundamental que o corpo técnico possa refletir criticamente sobre essas

concepções e produzir interferências, no sentido de estimular a emergência da potência de vida, da força que move e liberta. É preciso que os crônicos encontrem suas razões para se levantarem e viver!

Verifica-se ainda que três profissionais concordam que 5 dos 20 pacientes não têm mais condições de serem desospitalizados, ou por serem muito agressivos ou por apresentarem comportamento bastante oscilante, sem auto-cuidado, necessitando de uma equipe constante. Apesar da presença de aspectos negativos em relação à saída para um SRT, o que reitera a dificuldade da equipe em vislumbrar a desospitalização, constata-se a grande expectativa sobre o SRT, presente nos profissionais entrevistados.

Concluindo as entrevistas com os profissionais, tentou-se investigar as dificuldades existentes na saída de um morador crônico de um hospital psiquiátrico para outro equipamento social, como um SRT. Ressalta-se que nem todos os profissionais identificaram dificuldades nos níveis questionados, a saber: dificuldades técnico-assistenciais, jurídicas, sociais, familiares, econômicas e culturais. Em relação às dificuldades jurídicas apenas uma psicóloga fez referência à dificuldade resultante do fato da assistente social ter de passar a administração do dinheiro dos pacientes aposentados para outra pessoa.

As dificuldades técnico-assistenciais e sociais foram as mais citadas e por isso foi elaborada a Figura 10 para melhor visualização, sendo apresentado nas colunas o número de entrevistados que citaram tal aspecto.

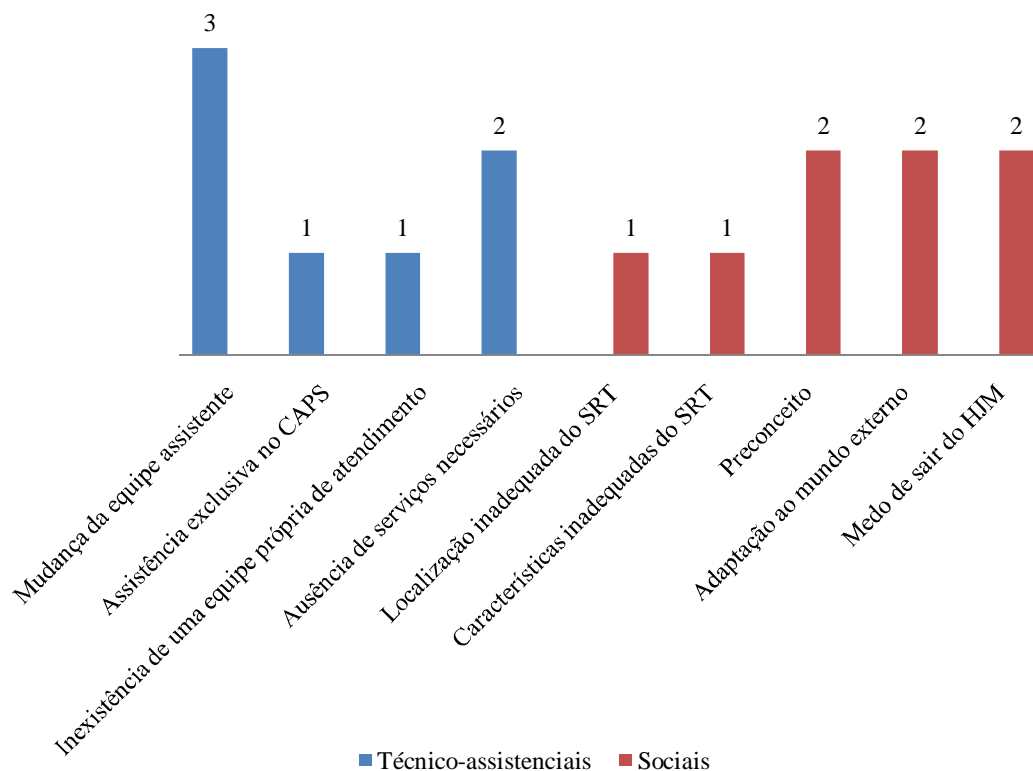


Figura 10. Dificuldades técnico-assistenciais e sociais para a desinstitucionalização.

Observa-se que se destaca nas dificuldades técnico-assistenciais a preocupação com uma equipe responsável pelos moradores, que seja referência e que ofereça uma atenção constante, evidenciando a concepção da incapacidade desses sujeitos se autogerirem procurando assistência em serviços localizados na comunidade.

Em relação às dificuldades sociais, verificou-se o receio do preconceito que os moradores crônicos podem sofrer, devido, principalmente, às diferenças em relação à vizinhança, tendo em vista que os SRTs de Natal/RN são localizados num bairro nobre e a maioria dos moradores do HJM são provenientes do interior do estado – como visto no perfil geral do morador crônico do HJM desta pesquisa – ou seja, tem costumes e hábitos de vida populares, diferentes daqueles encontrados num bairro nobre da capital.

Além disso, expuseram a preocupação com a não adaptação à realidade da vida extra-muros, já que esses pacientes viveram sob o regime de internação/exclusão, e portanto, são considerados despreparados para a vivência externa. A realidade dos pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos é certamente mais desafiadora, pois além das violências tanto físicas quanto psíquicas vivenciadas na instituição hospitalar, em geral, foram atingidos em suas potências de agir, tendo em vista o julgamento moral que os desqualifica e incapacita. Perderam, na maioria das vezes, os vínculos familiares e as condições mínimas de cuidar de si mesmos, manter aparência e higiene pessoal saudável. Sendo assim, é necessário e urgente que a comunidade e seu entorno possa, através dos novos dispositivos, acolher esses sujeitos e oferecer espaços para desenvolver a potência de vida, as relações sociais e afetivas, rompendo com o preconceito e as amarras institucionais que acompanham os portadores de transtornos mentais.

As dificuldades econômicas evidenciaram a preocupação com os moradores que ainda não têm benefício social para se manter num SRT; as familiares indicaram a ausência de vínculo familiar; e as culturais citadas pelos entrevistados apontaram entre outras coisas, mais uma vez, para as diferenças com a vizinhança, tendo um dos profissionais sugerido que o SRT deveria ser implantando num bairro mais popular, com maior semelhança ao ambiente familiar de onde os pacientes vêm como pode ser visto na Figura 11, em que as respostas foram agrupadas.

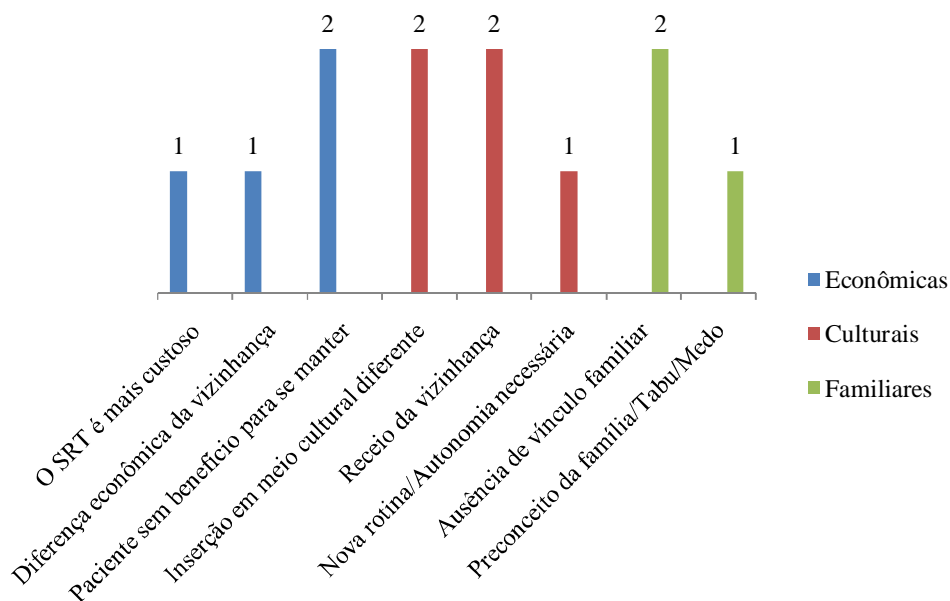


Figura 11. Dificuldades econômicas, culturais e familiares para a desinstitucionalização.

Por fim, em relação às necessidades para a desinstitucionalização foi solicitado aos profissionais que expusessem sua opinião. As respostas dadas foram organizadas na Tabela 4, agrupando-as de acordo com o tema central, encontrando-se ao lado da resposta o número de profissionais que a citou.

Tabela 4

<i>Aspectos necessários à desinstitucionalização segundo técnicos do HJM</i>	
Aspectos necessários à desinstitucionalização	n
Preparação para vivência externa/Desenvolver autonomia, limites e interação	9
Criar equipamentos sociais que permitam a participação dos familiares no cuidado/Resgate do vínculo familiar	4
Expansão da rede de serviços extra-hospitalares/Vontade Política dos gestores	4
Desejo do paciente	3
Empenho dos técnicos/Boa assistência	2
Desconstrução do hospício/Utilização da mídia para superação do preconceito	2
Pacientes parcialmente orientados/Trabalho clínico e psicoterápico	2

Constata-se, dentre as dificuldades e necessidades indicadas para a desinstitucionalização, uma ênfase na necessidade de preparação dos pacientes para a vivência externa, posto que não estão prontos para enfrentarem o mundo extra-muros em decorrência da longa internação/exclusão. Essa preparação ou processo de passagem alude a diferentes tempos necessários à desospitalização: o tempo do paciente que diz respeito ao amadurecimento e consolidação do seu desejo de sair e à capacidade de encarar a vida e a rotina diária com uma autonomia até então inexistente, ou seja, ao assumir-se enquanto sujeito vivo com desejos, liberdade e potencialidades; o tempo da própria instituição psiquiátrica que parece bastante arrastado, pois os dias passam parecendo que um dia é igual ao outro, onde as coisas acontecem sem qualquer implicação do sujeito; e, o tempo da preparação em si que exige conscientização, comprometimento e responsabilidade pelo novo modo de estar no mundo (Gomes, Wachs & Jardim, 2004).

Tratando-se das possibilidades e dificuldades para a desinstitucionalização, considera-se importante explicar sobre algumas experiências de desospitalização no país e no mundo, com o intuito de expor os resultados alcançados, buscando evidenciar o que tem se concretizado nas experiências existentes. Salles e Barros (2006) realizaram um estudo que objetivou identificar as possibilidades que o paciente encontra em sua vida cotidiana após sair de uma internação de longo período em um hospital psiquiátrico. Destacam que o paciente há muito tempo internado perde a autonomia e responsabilidades que possuía anteriormente, o que é fonte de angústia para muitos dos pacientes que vislumbram a possibilidade de saída da instituição psiquiátrica, dada a incerteza da vida externa aos muros do hospital.

As autoras supracitadas realizaram uma pesquisa com pacientes egressos de um hospital psiquiátrico na cidade de São Paulo a fim de avaliarem o modo como estes

pacientes se inseriam na sociedade. Um dos pontos que se destacou da investigação foi a presença da contradição existente em “estar livre”, posto que os pacientes ao mesmo tempo que se sentiam livres por não estarem emparedados nos muros de um hospital psiquiátrico, uma vez já estando em casa, significavam a própria casa como um local de isolamento e solidão, pois na maioria dos casos, os pacientes permanecem “presos” apesar de estarem em casa. Um exemplo disso é a ausência de escolhas e de poder contratual, já que os familiares em geral permanecem tutelando e dirigindo a vida dos egressos. Tal aspecto é merecedor de atenção quando se pensa em desospitalização, tendo em vista que esta deve ser acompanhada de um movimento real de libertação, não só de uma estrutura física, mas de modos de vida e inserção no meio social.

Nesse sentido, com as palavras das autoras: “(...) para aqueles que possuem uma doença crônica, a casa pode se tornar uma prisão, um lugar de confinamento. O refúgio pode se configurar em um lugar de enclausuramento e segregação social” (Salles & Barros, 2006, p. 408). Em vez disso, a casa deveria abarcar a liberdade do sujeito ao fazer suas escolhas, desde o direito de ir e vir ao horário que quer acordar, tomar banho e se alimentar. A família e a comunidade para o paciente devem ser potencializadoras de produção de vida, possibilitando o surgimento de espaços de amizade, lazer e trabalho.

Gonçalves et al. (2001) realizaram uma pesquisa para avaliar as limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência; para tanto, utilizaram a escala *Social Behavioural Schedule* – SBS (Wing, 1989) numa amostra de 46 pacientes do sexo feminino internadas da Unidade Franco da Rocha do Rio de Janeiro. Compararam o resultado com pesquisas realizadas com a mesma escala em Londres, e guardando as devidas limitações das diferenças culturais, concluiu-se que nenhuma limitação foi apresentada por 35% dos pacientes e que as maiores dificuldades se

referem às áreas de iniciativa (30,4%) e da aparência pessoal e higiene (30,4%). Em seguida, destacam-se as dificuldades de concentração (28,3%) e inatividade (26,1%). Essa pesquisa observou que 65% da população se mostraram aptas a freqüentar serviços na comunidade, como um SRT e os pacientes mais graves que perfizeram 19,6%, necessitariam de projetos específicos individualizados que considerem aspectos relativos à qualidade de vida e à autonomia.

Estudos como o citado acima se mostram bastante relevantes, pois comprovam a possibilidade de pacientes portadores de transtornos mentais conviverem em sociedade, além de assinalar importantes questões que precisam ser levadas em conta quando se lida com internos de longa permanência, a saber: necessidade de projetos terapêuticos singulares que atendam à singularidade do sujeito, bem como, o imperativo de haver serviços na comunidade que se estruturam de acordo com as especificidades da população a que se destina.

No caso de pacientes crônicos, internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a alternativa enfatizada é a moradia inscrita na comunidade e, nesse sentido, alguns estudos avaliam a implantação das residências terapêuticas, e outros, as limitações de comportamento social destes pacientes dadas as seqüelas da institucionalização. Uma pesquisa analisou o contexto europeu e citou alguns modos de organização da assistência a esses pacientes, são eles: a criação de espaços privados nas acomodações antigas; reinserção social através da convivência com famílias de adoção; residências coletivas; serviços integrados a um serviço aberto; comunidades terapêuticas; e, ainda, possibilidades de moradias privadas individuais (Moreira & Andrade, 2007).

É digno de nota que essas alternativas variam de acordo com o tipo de acompanhamento necessário para cada caso, sendo o ponto norteador a necessidade de

ofertar serviços adequados aos diversos tipos e graus de dependência ou autonomia, considerando a singularidade de cada morador e as possibilidades de suporte sócio-cultural.

Outra experiência importante a ser citada é a das clínicas francesas, por exemplo, *La Borde*, a partir dos anos 1950, que inaugurou a idéia de que o espaço institucional tem características inadequadas, mais repressoras do que terapêuticas e, por isso, deve ser tratado, configurando a denominada psicoterapia institucional francesa que evidenciou as características doentias do espaço institucional e a necessidade de tratá-las. Assim, a psicoterapia institucional francesa foi um marco importante de transformação no tratamento tradicional, ao iniciar uma nova modalidade de tratamento centrada no questionamento da instituição psiquiátrica enquanto lugar de exclusão e de verticalidade das relações médico-paciente e proporcionando um ambiente terapêutico mais condizente com o estatuto de cidadania (Gondim, 2001).

Não obstante, pontua-se que mesmo com essas intervenções não houve, na França, pretensão de transformar a cultura manicomial vigente, mas apenas melhorar o ambiente institucional. Na Itália, com Franco Basaglia, nas décadas de 1960 e 1970 se deu voz aos internos e se mostrou a importância, bem como, a viabilidade de serviços assistenciais que funcionassem como promotores de autonomia e liberdade. Ressalta-se que atualmente a atenção à Saúde Mental na Itália ocorre através de centros comunitários, leitos em hospitais gerais, hospital-dia e serviços residenciais terapêuticos, sendo estes últimos estruturados conforme o grau de autonomia da população atendida (Rotelli, 1994).

No Brasil, verifica-se o reflexo dessas reformas no mundo e se solidifica a partir da década de 1980 a necessidade de transformação da forma como ocorre a assistência psiquiátrica no país. Sendo, portanto, preciso superar o modelo asilar que se configura

como iatrogênico, ineficaz e, principalmente, violador dos direitos fundamentais de dignidade e cidadania do ser humano. Desta forma, vários municípios brasileiros passaram de forma gradual e lenta a implementar novos dispositivos de cuidado.

Como pioneiras, no Brasil, as experiências de São Paulo (Campinas, Ribeirão Preto e Santos), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) e Rio Grande do Sul (Porto Alegre) introduziram os SRTs que foram regulamentados no âmbito do SUS através da Portaria 106/2000 (Moreira & Andrade, 2007). Um ponto a ser destacado em relação aos SRTs é que eles são construídos para atuarem como espaços de moradia, com características de um lar e não de um serviço de saúde, apesar de serem mantidos financeiramente como órgãos da saúde. Desta forma, os pacientes de longa permanência quando são transferidos para estes dispositivos são obrigados a aprender a lidar com questões básicas de cuidado de si, da casa, de administrar o dinheiro, entre outros, o que vai de encontro à rotina cotidiana instituída no hospital. Moreira e Andrade (2007) afirmam: “Residências (...) devem compor um conjunto de estratégias que visam a dar suporte aos processos de desinstitucionalização em andamento no país, que objetivam a promoção de uma autonomia mínima para estas pessoas” (p. 10).

É de fundamental importância questionar aqui o conceito de autonomia, pois se deve cuidar para não remeter esse termo à autonomia de repetir os padrões estabelecidos, para saber seguir regras e apresentar determinado tipo de comportamento esperado ou considerado normal pela sociedade, mas sim, autonomia no sentido de ser autônomo para se auto-desenvolver, potencializar, determinar-se enquanto sujeito de escolha e de desejo. A loucura não deve se adaptar à ordem social, nem esperar pela “cura”, mas precisa ser produtora de vida, de possibilidades, desconstruindo a relação de tutela entre a sociedade e o “louco”, não se permitindo ser capturada como objeto.

Faz-se necessário: “prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 1995, p. 3).

Finalizando a breve explanação acerca de experiências de desospitalização, considera-se importante expor um pouco da situação do primeiro SRT de Natal/RN, inaugurado no dia 18 de maio de 2005. Amorim (2008) analisa seu processo de implantação e atenta para o fato de que a existência física de um SRT não garante o processo de desinstitucionalização – corroborando a citada experiência em SP (Salles & Barros, 2006) – sendo necessário cuidar para que a liberdade almejada para esses sujeitos com sofrimento mental não se restrinja à mera liberdade adquirida através de uma nova contratualidade social.

Deve-se cuidar para que o SRT não se engendre como um equipamento social que de forma sutil perpetue a violência técnica, que se diga reparadora, mas se pautem no enquadramento, na normalização e na adaptação dos sujeitos, evidenciando que “ser objeto de violência é a única realidade que lhes é permitida” (Basaglia, 1974, p. 37). É isso que precisa ser rompido! “(...) quando o doente vai para casa: os parentes [cuidadores, de um modo geral] pensam por ele. Então eu acho que não serve para nada (...) sair” (Basaglia, 1985, p. 31). Esses novos espaços precisam ser atravessados pelas novas formas de subjetividade que permitam o desejo e a voz desses sujeitos emergirem, para que o processo de desospitalização caminhe junto com a desinstitucionalização.

Verifica-se a presença de diferentes posicionamentos em relação à definição do SRT quanto a ser um serviço de saúde ou uma casa, uma vez que se apresenta como uma casa diferente em que residem alguns pacientes e é cuidada por profissionais que não moram lá, mas têm poder de decisão sobre ela. Em Natal, há uma equipe de sete cuidadores que acompanham os moradores em regime de 24 horas por dia. Nesse

sentido, Amorim (2008) qualifica o SRT como um híbrido em que há por um lado a atividade terapêutica assistencial de um serviço e por outro um dispositivo residencial, não se reduzindo a nenhum deles.

Amorim (2008) aponta que uma das primeiras dificuldades no processo de implantação do SRT foi a demora na locação do imóvel, tendo em vista que se desconfiava do pagamento feito por um órgão público, bem como temia-se alugar uma casa para “loucos”; apesar de que não se constatou problemas em relação à vizinhança, principalmente pelo fato de que no bairro onde o sérico foi instalado, considerado nobre na cidade, não é comum as pessoas circularem pelas ruas, o que resultou no distanciamento e na indiferença de muitos vizinhos em relação aos novos moradores. Não obstante, é importante destacar que alguns vizinhos passaram a se relacionar com os residentes do SRT, como o dono da cigarreira, o padre da igreja próxima, o pessoal de um *buffet* da mesma rua e outros que construíram laços sociais com esses sujeitos, ampliando a rede relacional dos mesmos e contribuindo para o processo de desinstitucionalização.

Pensando na possibilidade de circulação destes sujeitos pela cidade, Amorim (2008) enfatiza a importância de promover iniciativas inclusive com aqueles que não estão indo imediatamente para um SRT, mas que são crônicos residentes e se beneficiariam com a construção de vínculos sociais em diversos espaços da cidade.

(...) aquilo que chamamos de processo de transição que envolve a circulação/integração dos “possíveis moradores” com a cidade e com a população em geral, assim como o enfrentamento das dificuldades que emergem nesse processo precisam existir de modo sistemático como movimento de dentro para fora do hospital, estendendo-se para outros “manicômios a céu aberto” e não existir apenas pontualmente na eventualidade e de acordo com a

disponibilidade de recursos materiais para a implantação de um SRT. Ou seja, é preciso desenvolver um trabalho em rede contínuo e insistente com internos, usuários e técnicos, articulando diferentes atores e serviços, como estratégia-chave da política de saúde mental no Estado e no município. (Amorim, 2008, p. 124-125)

O processo da desinstitucionalização precisa, portanto partir de dentro do hospital psiquiátrico, unindo esforços à rede extra-hospitalar com vistas à desconstrução da concepção de uma rede de saúde desarticulada do hospital psiquiátrico, mas sim, infiltrada nele para possibilitar o seu próprio desmoronamento. Ferro (2009) afirma que o hospital psiquiátrico não é impeditivo ao trabalho de desinstitucionalização, mas, sobretudo, um afirmativo da necessidade interna dessa prática.

A relação entre os serviços é então fundamental para uma eficiente atenção. No caso de Natal, os cuidadores recebem apoio da equipe de um CAPS de referência e, nesse caso, aponta-se a importância de cada qual saber delimitar sua atuação. Foi verificada uma falta de clareza quanto aos papéis no atendimento, o que é também decorrente da ausência de espaços de discussão entre as equipes. Um ponto de destaque para uma melhor atenção aos moradores do SRT é o investimento na coresponsabilização pelo cuidado. Nesse sentido, Amorim (2008) chama a atenção para o desafio da comunicação entre a Atenção Básica e a especializada, bem como entre os diferentes equipamentos sociais da comunidade que vão além do âmbito assistencial.

Destaca-se ainda a necessidade de uma clínica ampliada, uma clínica que se faz política, uma vez que produz subjetividade tentando interferir e romper com as capturas manicomiais, “é o cuidado que se faz como luta e resistência, potencializando a vida e inventando a saúde” (Amorim, 2008, p. 160), corroborando com a efetivação da desinstitucionalização do portador de transtorno mental.

4.3. Entrevistas abertas com familiares e moradores crônicos do HJM

Para conhecer as expectativas dos moradores e familiares em relação à saída da vida asilar foram realizadas entrevistas abertas com os familiares e os próprios moradores guiadas pelos pontos elencados na descrição da Etapa 3 nos procedimentos metodológicos (ver página 58). Foi uma etapa difícil de ser realizada, tendo em vista os desencontros, pois muitos familiares resistem a ir ao hospital e, geralmente, aqueles que visitam os pacientes, vão principalmente quando têm de fornecer parte do benefício ou quando solicitados pela equipe. Foram então marcados encontros propositadamente nesses dias e foi possível conversar com aqueles que foram localizados. Dos 20 pacientes que são foco deste estudo, 13 possuem algum familiar de referência. Destes, foi possível conversar com 5, posto que um dos familiares estava preso e o restante não foi possível localizar porque há certo tempo não visitavam o paciente e o telefone disponível no setor de Serviço Social para contato não correspondia de fato.

4.3.1. Familiares

Os familiares que participaram foram três irmãs e um irmão de moradores homens e uma filha de uma moradora crônica. Primeiramente, questionou-se acerca da percepção que possuem da moradia no hospital e obtiveram-se as seguintes respostas: quatro deles afirmaram ser o hospital a melhor opção para os pacientes e apenas a irmã de um deles colocou que, infelizmente, foi há anos a única opção possível e hoje continua sendo. Constata-se a presença na família do paradigma excludente que indicou como única possibilidade o hospital psiquiátrico para o portador de transtorno mental, em que este era afastado do ambiente familiar e social.

A herança histórica desse modo de lidar com a loucura exerce influência no modo como hoje os familiares se colocam, tendo em vista que sempre foram postos à

margem do tratamento do portador de transtorno mental e assim compreendem que devem permanecer.

Crise após crise, internação após internação, surto após surto, o afrouxamento dos vínculos com a família acontece paulatinamente, e, sentindo-se desamparada no tratamento do indivíduo quando este se encontra no lar, agarra-se à solução que parece a mais simples e resolutiva: o abandono. (Ferro, 2009, p. 755)

Tsu (1993) atenta para um aspecto interessante em relação à solicitação da família pela internação, afirmando que o pedido de internação do portador de transtorno mental pela família expõe, diferentemente de uma omissão da família no cuidado, uma maneira de exigir a responsabilidade pública com a atenção à Saúde Mental, tentando impedir a desassistência, comum no contexto neoliberal.

É necessário ressaltar que, ao contrário do que ocorria historicamente, com a Reforma Psiquiátrica a família do portador de transtorno mental passa a ter um papel central na co-responsabilização pela reinserção social do sujeito com sofrimento mental e não afastada do acompanhamento por ser considerada responsável pelo desencadeamento do transtorno (Vecchia & Martins, 2006).

Questionados sobre o porquê dos pacientes terem sido internados e se tornado moradores crônicos, os cinco familiares indicaram alguma culpa do paciente, como agressividade com familiares e cometimento e/ou tentativa de homicídio; não obstante, é digno de nota que dois dos familiares destacaram o fator do isolamento e do abandono da família como causa para terem se tornado moradores do HJM, evidenciando um saber a respeito da cronicidade como resultante do abandono e do isolamento. Basaglia (1985) já dizia “O doente mental é ‘doente’ sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem se pode tudo” (p. 29). Ressalta-se que não se pretende aqui reduzir a causa do adoecimento à

exclusão social que o sujeito sofre, não se está negando o transtorno mental em si, mas sim enfatizando que o desamparo e o descaso sócio-histórico pelos sistemas políticos dominantes em relação à Saúde Mental compromete o portador de transtorno mental, sendo um forte e evidente fator de adoecimento.

Em seguida, indagou-se sobre o diagnóstico do paciente, se tinham conhecimento de qual era e do que significava, evidenciando-se a ignorância pelos familiares acerca do transtorno mental (ver Tabela 5), o que contribui para acirrar a culpabilização do indivíduo, o preconceito, a mistificação e, por conseguinte, a exclusão, por não se saber lidar com o portador de transtorno mental e apostar no isolamento como única ou a melhor opção, conforme colocado pelos familiares.

Os familiares tendem a avaliar o distúrbio mental mais em função de preconceitos do que segundo uma apreciação adequada do comportamento sintomático e suas conseqüências conflitantes no meio social. Esses preconceitos parecem dificultar o relacionamento com o considerado doente mental e sua adaptação psicossocial, limitam a crença em suas potencialidades enquanto elemento participante do meio social global. (Bezerra Filho, 1981, p. 83)

Nota-se, portanto, que sem terem uma noção clara do que está ocorrendo com o sujeito em sofrimento mental, os familiares o encaminham para o hospital psiquiátrico, confirmando a exclusão social do portador de transtorno mental, posto que o comportamento sintomático é acatado como “desviante” do padrão de comportamento considerado “normal” no meio social. Nesse sentido, é importante observar que os serviços e profissionais de saúde têm de realizar ações buscando promover o esclarecimento, a informação e a desmistificação do processo de sofrimento mental na tentativa de possibilitar uma atenção adequada ao portador de transtorno mental (Vecchia & Martins, 2006).

Tabela 5

Significado do diagnóstico segundo familiares dos moradores crônicos do HJM

Familiares	Diagnósticos	Significados
Irmã	Esquizofrenia	Fica isolado e desorientado
Irmão	Não é doente/Não é louco	A maconha o estragou
Irmã	Não era doente/Enlouqueceu porque foi abandonado pela família	É louco
Irmã	Deficiência Mental Irreversível	Fora de si totalmente/Descontrolado
Filha	Desconhece/Acha que é loucura	Tem crises de repente, cisma e encara as pessoas

Investigou-se também sobre o benefício social, se o paciente recebe e quem e como administra o dinheiro. Todos os moradores parentes desses cinco familiares recebem benefício. Desses apenas um tem o dinheiro sob a responsabilidade de uma assistente social do HJM e, portanto, acesso a totalidade do benefício. Dois irmãos disseram que repassam parte do dinheiro porque a família também precisa de uma parte, outra irmã entrega todo o dinheiro, considerando que é importante para as necessidades do paciente, descontando apenas o custo das passagens para ir até o hospital já que mora no interior. Já a filha da paciente não entrega nada ao Serviço Social, mas afirma que compra tudo o que é necessário e fornece alguma quantia quando a equipe solicita. A curatela pelo familiar acaba sendo a via de aproximação entre o paciente e a família, uma vez que em geral é apenas no dia do repasse do benefício que ocorre a visita, por outro lado, verifica-se, na maioria das vezes um claro interesse financeiro, apontando para a necessidade de se pensar estratégias que visem à ruptura dessa relação.

A pergunta-chave dessa temática foi feita no final das entrevistas quando se buscou a opinião dos familiares acerca da possibilidade do paciente deixar de ser

morador de hospital psiquiátrico, comentando-se acerca dos SRTs que existem para acolher os portadores de transtornos mentais que não têm possibilidade de retorno à residência familiar seja qual for o motivo. Dentre esses cinco pacientes, dois foram escolhidos para morarem no segundo SRT de Natal que na época das entrevistas estava para ser inaugurado, e a esse respeito, a irmã de um disse que tem dúvida sobre isso, pois o paciente gosta muito do HJM, já está acostumado com a vida no hospital, mas concorda porque confia na equipe. A outra familiar, a filha, não concorda com a ida da mãe para o SRT, argumentando que a paciente oscila muito de comportamento, às vezes fica bem, mas acaba piorando e conclui afirmando que a mãe vai acabar retornando ao HJM.

Observa-se a dificuldade do familiar aceitar a desospitalização e a ausência de implicação da família que atribui ao estado ou mais precisamente ao hospital a responsabilidade para com o paciente, seja por ignorância, descompromisso, limitações sócio-econômicas ou porque o estado historicamente corroborou para isso, posto que o familiar deveria ser afastado do tratamento do paciente:

O hospício separa o louco das causas de sua loucura, inscritas na sociedade e principalmente na família (...) o louco deve ser distanciado do meio doméstico, que não só causa, mas acirra e confirma a alienação mental. Trata-se, portanto, de reorganizar o contato entre o doente e a família, através do hospício. (Machado, 1978, p. 430)

Evidencia-se mais uma vez a necessidade de se promover interferências nesses modos instituídos de desresponsabilização e afastamento da família no cuidado com o portador de transtorno mental.

A irmã de um dos pacientes gostaria que o mesmo fosse para outro lugar, como um SRT, apesar de não saber se ele gostaria, por ser acostumado com o HJM; já, os

outros dois irmãos concordam com a opinião de que é impossível a saída do HJM, afirmando que o paciente precisa ser vigiado, precisa de atenção constante. Destacam ainda a periculosidade do paciente ou a “demência total” (sic) que impedem o convívio em qualquer outro lugar.

Nesse sentido, a possibilidade de saída do HJM para um possível retorno à família foi rejeitada por todos os cinco familiares. Um deles expôs claramente uma rejeição por temer o paciente, apresentando dúvida sobre o que o paciente de fato tem, mas mostrando certeza quanto à necessidade do paciente permanecer no hospital “aqui é o lugar dele, por favor, segure ele aqui” (sic). Os outros familiares apontaram dificuldades sócio-econômicas e assistenciais que impedem receber o paciente de volta, como: marido com Alzheimer, mãe idosa, deficiência física, coabitação com crianças, além de duas irmãs terem enfatizado o medo e a insegurança.

Constata-se que a recusa pela família ao acompanhamento do portador de transtorno mental denota uma sensação de sobrecarga, de ter de cuidar daquele familiar adoecido tendo outras dificuldades de ordem econômica e assistencial. Rosa (2003) aborda essa sobrecarga sentida pelos familiares, explanando que ao serem convocados a participar do tratamento, desde a década de 1970, os familiares não recebem a devida atenção pelas políticas públicas de Saúde Mental, sobrecarregando-se com tarefas para as quais não foram preparados para assumir.

Considera-se, portanto, fundamental uma intervenção no meio familiar, de modo que os profissionais de saúde, levando em conta a historicidade social de afastamento do portador de transtorno mental do seio familiar, possam orientar e dar suporte à família, construindo estratégias para lidar com o sujeito em sofrimento mental (Vecchia & Martins, 2006).

4.3.2. *Moradores crônicos*

Dando continuidade a exposição e análise dos resultados, passa-se para as entrevistas abertas com os moradores crônicos do HJM. Participaram dessa etapa 8 dos 20 moradores do HJM, tendo em vista que foram aqueles que interagiram, apresentaram condições de diálogo e se dispuseram a participar.

Inicialmente, indagou-se a respeito da percepção que têm do hospital e três deles apenas afirmaram que é bom, porque tem remédio, água e comida e porque está sendo tratado. Destacam-se as falas de dois pacientes: “gosto daqui, mas tenho vergonha pelos outros pacientes, são sujos e esculhambados” (sic) e “gosto de morar aqui, aqui não é um hospital, é uma casa grande de morar” (sic). Questionados sobre a impressão que têm da vida extramuros, obtiveram-se as seguintes respostas (Tabela 6):

Tabela 6

Impressão da vida externa aos muros do hospital psiquiátrico pelos moradores crônicos do HJM

Pacientes	Impressão da vida extramuros
1	“É melhor minha casa” (sic). Quer voltar para casa que morava.
2	Não acha nada/Afirma nunca ter saído do hospital.
3	Quer morar em casa/Mãe e padrasto não o aceitam.
4	Há perigo e roubo/Sente medo/ “Só Jesus sabe o que vai acontecer” (sic).
5	Quer ir morar na sua casa com seus pais/Não sabe dizer onde é.
6	Bom/Quer voltar para sua casa.
7	Não sabe.
8	Melhor/Quer morar na casa da filha/Se não puder, quer ir para o SRT.

Nota-se que quando indagados sobre o hospital, os pacientes não teceram queixas, referindo pontos positivos relativos à assistência – “Estavam todos intimidados, depois de ficarem tantos anos presos...” (Basaglia, 1985, p. 17) – não

obstante, cinco dos oito pacientes que participaram enfatizaram o desejo de voltar para suas casas.

Prosseguindo, pesquisou-se o que sabiam sobre o porquê de serem moradores do HJM e obtiveram-se as seguintes respostas: um paciente respondeu que foi tomar um remédio para voltar para casa e está esperando o cabo da polícia que o trouxe vir pegá-lo – é digno de nota que isso ocorreu há 41 anos; “a casa da minha mãe é cheia de negócio velho, não me cabe lá” (sic); não o quiseram em casa, foi trazido por um sobrinho com a polícia; “matei com revólver um rapaz, ai vim pra cá” (sic) – ressalta-se que não há registro sobre isso; e, quatro pacientes afirmaram não saber por que estão no hospital, um deles acrescentou que só sabe que perdeu todos o dentes no HJM.

Sobre o conhecimento acerca do diagnóstico e seu significado, três moradores disseram não saber o que tinham, um apresentou uma resposta mais elaborada afirmando que já nasceu doente, que possui uma doença crônica e que apesar de tomar remédio diariamente sabe que nunca fica bom e os outros responderam que: não tem problema nenhum; tem “doença braba no estômago” (sic); é doente do baço, enfatizando que não é louca; e, tem insônia e dor nos ossos, devendo tomar remédios todos os dias.

Essas questões sobre terem se tornado moradores do HJM e sobre o diagnóstico expõem certo comprometimento mental nos moradores do HJM e, sobretudo, o distanciamento com suas próprias vidas, como se fossem completamente alheios ao que lhes ocorre, o que é indicativo dos efeitos da lógica manicomial que lhes tira a possibilidade de gerir minimamente suas vidas, configurando-se como meros objetos desse sistema segregador.

Corroborando o desconhecimento que o residente crônico apresenta acerca de si mesmo, as respostas dadas às questões sobre o benefício que recebem – como é

administrado e o que pensam a respeito – expõem a ignorância ao que realmente ocorre, foi então construída a Tabela 7 para expor a fala dos moradores – representada na coluna *Fala* – e o que de fato acontece – coluna *Real* – para melhor visualização. Observa-se que o termo *Não se aplica* é utilizado no caso do morador não receber benefício social.

Tabela 7

Conhecimento acerca do benefício social pelo morador crônico do HJM

Recebe Benefício		Responsável		Opinião do morador a respeito
Fala	Real	Fala	Real	
Sim	Sim	Serviço Social	Irmã	Importante, pois precisa comprar as coisas.
Não	Sim	Não se aplica	Irmã	Não se aplica.
Sim	Sim	Serviço Social	Serviço Social	Bom. Compra roupa e faz feira. Queria receber o próprio dinheiro/Quer o controle de
Sim	Sim	Serviço Social	Serviço Social	pelo menos uma parte/ “Pensam que sou incompetente, não têm confiança em mim” (sic).
Não	Não	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica.
Não	Não	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica.
Sim	Sim	Serviço Social	Serviço Social	Compram as coisas que precisa. O dinheiro é para as duas
Sim	Sim	Filha	Filha	[moradora e filha]/Importante, pois compra remédio, roupas e material de higiene.

Destaca-se a fala de um dos pacientes que gostaria de ter controle sobre pelo menos parte do seu benefício, mostrando-se bastante indignado por acreditar que o consideram incompetente para isso. O conteúdo desta fala coincide com a de uma interna do *Hospital Psiquiátrico de Gorizia*, no século passado que disse:

(...) Nós temos uma lei aqui dentro e eu não sei se é justa, eu acho que não é, que diz que quando recebemos alta devemos ser confiados a alguém, que assina por nós. Isso porque ninguém tem confiança em nós. Somos um pacote, o pacote tem de ficar sob a guarda de alguém, mas ninguém pode abrir. (Basaglia, 1985, p. 31)

Evidencia-se a potência de vida resistente aos efeitos institucionalizantes do hospital psiquiátrico e o desejo de terem minimamente uma autonomia sobre suas próprias vidas.

Concluindo as entrevistas abertas com os moradores crônicos, averiguou-se a opinião dos mesmos acerca da possibilidade de sair do hospital e/ou de retorno para casa. Dos oito residentes que participaram, quatro na época estavam selecionados para irem morar no segundo SRT de Natal, o que de fato aconteceu. Um destes afirmou que vai ser melhor, porque parece mais uma casa, o segundo disse que tanto fazia ficar no HJM ou ir para o SRT. Uma moradora acha bom ir para o SRT, mas enfatiza que queria mesmo ir morar com sua filha e diz compreender que essa não pode porque mora com a sogra e os filhos pequenos. O quarto morador disse que nunca ia sair do HJM, porém está a poucos meses de ser transferido para o SRT. Dos quatro restantes, dois disseram que querem voltar para casa e os outros dois: “vou ficar por aqui mesmo” (sic), negando a possibilidade de sair do HJM e “ninguém me quer, fico no hospital direto demais” (sic), mostrando o desejo de sair e a impossibilidade de não ter para onde ir.

Em relação à possibilidade de retorno ao convívio familiar, apenas quatro dos moradores se pronunciaram. Dois expuseram a impossibilidade porque a irmã de um é alcoólatra e a filha da outra não tem casa própria e não pode recebê-la. Os outros dois defenderam que seria bom voltar para casa, um deles acrescentou que poderia inclusive ajudar nas despesas da casa, porque tem dinheiro, destaca-se que este tem conhecimento da poupança que possui com um valor superior a oito mil reais e do benefício mensal que recebe.

Verifica-se, portanto, a presença da vontade de sair do hospital psiquiátrico, principalmente de retornar ao convívio familiar, bem como o desejo de não sair do hospital, ressaltando-se que os quatro moradores que iam para o segundo SRT não se mostraram implicados, chegando um deles a sequer mostrar conhecimento sobre isso, elucidando inclusive o desejo de permanência no hospital psiquiátrico.

Esse desejo de permanência no hospital psiquiátrico é de algum modo respaldado pela dificuldade e receio que o paciente tem de encarar outro modo de vida, bem diferente do que teve até o momento. Tem de se dispor a conhecer o novo, o incerto, abandonando a rotina inalterável de um hospital psiquiátrico. É resgatar uma autonomia que não possuía e, nesse processo, as dúvidas e os medos se fazem bastante presentes, evidenciando a ambivalência entre a “segurança” no hospital e a “liberdade” que a desospitalização proporciona (Gomes, Wachs & Jardim, 2004).

5. Considerações finais

“... o primeiro passo para a cura do doente

é a volta à liberdade”

(Basaglia, A Instituição Negada)

A cronicidade na Saúde Mental assume causas multifacetadas, enfatizando-se nesta pesquisa a face referente à exclusão social que o portador de transtorno mental tem sofrido desde a consolidação da instituição psiquiátrica, que fazendo uso de um discurso pretensamente científico vem exercendo historicamente o controle do comportamento dos sujeitos considerados desviantes da norma social.

Constatou-se que a lógica manicomial da institucionalização psiquiátrica contribui para a geração de crônicos moradores nos hospitais psiquiátricos, na medida em que resulta, entre outras coisas, na coisificação e deshistoricização do portador de transtorno mental, na dependência deste em relação ao hospital, no preconceito e na perpetuação do estigma; destacando-se que a internação psiquiátrica e o conseqüente isolamento social continuam sendo mais freqüentes nas classes sócio-economicamente desfavorecidas.

A desinstitucionalização dos moradores crônicos de hospital psiquiátrico se coloca como um desafio, tendo em vista a presença de muitas e diferentes dificuldades nos âmbitos político, econômico e sócio-cultural. Com o intuito de aprofundar essa problemática em nível local, foram investigados os aspectos relacionados a três importantes atores envolvidos neste processo: técnicos do HJM, familiares e moradores crônicos desta instituição.

Em relação aos técnicos, verificou-se que a maioria concebe a cronificação como resultante do modelo hospitalocêntrico e excludente de atendimento, considerando, portanto inadequada a moradia em hospital psiquiátrico. Argumentaram a favor da desospitalização, no entanto, não evidenciaram discursos desinstitucionalizantes, uma vez que se afirmou a necessidade de outra instituição que garantisse o isolamento, indicando a forte presença do estigma no corpo técnico.

Quanto às dificuldades relativas à desinstitucionalização dos moradores crônicos, destaca-se a preocupação dos profissionais em relação à adaptação dos moradores ao mundo extra-muros, dados os efeitos da longa internação que elimina as habilidades para uma vivência externa aos muros do hospital psiquiátrico.

Indica-se a importância de sensibilizar, ou mesmo, capacitar a equipe técnica, no sentido de promover o rompimento dos dispositivos práticos e discursivos do modelo manicomial que impedem a produção de modos de cuidado condizentes com a desinstitucionalização, devendo esta partir de dentro do hospital psiquiátrico, a fim de possibilitar uma mudança de atenção em seu interior, uma transformação interna que promova sua desconstrução e contribua para a inauguração de mecanismos extra-hospitalares de atenção (Ferro, 2009).

Os familiares de moradores crônicos indicaram o hospital psiquiátrico como única possibilidade para o portador de transtorno mental, observando-se a resistência da família em participar da atenção ao paciente, o que pode ser decorrente da herança histórica do afastamento da família no tratamento, das dificuldades sócio-econômicas e assistenciais e/ou do descompromisso em relação ao cuidado. Salienta-se que as concepções dos familiares em relação ao diagnóstico mostraram desconhecimento, o que de certo modo contribui para a culpabilização do sujeito em sofrimento mental e aumento do preconceito.

A possibilidade de retorno ao convívio familiar foi rejeitada por todos os familiares, principalmente pelo medo, insegurança e pelas dificuldades citadas, percebendo-se uma sensação de sobrecarga pelos familiares, os quais passaram a ser chamados a participar do cuidado, mas não receberam a atenção necessária pelas políticas públicas de saúde.

A participação da família é considerada importante e necessária no acompanhamento do processo de desinstitucionalização nesse novo cenário da atenção à Saúde Mental, resguardando o suporte e a orientação pelos técnicos para os familiares na construção de estratégias para o cuidado com o sujeito em sofrimento mental (Vecchia & Martins, 2006). Pontua-se também a importância dos serviços e profissionais de saúde contribuírem com o esclarecimento e a desmistificação do transtorno mental. “O processo da Reforma Psiquiátrica (...) somente é exequível a partir da participação ativa dos trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar...” (Delgado et al., 2007, p. 70).

Os moradores crônicos do HJM se mostraram alheios as suas vidas, evidenciando os efeitos da institucionalização que lhes tira a liberdade e a possibilidade de se colocarem como sujeitos ativos no mundo, tratando-os sobretudo como objetos.

Não obstante, fez-se presente a potência de vida resistindo à lógica manicomial, através de um desejo expresso de gerir minimamente sua própria vida, bem como na afirmação de alguns de querer deixar de ser morador do hospital psiquiátrico. Encontrou-se, portanto a presença da vontade de sair, principalmente de retornar ao convívio familiar, mas também o desejo de permanência no hospital, percebendo-se a dificuldade e o receio que o morador tem de assumir a responsabilidade, autonomia e independência que não possuía, num mundo externo ao hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, evidenciou-se a imprescindível construção de uma nova subjetividade na sociedade em relação aos portadores de transtornos mentais. É preciso romper com as concepções que os marginalizam, que lhes retiram seus direitos de cidadãos e os segregam do meio social e familiar. O sujeito com sofrimento mental vai muito além do seu transtorno, é um ser humano que sente, deseja, tem direitos e deve viver com a dignidade de poder circular na comunidade. É preciso dar voz aos sujeitos com sofrimento mental, indo além de qualquer categorização.

(...) se torna necessário focar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade. (Basaglia, 1985, p. 28)

Observa-se que para que a reabilitação desses sujeitos seja possível é preciso trabalhar esta nova subjetividade com os próprios pacientes, principalmente, os institucionalizados, aqueles para os quais foi historicamente negada a possibilidade de escolher e decidir inclusive sobre sua própria vida. “Uma reabilitação somente é possível a partir deste fato concreto: ele é um homem sem direitos e discutimos com ele o fato de que não tem direitos; o doente é um rejeitado e discutimos com ele sua rejeição” (Basaglia, 1985, p. 28).

É importante, portanto, o esforço de despertar nestes pacientes o sentimento e uma reflexão a respeito de suas próprias vidas submetidas à violência para enquadrá-los a uma norma social institucionalizante. É necessário fazê-los se apropriar de suas vidas, para assim poderem expressar o que desejam. Isto se confirma em Amorim (2008) quando destaca a necessidade de participação efetiva dos crônicos no processo de implantação do SRT.

A nova subjetividade implica, portanto, em novas práticas de cuidado, em que se redefine o campo profissional de atuação. Não há mais espaço para campos de saberes separados, é fundamental a interligação das diferentes áreas (Medicina, Psicologia, Serviço Social etc.), a fim de que se constitua uma clínica ampliada que se caracteriza pela construção de possibilidades e novos campos de subjetividade no trato com o portador de transtorno mental (Amorim, 2008). É preciso romper com os modos instituídos de considerar e lidar com o portador de transtorno mental como um incapaz desprovido de desejos e possibilidades, devendo-se partir da aposta na emergência das potencialidades de vida desses sujeitos.

Pensando a reabilitação psicossocial em relação aos moradores crônicos de hospital psiquiátrico – um “trabalho delicado de reinserção social das pessoas com longa história de internação” (Delgado et al., 2007, p. 52) – evidencia-se que a política de atenção à Saúde Mental propõe para o processo de desinstitucionalização desses sujeitos, com programa pactuado entre os gestores do município e do estado: a habilitação do município no “Programa De Volta Para Casa”; a instalação de SRTs referenciados por CAPS; a criação de CAPS III para atender à demanda de internações de curta duração; a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a construção de Centros de Convivência e Cultura; a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica com apoio matricial oferecido pelos CAPS, gerando a co-responsabilização pelos casos atendidos; a articulação da Saúde Mental com o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU) e a adesão ao Programa de Inclusão Social pelo Trabalho.

Considerando a realidade local e corroborando a pesquisa de Amorim (2008), destaca-se a necessidade de implantação, no RN, de CAPS III e de uma rede sanitária ampliada com serviços residenciais suficientes para o processo de

desinstitucionalização, constituindo-se numa rede extra-manicomial que estimule uma posição subjetiva contra o estigma e uma verdadeira reabilitação psicossocial.

Acrescenta-se, nesse sentido, a construção de Centros de Convivência e Cultura, bem como a adesão ao Programa de Inclusão Social pelo Trabalho que são também fundamentais para o processo de desinstitucionalização desses sujeitos, uma vez que possibilitam a produção de autonomia e inclusão social. É importante frisar que são desafios nacionais a lenta implantação dos CAPS III e a viabilização de um processo amplo de cidadania através dos Centros de Convivência e Cultura e de empreendimentos solidários e auto-gestionários do Programa de Inclusão pelo Trabalho (Delgado et al., 2007), constituindo-se como um desafio também para a política de atenção à Saúde Mental local, que deve unir esforços a fim de efetivar a construção desses importantes dispositivos para melhorar a atenção ao portador de transtorno mental no estado.

Faz-se necessário enfatizar a importância de que os serviços substitutivos criados se estruturam de acordo com as necessidades específicas da população a que se destina. É preciso trabalhar com projetos terapêuticos singulares que possibilitem uma atenção adequada ao grau de autonomia, independência, limitações e possibilidades do portador de transtorno mental (Moreira & Andrade, 2007).

“É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Delgado et al., 2007, p. 58). Ressalta-se, portanto o imperativo de articulação entre os diferentes setores, serviços de saúde, equipamentos sociais da comunidade, técnicos e familiares para concretização da desospitalização e do processo de desinstitucionalização, destacando-se a necessidade de comunicação entre as esferas estadual e municipal de modo contínuo, antecedendo a

inauguração de novos dispositivos na atenção à Saúde Mental e dando continuidade com acompanhamento e troca de experiências.

5.1. Com a licença de falar na primeira pessoa...

Com o empréstimo das palavras de Basaglia (1985):

O fato é que, se os doentes não são ‘coisas’, *para nós não são*, e nós tampouco somos coisas. Nós não somos um objeto que serve para curar os doentes, somos pessoas, e por isso temos repercussões psicológicas emotivas em nós mesmos. (Basaglia, 1985, p. 49) (grifo nosso).

No final desse processo de reflexão sobre a condição de institucionalização e moradia crônica em hospital psiquiátrico, sinto uma satisfação pela oportunidade de ter cruzado nesta vida com essas pessoas – moradores crônicos do HJM – que despreziosamente me ensinaram que é possível resistir às mais diversas formas de violência física e psíquica e alimentar em si um desejo potente de vida!

Ao mesmo tempo, não posso deixar de registrar minha angústia e sofrimento por não conseguir fazer aquilo que gostaria, pelo sentimento de impotência diante do que precisa ser feito e que infelizmente não está ao meu alcance... contudo, movo-me pelo que, com toda limitação, posso realizar e pelo desejo de tentar fazer alguma diferença, por menor que seja, na vida de alguns, compartilhando com estes o desejo de viver, enfrentando a “desproteção” libertadora por estar no mundo, por ir e vir... “aparecendo”, sendo protagonistas de suas vidas ao escreverem suas próprias histórias e “desaparecendo”, podendo circular entre os demais na sociedade sem chamar atenção por qualquer estigma ou preconceito.

6. Referências

- Amarante, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1997). Loucura, Cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, Percursos e atores da Reforma Psiquiátrica. In S. Fleury (Org.), *Saúde e Democracia: a luta do CEBES* (pp. 163-185). Rio de Janeiro: Lemos.
- Amorim, A. K. M. A. (2008). *O serviço residencial terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Aranha e Silva, A. L., & Fonseca, R. M. G. S. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441-449.
- Basaglia, F. (1974). A instituição da violência. *Revista Tempo Brasileiro*, 35, 34-71.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.
- Belmonte, P. R. (1998). História da Psiquiatria e das políticas de Saúde Mental. In *Temas de Saúde Mental: textos básicos do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar* (pp. 9-23). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Bezerra Filho, A. R. (1981). *O processo da hospitalização psiquiátrica: estudo da atitude de familiares de pacientes internados, e de outros agentes, na cidade de Ribeirão preto – SP. Uma abordagem Psicossocial*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Botega, N. J., & Dalgalarrodo, P. (1997). *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec.
- Brasil, M. A. A. (1996). A ética do sofrimento humano. In A. C. Figueiredo, & J. F. Silva Filho (Orgs.), *Ética e saúde mental* (pp. 11-25). Rio de Janeiro: Topbooks.
- Carneiro, N. G. O., & Rocha, L. C. (2004). O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 66-75.

- Carta de Campinas* (2008). Campinas: I Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades. Obtido em 25 de março de 2009, de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/CartadeCampinas,de18dejunhode2008.pdf
- Costa, J. F. (1984). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte epistemológico*. Rio de Janeiro: Editora Xenon.
- Costa, J. F. (1996). As éticas da Psiquiatria. In A. C. Figueiredo, & J. F. Silva Filho (Orgs.), *Ética e saúde mental* (pp. 27-36). Rio de Janeiro: Topbooks.
- Declaração de Caracas* (1990). Caracas: OMS. Obtido em 17 de março de 2009, de http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas
- Delgado, P. G. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffman, M. C. C. L., Martins, R., & Grigolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 39-84). Porto Alegre: Artmed.
- Ferro, L. F. (2009). Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 752-767.
- Fonseca, L. M. (2005). *O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1984). *Doença mental e Psicologia*. (L. Shalders, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro LTDA. (Obra original publicada em 1954).
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, R. C. M., Wachs, F., & Jardim, C. (2004). *A história de uma travessia*. Obtido em 29 de junho de 2010, de <http://www.topia.com.ar/articulos/hist%C3%B3ria-de-uma-travessia>
- Gondim, D. S. M. (2001). *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?* Dissertação de mestrado não-publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *Revista Enfermagem UERJ*, 12(2), 217-221.

- Jorge, M. A. S. (1997). *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Obtido em 27 de novembro de 2008, de <http://www.paulodelgado.com.br/leisaprovadas/lei10216.htm>
- Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002* (2002). Código Civil (CC), Parte Especial, Livro IV, Título IV, Capítulo II, Seção I, Art. 1767 – Dos Interditos. Brasília, DF. Obtido em 29 de maio de 2010, de <http://www.clubjus.com.br/?artigos&ver=3.2760>
- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003* (2003). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Obtido em 17 de agosto de 2009, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm
- Lei nº 11.709, de 19 de junho de 2008* (2008). Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de março de 2008. Obtido em 17 de agosto de 2009, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11709.htm
- Machado, K. (2005). Como anda a Reforma Psiquiátrica? *Radis: Comunicação e Saúde*, 38, 11-19.
- Machado, R. (1978). *Danação da norma: a Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Machado, V., Manço, A. R. X., & Santos, M. A. (2005). A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1472-1479.
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Autor. Obtido em 10 de março de 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf
- Ministério da Saúde. (2007). *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006*. Brasília: Autor. Obtido em 10 de março de 2009, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). *Saúde mental no SUS: acesso, equidade e qualidade – Relatório de gestão 2008*. Brasília: Autor.

- Mion, J. Z., & Schneider, J. F. (2003). Leitos psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1), 38-42. Obtido em 29 de maio de 2010, de <http://www.fen.ufg.br/Revista>
- Moreira, M. I. B., & Andrade, A. N. (2007) Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 46-54.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Autor. Obtido em 04 de março de 2009, de http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf
- Pereira, C. M. S. (1979). *Instituições de Direito Civil*. Rio de Janeiro: Forense.
- Piccini, W. J. (2005). Fragmentos da história da Psiquiatria no Brasil (II). *Psychiatry On-line Brazil*, 10(7). Obtido em 22 de março de 2010, de <http://www.polbr.med.br/ano05/wal0705.php>
- Porto, I. M. S. A. (2003). *Internações psiquiátricas voluntárias-involuntárias*. Monografia de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, Universidade de Brasília, Brasília.
- Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004* (2004). Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 (PRH). Obtido em 11 de maio de 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>
- Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002* (2002). Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria). Obtido em 11 de maio de 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GM251-diretrizes%20e%20normas%20para%20assist.hosp.psiquiatria.pdf>
- Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008* (2008). Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Obtido em 11 de maio de 2010, de http://www2.saude.al.gov.br/files/Portaria_325_de_210208.pdf
- Rosa, L. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Rotelli, F., & Amarante, P. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In B. Bezerra Júnior, & P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 41-56). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: O circuito psiquiátrico de Trieste. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica* (pp. 149-169). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2006). O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Imaginário – USP*, 12(13), 397-418.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora.
- Severo, A. K. S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 59-67.
- Silva, R. (2004). Um parceiro da loucura. *Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos*, 1(1), 22-23.
- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). (1995). *Censo da População de Internos dos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Autor.
- Tsu, T. (1993). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Edusp/Vetor.
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 159-168.
- Wing, J. K. (1989). The measurement of "social disablement": The MRC social behaviour and social role performance schedules. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 173-178.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista

1. Qual a sua função no HJM?
2. Você conhece a história dos seus pacientes? Sabe o porquê de eles terem se tornados moradores de um hospital psiquiátrico?
3. O que pensa sobre essa condição de morador? Visualiza outra possibilidade para eles?
4. O que a residência terapêutica apresenta como aspecto positivo para o paciente? E negativo?
5. Quais pacientes irão para a segunda Residência Terapêutica? Por quê?
6. Todos os pacientes do HJM têm possibilidade de ir para uma residência terapêutica? Por favor, justificar.
7. Quais as dificuldades (técnico-assistenciais, jurídicas, sociais, familiares, econômicas e culturais) para a saída do paciente do hospital psiquiátrico?
8. O que você conclui como sendo necessário para o paciente sair da condição de morador de um hospital psiquiátrico?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)