

Relatórios do Banco Social de Serviços



APRESENTAÇÃO

O Programa Banco Social de Serviços em Psicologia tem sido um dos projetos mais fortes e consensuais dos psicólogos brasileiros, pois representa a possibilidade de reforçar a presença social da Psicologia por meio da ampliação de seu espaço nas políticas públicas. Os psicólogos vêm, desde os anos 70, construindo um lugar importante na construção e execução das políticas e, com isto, vêm garantindo o atendimento às necessidades da população e o respeito aos direitos sociais.

Com certeza, ainda há muito o quê conquistar, mas, temos desenvolvido competências importantes que nos permitem uma significativa contribuição profissional.

O compromisso que os psicólogos mantêm, hoje, com a sociedade brasileira é novo e pode ser tomado como um re-direcionamento da profissão. Se tradicionalmente nosso compromisso foi com os interesses das elites, hoje, podemos perceber uma outra configuração social da Psicologia como profissão: temos apresentado à sociedade alternativas de ação e contribuições que caminham na direção da transformação social e da construção de condições dignas de vida.

Com certeza, ainda há muito o quê desenvolver e rever em nossas teorias e em nossas práticas, mas os psicólogos sabem em qual direção querem caminhar.

Foi com a intenção de colaborar com estas buscas e projetos que os Conselhos de Psicologia construíram e desenvolveram o Banco Social de Serviços em Psicologia. De maio de 2003, quando foi lançado a agosto de 2005, quando está sendo encerrado, o Banco permitiu uma experiência arrojada para a categoria dos psicólogos. Práticas disponíveis na profissão foram apresentadas à sociedade e ao Estado para serem postas em execução, por um conjunto de psicólogos militantes do projeto do “compromisso social da Psicologia”. Durante dois anos, a experiência de participação no desenvolvimento de políticas públicas em seis áreas sociais foi realizada e seus resultados são excelentes.

Pudemos apresentar à sociedade e ao Estado, práticas profissionais que têm estado pouco visíveis na sociedade brasileira; realizamos a experiência da participação em políticas que visam melhorar as condições de vida em nosso país; abrimos novos canais de negociação com o Estado sobre as demarcações e possibilidades da profissão do psicólogo; fortalecemos a presença dos psicólogos na construção de políticas públicas e contribuimos na busca de

alternativas para os problemas sociais brasileiros a partir de nossa profissão. Sem dúvida, ao encerrarmos o Banco Social de Serviços em Psicologia deixaremos a nossa profissão em um outro lugar social.

Muitos participaram deste empreendimento: foram parceiros nos órgãos públicos que nos abriram a porta e acreditaram no projeto do Banco Social; foram psicólogos que dedicaram parte de seu tempo profissional e/ou de seu descanso para esta experiência inovadora; foram conselheiros e funcionários dos Conselhos de Psicologia e do Banco Social que ajudaram, com seus trabalhos, a desenvolver e tornar realidade o projeto; foram usuários dos serviços que acolheram nossa oferta e nos ajudaram a avaliar a importância e necessidade social de nossa profissão. Muitos assistiram à experiência, com posturas críticas, às vezes descrentes ou com esperança e entusiasmo; mas, ninguém deixou de se apresentar de alguma forma nessa construção histórica. Sem dúvida, o Banco Social de Serviços em Psicologia é um marco importante na construção de um novo compromisso social de nossa profissão, pois expressa o projeto que nossa categoria tem para a Psicologia Brasileira: queremos, como profissionais, estar na sociedade de modo a colocar nosso saber e nosso fazer profissional à disposição do projeto de construção de um mundo melhor.

Nossos agradecimentos e segue o relatório desta experiência, que esperamos possa servir para que gestores públicos ajustem suas expectativas em relação à Psicologia, formadores possam utilizar como base para o debate da formação, psicólogos possam ter como uma referência para o desenvolvimento de sua qualificação profissional e a sociedade possa receber como testemunho de nosso compromisso com as urgências da sociedade brasileira.

Brasil, 27 de agosto de 2005.

Ana Mercês Bahia Bock

Presidente do Conselho Federal de Psicologia

SUMÁRIO

I. Programa “Banco Social de Serviços em Psicologia”	5
1. Contexto Social	5
2. Objetivos do Banco Social	5
3. Resultados Esperados	6
4. Perfil da População.....	7
5. Projetos e Parcerias	7
6. Estrutura do Banco Social	9
7. Panorama Nacional do Banco Social	10
II. Considerações sobre as Políticas	12
1. Contexto, Política, Atores, Estratégias, Desafios e Sugestões para Trabalhadores de Saúde Mental e Psicólogos - Eduardo Mourão Vasconcelos.....	12
2. Caracterização da Saúde Mental Nacional.....	60
Programa “De Volta Pra Casa”, Serviços Substitutivos e Hospitais Psiquiátricos	60
III. Projeto “Acompanhamento dos Usuários do Programa ‘De Volta pra Casa’”	69
1. Considerações Conceituais.....	69
Banco Social de Serviços e De volta pra casa: Parceiros da Loucura - Rosemeire Silva	69
2. O projeto: objetivos, procedimentos e resultados esperados.....	76
IV. Desenvolvimento do Projeto	82
1. CRP 02 – Pernambuco e Fernando de Noronha	84
2. CRP 06 - São Paulo	92
3. CRP 04 - Minas Gerais.....	113
4. CRP 03 – Bahia e Sergipe	117
V. Considerações Finais sobre o Projeto	121
VI. Propostas de Inserção da Psicologia na Implementação de Políticas Públicas	123
VII. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas	126
ANEXO I: Termo de Referência	130
ANEXO II: Termo de Cooperação Técnica	138
ANEXO III: Detalhamento do Projeto e de Intervenção	142
Ficha Técnica	145

Não basta reconhecer o direito às diferenças identitárias... mas caberia intensificar as diferenciações, incitá-las, criá-las, produzi-las. Talvez... uma das coisas mais fascinante e mais difíceis de fazer no trabalho com psicóticos; o multiplicar as formas de conexão, de linguagens, de abordagens, de entendimento. Pluridimensionar o campo. Recusar a homogeneização sutil mas despótica em que incorremos às vezes, sem querer, nos dispositivos que montamos quando os subordinamos a um modelo único, ou a uma dimensão predominante. Aceitar esse paradoxo de que quando um dispositivo está dando certo demais é que ele já não serve mais, que quando um grupo está demasiadamente bem sucedido alguma processualidade foi emperrada, que quando entendemos muito bem é porque deixamos de entender um bocado, que quando estamos muito sãos é porque já estamos muito neuróticos

(Peter Pál Pelbart - A Nau do Tempo Rei, p. 23).

I. PROGRAMA “BANCO SOCIAL DE SERVIÇOS EM PSICOLOGIA”

1. Contexto Social

No Brasil, historicamente, a maior parte da população está submetida a processos de alienação cultural e educacional, excluída do acesso a bens e serviços que a sociedade atual pode oferecer aos seus cidadãos. Chega a ocorrer degradação do próprio sentido do que seja efetivamente viver como um ser humano. Neste contexto são efetivamente cidadãos aqueles que possuem renda suficiente para adquirir esses bens e serviços. Há diferentes grupos nesta situação de não cidadania, dentre os quais podem ser citadas as pessoas sem condições de manutenção econômica de sua vida, os adolescentes que estão cumprindo medidas socioeducativas, os portadores de transtorno mental (por exemplo, os portadores de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), os egressos do sistema penitenciário, a grande parcela de crianças que passa pelas escolas sem aprender a ler ou escrever etc.

O Banco Social de Serviços em Psicologia, com o intuito de colaborar com a modificação deste cenário adverso e colaborar com o aperfeiçoamento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de geração de renda; atenção à crianças e adolescentes em situação de risco social; saúde mental e desinstitucionalização psiquiátrica; segurança pública e políticas de reinserção social de encarcerados; processos de aprendizagem e escolarização; e, políticas públicas de comunicação social de controle da mídia e fortalecimento da cidadania; buscou utilizar recursos e práticas psicológicas e, quando necessário, construir novos vinculados à promoção de saúde e, de forma mais ampla, à defesa dos direitos humanos, à construção da cidadania. Caracterizou-se, assim, por ampliar e fortalecer o compromisso social da Psicologia com a imensa maioria da população brasileira.

2. Objetivos do Banco Social

- Contribuição para a busca de alternativas para problemas sociais brasileiros;
- Fortalecimento de populações em situação de vulnerabilidade social;
- Fortalecimento das propostas de atendimento da população em situação de vulnerabilidade social;
- Abertura de novos canais de negociação com o poder público sobre possíveis

demarcações e contribuições do profissional psicólogo à efetivação de políticas públicas;

- Contribuição na formação dos psicólogos para a atuação na área social.

3. Resultados Esperados

- Fortalecimento dos recursos subjetivos do público alvo (trabalhadores em situação de desemprego, adolescentes em conflito com a lei, usuários de serviços de saúde mental, egressos do sistema penitenciário etc), para o enfrentamento da situação de vulnerabilidade;
- Fortalecimento do público alvo como sujeitos de direitos;
- Ampliação da rede de apoio utilizada pelo público alvo dos projetos (familiares, serviços e dispositivos de sociabilidade existentes na comunidade);
- Maior divulgação e articulação entre serviços existentes de setores diversos para os profissionais e para o público alvo;
- Ampliação e aperfeiçoamento das intervenções desenvolvidas pelas instituições parceiras;
- Aperfeiçoamento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de trabalho/ desemprego; criança e adolescente; saúde mental/ desinstitucionalização; segurança pública/ encarceramento; aprendizagem/escolarização; mídia e cidadania.

Para desenvolver tais projetos, o Banco Social constituiu-se como um banco de horas de trabalho voluntário de psicólogos. Os psicólogos escolhiam em qual dos projetos pretendiam trabalhar, assinavam um termo de adesão ao trabalho voluntário e desenvolviam as intervenções nas instituições parceiras do Banco Social, seguindo orientações e diretrizes do projeto no qual se inscreveram.

4. Perfil da População

Todas as intervenções propostas foram dirigidas à população em situação de vulnerabilidade social ou a grupos que comumente não são contemplados pelos serviços públicos de psicologia. São eles:

- Trabalhadores em situação de desemprego;
- Adolescentes julgados autores de atos infracionais que cumprem medida socioeducativa em meio aberto (Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade);
- Usuários de serviços de saúde mental com histórico de internação longa, que necessitam de auxílio para o retorno à vida comunitária;
- Egressos do sistema penitenciário e seus familiares;
- Diretores, coordenadores, professores e demais funcionários de escolas públicas de ensino fundamental;
- Instituições, grupos e pessoas que se sentem mobilizadas a criticar programas televisivos, cujo conteúdo é considerado como lesivo a direitos humanos.

5. Projetos e Parcerias

As atividades desenvolvidas pelo Banco Social foram marcadas pela perspectiva de estabelecer colaboração com agentes sociais de variados tipos. Assim, foram estabelecidas parcerias com diferentes órgãos públicos locais, regionais, nacionais e internacionais. Essa perspectiva atendia à diretriz de evitar superposição de iniciativas ao mesmo tempo em que se buscou uma maior inserção e interlocução da autarquia com o aparato de Estado voltado ao atendimento da população.

Todos os projetos do Banco Social de Serviços em Psicologia correspondiam às definições tomadas pela autarquia em face de indicações buscadas junto aos órgãos públicos. Nos encontros com representantes de diferentes organismos estatais, depois de apresentada a disponibilidade dos psicólogos de colaborar com iniciativas de melhoria da vida da população, eram apreciadas diferentes necessidades percebidas pelos dirigentes dos órgãos públicos nos quais essa colaboração pudesse se materializar. Uma vez estabelecidos os alvos dos projetos, foram, então, elaborados pela equipe nacional e consultores do Banco Social.

No processo de definição dos diferentes projetos, desde logo era apresentada a caracterização que a autarquia fazia do Banco Social. Era um programa a ser desenvolvido em colaboração com órgãos públicos, de modo algum deveria servir para substituir ou concorrer com algum serviço existente, não tinha a perspectiva de perenidade, pois deveria ser a base prática de construção de novas políticas públicas que contassem com a participação da Psicologia.

Segue uma lista dos projetos desenvolvidos, com a indicação dos interlocutores específicos de cada projeto:

1. O projeto Apoio Psicológico ao Trabalhador em Situação de Desemprego foi desenvolvido em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, por meio dos postos do Sistema Nacional de Emprego (Sine) e em colaboração com as Secretarias Municipais voltadas para o campo do Trabalho e Desemprego.
2. Em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos foi formulado e executado o projeto sobre Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, que foi implementado em parceria com secretarias municipais.
3. A parceria com o Ministério da Saúde possibilitou a criação do projeto Acompanhamento aos Usuários do 'Programa De volta para Casa' que foi implantado por intermédio de ações conjuntas com as secretarias de saúde dos municípios em que o projeto se desenvolveu.
4. O projeto sobre a atuação de Psicólogos nos Processos Educacionais foi desenvolvido em parceria com a Unesco e secretarias municipais de educação.
5. O projeto Apoio aos Familiares e Egressos do Sistema Penitenciário ocorreu em parceria com o Depen – Departamento Penitenciário Nacional - Ministério da Justiça e em São Paulo, com a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária.
6. Em parceria com a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal foi desenvolvida uma ação conjunta na campanha 'Quem Financia a Baixaria é Contra a Cidadania', que possibilitou a execução do Projeto Ética e TV.

6. Estrutura do Banco Social

Para proporcionar a implantação e o desenvolvimento do projeto, o Banco Social contou com a seguinte estrutura política e técnica:

1. Assembléia de Políticas Administrativas e Financeiras (APAF):

Reunião de representantes de todos os plenários da autarquia, incluindo o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os 16 Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs). Na APAF os representantes dos plenários deliberam sobre as políticas e encaminhamentos comuns à autarquia.

2. Comitê de Acompanhamento:

Formado por representantes do CFP e dos 13 CRPs que desenvolveram atividades do Banco Social e pela equipe de Coordenação Nacional do Banco Social.

3. Coordenação Nacional do Banco Social:

- Formada pelo conjunto dos CRPs. Suas atribuições e tarefas eram:
- Zelar pela política geral do Banco Social;
- Colaborar com a execução e implantação do Banco Social em cada região.

4. Equipe Nacional do Banco Social

Formada por uma equipe técnica composta por uma Coordenadora Nacional e Gerentes de Projetos, era responsável pela elaboração e implementação dos projetos nas diferentes regiões do país.

5. Equipe Local do Banco Social:

Formada por gerentes estaduais do Banco Social articulados à equipe nacional.

6. Consultores:

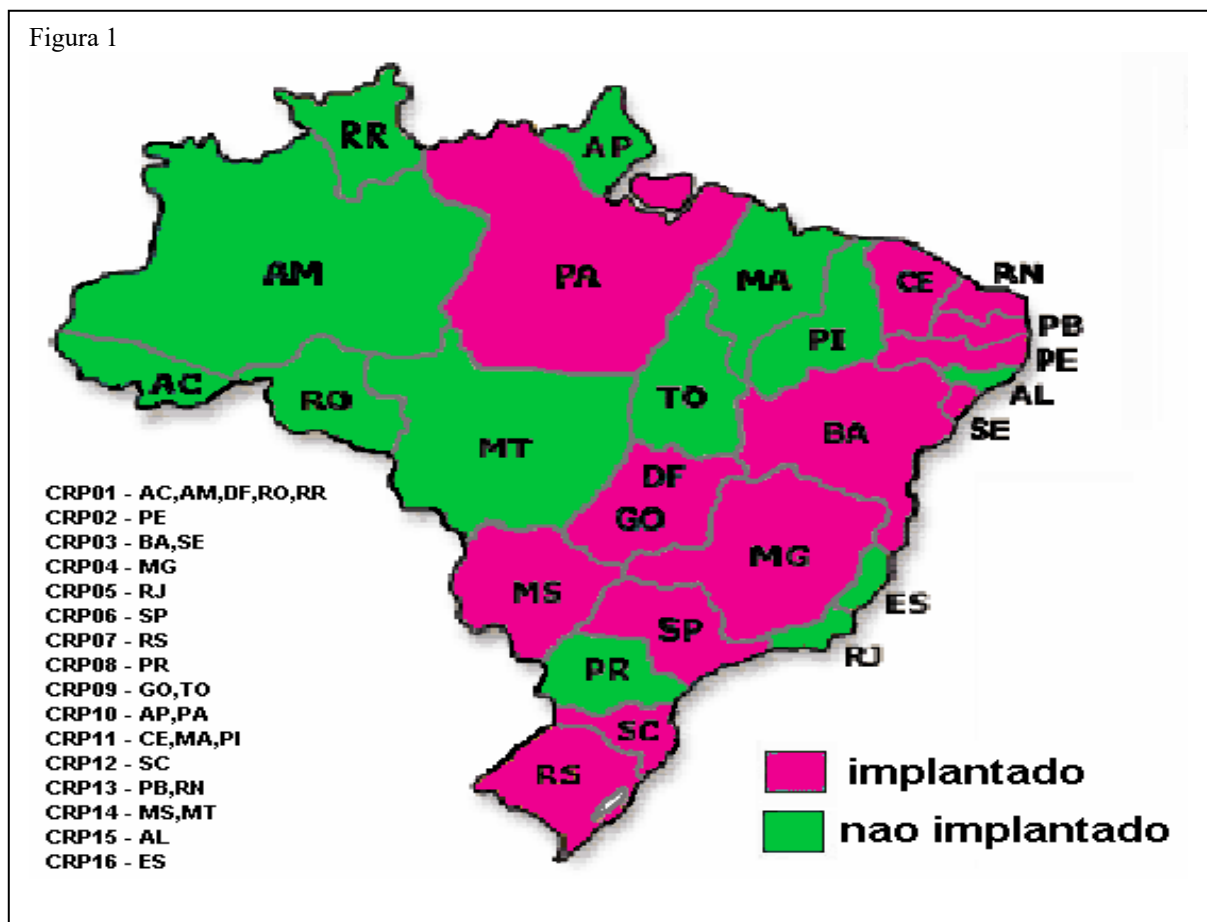
Profissionais especialistas na área temática de cada projeto que assessoram a equipe nacional e orientaram a formação dos psicólogos que trabalharam nos projetos específicos.

7. Protagonista:

Psicólogo voluntário que escolheu um dos projetos do Banco Social para atuar.

7. Panorama Nacional do Banco Social

Esta estrutura possibilitou que o Banco Social de Serviços em Psicologia fosse implantado em 50% dos Estados Brasileiros, além do Distrito Federal. O Banco Social esteve presente em 13 Estados distribuídos por todas as Regiões Brasileiras: Na Região Norte foi instalado no Pará; no Nordeste esteve presente em cinco Estados, a saber: Bahia, Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará; na Região Centro-Oeste foi lançado no Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal; no Sudeste foi implantado em São Paulo e Minas Gerais e no Sul brasileiro foi implementado no Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Ver abaixo na figura 1.



Panorama Nacional do Banco Social: Regiões onde os projetos foram implantados.

Fonte: Banco Social de Serviços em Psicologia

Conforme registrado na tabela 1, cerca de 6000 pessoas moradoras destes Estados participaram dos projetos do Banco Social, sendo que mais de 5500 foram usuários (beneficiados) dos projetos e mais de 300 eram psicólogos coordenadores das atividades propostas (protagonistas). Foram estabelecidas 55 parcerias com órgãos públicos ou com

entidades articuladas aos serviços públicos e que realizam trabalhos de cunho público. Participaram da administração local do Banco Social 13 Conselhos de Psicologia.

Tabela 1

CRPs que implantaram o Banco Social	13
Psicólogos Inscritos no Banco Social	5630
Psicólogos Inscritos nos Projetos	1980
Protagonistas	336
Parcerias realizadas	55
Pessoas beneficiadas	5763
Relação protagonista / pessoas beneficiadas	1 protagonista/ 18 usuários

Fonte: Dados numéricos do Banco Social no Brasil

II. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS

1. Contexto, Política, Atores, Estratégias, Desafios e Sugestões para Trabalhadores de Saúde Mental e Psicólogos

Eduardo Mourão Vasconcelos¹

1.1. Introdução

Os chamados ‘serviços residenciais terapêuticos’ (SRTs), os demais dispositivos residenciais e os programas de suporte à reinserção social de usuários desinstitucionalizados de hospitais psiquiátricos já entraram definitivamente para a lista de recursos assistenciais em saúde mental no Brasil, inseridos no processo de reforma psiquiátrica em curso no país desde o final dos anos 70, e que vêm substituindo os velhos asilos e hospitais psiquiátricos. Um dos últimos marcos importantes neste campo aconteceu quando, em 2003, o governo brasileiro lançou o programa ‘De Volta Para Casa’, que institui uma bolsa para portadores de transtorno mental egressos de internação psiquiátrica, cuja duração seja igual ou superior a dois anos.

A implantação destes dispositivos constitui uma reivindicação estratégica dos movimentos sociais da área, particularmente o Movimento de Luta Antimanicomial, bem como de seu congêneres mais institucional, o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro. Entretanto, esta também é uma estratégia comum a todos os outros processos de reforma psiquiátrica que vem ocorrendo no mundo, já que o acesso a uma moradia digna e a serviços/benefícios de suporte psicossocial de qualidade e abertos em uma comunidade local representa um objetivo básico para todos os que tiveram suas vidas marcadas pela institucionalização e opressão psiquiátrica convencional.

Este texto visa introduzir o leitor ao universo dos programas de implantação de dispositivos residenciais e de re-inserção social no contexto internacional e brasileiro, particularmente a partir do programa ‘De Volta Para Casa’, mostrando seu contexto, as

¹ Eduardo Mourão Vasconcelos formou-se em psicologia pela UFMG, mas também é cientista político, com doutorado e pós-doutorado na Inglaterra, professor adjunto da Escola de Serviço Social da UFRJ, e também pesquisador associado ao CNPq. Atua também como analista institucional e consultor de pesquisas e serviços nas áreas social, em saúde coletiva e particularmente em saúde mental. É autor de vários trabalhos, entre eles os livros “O que é Psicologia Comunitária”, “Do Hospício à Comunidade”, “Saúde Mental e Serviço Social”, “Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar”, “O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias”.

diretrizes políticas e normativas, e os enormes desafios de seu processo de implementação na atual conjuntura econômica e social, principalmente na inserção de seus moradores na vida social e na conquista de seus direitos básicos de cidadania². E particularmente, terá um foco mais específico na atuação de psicólogos no acompanhamento dos usuários destes serviços, como subsídio ao projeto “Acompanhamento aos usuários do ‘Programa de Volta para Casa’”, do Banco Social de Serviços em Psicologia, montado pelo Conselho Federal de Psicologia, em parceria com o Ministério da Saúde³.

1.2. Os vários tipos de dispositivos residenciais e de suporte psicossocial na estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica na experiência internacional

1.2.1. A estratégia mais geral de desinstitucionalização e a importância dos dispositivos residenciais e de suporte psicossocial

Na estratégia e no atual processo de desinstitucionalização psiquiátrica colocado em marcha nas últimas décadas nos vários países do mundo, a oferta de alternativas adequadas de moradia, de benefícios sociais e de suporte psicossocial localizados em bairros residenciais para a clientela de cuidado contínuo⁴ tem se constituído em um componente fundamental do ‘circuito’ de cuidados mais geral em saúde mental (Vasconcelos, 1999a) e portanto para o sucesso da estratégia. Dispositivos residenciais de boa qualidade acoplados a serviços e dispositivos de atenção psicossocial adequados constituem elementos chave na substituição dos leitos asilares e de enfermarias psiquiátricas convencionais, evitando a transinstitucionalização⁵, a simples desospitalização e a negligência social, principalmente tendo em vista o atual aumento da exclusão social e da população que vive nas ruas. Nesta área social, há também claro componente político. Os moradores de rua, dada a sua

² Este texto tem como base algumas das idéias desenvolvidas em outro trabalho meu sobre o mesmo tema, publicado em Vasconcelos (2000). Entretanto, a análise sofreu uma atualização e ampliação ampla e significativa, com base nos dados e discussões disponíveis até julho de 2005, tendo sua escrita sido concluída neste mesmo mês.

³ Este projeto tem como consultoras Florianita C. B. Campos, Marta Elizabeth de Souza e Rosemeire Aparecida da Silva, todas psicólogas e lideranças dos movimentos da Luta Antimanicomial, do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil e nos conselhos profissionais de psicologia no país.

⁴ Por este conceito indico a clientela identificada na psiquiatria convencional como portadora de transtornos mentais de longo termo, e muitas vezes identificada pejorativamente como “crônicos”.

⁵ Por transinstitucionalização se entende o deslocamento da clientela psiquiátrica para instituições similares de outro tipo, tais como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem, reformatórios, etc.

visibilidade social e sua eventual associação com o aumento da violência urbana, vêm sendo relacionados pelos meios de comunicação de alguns países ao fechamento das instituições psiquiátricas, de forma a alimentar campanhas de mobilização da opinião pública contra o programa de desinstitucionalização, como vem ocorrendo, por exemplo, no Reino Unido (1996).

Além disso, os serviços residenciais também têm um outro papel fundamental, o de evitar a simples extinção de recursos da área da saúde mental pelo fechamento das instituições convencionais ou pela morte gradual dos moradores idosos dentro dos asilos. Nesta direção, o atual contexto de políticas sociais neoliberais, com um vertiginoso desinvestimento nos programas sociais, revelou um caráter até então pouco reconhecido nas análises do sistema asilar, tradicionalmente centradas mais no caráter segregador e de controle social da instituição psiquiátrica: a de que estas enormes instituições constituem uma forte concentração geográfica de recursos patrimoniais e humanos do campo da saúde mental. Assim, o processo de desinstitucionalização requer a conversão e desconcentração destes recursos, não só como forma de implementar serviços substitutivos acessíveis nos bairros residenciais, de forma descentralizada nas diversas regiões das cidades, mas também como estratégia de evitar que estes recursos sejam apenas extintos. Os serviços residenciais e seus dispositivos de suporte e atenção psicossocial, nesse sentido, principalmente aqueles que implicam na aquisição de patrimônios físicos, constituem uma estratégia fundamental de conversão e deslocamento dos recursos investidos nos asilos para a rede social mais ampla, sem o risco de uma forte volatilização em recursos sem tangibilidade física, facilmente deslocáveis para outros investimentos públicos considerados mais prioritários, particularmente em políticas neoliberais de desinvestimento no campo social. Além disso, é fundamental que os recursos liberados neste processo de conversão sejam também previstos para programas de preparação e capacitação dos usuários e trabalhadores para a mudança, e os custos da montagem dos ambientes domésticos, processo que deve contar com a participação dos próprios futuros moradores (Ramon, 1992).

É muito importante lembrar também que, do ponto de vista da produtividade dos recursos e da relação custo-efetividade⁶ em saúde mental, os serviços residenciais e dispositivos de suporte não são necessariamente mais caros que os serviços hospitalares. No Reino Unido, por exemplo, as pesquisas realizadas pela equipe do professor Knapp, no

⁶ A perspectiva das análises de custo-efetividade é a verificação comparativa entre as diversas opções de serviços, seus efeitos e os custos respectivos de cada opção.

Instituto de Psiquiatria em Londres, que vem desenvolvendo os estudos mais volumosos e detalhados do país sobre custos comparativos de serviços psiquiátricos, vem mostrando que os custos de pacotes de serviços comunitários podem ser na verdade um pouco menores que os custos das internações psiquiátricas convencionais (Knapp, 1995; Ramon, 1996).

1.2.2. Os dispositivos residenciais e de suporte psicossocial na perspectiva do usuário e da conquista da cidadania

Se focarmos agora os dispositivos residenciais do ponto de vista específico dos interesses dos usuários, eles constituem elementos fundamentais de seu bem estar físico e psíquico e de sua estratégia política em saúde mental.

Em primeiro lugar, os dispositivos residenciais permitem um **processo de reapropriação pessoal mais rico** das dimensões real e simbólica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida quotidiana (Saraceno e Sternai, 1987). Isso é fundamental na medida em que muitas vezes a vivência destas dimensões pessoais foi muito empobrecida pelo institucionalismo ou pela violência da rua, e seus vínculos pessoais e sociais também foram quebrados, deteriorados ou simplesmente não existem, tendo em vista não só as longas internações asilares, como também as atuais tendências econômicas e demográficas de aumento do desemprego, da exclusão social, de desagregação das estruturas familiares convencionais, e portanto do número de pessoas desfiliações⁷. Dispositivos residenciais constituem, assim, a modalidade de serviços psiquiátricos associados como um maior nível de satisfação pelos usuários, do ponto de vista comparativo com os serviços fechados (Ramon, 1997). Do ponto de vista inverso, a ausência de uma moradia adequada constitui um fator altamente estressante e indutor de novas crises e re-internações psiquiátricas. E finalmente, a existência de moradia e de dispositivos de suporte constitui a base fundamental dos processos de reinserção, de aumento das trocas e oportunidades sociais e do poder contratual dos clientes. Um exemplo muito corriqueiro disso é o de que hoje qualquer trabalho fixo e mesmo uma simples operação de crédito no comércio exige a apresentação de um endereço permanente.

Neste campo, um componente central para a estratégia de aumento de poder contratual e para possibilitar novas oportunidades sociais concretas para os usuários são os

⁷ De acordo com Castel (1998), a desfiliação significa o processo de perda simultânea dos vínculos de trabalho e dos laços relacionais, principalmente familiares e comunitários. Este tema será tratado mais adiante.

benefícios sociais e monetários. Já está disponível na bibliografia brasileira acerca do processo de desinstitucionalização italiana, particularmente no trabalho de Denise Barros (1994), uma análise detalhada da importância de se mobilizar todos os subsídios e benefícios, pensões e bolsas possíveis, já existentes no conjunto dos direitos sociais, ou de conquistar benefícios novos e específicos para a clientela da saúde mental. Neste campo, no Brasil, se torna fundamental, por exemplo, facilitar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada para a clientela da saúde mental, bem como os programas de bolsas como o “Programa de Volta para Casa”.

Outro componente estratégico para o processo da desinstitucionalização psiquiátrica autêntica e para a reinserção social, é o **trabalho**. Na velha assistência psiquiátrica, os dispositivos ocupacionais visavam muito mais a ocupação do tempo, e às vezes, dependendo do investimento de eventuais profissionais mais sensíveis, um trabalho expressivo com funções terapêuticas. Entretanto, não estava na agenda daqueles serviços qualquer perspectiva de trabalho concreto, que ao mesmo tempo seja adequado às características psicossociais próprias dos usuários, seja capaz de ser valorizado pela sociedade e pelo mercado de trabalho, vise o aumento de sua contratualidade social e a geração de renda, e busque proporcionar satisfação e auto-estima para seus executores, como parte intrínseca do processo de recuperação de sua cidadania (Barros, 1994; Saraceno, 1999; Costa e Figueiredo, 2004). Esta área constitui um campo que exige uma articulação intersetorial muito intensa com outras agências de políticas social estatal, do Terceiro Setor e mesmo com o setor privado. Esta proposta constitui um enorme desafio na atual conjuntura econômica e social marcada pelo neoliberalismo, e este tema será melhor discutido a seguir.

Finalmente, um último elemento fundamental no processo de reinserção da vida da cidadania é constituído pelos **dispositivos de atenção e suporte psicossocial**. Neste campo, temos não só os serviços formais de atenção diária, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Ministério da Saúde, 2004), mas também os demais serviços de saúde, saúde mental e área social: a rede ambulatorial em saúde mental, a rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, e as iniciativas intersetoriais com outros campos de política social. Entretanto, há aqui também um enorme campo de possibilidades de suporte social e psicossocial a serem providos de forma articulada ou diretamente com os próprios serviços residenciais. Trata-se de dispositivos grupais, de capacitação para habilidades sociais básicas, de empoderamento (ajuda e suporte mútuos, defesa de direitos, de mudança cultural e militância social [Vasconcelos, 2003]), de acompanhamento individualizado ou em grupo,

etc, que têm uma importância fundamental para que os usuários possam elaborar suas estratégias pessoais e coletivas de recuperação de uma vida ativa e participativa. Estes dispositivos podem ser montados ainda dentro das velhas instituições psiquiátricas convencionais, como forma de ir estimulando gradativamente seus moradores a reinventar a vida até então marcada pelo institucionalismo, de prepará-los para a mudança para os serviços residenciais, e nestes últimos, podem ser desenvolvidos tanto dentro como fora das casas. Neste processo, há um campo enorme de possibilidades, que serão discutidas mais tarde neste trabalho, e que constituem o centro vital do projeto em foco, de “Acompanhamento aos usuários do ‘Programa de Volta para Casa’”.

1.2.3. Avaliação dos diversos tipos de dispositivos residenciais em saúde mental na experiência internacional

Não parece existir ainda no Brasil uma avaliação dos diversos tipos de dispositivos residenciais em implantação nos últimos anos no campo da saúde mental. Entretanto, considero importante para os trabalhadores do campo conhecer as várias possibilidades que vem sendo implementadas nos vários países que tem avançado a sua estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica. Conforme já mostrei em trabalho anterior (Vasconcelos, 2000), a experiência internacional vem mostrando alternativas muito variadas de tipos de casas, formas de propriedade e custeio, estrutura organizacional e nível de cuidado dispensado internamente aos serviços, podendo variar de serviços estatais para usuários muito dependentes, com supervisão interna 24 horas por dia e 7 dias por semana, até dispositivos mais flexíveis como famílias substitutivas, moradias independentes e lugares independentes em pensão, sem qualquer supervisão direta por parte de trabalhadores de saúde mental. O princípio básico que orienta a proposta deste leque mais amplo de opções residenciais é ofertar dispositivos adequados à variedade de quadros diferenciados de dependência e autonomia, de recursos pessoais, de situação social, familiar e comunitária, e ao desejo expresso de cada cliente singular.

Neste sentido, cabe retomar aqui uma rápida observação de ordem conceitual. O leitor deve ter notado que priorizo em meus trabalhos o uso do conceito de ‘*dispositivo*’ ao invés de ‘*serviço*’ residencial, este último adotado pelas Portarias/ GM n.º 106 de 11/02/2000 e n.º 1220 de 07/11/2000, do Ministério da Saúde no Brasil, que criaram os serviços residenciais terapêuticos (SRT’s). A meu ver, do ponto de vista conceitual, a noção de

dispositivo⁸ é mais abrangente e mais adequada para indicar também os esquemas de moradia mais simples, que podem implicar muitas vezes apenas uma articulação e/ou intermediação de recursos já existentes na comunidade, sem necessariamente a montagem de um novo serviço, como é o caso de lugares em pensão, arranjos coletivos em casas individuais de usuários, aluguel de moradia, ou mesmo arranjos espaciais novos na própria casa da família, através de suporte financeiro, material e/ou de mão de obra para pequenas reformas. Neste sentido, mesmo que hoje já esteja mais consolidado o termo *serviço*, para indicar as residências que vem sendo implantadas desde a portaria, chamamos a atenção de que seria preferencial o uso do conceito *dispositivo* para apontar o leque mais abrangente de alternativas, conclamando os trabalhadores de saúde mental para se descondicionarem em pensar apenas em serviços públicos mais complexos, para poderem imaginar e considerar também a possibilidade destes esquemas residenciais mais simples.

Feitas estas observações iniciais, acho interessante retomar aqui a caracterização dos principais tipos de dispositivos que vem sendo implementados no contexto europeu, já que nos parece apresentar um leque de opções mais rico e diversificado que o quadro norte-americano, e que foram apresentados em trabalho anterior (Vasconcelos, 2000).

Uma tentativa interessante de classificação dos dispositivos residenciais foi apresentada por Asioli (1988), indicando três tipos principais de estruturas com finalidade prevalentes. Para uma visão mais completa, sugiro uma adaptação desta classificação com o acréscimo de mais uma categoria, observando ainda que estas finalidades podem se superpor parcialmente em dispositivos específicos, obtendo-se então o seguinte quadro:

- dispositivos com finalidade prevalente de acomodação;
- dispositivos com finalidade prevalente de desinstitucionalização e reabilitação;
- dispositivos com finalidade prevalentemente terapêutica;
- dispositivos com finalidade prevalente de reinserção familiar.

No presente trabalho, preferiremos exemplificar as diversas categorias acima através da classificação proposta por Ramon (1996), apontando os seguintes tipos principais de dispositivos residenciais no contexto europeu:

⁸ Alguns autores italianos, como De Luca e Frattura (1996) usam o conceito 'estruturas residenciais' para indicar o mesmo sentido de 'dispositivos' que apontamos neste trabalho.

A) Esquemas residenciais adaptados dentro do ambiente hospitalar:

Constituem esquemas identificados em inglês como os ‘hospital hostels’ ou ‘hospital wards in the community’, e foram iniciados particularmente no início dos anos 80 na Europa, apesar de termos experiências iniciais na Itália já na década de 70. Em geral, as propostas mais avançadas significam uma adaptação de alas ou do espaço interno dos hospitais para suites, apartamentos ou casas, em que os moradores normalmente detêm a chave, como em esquemas já conhecidos para idosos. Geralmente se destinam para moradores mais dependentes ou com comportamentos mais desafiantes, ou para usuários que moravam por longo tempo na instituição e que preferiram continuar morando no mesmo local, e normalmente contam com supervisão e suporte de trabalhadores por 24 horas, ou pelo menos durante o horário noturno. Também vem sendo utilizados para casos de usuários com problemas penais, que exigem maior supervisão e controle.

As maiores limitações, e portanto os aspectos mais relevantes a serem avaliados nestes projetos são, em geral:

- a adaptação e aproximação das instalações com uma ambientação doméstica;
- o grau de autonomia interno para a gestão do cotidiano e a participação nas decisões com os trabalhadores;
- o número de usuários por quarto e unidade residencial e o grau de privacidade;
- a capacidade de circulação social, a proximidade e o acesso a outros ambientes de troca social e a integração da vida interna com atividades de outros grupos sociais, inclusive porque que muitas vezes as instituições estão localizados em áreas ainda pouco urbanizadas;
- a continuidade da cultura institucional por parte dos trabalhadores, principalmente enfermeiros;
- o grau de desvalorização social e estigmatização induzido pelo ambiente e pelos trabalhadores.

Exemplos de experiências deste tipo são os lares em Trieste e Arezzo, montados em instalações hospitalares adaptadas e que já se encontravam em áreas residenciais dada a expansão das fronteiras urbanas, locais nos quais os moradores (chamados ‘hospedes’) mais velhos e dependentes escolheram continuar a viver (Barros, 2004).

No Brasil, esta tem sido uma estratégia recorrente de antigos asilos,

principalmente tendo em vista a idade e limitações físicas da maioria da clientela de longa permanência nestas instituições. Normalmente, estas experiências vem sendo marcadas por várias das limitações identificadas acima.

B) Esquemas de recolocação em famílias:

Constitui a alternativa mais antiga para os problemas residenciais e sociais em saúde mental. Um exemplo está em Gheel, na Bélgica flamenga, em um conhecido sistema de famílias adotivas para adultos saídos do hospital psiquiátrico local, muitos dos quais como deficiências mentais, e que funciona desde o século XVIII. Em muitos casos, os usuários cuidam dos pais adotivos após a saída dos filhos naturais. Algumas pesquisas (por exemplo, Roosnes, 1979) tem mostrado a sobrevivência do estigma na comunidade, e a manutenção de procedimentos de reentrada no hospital sem um processo de investigação formal.

Outro exemplo está em duas cidades francesas, Du-sur-Arun e Aine-le-Chateau, a última analisada pela pesquisadora francesa Jodelet (1991)⁹, na qual 1195 usuários avaliados como sem problemas comportamentais graves passaram a viver com 439 famílias nos anos 80, tendo acesso a consultas pré-marcadas e visitas domiciliares. A ajuda financeira oferecida fez apelo às famílias mais pobres e desempregadas, praticamente constituindo a principal atividade econômica na região, gerando muitos problemas. O estudo de Jodelet mostra, em síntese:

- a sobrevivência do estigma, do medo e da institucionalidade legal como pacientes na comunidade;
- a insuficiência de programas reais de reinserção na família, na vida social e no trabalho;
- a falta de privacidade ou do direito de receber visitas na casa.

Ramon (1996) observa ainda criticamente que Jodelet, em sua pesquisa, deixou de avaliar a opinião dos usuários sobre a experiência.

⁹ Este trabalho já foi traduzido e publicado recentemente no Brasil pela Editora Vozes.

C) As experiências de ‘Group Homes’ (casas coletivas):

Estas experiências vem sendo estabelecidas na Europa desde os anos 60. Exigem um considerável investimento em planejamento, infra-estrutura, auxílios financeiros, seleção e preparação dos residentes e dos trabalhadores para os desafios a serem encontrados, manutenção física e investimento constante em recursos humanos nas casas. Além disso, são também aspectos cruciais nestas experiências:

- as características e localização da casa na cidade e nas redes de troca social;
- o número de residentes e sua adequação a uma estrutura ambiental apropriada às necessidades e à privacidade dos moradores;
- o regime de gestão de vida, das regras e responsabilidades pessoais e coletivas;
- o regime, a filosofia implícita e a qualidade da supervisão, gerindo as relações de dependência, necessidade de suporte e/ou autonomia;
- o acesso à rede de serviços de suporte e atenção psicossocial.

Os melhores resultados deste tipo de moradia tem sido o baixo índice de readmissões, a melhora no funcionamento social, do auto-cuidado e da qualidade de vida dos usuários, em comparação com os serviços hospitalares. Em relação a custos deste tipo de opção, as pesquisas avaliativas no Reino Unido indicam custos similares ou ligeiramente abaixo dos custos hospitalares, mas a inclusão da rede de serviços externos muito complexos geralmente eleva o índice global de custo do sistema (Ramon, 1996), o que não acontece nos hospitais psiquiátricos, pelo baixo nível de investimento em atenção psicossocial e pela frequente redução da vida dos pacientes às necessidades vitais mais básicas. Um outro problema consiste em que a maioria destas casas são desenhadas para receber ex-pacientes com longos períodos de internação, geralmente mais velhos, e não têm recebido os impropriamente chamados ‘novos crônicos’, mais jovens e com exigências de cuidado mais desafiadoras.

D) Serviços residenciais integrados:

- Esta modalidade geralmente inclui várias unidades residenciais com níveis mais avançados de autonomia e vida independente (apartamentos individuais, duplos, por exemplo), integradas a um serviço de suporte com trabalhadores, aberto 24 horas por dias e 7 dias na semana, com escritório e ambiente para atividades

coletivas, que pode inclusive constituir uma unidade que abriga morador(es) mais dependente(s). Tais dispositivos podem incluir portadores de transtorno mental, de demência e de deficiências de vários tipos. Permitem a passagem mais tranqüila de um nível de autonomia para outro com menos rupturas, bem como amplia o nível de contatos dos residentes e, por outro, tende a aumentar a produtividade da equipe central. Um dos bons exemplos bem sucedidos deste tipo de serviço vem ocorrendo em Estocolmo, Suécia.

- Às vezes, esta modalidade pode reproduzir a segregação, o isolamento e constituir um processo de transinstitucionalização, quando as unidades são auto-continentes e não encorajam os residentes à reinserção social externa.

E) Comunidades terapêuticas:

As comunidades terapêuticas se iniciaram na Europa e nos Estados Unidos no período da II Guerra, como serviços especializados para soldados, e a partir de então passaram a ser criadas dentro de hospitais em vários países europeus. Como são serviços mais caros, muitas destas unidades foram sendo fechadas no contexto neoliberal de redução de despesas a partir dos anos 80. Além disso, sofreram um forte processo de crítica por parte do grupo triestino do movimento de Psiquiatria Democrática italiana já na década de 70, no sentido de que mantêm várias facetas da lógica fechada das instituições psiquiátricas convencionais, que perpetuam a segregação e a exclusão dos usuários, bem como não coloca em discussão as relações de tutela, custódia e periculosidade social implícitas no saber psiquiátrico (Barros, 1994).

A marca específica deste tipo de serviço são dispositivos terapêuticos e de atenção psicossocial disponíveis internamente ou acoplados diretamente ao serviço, o que a diferencia claramente das duas modalidades anteriores. Isso inclusive a torna viável de ser implantada em pequenas cidades do interior, onde não existam quaisquer outros serviços de saúde mental. Um exemplo desta modalidade é mostrado de forma muito sensível no filme italiano ‘Uma Janela para a Lua’, do diretor italiano Alberto Simone, datado de 1996, e disponível em boas locadoras nas principais cidades do Brasil.

Um dos aspectos positivos desta modalidade tem sido a inclusão de adolescentes e jovens portadores de transtornos mais graves, como na experiência de Turim, no 3.o andar de um centro de saúde mental. Essa associação tem vantagens, como a possibilidade de uso das

instalações do centro, mas também tem desvantagens, como o estigma associado a todo centro de saúde mental. Outra experiência para este tipo de clientela é o Glasgow Huntly Lodge, no Reino Unido, que estabelece um período máximo de dois anos de estadia.

F) Aluguéis e outros esquemas individuais no mercado privado de moradias:

O aluguel constitui geralmente a modalidade mais preferida pelos usuários, mas vem apresentando inúmeros problemas:

- dificuldades no pagamento de aluguel na data e/ou falta de cuidado adequado com a moradia, pelo residente, e suas diversas consequências implicando o proprietário e/ou imobiliária gestora do imóvel;
- frequentes reclamações dos vizinhos em torno de comportamentos indesejáveis do residente;
- solidão, super-individualização e falta de suporte em ambientes residenciais e vizinhanças hostis, principalmente em caso de residentes com algum tipo de vulnerabilidade ou dependência.

Para o bom funcionamento desta modalidade, é necessário contar com um suporte adequado por profissionais ou um misto de profissionais e leigos, no sentido de lidar com a solidão, com o orçamento doméstico, compras e manutenção da casa, e acesso à rede de serviços de atenção psicossocial, trabalho, serviços sociais e educacionais em geral.

1.3. O processo de implantação dos dispositivos residenciais e de suporte psicossocial no campo da saúde mental no Brasil

O processo de reforma psiquiátrica brasileira teve um direcionamento político mais claro visando a desinstitucionalização inspirada pela experiência italiana a partir de 1992, particularmente depois de II conferência Nacional de Saúde Mental, sob forte influência do Movimento da Luta Antimanicomial, que adotou desde 1987, ano de sua fundação, a perspectiva italiana. A criação, normatização e difusão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se deu a partir desta inflexão gerada pela II Conferência.

Entretanto, a possibilidade de dispositivos residenciais e outras formas de suporte psicossocial serem financiados pelo Estado, para possibilitar a desinstitucionalização concreta de moradores de asilos psiquiátricos, teve que esperar um pouco mais. Em 1996, foi tentada a

criação do Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que foi impedido de se concretizar por iniciativa de setores contrários ao avanço da reforma, e por dificuldades legais. Foi somente após a virada do milênio, sob forte re-mobilização dos movimentos sociais do campo da saúde mental e da retomada da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde por uma de suas lideranças, é que foi possível fazer avanços significativos, que culminaram na promulgação da nova lei psiquiátrica, a Lei n.º 10.216, de abril de 2001, após 11 anos de debate parlamentar, e na realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve seu cume com a conferência nacional em dezembro de 2001. Foi neste contexto de “retomada da luta” é que várias iniciativas legais e normativas foram gestadas para a concretização dos dispositivos residenciais e de suporte psicossocial, entre as quais se destacam:

- Portaria/ GM 106, de 11/02/2000: criação e normatização dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's);
- Portaria/ GM 1.220, de 07/11/2000: criação na Tabela de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, do SRT, do procedimento de acompanhamento de paciente psiquiátrico em residência terapêutica em saúde mental, e inclui o código de 'cuidador em saúde' na Tabela de Atividade Profissional do SIA/ SUS;
- Lei n.º 10.708 de 31/7/2003: Criação do programa “De volta para Casa”, que institui o “auxílio reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar”, no valor de R\$240,00, provido diretamente para o usuário ou para representante legal de pacientes cuja internação em hospitais ou unidades psiquiátricas seja igual ou superior a dois anos. Esta bolsa deve ser combinada, como pré-requisito, com a garantia de uma atenção psicossocial contínua pela rede local ou regional de serviços de saúde mental.
- Portaria 2.077, de 31/10/2003: regulamentação da Lei n.º 10.708.
- Portaria 2078, de 31/10/2003: instituição da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta para Casa”, em âmbito nacional.
- Portaria GM/52, de 20/01/2004: instituição do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.
- Portaria GM/53, de 20/01/2004: criação de novos procedimentos no âmbito do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e outras

providências.

Este conjunto de medidas normativas e legais devem ser conhecidas pelos trabalhadores em saúde mental, e os atos até 2002 estão disponíveis em publicação do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002) ou de forma atualizada em site conveniado (www.inverso.org.br).

O programa dos serviços residenciais terapêuticos e o “Programa de Volta para Casa”, suas características normativas, suas estratégicas, desafios e problemas, merecem um melhor detalhamento, na medida em que constituem o foco central deste trabalho. Na época em que foi lançado o Volta para Casa, em 2003, o país contava ainda com 55 mil leitos psiquiátricos, com cerca de um terço deles ocupados por pessoas sem necessidade alguma de tratamento em regime de internação, mas que se sabe que não contam com suporte familiar e social capaz de os assumirem adequadamente na comunidade. O projeto de lei se baseou em duas iniciativas semelhantes que já tinham sido criadas no país: uma no Rio de Janeiro, na forma de lei municipal, sancionada em maio de 2002, e a outra em Recife, também transformada em lei municipal, aprovada em julho de 2002, e cujo autor foi justamente o então Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa, psiquiatra e na época vereador da cidade.

A estratégia implícita no programa partia do reconhecimento de que as velhas instituições psiquiátricas são anacrônicas não só do ponto de vista assistencial, mas também gerencial. Já era de conhecimento público que os indicadores de outros países demonstravam que uma assistência de base comunitária, de melhor efetividade e qualidade, e que gera maior satisfação da clientela, podia ser até mesmo um pouco mais barata que a asilar. Naquele ano, o Ministério da Saúde pagava uma média de R\$800,00 mensais para custear uma internação psiquiátrica convencional. Dados de programas piloto no Brasil nos permitiam também concluir que com estes mesmos recursos, seria possível custear uma assistência de qualidade na comunidade, permitindo, portanto incluir o auxílio de R\$240,00, e ainda assegurar o financiamento dos demais cuidados de atenção contínua, através de serviços residenciais e dos CAPS.

A estratégia do novo programa, portanto, é fazer com que parte dos recursos que custeiam os anacrônicos hospitais psiquiátricos “sigam o usuário”, em sua volta para seus municípios e áreas de origem, para valorizá-lo junto às autoridades locais, a sua família real ou substituta, ou na ausência de família, por parte de seus potenciais parceiros e novos amigos na comunidade.

Para o período de 2004 a 2007, o governo previa a inclusão de cerca de 3 mil beneficiários por ano no Volta para Casa, com uma meta total de 14 mil usuários no final do período. Entretanto, a partir de sua criação, em 2003, o projeto enfrentou muitas dificuldades e obstáculos. A principal delas está no próprio governo federal como um todo, dado que o governo Lula não cumpriu suas diretrizes políticas de campanha de reverter o modelo econômico e social vigente no país e de aumentar o investimento nas políticas sociais. Além disso, os dois programas, o do SRTs e o De Volta para Casa, enfrentam uma série de resistências e dificuldades no plano local, que também atrasaram o programa.

Assim, as metas do programa tiveram que ser revistas subsequenteamente. Por exemplo, previamente ao Congresso Nacional de CAPS no início de julho de 2004, a Folha de São Paulo lançou uma reportagem no seu caderno Cotidiano de 27/06/2004, intitulada “Sem estrutura, reforma psiquiátrica atrasa”, onde constata que “das 2.000 pessoas que deveriam ser atendidas até o fim de 2003 pelo programa, (...), só 472 foram beneficiadas até maio deste ano. O governo reviu as metas”.

Os **dados de hoje**, de julho de 2005, não mostram um quadro de resultados mais alentador. Neste momento, existem **301 SRTs cadastrados em todo o país**, e cerca de **1.459 usuários recebendo os benefícios do De Volta para Casa**. É importante tentar abordar as dificuldades identificadas pelos diversos atores sociais do campo, que tentam explicar o atraso na implementação do programa em relação às metas iniciais.

A reportagem da Folha de São Paulo de 27/06/2004 identifica as resistências sociais e institucionais ao programa:

O maior problema para a expansão foi a interpretação, da Previdência Social, de que pacientes que já têm o benefício de prestação continuada para deficientes não poderiam ter um segundo auxílio. A Saúde protestou e agora aguarda um novo parecer da Previdência. Outro empecilho é a resistência das famílias e a falta de documentação dos pacientes – o Ministério (da Saúde) pediu que o Ministério Público auxilie na agilização” (FSP, 27/06/2004).

Nesta mesma direção, nos dias 23 a 25 de setembro daquele mesmo ano de 2004, foi realizado em Paracambi - RJ, o município que abriga o maior asilo psiquiátrico privado do país, já sob intervenção do Ministério da Saúde, o Encontro Brasileiro de Residências Terapêuticas, com participação significativa de atores do campo da saúde mental¹⁰. O documento

¹⁰ Participaram do encontro 44 moradores de SRTs, 25 coordenadores de estado de saúde mental, 61

final está colocado em anexo neste trabalho, dado que apresenta a visão dos participantes do quadro dos desafios, problemas e propostas no campo dos SRTs e do programa De Volta para Casa. Entre as dificuldades, cita novamente a dificuldade de cadastramento dada a falta de documentação civil dos moradores de asilos, a falta de sensibilidade das autoridades locais para a implementação dos SRTs, a necessidade de um censo nacional dos moradores, etc. Chama também a atenção, por exemplo, entre as várias reivindicações do encontro, a proposta de ampliação do critério de elegibilidade para os serviços residenciais, hoje dirigidos aos egressos de longa internação, para a possibilidade de se aceitar pacientes com inúmeras internações e a clientela dos CAPS.

Por sua vez, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde complementa, em documento interno¹¹, esta avaliação da situação atual do programa dos SRTs e do De Volta para Casa. Acrescenta ao rol de dificuldades o privilegiamento de políticas hospitalocêntricas por parte dos municípios, a resistência e a desinformação dos profissionais, e a ausência de prioridade para os SRTs nos programas habitacionais. Além disso, no mesmo documento, indica os esforços no sentido do enfrentamento destes desafios. Em primeiro lugar, busca atualizar “os dados dos usuários que possuem dificuldades de documentação para seu efetivo cadastramento buscando em parceria com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos regulamentar a situação destes usuários”. E para vencer as resistências locais, a Coordenação elegeu “como prioritários 20 municípios onde o Ministério da Saúde atuará de forma mais próxima, buscando a resolutividade das ações para o cadastramento e a supervisão dos profissionais quanto às políticas de Saúde Mental implementadas”. Em relação aos programas habitacionais, buscou-se uma aliança com o Ministério das Cidades no sentido de um “compromisso de ambos os Ministérios no planejamento inicial de 1.000 Serviços Residenciais Terapêuticos no território brasileiro, para egressos de hospitais psiquiátricos, que através desta ação interministerial, tornar-se-ão beneficiários em potencial para o programa de Volta Para Casa”.

Outro movimento importante por parte da Coordenação e que deverá ter implicações no campo dos dispositivos residenciais foi a instalação, em julho de 2005, do

coordenadores municipais, 341 trabalhadores de saúde mental e a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

¹¹ Documento interno intitulado “De Volta para Casa”, da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que, embora sem data explícita, trata de avaliação realizada em julho de 2005, após um pedido de informações a todos os coordenadores municipais de saúde mental do país.

Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, visando estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e de economia solidária, do Ministério da Previdência. Na ocasião, foi criado o Projeto de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental e lançada a publicação “Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho”.

Esta avaliação dos vários atores sociais e políticos diretamente envolvidos no campo tende a incorporar em sua análise aqueles desafios e problemas que oferecem uma possibilidade de ação de curto prazo para tentar solucioná-los. Entretanto, sem desprezar este espaço de mudança possível, que deve ser explorado ao máximo, do ponto de vista de uma análise política crítica é possível ampliar o foco de avaliação e compreender que tais desafios e obstáculos fazem parte de um contexto estrutural mais amplo que deve ser compreendido, para uma análise mais realista das possibilidades mais gerais de mudança e das estratégias de médio e longo prazo para a reforma psiquiátrica e para os dois programas em foco. Este é o tema da próxima seção deste trabalho.

1.4. A atual conjuntura de políticas econômicas e sociais neoliberais e suas implicações para o campo da desinstitucionalização e da reinserção social em saúde mental no Brasil ¹²

A oferta de serviços residenciais e de suporte social de natureza pública em um contexto de desemprego estrutural, crise social e das políticas estatais, principalmente em países periféricos, constitui um desafio histórico que merece muita atenção. Em outros trabalhos (Vasconcelos, 1992, 1995, 2000), tentei mostrar como as análises históricas dos processos de desinstitucionalização psiquiátrica indicam que eles só puderam deslançar efetivamente quando começam a estar disponíveis programas sociais também para outros grupos populacionais dependentes, particularmente com o desenvolvimento das políticas de bem estar social após a II Guerra Mundial. Em outros termos, antes destes programas, a oferta de serviços sociais abrangentes para portadores de transtorno mental elevaria o seu padrão de vida acima das condições gerais da classe trabalhadora, gerando um uso indiscriminado dos

¹² Esta seção do texto foi inspirada em um trabalho mais amplo de consultoria realizado para a Secretaria de Estado da Família e da Assistência Social do Rio de Janeiro, publicada em novembro de 2005 (Vasconcelos e Morgado, 2005), com um foco mais voltado para a assistência social à família no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e que está disponível para os interessados, junto àquela secretaria.

serviços psiquiátricos para fins de acesso a serviços e cuidados sociais. Da mesma forma, estas análises também mostram que maiores investimentos e possibilidades mais efetivas de reabilitação social na sociedade estão correlacionados historicamente com períodos de pleno emprego (Warner, 1985).

Embora esta conjuntura histórica de políticas neoliberais - que marcaram profundamente os governos do país da década passada, e infelizmente teve continuidade no governo Lula - não impeça o avanço gradual das políticas e dos programas de reforma psiquiátrica em nosso país, as conquistas só estão acontecendo graças a um forte processo de mobilização política e institucional dos movimentos sociais e dos atores sociais da luta popular democrática e particularmente do campo da saúde mental. Entretanto, o baixo investimento nas políticas sociais, de saúde e de saúde mental tem implicado para o campo da saúde mental em um número ainda inadequado de novos serviços; em serviços de atenção psicossocial abertos apenas durante os dias de semana, e muitas vezes precários; em políticas de recursos humanos restritivas ou de terceirização, com baixos salários e precarização dos direitos trabalhistas; e em enormes limitações na oferta de serviços gerais de saúde, medicamentos, exames, etc.

Da mesma forma, na presente conjuntura, há um aumento no nível de violência social e restrições significativas das oportunidades de trabalho e de reinserção na vida comunitária e social na cidade, especialmente para grupos sociais com alguma forma de dependência ou fragilidade. Os atores do campo da saúde mental, ou seja, os trabalhadores, usuários e familiares, devem estar conscientes das implicações desta conjuntura no seu campo de atuação e de vida, não no sentido do desestímulo e do desânimo, mas pelo contrário, na direção de avaliar com mais cuidado as estratégias de reabilitação e as possibilidades mais adequadas de atuação em um contexto tão desfavorável. É nessa direção que penso ser interessante montar aqui um quadro mínimo dos processos sociais em curso no país e que têm implicações diretas ou indiretas no campo da reabilitação psicossocial em saúde mental.

1.4.1. Características principais da atual fase neoliberal do capitalismo contemporâneo

A compreensão crítica do quadro atual das políticas sociais e das formas mais conseqüentes de se inserir nelas seria impossível sem uma análise da crise econômica e política que emergiu na década de 1970 no capitalismo mundial e das metamorfoses da

questão social e do mundo do trabalho operadas a partir daquela conjuntura, que configuram o que foi chamado de fase neoliberal do capitalismo, e que incluem:

a) Um processo mais acentuado de desregulamentação e mundialização dos fluxos capitalistas, tanto de especulação financeira volátil quanto de empresas, mercadorias, tecnologias e informação, transferindo as decisões para o mercado, e quebrando a capacidade de cada Estado-nação sustentar de forma mais autônoma políticas internas de infra-estrutura e investimento social, inclusive pela crescente crise fiscal e pelo endividamento externo, particularmente nos países periféricos;

b) A redução de gastos públicos, com privatização e terceirização de empresas e agências estatais, que passam a ser apropriadas e exploradas por lógicas lucrativas de mercado, ou pelo repasse massivo da provisão direta ao chamado Terceiro Setor, que acentua a insegurança e instabilidade dos programas sociais e o processo de precarização do trabalho, descrito no próximo item;

c) No campo do trabalho, houve mudanças significativas, que incluíram:

- uma acentuada desregulamentação das relações de trabalho, suspendendo os direitos trabalhistas e sociais conquistados no passado, e liberando e submetendo essas relações às forças do mercado;
- uma significativa segmentação do mercado de trabalho, com uma elite de trabalhadores com melhor qualificação e enriquecimento de tarefas (qualidade, manutenção), em detrimento de um setor muito maior de trabalhadores de baixos salários, geralmente terceirizados, com contratos instáveis e inseguros (precarização do trabalho). Isso acontece inclusive entre os profissionais da área pública, gerando também uma forte instabilidade para a continuidade e qualidade dos programas sociais;
- um desemprego estrutural, em proporções muito além das antigas crises conjunturais de emprego, dado o seu suporte em tecnologias que absorvem cada vez menos força de trabalho. Isto implica em um processo ainda mais agudo de exclusão social, pois produz um contingente permanente e crescente de população e trabalhadores redundantes que nem sequer serão explorados em algum momento, sem direito a ter direitos, e que geram uma enorme demanda para os sistemas de seguridade e assistência social.

1.4.2. Implicações da gestão neoliberal no campo das políticas sociais e estratégias de resistência

No campo das políticas sociais, as conseqüências da gestão neoliberal são:

- a) A estratégia anterior, do período pós II Guerra Mundial, chamado de keynesiano, de amplo investimento maciço do Estado em infra-estrutura e políticas sociais, foi substituída por um quadro de crise fiscal permanente, com forte redução dos gastos e benefícios sociais, e desmonte das políticas nacionais de garantias sociais básicas;
- b) A perspectiva do período anterior, de universalização dos programas de seguridade social, educação, saúde e assistência, como direito associado à condição de cidadania, foi substituída pela seletividade e focalização dos programas sociais nos grupos sociais de maior risco e vulnerabilidade, e pela desobrigação do estabelecimento de mínimos sociais como direito de todos;
- c) Houve uma transformação do padrão anterior, de pluralismo institucional de bem estar, que compromete as instituições estatais e públicas com o bem estar social, em um pluralismo residual, que funciona à margem do direito, da regulação e da segurança social, por meio de processos massivos de terceirização e privatização de programas sociais, com valorização de velhas fórmulas de ajuda social, como a filantropia social e empresarial, a hipertrofia do Terceiro Setor, a interpelação extremada e substitutiva das ações voluntárias, de ajuda mútua e de solidariedade informal na família e na comunidade. Este novo padrão acentua ainda mais a descontinuidade, a fragmentação, a sobreposição, a desintegração institucional, e o caráter fundamentalmente paliativo e emergencial, nos programas de assistência social.

Esse quadro tem implicações graves para as políticas de saúde mental e requer estratégias de resistência e luta política persistentes por parte dos atores sociais que atuam no campo, particularmente os gestores, trabalhadores e usuários, nas seguintes linhas de atuação:

a) Fortalecimento dos movimentos sociais que atuam diretamente no campo, ou seja, o Movimento da Luta Antimanicomial e o movimento de reforma psiquiátrica, bem como de associações locais de usuários e familiares.

b) Alianças com outros movimentos sociais popular-democráticos, incluindo o movimento sindical de trabalhadores e servidores públicos, no sentido de resistir às medidas

que signifiquem perdas para as políticas sociais em geral e para os interesses da população;

c) Articulação, alianças ou ação de pressão política com parlamentares, partidos políticos e com as câmaras de vereadores, assembleias legislativas e Congresso Federal;

d) Atuação firme nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), e dos demais sistemas de políticas sociais, como o Sistema Único de Assistência Social, de Proteção à Infância e Adolescência, etc.

e) Promover a intersetorialidade entre os programas de saúde mental e as outras linhas institucionais de políticas e programas sociais. Chamamos de intersetorialidade a esta visão mais ampla das diferentes possibilidades de interesses comuns e de ação integrada e compartilhada entre diferentes instâncias de política pública. A ação intersetorial pode acontecer através de:

- planejamento, políticas, projetos e programas sociais comuns entre diferentes instituições públicas;
- ações planejadas em parceria, que podem ser de **apoio matricial** ou de **redes de encaminhamento responsável e monitorado**.

As ações típicas de **apoio matricial** podem incluir as seguintes características:

- os membros das equipes de uma área específica de política (ex.: saúde, assistência social) dão apoio matricial às equipes de outras áreas do mesmo território, programando uma carga horária para encontros periódicos e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências;
- as equipes de programas diferentes assumem responsabilidades compartilhadas, como por exemplo, desenvolver ações conjuntas, discutir e compartilhar casos mais complexos de indivíduos e famílias, criar estratégias comuns para problemas mais graves (violência, abuso de álcool e outras drogas, outros grupos de risco, etc), em uma lógica diferente e que supera as articulações típicas do encaminhamento;
- o fomento a ações comuns que visem a transformação da cultura difusa na sociedade, tendo em vista a valorização dos princípios e valores da cidadania e dos interesses populares no campo das políticas sociais;

- o estímulo e desenvolvimento de ações de mobilização de recursos comunitários locais, integrando as diferentes agências governamentais;
- a promoção de iniciativas compartilhadas de capacitação de trabalhadores e lideranças comunitárias.

Em outras ocasiões, quando a articulação e a ação compartilhada não são possíveis ou mesmo desejáveis, a criação de **redes de encaminhamento responsável e monitorado** de usuários dos programas exige um conhecimento e uma articulação orgânica com as demais agências e serviços públicos. Assim, faz parte do trabalho cotidiano das equipes profissionais estarem em contato permanente via telefone ou e-mail com os trabalhadores, profissionais e gestores das demais agências, para avaliação das perspectivas de encaminhamento e, quando este for realizado, dos resultados concretos na atenção ao usuário implicado e das responsabilidades de cada agência no desenvolvimento futuro desta atenção.

1.4.3. Impacto e implicações sociais e psicossociais das políticas neoliberais e cuidados requeridos no campo da saúde mental

O impacto destas políticas neoliberais das últimas décadas, associado às tendências demográficas de longo prazo, vem configurando um quadro bastante sombrio de condições de vida¹³ e implicações sociais e psicossociais para os grupos sociais mais pauperizados, particularmente em países periféricos e no Brasil. Podemos tentar resumir algumas das principais características deste quadro nos seguintes aspectos¹⁴:

A) Precarização geral do trabalho e suas implicações psicossociais:

Em paralelo ao enorme contingente de desempregados ou com trabalho precário e informal, para os que detêm emprego se deterioram as condições de trabalho e se generaliza o medo de perda do trabalho, passando pelo estímulo ao trabalho escravo, ao trabalho infanto-

¹³ Para o monitoramento dos processos e indicadores sociais e demográficos no país, sugere-se acompanhar a produção bibliográfica impressa e os trabalhos disponíveis nos sites na Internet: do IBGE (www.ibge.gov.br), da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (www.abep.org.br) e do IPEA (agência do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do governo federal) (www.ipea.gov.br). Além disso, vale a pena acompanhar os vários volumes organizados por Márcio Pochmann e outros, intitulados “Atlas da exclusão social no Brasil” (Pochmann et al, 2003 em diante).

¹⁴ Este quadro teve um esboço inicial em Vasconcelos (2000), a partir de uma primeira sistematização feita por Stolkiner (1994) para a realidade Argentina, e foi amplamente complementado e atualizado na presente versão.

juvenil e à prostituição de crianças e adolescentes. Do ponto de vista psicossocial, o perfil massivo e duradouro de ausência ou precarização do trabalho difunde os quadros de desamparo e depressão, bem como provoca uma desarticulação da perspectiva de futuro através da dedicação ao trabalho e à carreira pessoal, e da esperança dos filhos terem uma vida melhor através no investimento de longo prazo na educação e formação para o trabalho.

Para contingentes populacionais com alguma forma de fragilidade, como os usuários da saúde mental, as possibilidades de reinserção social via trabalho se tornam ainda mais difíceis. Assim, exigem estratégias cuidadosas, não só para se adequarem às condições psicossociais específicas deste grupo, mas também para gerar oportunidades protegidas da competição desenfreada, e que ao mesmo tempo sejam valorizadas socialmente.

De forma semelhante, as condições de trabalho dos profissionais e trabalhadores engajados no campo da saúde mental também sofrem das mesmas limitações estruturais, aumentando as dificuldades para a dedicação, engajamento e comprometimento requeridos pela lógica da desinstitucionalização psiquiátrica.

B) Aumento da criminalidade, abuso de drogas, da violência social e da taxa de mortalidade associada, principalmente entre a população jovem:

A desesperança e a desarticulação da perspectiva de um futuro melhor abre o caminho, particularmente entre jovens homens desempregados e moradores de áreas periféricas ou degradadas de cidades médias e grandes, para sua atração e mobilização pelo crime e pelo narcotráfico, com um aumento vertiginoso na incidência de mortes violentas nesta faixa etária; os espaços públicos são cada vez mais são vividos como perigosos, restringindo a troca social e o lazer; há um aumento significativo da incidência de quadros de ansiedade, fobia social e stress pós-traumático, com fortes componentes psicossomáticos, decorrentes da exposição aguda ou regular a situações de violência.

Para os usuários recém inseridos na vida urbana, a apropriação do espaço urbano e a busca de trocas sociais, de lazer e esporte deve ser antecedida de um mapeamento claro das áreas de segurança e de oferta adequada de oportunidades sociais capazes de gerar esperança e uma perspectiva de um futuro melhor.

C) Criminalização da questão social:

O aumento da violência, em função das questões listadas no tópico anterior, tem levado a uma crescente criminalização da questão social, ou seja, o seu deslocamento para a esfera policial e penal, dado que o seu enfrentamento tende a se dar apenas no controle de seus efeitos terminais mais graves, tanto no foco das políticas quanto na sua forma. Neste campo, se destacam o aumento da violência da polícia para com a população negra e pobre nas cidades, e particularmente, o aumento geométrico da população carcerária, em instituições superlotadas e com condições de vida degradantes, tanto para adolescentes infratores como para adultos, gerando revoltas cada vez mais frequentes, e que por sua vez provocam uma espiral de crescente violência pela polícia para debelá-las.

Para a reinserção de usuários da saúde mental na cidade, a mediação exercida pelos trabalhadores de saúde mental junto à comunidade, às lideranças locais e à polícia é de enorme importância.

D) Desarticulação comunitária:

Com o aumento das exigências de sobrevivência, ocorre o multi-emprego, o aumento do número de horas extras e na taxa de trabalho informal, provocando uma diminuição da disponibilidade para atividades comunitárias e de cuidado informal dentro das casas, além da desterritorialização e perda dos laços de vizinhança e amizade provocadas pelas constantes mudanças e migrações em busca de trabalho. A desarticulação das atividades comunitárias é também acelerada pelo aumento da violência em geral e particularmente pela ação dos grupos de narcotráfico, que intimidam ou mesmo eliminam lideranças comunitárias não subservientes aos seus interesses.

As atividades comunitárias locais são de enorme importância para os usuários da saúde mental. Neste contexto, aumenta enormemente o esforço exigido para identificação de iniciativas e atividades, bem como de mediação para a inserção dos usuários, mas este investimento é altamente compensador.

E) Precarização da estrutura familiar e suas implicações de fragilização da função simbólica ‘paterna’ e de estímulo a tendências anti-sociais:

As famílias atuais sofrem as conseqüências de mudanças profundas que vem alterando a sua estrutura: o desemprego e a precarização do trabalho masculino e feminino, a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, o sobre-trabalho doméstico, a difusão do consumo abusivo de drogas, o aumento do número de famílias monoparentais, o enfraquecimento dos laços conjugais, que geram uma diminuição da presença real paterna e materna na família. Uma das principais implicações subjetivas deste processo é vista pela psicanálise de Lacan como uma precarização da função simbólica ‘paterna’¹⁵ dentro da família, que fragiliza o potencial de socialização, de formação de valores e de contenção de impulsos agressivos pelas famílias. Uma visão alternativa é dada pela psicanálise de Winnicott, nos alertando de que um baixo investimento na maternagem gera indivíduos com tendências anti-sociais¹⁶. Em contextos deste tipo, há inúmeros exemplos históricos mostrando como esta precarização da estrutura familiar e da função ‘paterna’ dentro dela

¹⁵A função simbólica ‘paterna’, como a denominou Lacan, psicanalista francês (1901-1981), constitui a função de incorporação do sujeito humano ao universo simbólico da Lei e da cultura, em tese sem conotação rígida de sexo ou gênero, já que pode ser exercida tanto pelo homem como pela mulher. A colocação da aspas no termo ‘paterna’ no presente trabalho resulta das avaliações posteriores do trabalho de Lacan e do reconhecimento das mudanças recentes das funções da mulher e na estrutura da família, como afirma Roudinesco, a partir de seu estudo longo e sistemático da vida e obra de Lacan:

[...] Ora, atualmente estamos vivendo uma situação particular. Precisamos conceber a questão da família, por que sabemos que não podemos aboli-la; mas ao mesmo tempo, sabemos que a sociedade vai desfazê-la nas suas antigas formas. Isso é inevitável, por que o papel da mulher da mulher mudou, e não só por questões sociológicas, por razões de acesso à proteção, à liberdade, mas também por fatores de ciência. Ao mesmo tempo que temos o controle da procriação, perdemos a autoridade do pai como antigamente.

Nesse aspecto, a psicanálise teria muito a contribuir. Por que, do meu ponto de vista, não se trata de considerar que o simbólico não existe mais, que a família não existe mais, ou ainda que a função simbólica não existe mais. Á condição, é claro, que esta última não fique atrelada à teoria do nome do pai. Aliás, nunca gostei muito desse conceito, que para mim não é exatamente um conceito. Penso que ele tem mais a ver com o romance familiar de Lacan. A idéia de que há uma nomeação simbólica que passa pelo pai me parece desastrosa. Em contrapartida, concordo que existem funções simbólicas que se exercem na sociedade. [...] (Roudinesco, 2005: 77-8)

¹⁶ Para Winnicott, psicanalista inglês (1896-1971) com farta experiência clínica em instituições públicas, com crianças e adolescentes que sofreram os problemas gerados pela guerra, é por meio de um forte investimento psíquico no processo de maternagem que a criança começa a acreditar na realidade externa, representada pelas pessoas que cuidam dela, como pré-requisito básico para o processo de maturação psicológica e para a capacidade de ir superando gradualmente as desilusões e privações colocadas pela realidade. Se há falhas neste processo, a criança desenvolverá defesas ao que é vivido de forma extremamente ansiosa como uma invasão ambiental, gerando ou isolamento e invulnerabilidade psicológica, ou submissão e imitação passiva a este ambiente, com conseqüências desastrosas, que inclui principalmente o que chamou de “tendência anti-social”, cujos sintomas são atos crescentes de transgressão às normas sociais, com fortes possibilidades de gerar quadros mais estáveis de delinqüência. Para uma primeira introdução à vida e à obra deste autor, sugiro a coletânea organizada por Pinto (2005).

poderia em tese ser compensada por outras instituições sociais, culturais e educacionais promovidas pelo Estado ou difusas na sociedade civil. Entretanto, no atual quadro de parco investimento no campo social, esta precarização não é suprida nesta esfera no mesmo nível das perdas no circuito familiar. As implicações deste complexo processo são inúmeras:

- **diminuição da capacidade das famílias proverem cuidado informal aos seus membros dependentes ou em situação de vulnerabilidade** (crianças, idosos, doentes crônicos, deficientes, usuários da saúde mental, etc), com aumento dos casos de negligência, abandono, cárcere privado e violência, bem como aumentando a demanda por serviços públicos de cuidado social para estes grupos de pessoas. No campo da saúde mental, este aspecto implica em cuidados adicionais em projetos de reinserção de usuários em suas famílias originais ou em famílias substitutas;
 - **estímulo a comportamentos anti-sociais, à criminalidade e à violência também no âmbito doméstico** (negligência; maus tratos físicos, verbais e psicológicos; apropriações indébitas; violência sexual e pedofilia), incluindo, de forma crescente, também mães e madrastas no perfil dos autores de mau-tratos, como indicado em pesquisas mais recentes; aumento vertiginoso do número de pessoas em alto nível de vulnerabilidade e risco social, exigindo medidas urgentes de proteção social e suporte legal. No campo da saúde mental, os projetos de reinserção familiar exigem um acompanhamento permanente, não só para as atividades específicas de atenção psicossocial, mas também para monitoramento do comportamento dos vários membros familiares em relação ao usuário;
 - *abandono ocasional ou permanente da casa da família* como opção inevitável de sobrevivência, com o aumento do contingente de crianças, adolescentes e adultos como *moradores de rua*, gerando perdas cada vez mais definitivas dos laços relacionais, um dos componentes do processo de desfiliação social. Em saúde mental, a possibilidade de negligência social deste tipo é muito grande, devido aos conflitos interpessoais intrínsecos ao campo e à orientação necessária para que as novas interações só possam ser de curta duração.
-

F) Aumento dos quadros mais agudos de exclusão e desfiliação social:

Em primeiro lugar, temos o contingente de crianças, adolescentes, jovens e adultos em conflito com a família e que tendem a ir para as ruas, já identificados no tópico anterior. Entretanto, a associação deste quadro de perda de vínculos relacionais com desemprego estrutural, com a perda da dimensão de um futuro melhor e com o crescimento do consumo/ abuso de álcool e outras drogas, tende a agudizar e alongar no tempo a vulnerabilidade social particularmente entre a população jovem, aumentando a violência social, o contingente de população de rua, a taxa de mortalidade nesta faixa etária e a demanda por serviços sociais em geral e/ou em saúde, saúde mental e em abuso de drogas especializados para estes grupos sociais.

Este grupo populacional constitui o maior desafio para as políticas de desinstitucionalização em saúde mental. Apesar da maioria destas pessoas ainda não ter ainda entrado no circuito psiquiátrico, tendem a constituir na medida do tempo em quadros graves que evitam pedir ajuda, e têm pouca adesão a tratamentos contínuos. Além disso, constituem uma demanda clara por vagas nos serviços residenciais, dada a precariedade da assistência social no país.

G) Degradação ambiental, das condições sanitárias e da saúde pública:

A degradação ambiental e a ausência de serviços urbanos básicos atinge de forma mais acentuada os setores mais pauperizados da população. Os exemplos mais comuns estão na urbanização acelerada sem a devida infra-estrutura em saneamento, água encanada, coleta de lixo, educação, saúde preventiva, curativa e nutrição, bem como na invasão de áreas verdes, com a contaminação da população. Assim, o perfil epidemiológico no país registra, além do aumento esperado da incidência de doenças crônico-degenerativas, também um crescimento significativo das doenças infecto-contagiosas, como o Mal de Chagas, leishmaniose, tuberculose, amebíase, esquistossomose, malária, leptospirose, etc.

As áreas urbanas de reinserção dos usuários da saúde mental devem ser cuidadosamente escolhidas e monitoradas. Além disso, particularmente aqueles usuários que passaram longos períodos em asilos psiquiátricos tendem a apresentar um quadro clínico mais

deteriorado e exigindo cuidados permanentes. Na medida em que os psiquiatras normalmente não são formados para a avaliação clínica convencional, e como o acesso a serviços públicos de saúde de qualidade é difícil, cabe aos trabalhadores da saúde mental providenciarem articulações ‘fortes’ com os serviços de saúde locais para a provisão de cuidados médicos básicos.

H) Novas formas de territorialização da exclusão social e difusão de uma cultura da indiferença:

Principalmente nos grandes e médios centros urbanos, exacerba-se a cultura do individualismo e das formas mais frívolas de sociabilidade, consumismo e simulacros de sonhos, convivendo lado a lado com as formas mais agudas e inumanas de negligência e exclusão presentes nas próprias ruas das cidades. As novas estratégias de territorialização não exigem mais as velhas instituições totais (como os antigos asilos psiquiátricos) como forma de segregação, pois agora as ruas e calçadas das cidades constituem espaços abertos de exclusão, desfiliação e violência, e as fronteiras entre os dois mundos são redesenhadas pela construção de novos espaços e formas seletivas de apartheid e bunkers sociais, como nos condomínios de luxo, nos shopping centers e nos carros de luxo blindados, estes cada vez mais assemelhados, nos itens de segurança, a tanques de guerra.

No campo da saúde mental, as velhos mecanismos de estigmatização da loucura passam a ser incorporados a essas novas formas de discriminação espacial e cultural. A reinserção dos usuários no território urbano exige levar em conta estas novas configurações da exclusão, e a criação de estratégias adequadas de ultrapassagem das barreiras e de valorização cultural da diferença colocada pela loucura, sem paternalismos (Baptista, 1999).

I) Esgarçamento nos mecanismos psíquicos coletivos de reconhecimento da alteridade e reciprocidade, com emergência de focos dispersantes de barbárie e de demanda de gozo sem limites:

A desarticulação da perspectiva de futuro, a barbaridade das práticas societárias de exclusão, de negação da cidadania e de frivolidade das elites; a convivência diária com a violência; o confronto com a corrupção e a impunidade na polícia e outras agências estatais, acabam por provocar um recuo nas defesas individuais e coletivas contra impulsos

delinqüenciais, corroendo as noções básicas de reconhecimento da reciprocidade humana e da ética, estimulando a emergência de focos de perversidade, barbárie e de demandas de se viver o gozo sem limites. Os sinais mais escandalosos disso são as chacinas, o assassinato como mecanismo cotidiano e sistemático de resolução de conflitos ou como estratégia de roubo, e o crescente abuso de álcool e outras drogas. Entretanto, o fenômeno se dispersa e difunde também em escalas diferenciadas em todo o tecido social, como na falta de consideração diária entre as pessoas nas ruas, na busca de vantagens a qualquer custo, no desacato no trânsito, na dilapidação da coisa pública, no desrespeito e violência dentro das famílias, das casas e nas escolas, etc.

No campo da saúde mental, a reinserção de usuários em ambientes residenciais sofrerá inevitavelmente a influência destes processos, exigindo cuidados adicionais na gestão cotidiana das casas, no estabelecimento de regras de segurança, de convívio e de respeito aos bens e ao espaço do outro, na negociação dos conflitos, etc.

J) Expansão significativa do número de templos e adeptos de denominações religiosas carismáticas e pentecostais:

Embora a interpretação do fenômeno seja variada e polêmica entre os estudiosos do campo, com fortes tendências iniciais a associá-lo à alienação social e política (ex.: Rolim, 1985 e 1987), há outras correntes mais recentes (ex.: Machado, 1996) que buscam ter uma visão mais complexa e compreensiva, “por dentro”. Embora não invalidem as análises dos efeitos mais amplos indicadas acima, elas indicam que estas denominações religiosas ofereceriam oportunidades em suporte social e em saúde/ saúde mental que não estão facilmente disponíveis nos serviços públicos seculares. Além disso, do ponto de vista subjetivo, ofertariam motivações simbólicas, rigidez moral, intensidade emocional e mecanismos psicológicos de defesa capazes de gerar um alto grau de mobilização subjetiva e defensiva, necessária para confrontar o esgarçamento ético descrito acima e para resistir ao atual quadro generalizado de miséria, desemprego, desesperança, deterioração pessoal, familiar e comunitária, e para evitar, suportar, reorientar ou eventualmente sair de situações fortemente dramáticas de vida, como carreiras pessoais de crime e abuso de álcool e drogas, convívio regular com a violência e doenças, busca de re-canalizar a sexualidade para o casamento, de re-investir e cuidar da família, etc.

O retorno de usuários da saúde mental para bairros populares inclui o contato com

as estratégias culturais da população para lidar com a crise social e existencial geradas pela conjuntura, e assim requer que os trabalhadores de saúde mental conheçam com mais detalhes e ‘por dentro’ estes fenômenos e processos culturais e religiosos.

1.5. Principais abordagens e perspectivas na literatura sobre dispositivos residenciais e de suporte psicossocial

Já existe na literatura disponível no Brasil um amplo quadro de referências capazes de oferecer subsídios não só para o planejamento e gestão de dispositivos residenciais e de suporte psicossocial, mas também para a atuação de profissionais e do conjunto de trabalhadores de saúde mental. É fundamental que estes trabalhadores busquem se familiarizar com esta literatura, como forma de sustentar a sua prática no dia a dia de trabalho e a intervenção nos serviços e na vida social. Reuniremos estes trabalhos em conjuntos de acordo com suas origens históricas, orientações teóricas ou campos de atuação.

Os leitores poderão ver a partir da lista abaixo que a temática dos dispositivos residenciais e de suporte psicossocial constituem um campo complexo, nitidamente interdisciplinar, no qual há uma confluência de diferentes contribuições de várias disciplinas e áreas de conhecimento. Para aqueles que quiserem se aprofundar na natureza inter-e transdisciplinar do campo da saúde mental e de como trabalhar metodologicamente com este tipo de produção do conhecimento, sugiro a passagem por outro de meus trabalhos (Vasconcelos, 2002). Assim, vejamos agora as diversas perspectivas que podem contribuir para a formação em nosso campo em foco:

A) A abordagem da Psiquiatria Democrática italiana:

Já bastante difundida no Brasil, a obra de Franco Basaglia e demais companheiros do movimento de Psiquiatria Democrática italiana consiste em uma integração de contribuições teóricas do marxismo de Gramsci, das teorias do desvio social, particularmente do interacionismo simbólico, da abordagem de comunidade terapêutica, de Foucault e da fenomenologia existencial. O movimento foi o principal idealizador da estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica implantado na Itália, e sua influência vem gradualmente se expandindo nos demais países, atingindo principalmente aqueles de língua latina e órgãos internacionais ligadas à saúde mental.

No Brasil, a abordagem vem sendo difundida pela tradução de algumas obras dos

próprios autores italianos (Franco Basaglia, 1979, 1985 e 2005; Franca O. Basaglia, 1994; Delgado, 1991; Rotelli et alii, 1990; Saraceno, 1994 e 1999; De Leonardis et al, 1994), bem como por autores brasileiros que traduzem, comentam e sistematizam os autores e a experiência italiana¹⁷. Para uma leitura mínima sobre a abordagem em suas implicações para os serviços residenciais, considero indispensáveis as leituras de Rotelli et alii (1990), Delgado (1991) e principalmente Barros (1994).

B) As abordagens grupalistas e institucionalistas

O que hoje chamamos de movimento grupalista e institucionalista na verdade constitui um conjunto de diferentes teorias e linhas de intervenção prática, com as mais diversas raízes, entre elas o campo da dinâmica e psicoterapia de grupo, da psicologia social e da psiquiatria social (e em todos estes casos há geralmente uma forte inspiração nas formulações psicanalíticas, e em alguns casos, da teoria da gestalt e da fenomenologia existencial), bem como da análise sociológica dos processos de mudança social e dos fenômenos de institucionalização e burocratização.

Na minha opinião, as principais perspectivas do movimento grupalista e institucionalista são:

- **Psicoterapia institucional:** desenvolvida na França desde a II Guerra Mundial, nos hospitais psiquiátricos convencionais, objetiva a aplicação dos conceitos psicanalíticos para o entendimento, transformação e democratização das relações institucionais internas com o uso de práticas horizontais de decisão coletiva, de divisão de trabalho e de práticas grupais. Os principais autores são Tosquelles e Oury. Uma revisão mais sintética de seus princípios mais fundamentais pode ser encontrada em português nos trabalhos de Vertzman et al (1992) e Vertzman e Gutman (2001).
- **Psicossociologia:** desenvolvida na França a partir dos primeiros estudos de Pagès (1970) no início dos anos 1970, conta principalmente com os trabalhos culturais de Freud, conceitos sociológicos de Castoriadis e a teoria dos movimentos sociais de Touraine, e inclui autores como Kaës (1997), Kaës et al (1991), Anzieu (1989 e 1993), Enriquez (1991 e 1997), Levy et al (1994), Barus Michel (2004), entre outros.

¹⁷ Neste sentido, ver Amarante (Amarante e Bezerra Jr, 1992; Amarante [org], 1994, 1995; Amarante, 1996) e Barros (1994).

- **Sócio-análise:** desenvolvida a partir do final dos anos 60 principalmente por Lapassade (1983) e Lourau (1996, 2004), desenvolve uma abordagem mais sociológica, mas se apropria também de alguns conceitos psicanalíticos. Uma visão da apropriação desta corrente no Brasil é dada por Coimbra (1995). Possui também uma vertente especificamente brasileira, de caráter estritamente sociológico, nos trabalhos de Albuquerque (1978 e 1986).
- **Sócio-psicanálise:** desenvolvida por Gerard Mendel (1972-1980) desde o início dos anos 70, integra conceitos psicanalíticos em uma análise sociológica marxista (Mendel, 1972-1980).
- **Esquizoanálise:** fundamentada nos estudos de Deleuze e Guattari (1976 e 1995 e ss), Guattari (1981 e 1988), representantes argentinos no Brasil (Barembly, 1982 e 1992), oferece uma perspectiva pós-moderna sobre o engajamento social individual, processos de grupo, militância social e coletiva, etc, se reapropriando de forma inusitada e crítica de conceitos principalmente marxistas, psicanalíticos e nietzschianos. Esta abordagem vem sendo largamente utilizada no campo da saúde mental no Brasil, e aqui se destacam vários trabalhos publicados nos volumes da série Saúde Loucura organizada por Antonio Lancetti e editada pela Editora Hucitec, bem como reunidos nos vários números dos Cadernos de Subjetividade, publicados pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP.
- **A escola argentina de grupo operativo:** fundamentada principalmente nos trabalhos de Bleger (este com forte aproximação à psiquiatria preventiva norte-americana) e Pichon-Rivière, que integra conceitos da perspectiva psicanalítica kleiniana e do marxismo, desenvolvendo uma metodologia centrada na análise crítica da relação do grupo com suas tarefas (Saidon, 1982).

As contribuições das correntes grupalistas e institucionalistas para o trabalho em dispositivos residenciais e de suporte psicossocial são inúmeras, desde o trabalho individual com moradores, os trabalhos com grupos e na intervenção no serviço residencial, entendido como uma instituição, bem como no trabalho na vizinhança e na comunidade local.

C) A abordagem do empoderamento (empowerment):

Ainda pouco conhecida no Brasil, a abordagem do empoderamento (empowerment) constitui a principal corrente que sustenta a prática da reforma psiquiátrica nos países anglo-saxões e escandinavos, e recentemente vêm tendo uma divulgação inicial no

Brasil. Visa partir da própria experiência de dor, opressão e discriminação, no dia a dia, para valorizar e estimular a troca de experiências de recuperação entre os usuários de saúde mental e seus familiares, reafirmando seu ponto de vista e reivindicações perante a sociedade, por meio de dispositivos de ajuda e suporte mútuos, defesa dos direitos, mudanças na cultura, e militância política. O autor do presente trabalho tem tido um papel relevante de divulgar esta perspectiva no Brasil, a partir de vários artigos e publicações (Weingarten, 1999 e 2001; Vasconcelos, 2000 e 2003).

D) A epidemiologia aplicada a serviços de saúde mental:

A epidemiologia há décadas vem se dedicando ao estudo da prevalência e incidência das doenças, seus determinantes e aspectos biológicos, histórico-sociais, culturais, ambientais e demográficos associados. Mais recentemente vem também se dedicando à pesquisa dos aspectos indicados acima que incidem na qualidade dos serviços de saúde pública, subsidiando assim a definição de necessidades e prioridades, o planejamento e avaliação de serviços, e o desenvolvimento de tecnologias apropriadas em saúde, em um desenvolvimento já enraizado no Brasil (Costa e Souza, 1994; Barreto, 1998).

Esta perspectiva de trabalho vem sendo aplicada, no plano internacional, no campo da saúde mental (Sartorius, 1993), apesar de pouco divulgada ainda no Brasil. Em relação aos dispositivos residenciais, buscam avaliar o papel terapêutico, a validade assistencial, o custo e o impacto sobre o estado de saúde dos moradores. Para efeito ilustrativo, pode ser interessante mostrar os principais tipos de questões levantadas pelos estudos mais recentes. Em uma revisão de 14 trabalhos contemporâneos na literatura internacional que seguem a perspectiva epidemiológica, sendo 9 estudos longitudinais ('follow up' de moradores) e 4 estudos descritivos, De Luca e Frattura (1996) indicam que os principais questões em foco se centraram nas seguintes perguntas:

- se os serviços residenciais conduzem a resultados terapêuticos superiores, semelhantes ou inferiores aos dos serviços hospitalares;
- se o custo do tratamento nas estruturas residenciais são inferiores ou não ao custo do tratamento hospitalar convencional;
- se serviços menores, com menor número de hóspedes e maior personalização do espaço e do programa de reabilitação obtêm melhores resultados;

- se o modelo residencial suportivo (baseado em uma hospitalidade sem prazo determinado para usuários ‘crônicos’) obtem melhores resultados que um modelo transicional (baseado em uma hospitalidade transicional que termina com alta ou passagem a estruturas menos protegidas).

Outra contribuição importante para o campo dos dispositivos residenciais desta abordagem está em que, ao produzir estudos empíricos de avaliação de serviços, de identificação de indivíduos portadores de transtorno mental e de perfis de clientela, vem desenvolvendo medidas e escalas para mensuração do perfil clínico e do funcionamento social de usuários de serviços (Sartorius, 1993; Shirakawa, 1992; Vasconcelos, 1995) que, mesmo polêmicos, podem ser importantes para a avaliação e classificação de grupos de clientelas candidatas a serem deslocadas para dispositivos residenciais. Assim, podem se tornar ferramentas importantes no planejamento de políticas de reinserção de usuários asilados nestes novos serviços.

É interessante notar que parte da literatura identificada com o movimento de desinstitucionalização italiana também possui profundos laços com a epidemiologia de serviços, particularmente através de autores identificados com o conceito de ‘reabilitação psicossocial’ (Saraceno, 1999).

E) A literatura mais geral do campo da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial:

Além da literatura já citada acima, agrupadas em correntes teóricas e históricas, há uma série de coletâneas abrangentes que hoje podemos considerar como obras de referência imprescindíveis para todos aqueles que desejam atuar no campo da saúde mental, e que também eventualmente apresentam artigos e capítulos eventuais abordando experiências avulsas de dispositivos residenciais¹⁸. Entre estas coletâneas, algumas foram algumas patrocinadas pelo Ministério da Saúde (2001, 2002a, 2002b, 2004), pela OMS/OPAS (2001), e outras obras organizadas por Venâncio et al (1997), Pitta (1996), Vasconcelos (2000), Venâncio (2003), Desviat (1999) e Ferreira et al (2004). Também incluo nesta categoria os estudos acadêmicos não publicados sobre experiências de implantação de SRTs ou de desinstitucionalização de moradores de asilos, tais como o de Barbosa (1998), Viveiros

¹⁸ Entre estes trabalhos, se destacam os seguintes artigos e capítulos: Ferreira, 1999; Ferreira, 1996; Furtado e Pacheco, 1997; Vasconcelos, 2001; Fernandes, 2001; Valentini, 2001.

(2002) e Lobo (2004).

F) A sistematização das experiências de acompanhamento terapêutico:

Embora já presente de forma pontual em inúmeras experiências inovadoras europeias no campo da saúde mental desde a II Guerra Mundial, foi particularmente nos anos 70 que o acompanhamento terapêutico ganhou relevância no cone sul da América Latina, sob forte influência das experiências argentinas. Constitui, na verdade, a reunião de duas tradições originalmente separadas, a do ‘amigo qualificado’ e a do ‘auxiliar psiquiátrico’. No Brasil, a experiência da ‘A Casa’ em São Paulo constituiu a principal matriz para este tipo de prática e para as publicações no campo, no qual se destacam Mauer e Resnizky (1987), Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (1991 e 1997) e Carvalho (2004).

G) O interacionismo simbólico:

O interacionismo simbólico constituiu originalmente uma corrente de pensamento sociológico nascido nos Estados Unidos a partir da década de 1930, com forte vocação para estudos qualitativos microssociais centrado nas interações reciprocamente orientadas entre indivíduos, mediadas simbolicamente e por processos institucionais. Entretanto, teve forte presença na psicologia social, particularmente com os trabalhos de Erving Goffman. Um dos mais importantes para o campo em foco foi sobre as instituições totais (Goffman, 1974), em que dissecou a vida diária, os mecanismos de mortificação do eu e a carreira institucional nas instituições que abrigam e controlam todas as dimensões da vida dos indivíduos, como os asilos psiquiátricos. O conhecimento destes mecanismos é fundamental para a avaliação de como os dispositivos residenciais podem estar reproduzindo-os em sua dinâmica interna. Da mesma forma, seus estudos sobre o estigma (Goffman, 1988) e sobre a representação do eu na vida cotidiana (Goffman, 1992), são importantíssimos para qualificar os trabalhadores de saúde mental acerca dos processos interpessoais e mecanismos discriminatórios que atingem o usuário em saúde mental na relação com os trabalhadores e na vida social em geral. Da mesma forma, os processos de passagem entre instituições fechadas para ambientes abertos implicam verdadeiros rituais de passagem, com todas as suas implicações, e o interacionismo simbólico pode dar também contribuições importantes neste campo (Ramon, 1990).

H) Os estudos sobre representações sociais:

Embora constitua um tema também abordado pela sociologia e antropologia, temos no campo da psicologia social francesa (em que foi marcante a presença de Jodelet e Moscovici) e inglesa (onde se destaca os estudos de Carr), uma matriz importante para a compreensão das representações compartilhadas que orientam nossa percepção do mundo, nossas definições e interpretações, e nossa práxis cotidiana. Estes estudos são fundamentais para a análise das formas de identidade social, das representações acerca da saúde e da doença, e acerca dos indivíduos que apresentam ‘diferenças’ subjetivas, sociais, étnicas, de gênero, de preferência erótica, etc, e portanto são importantes no campo dos dispositivos residenciais e de suporte psicossocial. Algumas obras de referência desta abordagem em português foram organizadas por Jodelet (2001), Moscovici (2003), Moreira e Oliveira (1998) e Jovchelovitch e Guareschi (1994).

I) A obra ‘imaginativa’ de Gaston Bachelard:

Embora conhecido principalmente por seus trabalhos de filosofia e epistemologia da ciência, o francês Gaston Bachelard (1884-1962) também desenvolveu uma relativamente ampla lista de trabalhos acerca das formas da imaginação, como uma dimensão humana dotada de uma maior autonomia subjetiva e poética, como sonhos acordados, geradores de imagens, que não podem ser traduzidas e expressas apenas em conceitos racionais. Esta perspectiva de sua obra se aplica principalmente aos quatro elementos “primários” (fogo, água, ar e terra), mas também ao devaneio (Bachelard, 2001) e ao espaço (2003). Este último livro é particularmente fundamental para nos aumentar a sensibilidade para a compreensão do espaço de moradia e de vida como “espaço vivido”, e um...

(...) espaço percebido pela imaginação não pode ser o espaço indiferente entregue à mensuração e à reflexão do geômetra” (idem: 19). “Assim, a casa não vive somente no dia-a-dia, no curso de uma história, na narrativa de nossa história. Pelos sonhos, as diversas moradas de nossa vida se interpenetram e guardam as lembranças nas antigas moradas (...). Evocando as antigas lembranças da casa, adicionamos valores de sonho. (...) Assim, abordando as imagens da casa com o cuidado de não romper a solidariedade entre a memória e a imaginação, podemos esperar transmitir toda a

elasticidade psicológica de uma imagem que nos comove nos graus de profundidade insuspeitáveis. (idem, 25-6).

J) Os estudos sobre psicologia social do ambiente e de suas aplicações em arquitetura e urbanismo:

Ainda muito pouco conhecida no Brasil, a psicologia social do ambiente preocupa-se principalmente com o estudo dos espaços com os quais profissionais se encontram com os seus usuários e clientes, mostrando a importância psicológica dele. Reconhece então o espaço pessoal, da casa, ou do trabalho e de circulação no campo e nas cidades, como “matriz de existência”, ou seja, enquanto território valorizado ou desvalorizado segundo as condições de vida que determinam um certo tipo de relação com ele” (Fischer, 1994:21). Essa matriz é marcada não só por emoções e sentimentos (como o de “estar em casa”), mas também por duas dimensões interdependentes: a espacialidade das estruturas sociais e a socialidade das estruturas espaciais, nas quais as formas de exclusão e inclusão estão não só nas estruturas econômicas e sociais, mas também marcadas no espaço e no território.

Uma das aplicações direta da psicologia ambiental está na arquitetura e urbanismo, particularmente nos estudos de qualidade de vida nos ambientes residenciais, escolares, nos transportes, etc, onde se destacam as avaliações e intervenções visando os portadores de necessidades especiais (Del Rio et al, 2002).

K) Os estudos sobre território da ‘nova geografia crítica’ de Santos:

Os estudos interdisciplinares de Milton Santos ([2004] e Santos e Silveira, [2001]) inauguraram uma nova forma de apreender a complexidade do espaço e do território geográfico não mais apreendidos como delimitação física estática, mas perpassado por redes e fluxos tecnológicos e humanos locais e globais, em que as categorias de técnica, tempo, razão, intencionalidade, emoção, forma e conteúdo devem ser repensadas. Assim, cria-se uma revolução na geografia ao mesmo tempo epistemológica, como também operativa, nas formas de gestão e intervenção no espaço e no território, fundamental para os trabalhadores que operam no trabalho em saúde mental nas cidades.

L) A psicologia comunitária e educacional, o serviço social em comunidade e a educação popular em saúde

Desde os anos 80, tivemos os primeiros trabalhos publicados no campo da psicologia social comunitária (Vasconcelos, 1985), campo que foi ganhando gradativamente um maior reconhecimento dentro da psicologia social e ganhando novos títulos (Campos, 1996; Pereira, 2001 e 2004). Trata-se de uma sistematização teórica e conceitual produzida a partir de experiências concretas de intervenção em comunidades urbanas e rurais, e portanto fundamental para a prática dos trabalhadores de saúde mental no território urbano. Ainda no campo da psicologia, cabe também indicar a área da psicologia das habilidades sociais (por exemplo, Prette e Prette, 1999), voltada para a capacitação de indivíduos com necessidades especiais. Trata-se de uma área muito marcada pelas correntes comportamentais e cognitivas, que precisam ser reapropriadas criticamente para o campo da saúde mental.

Da mesma forma, o serviço social já tem uma longa tradição de trabalho comunitário, na qual se salientam as obras a partir dos anos 70 no Brasil, em que a profissão passou por um processo de reconceituação, adotando um projeto ético-político claro voltado para os interesses popular-democráticos. Nesta perspectiva, é possível recomendar os trabalhos de Ammann (1997), numa leitura histórica crítica, e de Souza (1991), que se abre para questões mais concretas da prática.

Além destas áreas, não poderia ser esquecido o campo da educação popular em saúde, de crescente difusão hoje no país, e que vem acompanhando estratégias participativas e comunitárias de atuação da população em serviços e projetos educativos em saúde. Aqui se destacam vários autores, como Victor Valla e Stotz (1993), Eymard Vasconcelos (1989) e Costa (1998).

1.6. Considerações finais

Este ensaio não pretendeu de forma alguma ser exaustivo em relação ao tema, mas pelo contrário, apenas abrir as possibilidades multidimensionais de compreensão de um fenômeno e de uma estratégia central para a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica

neste país. Visou assim mostrar o contexto atual da montagem dos dispositivos residenciais e dos programas de suporte psicossocial, os atores políticos que intervêm no campo, suas estratégias e desafios. E finalmente, buscou mostrar as diversas linhas de suporte teórico para a atuação profissional na área, com destaque para a psicologia e os psicólogos, tendo em vista o objetivo do texto de subsidiar o projeto “Acompanhamento aos usuários do ‘Programa de Volta para Casa’”, do Banco Social de Serviços em Psicologia, montado pelo Conselho Federal de Psicologia, em parceria com o Ministério da Saúde.

Nesta direção, espero que tenha ficado claro que não se trata de uma clínica no sentido convencional, muito marcada pelo dispositivo dos consultórios privados. Estamos agora diante de novas práticas no âmbito público, que exigem a flexibilização de nossas identidades profissionais e existenciais, e uma ampliação da abordagem teórica e das formas de intervenção. Felizmente, como pretendi mostrar neste trabalho, muitos companheiros partiram na frente, já experienciaram e sistematizaram estas novas práticas. Cabe então, particularmente para aqueles que se iniciam agora neste campo, arregaçar as mangas e se dispor a vivê-las. A experiência dos colegas e amigos que se embrenharam nesta trajetória mostra uma vivência extremamente rica, que nos abre um mundo novo de possibilidades subjetivas, existenciais, profissionais e de engajamento social e político. Novos olhares, outras escutas, novos fazeres e formas de subjetivação. E neste caminho, tenho certeza de que, quando se olha para trás, a gente sempre diz: “vale a pena, e se necessário, eu seria capaz de recomeçar tudo outra vez...”.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, G - **Metáforas da desordem**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
- ALBUQUERQUE, G - **Instituição e poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- AMARANTE, PDC e BEZERRA JR (org) - **Psiquiatria sem Hospício**. Rio, Relume Dumará, 1992.
- AMARANTE, PDC (org) - **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, PDC (org) - **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Panorama/ ENSP, 1995.
- AMARANTE, PDC. - **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.
- AMMANN, SB - **Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil**. São Paulo,

- Cortez, 1997.
- ANZIEU, D - **O eu-pele**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989.
- ANZIEU, D - **O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993.
- ASIOLI, F. - **Qualque Puntualizzazione in Tema di Strutture Intermedie**. Rivista Sperimentale di Freniatria CXII, 513-525, 1988.
- BACHELARD, G - **A poética do devaneio**. São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- BACHELARD, G - **A poética do espaço**. São Paulo, Martins Fontes, 2003.
- BAPTISTA, LA - **A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica nas grandes cidades**. São Paulo, Summus, 1999.
- BARBOSA, CA - **Programa Passaporte para o Lar: o regresso para a comunidade de pessoas asiladas na Colônia Juliano Moreira**. Monografia de Especialização em Serviço Social e Saúde Mental. Escola de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.
- BAREMBLITT, G - **Grupos: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Graal/ IBRAPSI, 1982.
- BAREMBLITT, G - **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes**. Rio, Rosa dos Tempos, 1992.
- BARRETO, ML et alii (org) - **Epidemiologia, Serviços e Tecnologia em Saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ ABRASCO, 1998.
- BARROS, DD - **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo, USP/ Lemos, 1994.
- BARUS-MICHEL, J - **O sujeito social**. Belo Horizonte, PUC-Minas, 2004.
- BASAGLIA, F - **A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo, Brasil Debates, 1979.
- BASAGLIA, F (coord) - **A Instituição Negada**. Rio, Graal, 1985.
- BASAGLIA, F - **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Garamond, 2005.
- BASAGLIA, FO - **Verbetes sobre psiquiatria e saúde mental**. Enciclopédia Einaudi, Lisboa, Casa do Moeda, 1994.
- CAMPOS, RHF - **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis, Vozes, 1996.
- CARVALHO, SS - **Acompanhamento terapêutico: que clínica é esta?** São Paulo, Annablume, 2004.
- CASTEL, R - **As Metamorfoses da Questão Social**. Petrópolis, Vozes, 1998.
- COIMBRA, C - **Guardiães da ordem: uma viagem pelas prática psi no Brasil do "milagre"**. Rio de Janeiro, Oficina do Autor, 1995.

- COSTA, CM e FIGUEIREDO, AC - **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2004.
- COSTA, MFFL e SOUSA, RP (org) - **Qualidade de Vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte, COOPMED/ ABRASCO, 1994.
- COSTA, MV – **Educação popular hoje**. São Paulo, Loyola, 1998.
- COSTA, NR e RIBEIRO, JM (org) - **Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio, Secr. De Desenvol Educ./ ENSP, 1996.
- DELEUZE, G e GUATTARI, F - **O anti-édipo**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- DELEUZE, G e GUATTARI, F - **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 5 vols. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1995 e ss.
- DELGADO, J (org) - **A Loucura na Sala de Jantar**. Santos, Resenha, 1991.
- DEL PRETTE, ZAP e DEL PRETTE, A - **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis, Vozes, 1999.
- DE LEONARDIS, O - **La empresa social**. Beunos Aires, Nueva Visión, 1994.
- DEL RIO, V et al (org) - **Projeto do lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo**. Rio de Janeiro, Contra Capa/ PROARQ, 2002.
- DE LUCA, LF e FRATTURA, L - **Ruolo e Funzioni Delle Strutture Residenziali nelle Politiche e nei Programmi di Salute Mentale: materiali per un inventario**, in Lettera, Percorsi Bibliografici in Psichiatria, Aprile 1996, XXI, Milano, Instituto di Recerche Farmacologiche ‘Mario Negri’, 1996.
- DESVIAT, M - **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
- ENRIQUEZ, E - **Da horda ao estado: psicanálise do vínculo social**. Petrópolis, Vozes, 1991.
- ENRIQUEZ, E - **A organização em análise**. Petrópolis, Vozes, 1997.
- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA - **A rua como espaço clínico**. São Paulo, Escuta, 1991.
- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA - **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo, EDUC, 1997.
- FERNANDES, MAH - **A moradia assistida: um projeto de clínica ampliada e de exercício de cidadania**, in Ministério da Saúde, Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001.
- FERREIRA, CVP - **Em Busca de uma Nova Vida: trajetória de um serviço de moradia de saúde mental**, in EM Vasconcelos, (ed) Transversões 1 (I), Escola de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, 1999.
- FERREIRA, G - **De Volta para Casa**, in A Pitta (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucítec, 1996.
- FISCHER, GN - **Psicologia social do ambiente**. Lisboa, Instituto Piaget, 1994.

- FURTADO, JP e PACHECO, RA - **Moradias Extra-Hospitalares em Campinas: reflexões sobre uma experiência**, in AT Venâncio et allii (org) O Campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 1997.
- GOFFMAN, E - **Manicômios, prisões e conventos**. Rio de Janeiro, Perspectiva, 1974.
- GOFFMAN, E - **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis, Vozes, 1985.
- GOFFMAN, E - **Estigma**. Rio, Guanabara, 1988.
- GUATTARI, F - **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo, Brasiliense, 1981.
- GUATTARI, F - **O inconsciente maquínico**. Campinas, Papyrus, 1988.
- JODELET, D - **Social Representations of Madness**. Hemel Hampstead, Wheasheaf, 1991.
- JODELET, D - **As representações sociais**. Rio de Janeiro, EDUERJ, 2001.
- JOVCHELOVITCH, S e GUARESCHI, P - **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994.
- KAËS, R - **O grupo e o sujeito do grupo**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.
- KAËS, R et al - **A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- KNAPP, M (ed) - **The Economic Evaluation of Mental Health Care**. Hants, Ashgate, 1995.
- LAPASSADE, G - **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
- LEVY, A et al - **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Petrópolis, Vozes, 1994.
- LOBO, MCCA - **Serviços residenciais terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico inicial**. Dissert. Mestrado Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.
- LOURAU, R - **A análise institucional**. Petrópolis, Vozes, 1996.
- LOURAU, R - **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. Org. De Sônia Altoé. São Paulo, Hucitec, 2004.
- MAUER, SK e RESNIZKY, S - **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**. Campinas, Papyrus, 1987.
- MENDEL, G - **Sociopsychanalyse**. Vols 1-8. Paris, Payot, 1972-1980.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília, 2002b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção**

- Psicossocial.** Brasília, 2004.
- MOREIRA, ASP e OLIVEIRA, DC - **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia, Edit. AB, 1998.
- MOSCOVICI, S - **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Petrópolis, Vozes, 2003.
- OPAS/ OMS - **Relatório sobre a saúde do mundo 2001- saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Geneve (Suíça), 2001.
- PEREIRA, WCC - **Nas trilhas do trabalho comunitário: teoria, método e prática.** Petrópolis, Vozes, 2001.
- PEREIRA, WCC - **O adoecer psíquico do subproletariado: projeto saúde mental na comunidade.** Rio de Janeiro, Imago, 2004.
- PITTA, A - **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo, Hucitec, 1996.
- POCHMANN, M et al (org) - **Atlas da exclusão social.** Vols 1, 2, 3 e 4. São Paulo, Cortez, 2004.
- RAMON, S - **The Relevance of Symbolic Interaction Perspectives to the Conceptual and Practice Construction of Leaving a Psychiatric Hospital, in Social Work and Science Review,** London, Summer, 1990.
- RAMON, S - **Beyond Community Care: normalization and integration work.** London, MIND/ Macmillan, 1991.
- RAMON, S (ed) - **Psychiatric Hospital Closure: myths and realities.** London, Chapman & Hall, 1992.
- RAMON, S - **Mental Health in Europe: ends, beginnings and rediscoveries.** London, MIND/ Macmillan, 1996.
- ROOSNES, E - **The Mad in the Town: Gheel and its secular therapy.** London, Sage, 1979.
- ROTELLI, F et al - **Desinstitucionalização.** São Paulo, Hucitec, 1990.
- SAIDON, OI - **O grupo operativo de Pichon Rivière: guia terminológico para construção de uma teoria crítica dos grupos operativos.** In G Barembliitt, Grupos: teoria e prática. Rio de Janeiro, Graal/ IBRAPSI, 1982.
- SANTOS, M - **A natureza do espaço.** São Paulo, EDUSP, 2004.
- SANTOS, M e SILVEIRA, ML - **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** Rio de Janeiro, Record, 2001.
- SARACENO, B e STERNAL, E - **Questioni di Riabilitazione,** in Rivista Sperimentale Frenitaria CXI, 2.o supp. al n.º 6, 1987.
- SARACENO, B et al - **Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária.** São Paulo, Hucitec, 1994.
- SARACENO, B - **Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania**

- possível.** Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 1999.
- SARTORIUS, N et alli - **Treatment of Mental Disorders: a review of effectiveness.** Washington DC, WHS and American Psych. Press, 1993.
- SHIRAKAWA, I - **O Ajustamento Social na Esquizofrenia.** São Paulo, Lemos, 1992.
- SOUZA, ML - **Desenvolvimento de comunidade e participação.** São Paulo, Cortez, 1987.
- STOLKINER, A - **Tiempos ‘Posmodernos’: ajuste y salud mental,** in O Saidon e P Troianovski (comp) Políticas de Salud Mental. Buenos Aires, Lugar ditorial, 1994.
- VALENTINI JR, W - **Viver em casa,** in Ministério da Saúde, Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001.
- VALLA, V e STOTZ, E - **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.
- VASCONCELOS, EM - **O que é psicologia comunitária.** São Paulo, Brasiliense, 1985.
- VASCONCELOS, EM - **Do Hospício à Comunidade.** Belo Horizonte, SEGRAC, 1992.
- VASCONCELOS, EM - **Avaliação de Serviços no Contexto da Desinstitucionalização Psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa,** in *Jornal Bras Psiqu* 44 (4): 169-197, 1995.
- VASCONCELOS, EM - **Avaliação de Serviços e ‘Revolving-Door,’** in *Transversões – Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais I* (1). Escola de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, 1999a.
- VASCONCELOS, EM - **Mundos Paralelos, até Quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas ultimas décadas,** in AMJVF Jabur e HBC Rodrigues (org) *Histórias da Psicologia no Brasil.* Rio de Janeiro, UERJ, NAPE, 1999b.
- VASCONCELOS, EM (ed) - **Transversões - Saúde Mental, Desinstitucionalização e Saúde Mental I (1).** Periódicos de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ. Rio de Janeiro, 1999c.
- VASCONCELOS, EM - **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo, Cortez, 2000.
- VASCONCELOS, EM - **Os novos dispositivos residenciais no quadro da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira,** in Ministério da Saúde, Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001.
- VASCONCELOS, EM - **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis, Vozes, 2002.
- VASCONCELOS, EM - **O poder que nasce da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo, Paulus, 2003.
- VASCONCELOS, EM - **Tipologia e desafios dos movimentos sociais e dispositivos**

participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no campo da saúde mental no Brasil recente. Site: www.transversoes.com, 2005.

VASCONCELOS, EM e MORGADO, R - **Proposta conceitual do PAIF: subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema Único da Assistência Social – SUAS e do Programa de Atendimento Integral à Família - PAIF- RJ.** Rio de Janeiro, Secretaria de Estado da Família e da Assistência Social, 2005.

VASCONCELOS, Eymard M - **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo, Hucitec, 1989.

VENÂNCIO, AT et al (org) - **O campo da atenção psicossocial.** Rio de Janeiro, IFB/ TeCorá, 1997.

VENÂNCIO, J (org) - **Textos de apoio em saúde mental.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ OMS/ OPAS, 2003.

VERTZMAN, J et al - **Psicoterapia institucional: uma revisão,** in B Bezerra Jr e P Amarante, *Psiquiatria sem hospício.* Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

VERTZMAN, J e GUTMAN, G - **A clínica dos espaços coletivos e as psicoses.** In ATA Venâncio e MT Cavalcanti. *Saúde mental: campos, saberes e discursos.* Rio de Janeiro, Ed. IPUB/ CUCA, 2001.

VIVEIROS, DS - **Desafios na implantação e gestão dos dispositivos residenciais terapêuticos em saúde mental.** Trabalho de Conclusão de Curso, Escola de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.

WARNER, R - **Recovery from schizophrenia – psychiatry and political economy.** London, Routledge and Kegan, 1985.

WEINGARTEN, R - **O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda e suporte mútuos e militância.** Rio de Janeiro, IFB/ Transversões, 2001.

WEINGARTEN, R - **O usuário como ator central na fiscalização, planejamento, avaliação de serviços e treinamento de profissionais de saúde mental.** In *Transversões 1 (I).* Rio de Janeiro, ESS-UFRJ, 1999.

ANEXO

Carta de Paracambi

Os quarenta e quatro moradores de SRTs, os vinte e cinco coordenadores de estado de saúde mental, os sessenta e um coordenadores municipais de saúde mental, os trezentos e quarenta e um trabalhadores da rede de saúde mental e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, reunidos entre os dias 23 e 25 de setembro de 2004 em Paracambi, RJ, no Encontro Brasileiro de Residências Terapêuticas,

Constatando,

1. Que existem ainda no Brasil aproximadamente vinte e cinco mil internos em hospitais psiquiátricos sob a condição de “moradores” potenciais;
2. A eficácia das Residências Terapêuticas como alternativa privilegiada para a reinserção social de internos que não possuem apoio familiar e/ou comunitário para voltarem a viver em comunidade;

Considerando,

1. A existência de articulação de leis federais e portarias ministeriais¹⁹ no sentido de priorizar a atenção em saúde mental no território, reduzindo leitos hospitalares, direcionando recursos para o financiamento de Residências Terapêuticas e provendo bolsas de reabilitação para os egressos de longas internações psiquiátricas;
2. A diversificada e já consolidada experiência nacional na implementação e acompanhamento de egressos de longas internações psiquiátricas na comunidade, através das Residências Terapêuticas;
3. Que situações como a encontrada pelos interventores da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi possuem similares em outras partes do país e;
4. A urgência de transformar profundamente a situação de vida em que se encontram milhares de brasileiros confinados aos leitos manicomiais.

Solicitam,

1. O envio de Representação ao Colegiado Nacional de Procuradores Gerais de Justiça, para que seja feita recomendação aos Promotores das áreas de Cidadania, Saúde Pública e Registros Públicos, efetiva atuação para a emissão de Registro de Nascimento Tardio aos portadores de transtorno mental que estejam

¹⁹ Lei Federal n.º 10.216/2001; Lei Federal n.º 10.708/2003; Portarias 106/2000; 1220/2000; 2077/2003; 52/2004 e 53/2004.

- institucionalizados;
2. Que o Ministério da Saúde realize ações de sensibilização dos Gestores Municipais para a implementação de SRTs;
 3. Que seja estabelecida equivalência entre os valores das APACs destinadas aos hospitais com até oitenta leitos e aquelas destinadas aos SRTs;
 4. Que a legislação habitacional garanta a destinação de um percentual dos imóveis construídos a egressos de longas internações psiquiátricas;
 5. A realização de um Censo Nacional de Moradores de Hospitais Psiquiátricos, com apoio do IBGE;
 6. Adequação das atribuições dos gestores e serviços sobre os SRTs, de modo a não superdimensioná-las – o que poderia tolher iniciativas voltadas a novas residências terapêuticas;
 7. Tornar cada município que possui SRTs há mais de um ano como um consultor ou assessor natural para os outros municípios do estado que desejem implementar residências terapêuticas;
 8. Criação de um sítio na internet sobre SRTs com orientações técnicas, legais e burocráticas para os interessados;
 9. Que o Ministério da Saúde estimule a pactuação nas Comissões Tripartites, Bipartites e nos Conselhos Municipais de Saúde, de modo a garantir que os recursos financeiros oriundos da desativação de leitos sejam utilizados nos SRTs ou outras iniciativas da reforma psiquiátrica;
 10. Que o Ministério da Saúde promova ações conjuntas com os Ministérios Público e da Justiça para agilizar a obtenção de documentos de pacientes que não os têm;
 11. Que a série histórica de internações seja suficiente para garantir o direito de um paciente a ingressar em um SRTs, superando os prazos hoje constantes nas portarias;
 12. Revisão da portaria 106/ 2000, garantindo a inclusão de clientela dos CAPS que necessitem de SRT, além dos egressos de longa internação;
 13. Incentivo ao estabelecimento de parcerias do SUS com Organizações Não Governamentais, para a condução de SRTs;
 14. Garantia de pelo menos um SRT sob acompanhamento por cada um dos CAPS existentes no país (na proporção um SRT para cada CAPS).

Declaram,

1. Que nenhuma pessoa deverá mais residir em hospitais psiquiátricos;
2. Todos os atuais moradores e ex-moradores de hospitais psiquiátricos deverão ter seus documentos de identificação pessoal emitidos em curto prazo;
3. Cada CAPS deverá implementar e acompanhar ao menos um SRT neste país;

Finalizando, fazemos nossas as palavras do Sr. João Batista da Silva, ex-interno por mais de trinta anos em hospital psiquiátrico e atualmente morador de SRT. Assim afirmou o Sr. João durante o nosso encontro:

"Se o Brasil é um país democrático, não podemos desistir de que as pessoas vivam em liberdade e não podemos então desistir de tirar todos os usuários do hospital de Paracambi".

Paracambi, setembro de 2004.

2. Caracterização da Saúde Mental Nacional

PROGRAMA “DE VOLTA PRA CASA”, SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS E HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Eixo primordial do projeto do Banco Social, o Programa “De Volta pra Casa” do Ministério da Saúde, sancionado em julho de 2003 por meio da Lei Nº 10.708, pauta-se nos pressupostos da desinstitucionalização psiquiátrica e configura-se como uma das políticas que integram o processo de Reforma Psiquiátrica, é, portanto, uma das políticas que têm como princípio romper com a prática e a tradição psiquiátrica, romper com:

- O processo de desabilitação do indivíduo: o paciente internado (considerado doente) é deslegitimado em relação ao seu saber, sua história, suas necessidades, tem tutelado todos os elementos de sua vida cotidiana (dormir, comer...), perde a possibilidade de ter objetos pessoais, perde vínculos afetivos, encontra-se isolado, abandonado, torna-se vulnerável às decisões da instituição, que rege sua vida.
- O processo de objetivação da loucura e do louco: romper a lógica de quem sabe é o médico e o louco, deslegitimado, é o objeto de seu saber;
- O processo de patologização dos comportamentos humanos: romper com a cisão linear do que é normal e anormal, com a concepção na qual a saúde é entendida como ausência de doença e doença como uma falta em si, um erro, uma anormalidade, uma incompetência;
- O isolamento do portador de sofrimento psíquico intenso²⁰.

Para tanto, o referido programa visa contribuir com a inclusão social de egressos de internação psiquiátrica, ou melhor, contribuir para a inserção social de pessoas que há pelo menos dois anos estavam internadas em hospitais psiquiátricos públicos (ou conveniados ao SUS) ou hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e que tiveram alta, bem como

²⁰ Princípios que foram construídos ao longo da história e que são fruto de um movimento político e social conhecido como movimento da luta antimanicomial, formado por profissionais da saúde, representantes da sociedade civil (como é o caso do Sistema Conselhos de Psicologia), usuários de saúde mental e seus familiares (dentre outros). Esta história será melhor abordada por Eduardo Mourão Vasconcelos, no cap. III.

moradores de residências terapêuticas públicas egressos de internações psiquiátricas. Este programa estabelece que, por um ano, os pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações receberão um auxílio-reabilitação psicossocial de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) e deverão ser introduzidos nos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio. Desta forma, o Programa “De Volta pra Casa” configura-se como uma estratégia do governo federal para potencializar o tratamento extra-hospitalar, oferecido por serviços como:

- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II):** é um serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com transtorno mental grave e persistente. O atendimento é oferecido em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não intensivo (até três vezes por mês). É um serviço ambulatorial territorializado que integra uma rede de atenção substitutiva à internação psiquiátrica e que tem como princípio básico a inserção comunitária. Compreende ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar) na perspectiva da reinserção social. Tendo em vista os critérios populacionais estabelecidos pelo MS, o CAPS poderá ser tipificado como CAPS I, CAPS II ou CAPS III. Assim, será CAPS I se implantado em um território ocupado por uma população que varia de 20.000 a 70.000; CAPS II se atender usuários que habitam uma região de 70.000 a 200.000; CAPS III se a região tiver mais de 200.000 moradores. O CAPS III é também um serviço 24 horas.
- **CAPS infanto-juvenil (CAPS I):** Voltado para o atendimento de crianças e jovens portadores de transtorno mental. Este equipamento é implementado em territórios com uma população superior a 200.000 habitantes.
- **CAPS voltado para a população usuária de álcool e outras drogas (CAPS AD):** Instalado apenas nas regiões onde há mais de 100.000 moradores.
- **Residências Terapêuticas (SRT)²¹:** casas instituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves.

²¹ Os serviços residências terapêuticas para egressos de longas internações foram introduzidas por meio da portaria nº 106/2000 do MS e regulamentadas por intermédio da portaria 1.220/2000. Estes dispositivos são remunerados pelos recursos oriundos das AIHs fechadas quando da alta dos pacientes. Não existem recursos no SUS para pacientes psiquiátricos não egressos de internações psiquiátricas, mas que estão matriculados em serviços substitutivos ao manicômio e que não têm casa. Esta invenção ainda terá que ser reconhecida.

Tais residências não são exatamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. São recursos cuja função é assegurar, aos casos mais expropriados pelo saber / poder da instituição psiquiátrica, a inclusão no território e na política de saúde mental.

- Centros de Convivência, Projetos e/ ou Programas de Trabalho ou Cooperativas e Equipes Mínimas de Saúde Mental que atuam nos Centros de Saúde. Os egressos de longas internações são prioridade para todos estes serviços.
- Além dos recursos específicos da saúde mental, os usuários dos serviços substitutivos contam hoje com outro valioso aporte no campo da assistência que lhes é ofertada pelo SUS: as equipes de saúde da família que, em algumas destas experiências, tem sido parceira do processo de desinstitucionalização.

Para que os usuários do programa ministerial possam receber o benefício estipulado, deverão, necessariamente:

(...) residir em residência terapêutica (...) ou com suas famílias de origem ou famílias substitutas e estar vinculado a um serviço ambulatorial especializado em saúde mental, participar de programas de lazer e trabalho assistido. Os beneficiários do programa deverão ser acompanhados permanentemente por uma equipe municipal encarregada de prover e garantir o bom acompanhamento do paciente e apoiá-lo em sua integração ao ambiente familiar e social. Nesta perspectiva a instituição do auxílio-reabilitação psicossocial está vinculada à inserção do beneficiário em programa de reabilitação assistida”. (Ministério da Saúde) .

No entanto, de acordo com dados da tabela 3, é possível constatar que, embora nos últimos dez anos o número de serviços substitutivos ao manicômio tenha quadruplicado (em 1996, havia 154 CAPS, atualmente há 612; em 2002, havia 85 serviços de residência terapêutica e em 2005 há 301), a quantidade destes serviços ainda é pouco expressiva e, além disto, há regiões que não possuem serviços abertos: dezessete Estados brasileiros e o Distrito Federal não possuem residências terapêuticas, estes dispositivos formam implantadas em apenas nove Estados: três estão na Região Sudeste (SP, MG e RJ), quatro na Região Nordeste (PE, CE, SE e MA) e dois na Região Sul (RS e PR).

No tocante ao número de CAPS, é importante registrar que, se for considerada a densidade demográfica de cada município, deveria existir mais de 5.000, já que, segundo indicação ministerial, para que este serviço seja instalado, é necessário que a região tenha pelo menos 20.000 habitantes. No Brasil, há cerca de 4 mil municípios com este número de

moradores e mais de mil e quinhentos com uma população entre 20 mil e alguns milhões de habitantes. Logo, poderia existir 10 vezes mais CAPS do que há.

Tabela 2 - Quantidade de CAPS e SRTs implantados no Brasil até fevereiro de 2005.

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CAPS	154	176	231	237	253	295	424	500	605	612
SRTs	Não existem dados para este período						85	141	265	301

Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Coordenação de Saúde Mental e Colegiado Nacional De Saúde Mental.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), há cerca de 70 municípios com no mínimo 100.000 residentes que não possuem CAPS, sendo que 52 são de médio porte, com menos de 200.000 moradores e 18 são municípios com mais de 200.000 habitantes. Vale salientar que há metrópoles e regiões metropolitanas (áreas de grande influência sobre a economia, a política, a cultura e a sociedade de uma determinada área que extravasa a região metropolitana), que não possuem CAPS ad, nem CAPS I. Capitais como Brasília, Manaus, Porto Velho, Maceió, Fortaleza, São Luís, Campo Grande, Florianópolis e algumas cidades situadas nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Belo Horizonte, Porto Alegre não possuem CAPS ad. As capitais Manaus, Porto Velho, Fortaleza, São Luís, Campo Grande, Florianópolis, Rio Branco, Macapá, Vitória, Belo Horizonte, João Pessoa, Natal, Palmas, Boa Vista, não têm CAPS infantil. A propósito, dos 110 municípios com mais de 200 mil habitantes, 75,45% não possuem CAPS I.

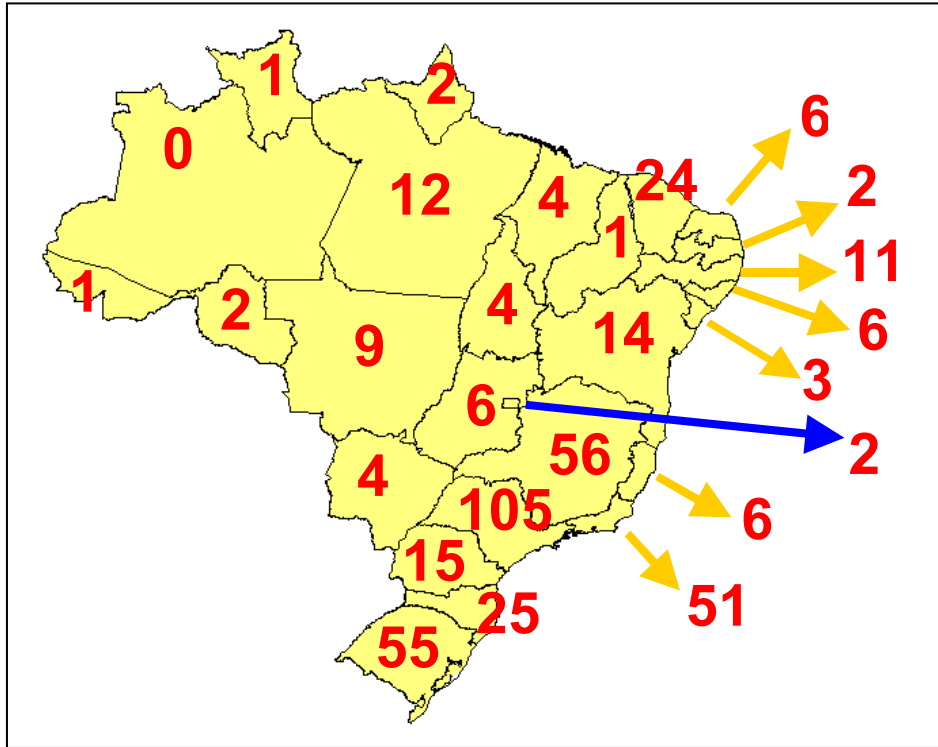
A tabela 3 e as figuras 2 e 3 possibilitam visualizar as regiões onde há os diferentes tipos de CAPS e, por contraposição, as grandes áreas em que não existem Centros de Atenção Psicossocial.

Tabela 3 - Implantação dos CAPS. Dados de fevereiro de 2005.

REGIÕES	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS I	CAPS AD	TOTAL
NORTE	12	12	1	1	6	32
NORDESTE	49	61	4	7	16	137
CENTRO-OESTE	17	10	0	3	7	37
SUDESTE	92	104	22	24	35	277
SUL	51	50	2	10	16	129
TOTAL	221	237	29	45	80	612

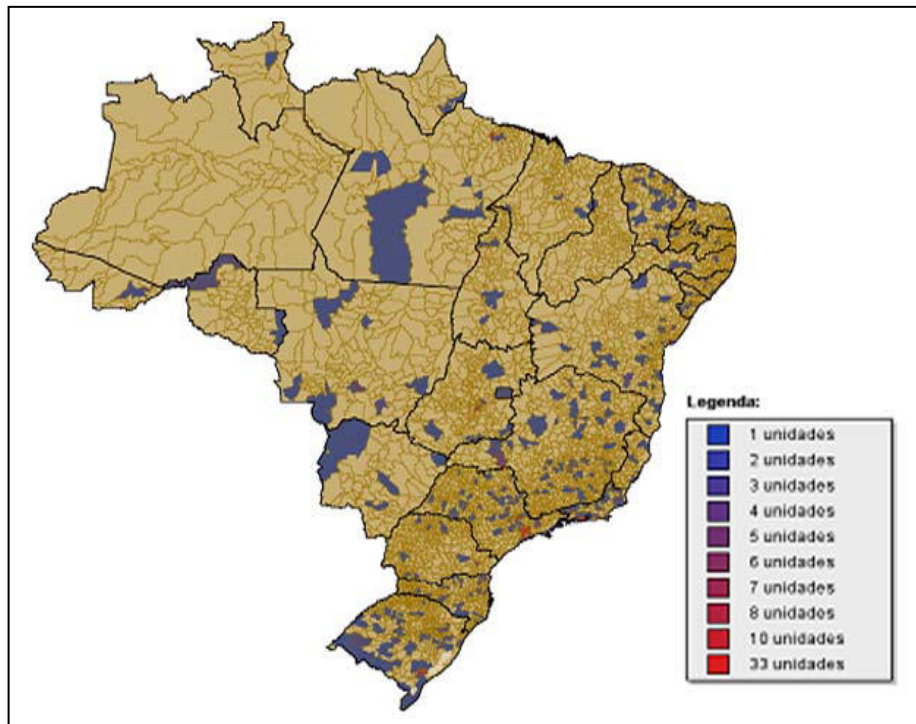
Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Coordenação de Saúde Mental e Colegiado Nacional De Saúde Mental

Figura 2: Distribuição dos CAPS pelo Brasil. Onde há tons de roxo, há CAPS, independente da quantidade.



Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Coordenação de Saúde Mental e Colegiado Nacional De Saúde Mental.

Figura 3: Distribuição dos 582 CAPS em funcionamento no Brasil, outubro de 2004.



Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Coordenação de Saúde Mental e Colegiado Nacional De Saúde Mental

Conforme indicado nas tabelas acima, as regiões Norte e Centro-Oeste são as menos favorecidas, possuem, respectivamente, 32 e 37 Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS III, CAPS 24h, serviços primordiais para a redução de internações desnecessárias, são os menos existentes no Brasil, há apenas um na região Norte, dois na região Sul, quatro no Nordeste e nenhum na região Centro-Oeste. Além disto, praticamente inexistem CAPS infantil no Norte e no Centro-Oeste brasileiro e nas demais regiões o número também é pouco significativo. A região Sudeste, composta pelos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, é a área com a maior quantidade de CAPS, mas, ainda assim, apresenta quantidade inferior à necessidade local.

Desta forma, às pessoas que moram nas regiões onde não há os diferentes tipos de serviços substitutivos ao hospício e que necessitam de tratamento psiquiátrico, restam apenas quatro possibilidades, a saber: têm de ser internadas em hospícios locais ou de regiões adjacentes; precisam se deslocar para uma cidade vizinha para que possam ser inseridas em um serviço aberto (quando o serviço permite); ficam sem tratamento; são acompanhadas por equipes de saúde mental de Unidades Básicas de Saúde ou Ambulatórios de Especialidades (quando há). Estas possibilidades podem ser, em menor ou maior grau, pouco satisfatórias, o que indica, a necessidade de ampliar a instalação de serviços substitutivos ao manicômio²².

Diferente dos serviços instituídos a partir da Reforma Psiquiátrica, os leitos de internação psiquiátrica ainda são muitos. Há mais de 44 mil leitos mantidos pelo SUS (vide tabela 7), dos quais mais da metade, ou, precisamente, 58,99%, é de natureza privada vinculada ao SUS, conforme ilustrado no gráfico 1.

²² Os benefícios dos serviços abertos serão melhor retratados nos capítulos III e IV.

Tabela 4 - N° de hospitais e leitos psiquiátricos por estado e natureza.

UF	N° HOSPITAIS	TOTAL	N° LEITOS SUS POR NATUREZA		
		LEITOS SUS	PÚBLICOS	PRIVADOS	FILANTRÓPICOS
SP	58	13.695	2.967	5.483	5.245
RJ	41	8.481	2.112	6.129	240
PE	17	3.444	440	3.004	0
PR	18	3.221	280	2.066	875
MG	21	3.192	280	2.333	579
BA	09	1.758	834	849	75
GO	12	1.367	49	648	670
CE	08	1.120	210	640	270
PB	06	1.106	252	854	0
RS	06	1.071	100	360	611
AL	05	880	160	720	0
SC	04	800	360	440	0
RN	05	859	200	659	0
MA	04	822	102	720	0
ES	03	625	220	405	0
PI	02	400	200	200	0
SE	03	430	110	320	0
MT	02	117	35	0	82
MS	02	200	00	0	200
TO	01	160	00	160	0
AM	01	126	126	0	0
DF	01	74	74	0	0
PA	01	56	56	0	0
AC	01	53	53	0	0
	231	44.057	9.220	25.990	8.847

Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Coordenação de Saúde Mental e Colegiado Nacional De Saúde Mental

Porcentagem de leitos psiquiátricos brasileiros por natureza.

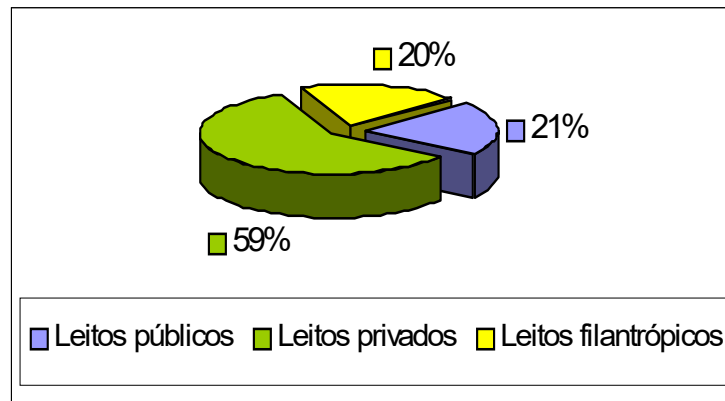


Gráfico 1

É preciso informar, entretanto, que o Ministério da Saúde formulou um Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), que visa induzir a redução destes leitos, especialmente dos leitos de hospitais de grande porte e promover a substituição progressiva do tratamento centrado no hospital para aquele alicerçado em uma rede comunitária de atenção psicossocial. Esta mudança paradigmática implica, dentre outras ações, redirecionar os recursos financeiros para os serviços abertos; fortalecer a rede primária de atenção (Unidade Básica, Programa da Saúde da Família etc); investir na formação dos profissionais dos serviços substitutivos; promover articulação com Secretarias e Ministérios voltados para campo do Trabalho, da Cultura, da Habitação etc; realizar avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada nos HPs (PNASH)²³, já que por meio desta avaliação alguns leitos podem ser descadastrados.

Nos anos de 2003 e 2004, 5000 leitos sustentados pelo SUS foram desativados. Leitos de hospitais de diferentes Estados, a saber: Goiás, Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Rio De Janeiro, Mato Grosso, Pernambuco e do Distrito Federal. Há ainda a possibilidade de outros 3 mil e 600 serem fechados, já que outros hospitais estão em processo de intervenção, hospitais localizados nas cidades de Feria de Santana, Salvador, Juazeiro (Ba); Paracambi, Carmo, Nova Iguaçu (RJ); Camaragibe (PE); Barbacena, Montes Claros (MG); Campina Grande (Pb); Rio Grande do Norte (Caico).

É sabido que, com a desativação dos leitos, há a necessidade de se instituir serviços como CAPS III, dispositivos que oferecem atendimento 24 horas e residências terapêuticas, já que grande parte dos usuários dos HPs não tem onde morar, não tem família,

²³ Iniciada em 2002.

nem amigos, nem dinheiro: o longo período de internação provoca rupturas/ significativas em suas vidas. Tendo em vista esta conjuntura, o MS instituiu o Programa “De Volta pra Casa” e um incentivo de R\$ 10.000,00 para os gestores de Saúde Mental implementarem residências terapêuticas (Portaria GM nº 246 de 17/ 02/ 04). Em função disto, alguns dos Estados que têm hospitais psiquiátricos sob intervenção (BA, PB, RN) e que não têm SRT estão em processo de montagem das casas.

Em relação ao Programa “De Volta pra Casa”, 190 municípios estão habilitados a participar e 1.016 pessoas recebem o auxílio reabilitação psicossocial, número que está de acordo com a estimativa ministerial, uma vez que há a perspectiva que, até 2007, cerca de 3.000 pessoas possam ser beneficiadas.

III. PROJETO “ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS²⁴ DO PROGRAMA ‘DE VOLTA PRA CASA’”

1. Considerações Conceituais

BANCO SOCIAL DE SERVIÇOS E DE VOLTA PRA CASA: PARCEIROS DA LOUCURA

Rosemeire Silva²⁵

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há, de um lado, o homem de razão que delega para a loucura o médico, não autorizando, assim, relacionamento senão através da universalidade abstrata da doença; há, de outro lado, o homem de loucura que não se comunica com o outro senão pelo intermediário e uma razão igualmente abstrata, que é ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo, exigência de conformidade. Linguagem comum não há; ou melhor, não há mais; a constituição da loucura como doença mental, no final do século XVIII, estabelece a constatação de um diálogo rompido, dá a separação como já adquirida, e enterra no esquecimento todas essas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um tanto balbuciantes, nas quais se fazia a troca entre a loucura e a razão. A linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pode estabelecer-se sobre um tal silêncio.(1)

Michel Foucault, ao construir a arqueologia deste silêncio, produziu um corte epistemológico no saber sobre o homem, e é sobre este corte, sobre este ponto de ruptura que se assenta a diretriz ética da política de saúde mental. Aprendemos, com ele, a problematizar a relação entre loucura e sociedade de modo crítico. Aprendemos a questionar o lugar e a função social da instituição que desde o século XIX media e separa em territórios distintos razão e desrazão. O desarranjo no saber e na prática psiquiátrica provocado pela publicação da “História da Loucura na Idade Clássica” criou as condições de possibilidades para a formação

²⁴ Gramaticamente usuário de saúde mental, paciente, bolsista do Programa “De Volta pra Casa”, paciente psiquiátrico, portador de sofrimento psíquico intenso, portador de transtorno mental serão utilizados como sinônimos e se contraporão a doente mental. Optou-se por estas associações porque comumente são assim considerados.

²⁵ Psicóloga, Coordenadora de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, Consultora do Banco Social e Militante da Luta Antimanicomial.

de um novo pensamento e para a invenção de outro modo de cuidar dos loucos.²⁶

Além de Foucault, recorrerei, ainda, a Freud e Basaglia. Esta trinca foi associada à sua revelia, mas, não de forma aleatória. A obra construída por cada um deles, é atravessada pela relação que o homem constrói consigo mesmo, e para a qual a loucura é a experiência-limite, constituindo, também pontos de corte no saber das ciências humanas. Além disso, estes três autores, uns mais que outros, dão forma à crítica sustentada pelo movimento antimanicomial à instituição psiquiátrica.

O que os atraiu, também nos fascina! Atração que é, certamente marcada, pela forma como a psiquiatria concebe a experiência da loucura - negatividade patológica, efeito, entre outras coisas, do discurso científico ainda hegemônico, que, por vezes ignora, inscrições produzidas pelas novas práticas assistenciais, que contrariam os mitos. Ou seja, o louco não é o inválido e tampouco o ser do perigo, por excelência.

Retornando à formulação foucaultiana percebemos que ao se tornar doença mental a loucura perdeu as vestes e os signos que a recobriram até o renascimento. Tornou-se muda e também pálida. Neste giro um status social se definiu e com este alguns adjetivos bastante conhecidos por todos nós: o louco se tornou, desde então para as sociedades ocidentais, o ser do perigo, o incapaz e também o inválido.

Tal giro e tal saber não impedirão o advento de um novo corte: Freud, em seu trabalho de construção da psicanálise, ocupou-se da psicose. No trabalho de interpretação das memórias de Schereber, demonstrou que, ao contrário do que nos informa a razão, o delírio é linguagem, e mais: é tentativa de cura. Se há saídas para a loucura, uma delas é o delírio: a interpretação do próprio sofrimento construída por quem sofre, no corpo, seu desencadeamento.

A psiquiatria surgiu ou tornou-se possível, por um gesto de apropriação do saber dos alienados. Os tratados psicopatológicos que orientam a abordagem técnica, são produtos deste gesto e não nos autorizam arvorar a condição de detentores de um saber, posto que quem o detêm é o próprio louco. Contrariando o mito da objetividade científica e concordando com Freud, somos levados a concluir com Foucault que “a psicologia jamais enunciará a verdade da loucura, porque é a loucura que detêm a verdade da psicologia”. Resta-nos então a orientação de Lacan: no cuidado com os loucos não cabe outra posição que

²⁶ MOTTA, Manoel Barros da. “Michel Foucault. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise”, pg. 153.

não a de secretário do alienado. Desta condição podemos e devemos testemunhar, organizar arquivos, recolher fragmentos e ajudar a sistematizar o singular de cada experiência de sofrimento psíquico, contribuindo para o exercício de liberdade destes sujeitos.

Numa atitude mais ousada e em outro tempo e contexto históricos, Basaglia operará o terceiro corte, que aqui nos interessa, incidindo diretamente sobre a prática. A experiência triestina abriu na instituição e na prática psiquiátricas uma fenda, ao romper com seus muros concretos e simbólicos e com suas interdições jurídicas, culturais ou familiares. Pôs em xeque o alicerce que mantêm “o homem entre parênteses, para ocupar-se da doença”, como dizia Basaglia e associou teoria e prática à ação política, operando uma transformação decisiva no cuidado e inaugurou uma nova tradição: a da restituição do direito à liberdade como condição prévia a todo tratamento possível.

A clara ruptura feita por Basaglia atingiu a psiquiatria em sua essência: sua vocação para excluir, para cumprir o mandato de higienização do espaço social, que condena à expulsão e retira dos centros da vida das cidades tudo que for considerado incômodo ou inadequado.

Ao problematizar a histórica exclusão vivida pelos loucos, num momento de agravamento deste fenômeno, vale a pena tentar identificar com clareza suas expressões contemporâneas, para melhor captar-lhe os sentidos. Assim, buscaremos aqui, traçar uma distinção, breve, que nos permita reler o processo de exclusão dos loucos e pensar as saídas possíveis a serem inventadas.

É comum a associação entre exclusão e privação ou precariedade material. Sabemos que esta é uma das faces deste processo e não sua totalidade. Encontramos, mais uma vez em Foucault, outra abordagem sobre a exclusão. Para ele, a condição de excluído ou marginal, dentro de um grupo social determinado, associa-se a interditos que alguns grupos ou sujeitos experimentam no acesso a uma ou mais das formas de inclusão que cada sociedade inventa. Tais formas de inclusão, por ele nomeadas como domínios das atividades humanas, podem ser divididos em quatro, sendo o primeiro, o trabalho ou a produção econômica; o segundo, a sexualidade, a família ou a reprodução da sociedade; o terceiro, a linguagem e a fala e por último, em quarto, as atividades lúdicas, os jogos e as festas.

Há, em cada sociedade, pessoas que escapam às regras que regem cada um destes domínios, ficando de fora de um ou mais deles. O que não significa, que estejam excluídos ou sejam marginais. Por exemplo: mesmo escapando ao domínio da reprodução humana, os

celibatários têm inscrição social. As instituições religiosas são uma das vias de inclusão destes. Os poetas e os profetas fazem da linguagem usos incomuns e, no entanto, não sofrem processo de exclusão da fala. Diferindo do senso comumente partilhado, estes encontram lugar e formas de comunicação. Apenas o louco é, em todas as sociedades, o excluído de todos os domínios.

Excluído da festa, do trabalho, da família, da sexualidade e também da linguagem, os loucos, estes sujeitos com os quais pretendemos estabelecer uma nova relação de parceria, fortalecendo o compromisso da psicologia com a transformação de suas condições de vida e de seu status social, são também pessoas privadas, e há bastante tempo do direito à liberdade. Pessoas, para as quais, o mundo não reservou lugares ou formas de pertencimento, além do manicômio. Seu destino, sua pátria e suas redes relacionais foram prescritos por nossa cultura, tendo o manicômio como lugar e condição exclusivos.

Pessoas para as quais, a cidade e suas complexas interações, movimentos e dinâmicas, constituem um território prenhe de possibilidades, mas igualmente fértil em limites e desafios. Suas prováveis necessidades, então, não se restringem às ofertas de uma assistência, mesmo que digna e de qualidade. Encontram-se inscritas no território da vida coletiva e livre. Necessitam, nossos futuros parceiros, daquilo de que necessitamos todos para viver juntos e em liberdade: necessitam de ofertas generosas de estratégias e condições que tornem possível habitar e partilhar territórios afetivos e geográficos, culturais e sociais; necessitam de ações, gestos e ritos de acolhimento e inclusão, de estabelecimento de laços sociais de *philia* e pertencimento, para conquistarem o direito de acesso aos bens comuns.

A instituição psiquiátrica lhes retirou nos anos de clausura, algo precioso: roubou-lhes o direito à existência pública. Reduzidos ao anonimato e à miséria por anos a fio, eles foram privados de tudo de bom de que a humanidade foi capaz de produzir, sendo, igualmente, privados da oportunidade de aderirem às lutas pela construção de um mundo melhor para todos. Ou ainda, de se entristecerem, indignarem, sorrirem ou mesmo, de assistirem a um simples pôr-do-sol sem ter à frente, como um obstáculo, as grades que vedam as janelas manicomiais. Foram, enfim, privados de ver, viver e sentir o correr da própria vida.

A exclusão, no caso dos loucos, produziu então um outro fenômeno, que a igualdade material apenas, não supre: produziu, segundo Castel, desfiliação. E esta se distingue da pobreza ou da privação de bens materiais por agregar à mesma a ruptura dos vínculos e a ausência de futuro, gerando invisibilidade social. Este modo de viver, este *ethos*

errante e vulnerável, é destituído de sentido e também frágil: condição na qual se encontram, senão todos, pelo menos grande parte, os usuários inscritos no De Volta pra Casa. Nossos futuros parceiros, parcela significativa dos portadores de sofrimento mental, mais ou menos 20.000 em todo o país, encontram-se ou estiveram até recentemente, internados em algum hospício brasileiro por, no mínimo, dois anos. Abandonados pela família, pelos amigos e muitas vezes, pelo Estado, aí residem por não terem para onde ir.

A que se propõem os conselhos ao ingressarem neste projeto? Quais são as intenções e os objetivos do convite feito aos psicólogos/protagonistas do Banco Social?

A parceria entre a causa dos loucos e os conselhos de psicologia dura mais de vinte anos. E, entre outros resultados, criou, em conjunto com outros e diferentes parceiros, as possibilidades para o surgimento deste projeto específico: a participação de psicólogos na construção de redes de solidariedade aos loucos e de apoio à Reforma Psiquiátrica. O projeto Banco Social de Serviços no De volta pra Casa tem a intenção de ser um instrumento a mais e potencializador do projeto antimanicomial: fundamento das políticas de saúde mental.

O que podem fazer os psicólogos/protagonistas neste campo? A intervenção *psi* deverá, neste caso, reduzir-se à oferta de psicoterapia ou técnicas afins? Ou, poderá ousar a invenção de uma outra prática que é na verdade consequência de todo o processo de reinvenção da clínica e dos territórios para o louco e para a psicologia dentro da Reforma Psiquiátrica?

Há muito nos ocupamos, muitos de nós, em trazer para o convívio os ditos loucos. Apostamos que a loucura pode e deve habitar o mundo, apostamos numa mudança. Foucault num texto de 1964, pergunta-se sobre a possibilidade da inclusão da fala dos loucos. Ele tenta vislumbrar qual poderia ser o suporte de uma nova revolução psiquiátrica, esta sim, capaz de efetivamente libertar os loucos.

Com descrença avalia os avanços técnico-científicos. Nos diz:

os progressos da medicina poderão, de fato, fazer desaparecer a doença mental, assim como a lepra e a tuberculose; mas uma coisa permanecerá: a relação do homem com seus fantasmas, com seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite; uma vez o patológico posto fora de circuito, a sombria pertença do homem à loucura será a memória sem idade de um mal apagado em sua forma de doença, mas obstinando-se como desgraça.⁽³⁾²⁷

³ idem, pg. 211

⁴ ROSA, Guimarães. "Grande Sertão: veredas". Editora Nova Fronteira, 16ª edição, 1984.

Como Foucault também não depositamos nossas fichas nos progressos da ciência. Apostamos mesmo, é na parceria! Na relação solidária entre loucos e não-loucos, sejam estes técnicos ou não, como ferramenta para desmontar muros. Apostamos no movimento de corpos que desejam e se movem para construir modos de viver singulares e plenos. Apostamos em idéias que fazem aliança e animam práticas que transformam mundos. Da condição de parceiros queremos inventar novas formas de participação para nós e para o outro: louco, fraco, vulnerável ou desabilitado. Queremos nós, conselhos e psicólogos/protagonistas, fazer laço. Queremos viver a experiência da *philia* dos gregos: a experiência de saber fazer-se amigo.

Milton Nascimento diz com poética simplicidade que “amigo é o melhor lugar do mundo”. Para Aristóteles, a amizade vale mais que a justiça, pois “quando os homens são amigos não têm necessidade da justiça, enquanto que quando são justos têm ainda necessidade da amizade” (4) e esta - a amizade, é o território da semelhança, da possibilidade de me ver no outro. Guimarães Rosa corroborando com seu lirismo singular o filósofo e o músico acreditava que só podemos viver perto do outro, sem o perigo de ódio, se formos capazes de amá-lo. Para ele, “qualquer amor, já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura”.(5) O amigo é o nosso território-continente. Agradável lugar no mundo e preciosa condição de existência.

A política de saúde mental e, em especial, o projeto De Volta pra Casa, é um instrumento de promoção de justiça social, busca reparar erros e restituir direitos: o direito à saúde, o direito à liberdade, ao trabalho e ao lazer. Mas não pode limitar-se a ser apenas isto. Deve, como propõe Aristóteles, enriquecer-se: deve refazer o pertencimento e promover laços de *philia*, para ajudar o outro a viver. Simplesmente isto, e tudo isto. Pois, a vida é experiência plural. Sendo igualmente plurais os desafios, limites e sonhos de cada vivente.

Ao propor a inserção dos ditos loucos no território os saberes *psis* abrem mão do poder de controle, historicamente a eles delegado, de gestão da vida do louco ou de controle dos distúrbios de uma população. Abrem mão do *status quo* de mantenedores da ordem pública, abdicando da condição de instrumentos de promoção da segurança pública, para se arriscarem a ser algo vivo, real, delicado e destituído de certezas prévias como a própria vida. O território deixa de ser um lugar distante, estático, inacessível, ou mesmo pura delimitação

⁵ CARDOSO, Sérgio. “Paixão da igualdade, paixão da liberdade: a amizade em Montaigne” in *Os Sentidos da paixão*, Companhia das Letras, 1986.

geográfica, para ser visto e considerado como o espaço da vida em suas possibilidades, saídas e desafios. Em tempos de falência de ideais, devem os *psis* trabalhar, buscando restituir a possibilidade do sonho, do desejo e da partilha. Daí, a aposta na criação de redes de solidariedade: instrumentos de transformação dos espaços comuns propiciadores de relações de amizade e justiça.

É para este lugar e para esta condição que os Conselhos, comprometidos com a causa libertária dos loucos, faz novo convite à categoria: chama os psicólogos à viverem uma experiência de liberdade e ruptura, ao convidá-los a emprestarem o próprio corpo para substituir muros, grades e interditos manicomiais, ousando experimentar a aventura de se tornarem inventores, realizando nas cidades, com os loucos e a seu lado, experiências de criação de sentido e exercícios de liberdade.

Os psicólogos estão sendo convidados a ajudarem a remover obstáculos e a criar pontos de ancoramento na cidade que tornem possível o retorno à liberdade para sujeitos antes condenados ao confinamento e a morte. Estão convidados, portanto, a se tornarem amigos da Reforma Psiquiátrica e parceiros da loucura.

Referência Bibliográfica:

- MOTTA, Manoel Barros da, Michael Foucault. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Forense Universitária, 2ª edição, 2002.
- ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão: veredas**. Editora Nova Fronteira, 16ª edição, 1984.
- CASTEL, Robert. **Da indigência, à exclusão, a desfiliação**. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional, *in Saudeloucura n° 04*, HUCITEC, 1994.
- CARDOSO, Sérgio. **Paixão da igualdade, paixão da liberdade: a amizade em Montaigne**. *in Os sentidos da paixão*, Companhia das Letras, 1986.

2. O projeto: objetivos, procedimentos e resultados esperados

Tendo em vista o campo político, assistencial e teórico descrito, o Banco Social formulou o projeto “Acompanhamento aos usuários do *Programa ‘De Volta pra Casa’*” (anexo 2), que, congregado ao programa ministerial, foi formulado com o intuito de colaborar com a inserção dos usuários nos serviços substitutivos ao manicômio e na comunidade. Destinado aos portadores de sofrimento mental habilitado ao *Programa “De Volta pra Casa”*, o projeto do Banco Social era, assim, norteado pelo objetivo de contribuir para:

- A implantação do Programa “De Volta pra Casa”.
- A desinstitucionalização psiquiátrica e a reinserção social dos portadores de sofrimento mental;
- O fortalecimento do Movimento da Luta Antimanicomial;
- A superação da lógica de exclusão atribuída ao portador de sofrimento mental;
- A desconstrução da identidade pejorativa atribuída ao usuário de serviços de saúde mental;
- O resgate da identidade, a apropriação dos direitos, a conquista da autonomia do usuário de serviços de saúde mental;
- A articulação de uma rede social de serviços inclusiva (saúde, espaços de socialização).
- A formação dos psicólogos na área de saúde mental.

Estes objetivos estavam intrinsecamente articulados e, para que fossem alcançados, alguns procedimentos foram realizados, como: oferecimento de acompanhamento individual e/ou grupal aos usuários de saúde mental, capacitação dos psicólogos para a intervenção, estabelecimento de parcerias com o Ministério da Saúde, com Secretarias Municipais de Saúde, bem como com serviços de saúde mental (hospital psiquiátrico, residências terapêuticas, serviços de atenção psiquiátrica abertos).

A primeira etapa consistiu, justamente, no estabelecimento de parcerias. Deste modo, no decorrer de 2003, representantes dos Conselhos de Psicologia e a coordenação nacional do Banco Social participaram de audiências no Ministério da Saúde (MS) com o

propósito de apresentar os princípios, os objetivos norteadores do Banco Social e de viabilizar a implantação do projeto. As reuniões no MS aconteceram com a equipe de coordenação da área de Saúde Mental por ser esta a equipe responsável, dentre outras atribuições, pelas ações relacionadas ao campo da Saúde Mental e, portanto, pelo acompanhamento do Programa “De Volta pra Casa”. Um termo de cooperação técnica foi assinado (anexo 3).

Após o estabelecimento de parceria com o MS, os gerentes estaduais tiveram de realizar um mapeamento das condições da saúde mental local. Assim, tiveram de averiguar se:

- A gestão da saúde da região está integralmente a cargo do Município ou se parte ainda é de responsabilidade do Estado. Por intermédio desta informação, o gerente saberia se a parceria deveria ser firmada somente com a Secretaria de Saúde do Município ou se também com a do Estado, já que, neste caso, os hospitais psiquiátricos costumam ser de responsabilidade do Estado;
- Há serviços substitutivos, quais são, quais demandas atende e como funciona a rede de serviços aberta. Uma vez que este projeto só poderia ser implantado nas regiões em que há serviços substitutivos ao manicômio;
- O município já está habilitado pelo Ministério da Saúde para cadastrar pacientes e receber o auxílio reabilitação psicossocial do Ministério;
- Quais ações sociais voltadas às pessoas que revelam sofrimento psíquico intenso estas Secretarias executam

Logo, o gerente deveria apurar se havia condições estruturais para o estabelecimento de parceria e, deste modo, para a implantação do projeto do Banco Social. Vale registrar que, o processo de instalação do Banco Social, apesar de seu caráter nacional, ocorreu de forma diferenciada tanto no tempo quanto na forma de proceder a sua implementação. Essas variações podem ser compreendidas quando se considera os recursos de cada CRP, a disponibilidade de cada parceiro, a rede de saúde mental local e os diferentes processos burocráticos envolvidos.

Foram firmadas parcerias com as Secretarias Municipais de seis cidades brasileiras: três da região nordeste: Camaragibe (PE), Recife (PE) e Aracajú (SE); e três da

região sudeste: São Paulo (SP), Belo Horizonte (MG) e Ribeirão Pires (SP)²⁸.

Os gerentes estaduais²⁹, junto com a coordenação de saúde mental local, mapearam quais eram os usuários habilitados para o Programa “De Volta pra Casa” e em quais serviços de saúde mental estavam inseridos; bem como onde, após alta hospitalar, iriam morar e em qual serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico (serviço aberto) iriam realizar o tratamento psiquiátrico.

Em cada cidade onde o projeto aconteceu houve ampla divulgação, seja para os psicólogos, seja para o público alvo e para os serviços de saúde mental. O material de divulgação foi afixado em diferentes lugares, especialmente por onde os psicólogos da área de saúde mental transitam: faculdades de psicologia (na biblioteca, nos centros de estudos voltados para o campo de saúde mental, na clínica, no departamento de psicologia social etc.), clínicas-escolas, institutos e instituições que atuam ou pesquisam áreas temáticas correlatas, cursos de especialização em saúde mental etc. Houve também divulgação nos meios de comunicação (rádio, TV, jornal) e por meio do site do Banco Social.

Depois das primeiras negociações com as coordenações e com os serviços de saúde mental e após divulgação, houve o lançamento do projeto nas cidades citadas.

ORIENTAÇÃO OFERECIDA AOS PROTAGONISTAS

O lançamento foi destinado aos psicólogos interessados em participar do Banco Social e teve como objetivo expor o projeto, bem como promover o primeiro debate sobre Reforma Psiquiátrica Brasileira. Após este evento, os psicólogos passaram por um período de capacitação prévia³⁰, que incluiu:

- Detalhamento do projeto e de intervenção (anexo 4);
- Conhecimento de serviços de saúde mental da cidade;
- Leitura de textos dos consultores (disponibilizados no site do Banco Social);
- Discussão sobre conceitos como: reforma psiquiátrica, desinstitucionalização psiquiátrica (no Brasil e no mundo), reabilitação psicossocial, acompanhamento

²⁸ De acordo com a estrutura e as necessidades da região, cada CRP escolheu qual (ou quais) dos seis projetos deveria implantar.

²⁹ Em algumas regiões os protagonistas também participaram deste processo.

³⁰ A duração e o formato desta capacitação variou em cada município.

terapêutico;

- Debate sobre história da Loucura;
- Indicação de filmes nacionais;
- Indicação de filmes internacionais;
- Discussão sobre ética nas relações com pacientes e técnicos da Saúde Mental.

Em seguida, os protagonistas assinaram um termo de adesão ao trabalho voluntário. Durante o tempo em que estiveram envolvidos com as atividades do Banco Social, participaram de reuniões, cursos, supervisão de cunho teórico e técnica, em que foram debatidos conceitos arrolados no cap. II e no tópico “considerações conceituais” (cap.III), bem como temas indicados pela equipe local do Banco Social e solicitados pelos protagonistas³¹, tais como:

- Leitura de textos de teóricos da área: Manicômios, Prisões e Conventos, de Erwin Goffman;
- Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança, de Kleber Duarte Barreto;
- Acompanhar é uma barra: Considerações teóricas e Clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico, de Thaís da Cruz Carneiro Ribeiro.
- Clínica Nômade, de Sueli Rolnik;
- Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico, de Leonel Braga Neto;
- A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial, de Mirna Yamazato Koda;
- A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica, de Paulo Amarante.
- Discussão sobre o Código Internacional de Doenças – CID: Transtornos Mentais e de Comportamento;

³¹ Parte da formação foi delineada a partir da demanda dos protagonistas, portanto, nem todos os temas foram explanados em todas as cidades em que o projeto aconteceu.

- Conhecimento sobre o Programa Anual de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH);
- Leitura de portarias e leis que instituem novos dispositivos para a saúde mental: Portaria Ministerial 106, que cria e regulamente o funcionamento dos Serviços Residências Terapêuticas; lei federal n.º 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental; lei federal n.º 10.708, que institui o auxílio reabilitação psicossocial para egressos de internações psiquiátricas, dentre outras.

ATUAÇÃO DOS PROTAGONISTAS

Estas discussões propiciaram as condições necessárias aos protagonistas para que realizassem o trabalho proposto, a saber: acompanhar o usuário no processo de inserção social, inventando (juntamente com o usuário) ações que aos poucos pudessem (em conjunto com o trabalho realizado pelos serviços substitutivos) tirá-lo da situação de internação/isolamento, do lugar a-dialético construído para ele pelo manicômio.

Logo, o trabalho proposto pelo Banco Social buscava propiciar a ampliação da rede social do paciente psiquiátrico; ser a ponte entre o lugar onde ele estivesse residindo e o entorno; acompanhar e facilitar a passagem do hospital psiquiátrico para o serviço de atenção psicossocial; colaborar com a instituição de campos de alteridade; utilizar os recursos da região (culturais, sociais, de entretenimento) como via para que o paciente se apropriasse da cidade, de seus desejos e potenciais; ser um dispositivo para ressignificar a vida; promover o resgate da individualidade, a apropriação dos direitos, a conquista da autonomia do portador de sofrimento mental. Buscava, enfim, colaborar com o processo de reconstrução da cidadania dessas pessoas, tecer redes de apoio e sociabilidade. Princípios que procuram derrocar as concepções positivistas de normal e anormal, de saúde e doença.

Para isto, cada protagonista conheceu dados da história, necessidades, potencialidades, dificuldades do usuário que acompanharia, bem como teve de elaborar um projeto específico, singular, mas que necessariamente dissesse respeito ao mundo social e subjetivo do paciente. Para a formulação deste projeto singular, levou-se em consideração a peculiaridade do funcionamento psíquico da pessoa portadora de sofrimento psíquico intenso acompanhada e o longo período de internação, além do fato de que, não raramente, quando são desospitalizados (quando saem dos hospitais) revelam dificuldades para realizar tarefas da

vida, como arrumar a casa, fazer amizades, andar nas ruas, conhecer a cidade etc.

Cada paciente foi acompanhado por um período que variou de três meses a um ano. A quantidade de horas, o número de encontros semanais e outros detalhes do trabalho foram planejados pelo protagonista, o usuário e a equipe do serviço que o atende; foram estipulados a partir da necessidade específica do caso. Cumpre, ainda, registrar que o protagonista realizou intervenções não desempenhadas pelos serviços de saúde, colaborou com o delineamento do tratamento oferecido, mas não era a responsável pelo tratamento, atribuição dos profissionais dos serviços públicos de saúde mental.

Por intermédio deste projeto esperava-se promover uma melhor articulação da rede de serviços de saúde mental; a constituição de uma rede social de suporte para os serviços abertos e seus usuários; um melhor acompanhamento da passagem do usuário para o serviço de saúde mental aberto; a sistematização de novos projetos de intervenção na área; o fortalecimento da atuação do psicólogo junto ao campo da reabilitação psicossocial; um maior reconhecimento da sociedade sobre possibilidades de atuação da Psicologia; a promoção da saúde mental, fortalecendo o usuário para o enfrentamento da situação; a desinstitucionalização psiquiátrica; a ampliação e apropriação da sua rede social; a ressignificação de sua vida.

Os detalhes sobre a eficácia e o resultado do projeto serão expostos em seguida, juntamente com um panorama geral das regiões onde foi executado. Será considerada a seqüência cronológica estadual da implantação. Cabe ainda mencionar que a avaliação do projeto foi confeccionada a partir da análise dos relatórios mensais e avaliações trimestrais encaminhados pelos protagonistas; das avaliações feitas pelas entidades e pelo público alvo. Alguns protagonistas ainda participaram de grupos focais nos quais uma avaliação mais depurada do projeto foi realizada; dispositivos similares foram do mesmo modo oferecidos aos usuários.

IV. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

O projeto foi realizado em seis cidades. Teve seu lançamento em novembro de 2003, em Camaragibe (PE). Algumas semanas depois, foi implantado em São Paulo (SP), seguido de Belo Horizonte (BH), Recife (PE), Aracaju (SE) e Ribeirão Pires (SP). A tabela abaixo organiza estas informações, sintetizando as metas alcançadas.

Para validar as características e peculiaridades de cada região, o projeto foi encerrado em momentos diferentes. O tempo de existência em cada cidade variou de quatro meses a um ano e oito meses. Tempo mínimo necessário à instalação e ao desenvolvimento do trabalho. A primeira finalização aconteceu em Camaragibe, seguida de São Paulo, Recife, Ribeirão Pires e Aracaju. O projeto ainda está em andamento em Belo Horizonte (BH). A equipe local de BH, em comum acordo com a coordenação do Banco Social, resolveu dar continuidade ao projeto após julho de 2005, data estipulada para seu término. Esta decisão foi tomada para se respeitar o tempo necessário a realização do projeto naquela cidade.

Para a elaboração deste relatório, considerou-se o trabalho efetivado de novembro de 2003 a julho de 2005, ou seja, considerou-se um ano e oito meses de intervenção. Estes diferentes percursos serão em seguida descritos.

Tabela 5 - Data de lançamento, data do término, número de protagonistas e de usuários que participaram do projeto em cada região em que foi implantado.

Local	Início	Término	Nº Protagonistas	Nº usuários
1. Camaragibe (PE)	11/03	12/04	13	-
2. São Paulo (SP)	11/03	05/05	13	13
3. Belo Horizonte (MG)	03/04	Em andamento	08	13
4. Recife (PE)	10/04	06/05	6	75
5. Aracaju (SE)	11/04	07/05	2	-
6. Ribeirão Pires (SP)	03/05	07/05	3	3
TOTAL:			45	104

Fonte: Banco Social de Serviços em Psicologia

Conforme ilustrado na Tabela 3, o projeto foi implementado em cidades localizadas nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, regiões emblemáticas no debate e na implantação de novos modelos de atenção em saúde mental. Contou com uma participação pouco expressiva de protagonistas e usuários de saúde mental³², embora o número de psicólogos cadastrados no projeto fosse significativo, 437. O número reduzido de usuários diz respeito à dificuldade de se realizar um projeto voltado à desinstitucionalização psiquiátrica, voltado, portanto, à diminuição de leitos psiquiátricos³³ e, por extensão, à redução do ganho financeiro dos donos de hospital (assunto que será melhor detalhado quando da descrição do trabalho realizado em Camaragibe, pág. 5) e que, para a sua efetivação, necessita de serviços abertos, especialmente de serviços residenciais terapêuticos, serviços escassos no Brasil, conforme apontado no capítulo II deste relatório.

Estes diferentes percursos e uma breve caracterização do campo da saúde mental de cada região onde o projeto aconteceu serão, em seguida, descritos.

³² Outros projetos do Banco Social foram implantados em um número maior de cidades e contaram com um número significativo de usuários e psicólogos, como é o caso do projeto Apoio Psicológico ao trabalhador em situação de desemprego, que teve a participação de 152 protagonistas e de 5015 usuários; participaram do projeto de Medidas Socioeducativas em meio aberto 277 usuários.

³³ Por meio do “Programa De Volta para Casa” do Ministério da Saúde, há uma redução progressiva do número de leitos de internação psiquiátrica, uma vez que após alta hospitalar, o leito não poderá mais ser ocupado.

1. CRP 02 – Pernambuco e Fernando de Noronha

Conforme citado, o projeto “Acompanhamento aos usuários do Programa ‘De Volta pra Casa’” foi inaugurado, em novembro de 2003, no Estado de Pernambuco.

Estado que, embora exerça fascínio nacional e internacional, notadamente pelas suas praias, sua arquitetura colonial (Recife e Olinda foram consideradas pela Unesco patrimônio da humanidade), sua música, suas festas carnavalescas e juninas, apresenta a quarta pior taxa de exclusão social³⁴. É o Estado mais violento da federação (0,77), ocupa a 9º pior posição no tocante à taxa de pobreza (0,234) e de alfabetização (0,343) e ocupa o 11º pior lugar em emprego formal e desigualdade social. Se a comparação levar em consideração apenas os Estados onde este projeto do Banco Social foi realizado, Pernambuco é o Estado mais excludente socialmente. É uma região em que a qualidade de vida é uma das piores do país.

Além de pobreza, violência, desemprego, desigualdade, parte representativa da população portadora de sofrimento psíquico intenso também se depara com um outro obstáculo: em muitas cidades, o manicômio ainda é a referência de tratamento psiquiátrico, ou seja, a grande maioria da população com transtorno mental ainda tem como único destino a internação psiquiátrica, deixando, desta forma, de ser efetivamente tratada.

Diante deste cenário, entendeu-se que seria relevante a presença do Banco Social no Estado. O projeto do Banco Social foi implementado em duas cidades pernambucanas, a saber: Camaragibe e Recife.

1.1. Camaragibe

Caracterização do Campo de Saúde Mental

É um município novo, emancipado em 1982, localizado a 10 km da capital e compõe a região metropolitana de Recife. Segundo dados de 2000 do IBGE, sua população é de 128.702 habitantes, sendo 100% sua taxa de urbanização. Em relação à área da Saúde, em

³⁴ Seu índice de exclusão social é de 0,257, enquanto o do Distrito Federal, que tem a melhor taxa, é de 0,850. O índice de exclusão social varia de zero a um, sendo que as piores condições de vida equivalem a valores próximos a zero, enquanto as melhores situações sociais estão próximas de um.

1998, contava com 23 equipes do programa de saúde da família e 157 agentes comunitários de saúde, o que, segundo dados governamentais, assegurava a cobertura de 96% da população da cidade. Em 1999, havia 45 unidades ambulatoriais e, em 2000, tinha três hospitais, totalizando 1.366 leitos³⁵.

No tocante à saúde mental, nesta região há dois hospitais psiquiátricos e dois serviços substitutivos, sendo um CAPS II e uma residência terapêutica.

Desenvolvimento do Projeto

Em novembro de 2003, a equipe local do Banco Social firmou parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Esta Secretaria estabeleceu que o trabalho dos protagonistas do Banco Social deveria acontecer junto ao Hospital Psiquiátrico Alberto Maia, hospital de grande porte, com 870 paciente-moradores. No mês seguinte, houve a primeira reunião entre o Banco Social, protagonistas e familiares dos usuários do referido hospital. Nesta reunião também estavam presentes a supervisora de saúde mental de Camaragibe e auditora do Ministério da Saúde, bem como psicólogos cadastrados no Banco Social.

Após esta reunião, a equipe do hospital tentou atrapalhar o desenvolvimento do projeto do Banco Social, alegava que os usuários não apresentavam condições psíquicas e comportamentais para serem desospitalizados, mencionava que eles eram inconstantes, imprevisíveis, instáveis, agressivos e que, portanto, não deveriam sair da clausura hospitalar. Os familiares foram cooptados por este argumento (ideológico) e, assim, se aliaram aos profissionais do hospital contra a alta hospitalar.

O discurso apresentado pelo hospital procurava esconder o motivo real pelo qual os diretores e demais profissionais não apoiavam o trabalho do Banco Social: o dinheiro que deixariam de ganhar com a saída destes usuários, já que o SUS deixaria de repassar a verba destinada para os gastos com cada um dos pacientes. Este discurso (este ocultamento), de fato, legitima as condições de exploração e de dominação impostas ao paciente psiquiátrico e, por ser veiculado por especialistas em saúde mental parece, equivocadamente, justo³⁶ e propiciador de cuidados tanto com os usuários como a comunidade.

³⁵ Fonte: www.camaragibe.pe.gov.br, www.camaragibe.com.br, www.municipios.pe.gov.br

³⁶ Para aprofundar ver CHAUI, M. in: **Cultura e Democrática. O discurso competente e outras falas.** São Paulo: Cortez, 1989.

No entanto, o CRP local tentou dismantelar esta representação ideológica: continuou em contato com os psicólogos, oferecendo campo de formação e debate, bem como manteve contato com a Secretaria de Saúde de Camaragibe.

Em abril de 2004, o CRP voltou ao hospital Alberto Maia, época em que estava prevista a finalização do processo de avaliação do hospital pelo PNASH, desta vez, esboçou-se a possibilidade dos protagonistas acompanharem o processo de desospitalização de 60 moradores. Entretanto, novamente, o projeto foi interrompido. Meses depois, instaurou-se uma intervenção do Ministério da Saúde, já que, por meio do PNASH, constatou-se que aquela instituição oferecia tratamento inadequado, não terapêutico.

Embora o trabalho proposto pelo Banco Social não tenha ocorrido, esta história ilustra a necessidade ainda presente de manter um debate sistemático sobre o campo da saúde mental: sobre o tratamento, os serviços, os conceitos, sobre a necessidade de se dessacralizar o poder médico, poder ideológico que destitui o usuário de seu saber. Este debate constitui valorização de uma postura crítica e ativa em relação à conjuntura técnica - política-ideológica hegemônica.

1.2. Recife

Caracterização do Campo de Saúde Mental

Segundo informações governamentais, a Prefeitura Municipal do Recife busca constituir um sistema de atendimento à saúde mental pautado nos princípios da luta antimanicomial. Para tanto, conta com serviços abertos distribuídos pelos seis Distritos Sanitários de Recife, são eles:

- Oito CAPS. Não há apenas no primeiro distrito sanitário.
- Seis CAPS ad. Em cada distrito há um CAPS para pacientes com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, usuários de álcool, fumo e outras drogas.
- Existe apenas um CAPS I, localizado no Segundo Distrito Sanitário.
- Unidades de Saúde da Família
- Centros de Saúde e Ambulatórios de Pesquisa e Psiquiatria.

- Sete residências terapêuticas, sendo quatro femininas e três masculinas. Ao todo há 42 moradores. Não há nenhuma no terceiro distrito sanitário.

As Residências Terapêuticas fazem parte do Projeto ReHabitatar, que tem como objetivo promover vida autônoma aos pacientes no contexto extra-institucional. O Projeto de Volta à Família destinado àqueles que residem em hospitais psiquiátricos e instituições asilares que têm condições de retornar à sua comunidade e família também compõe o projeto ReHabitatar. Projetos que visam reduzir o número de usuários internados e, por extensão, diminuir o número de leitos psiquiátricos.

Cumprir registrar que na cidade há 1.424 leitos psiquiátricos públicos, sendo 419 de longa permanência (mais de um ano ininterrupto de internamento). Ao todo são seis Hospitais Psiquiátricos Municipais, dois são de grande porte: Hospital Psiquiátrico de Pernambuco e Instituto de Psiquiatria do Recife, com 380 leitos e 260 leitos, respectivamente; cinco de médio porte: Sanatório Recife (160 leitos); Casa de Saúde São José (160 leitos); Clínica Santo Antônio LTDA (160 leitos); Clínica Santo Antônio de Pádua (104 leitos femininos) e Hospital Ulisses Pernambucano (em processo de municipalização, com 200 leitos). Há, ainda, dois Hospitais Psiquiátricos privados e de pequeno porte.

Desenvolvimento do Projeto – Serviço Parceiro

Em Pernambuco, o Projeto Acompanhamento dos Usuários do Programa “De Volta pra Casa” - “Há Vida a ser Vivida” foi implementado em parceria com a Prefeitura de Recife, por meio de acordo de Cooperação Técnica celebrado, em 26 de Outubro de 2004, com a Secretaria Municipal de Saúde, notadamente com a Diretoria Geral de Atenção à Saúde.

Os trabalhos foram realizados em conjunto com a equipe técnica de referência da Prefeitura de Recife, composta pela Coordenadora do Projeto ReHabitatar e pela Supervisora médica. Equipe que ofereceu os recursos necessários ao desenvolvimento das atividades realizadas junto ao Instituto de Psiquiatria do Recife (IPR).

O trabalho dos protagonistas aconteceu no IPR por ser um dos hospitais que tem usuários internados há mais de dois anos, tempo mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde para o recebimento do benefício “De Volta pra Casa”. A intervenção proposta pelo Banco Social foi iniciada em dezembro de 2004 e foi encerrada em junho de 2005. Contou com a participação de seis protagonistas e de 75 usuários.

Intervenção

Para o desenvolvimento do projeto foi necessário fazer um mapeamento dos pacientes do Instituto de Psiquiatria do Recife (IPR) que poderiam participar do Programa “De Volta pra Casa”. Este levantamento foi realizado pela Diretoria de Controle de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde com a colaboração dos protagonistas do Banco Social.

Em seguida, os protagonistas realizaram encontros pontuais com aqueles que correspondiam aos critérios estipulados pelo Ministério da Saúde. Estes encontros ocorreram nas instalações do próprio hospital e tinham como propósito criar um campo de aproximação que possibilitasse conhecer nuances, características, dificuldades, desejos, potencialidades daquelas pessoas. Um campo que permitisse formular um projeto de desospitalização e, quiçá, desinstitucionalização psiquiátrica, ou seja, almejava-se não apenas a saída do hospital psiquiátrico, mas, especialmente, o afastamento da institucionalização, da interposição das instituições psiquiátricas.

Assim, apesar de saberem que aquelas pessoas eram conhecidas como portadoras de fobias, ansiedades, retardo mental, esquizofrenias, desvios de conduta; os protagonistas procuraram descobrir naqueles indivíduos algo além dos dados usuais de identificação, algo que dissesse respeito à personalidade de cada um. Para o desenvolvimento do trabalho, os psicólogos não desconsideraram o tempo de internação, o efeito corrosivo que cinco ou vinte anos de internação produz. Vale registrar que a maioria (58%) estava nesta situação há mais de 5 anos.

Ao todo, 75 (setenta e cinco) usuários participaram dos encontros com os protagonistas, que também realizaram consultas aos prontuários, contato com equipe médica e com as famílias (quando possível).

Ao final do processo, 18 (dezoito) participantes foram indicados para retornar à casa da família, os demais tinham indicação para residências terapêuticas; entretanto, este encaminhamento foi mais facilmente visualizado para 29 (vinte e nove) usuários.

Foram indicados a voltar a morar com a família aqueles que se beneficiariam do convívio familiar, que buscavam fortalecer os vínculos parentais e que cujas famílias revelaram disponibilidade para recebê-los. Houve, inclusive, casos em que o familiar resolveu solicitar a alta do parente internado; houve também indicação do usuário morar sozinho, mas com auxílio da família e da comunidade. Foram recomendados aos serviços de residências terapêuticas aqueles que não tinham contato com seus familiares.

Importa ressaltar que o trabalho dos protagonistas foi estritamente articulado ao Projeto ReHabitatar, uma vez que o foco da intervenção voltou-se sobretudo para desvendar onde estes usuários poderiam, de forma digna, morar.

A partir das indicações terapêuticas feitas pelos psicólogos do Banco Social, o Projeto ReHabitatar prosseguirá com o trabalho, ou seja, será dado um encaminhamento a cada indicação feita pelos protagonistas. Assim, segundo informações governamentais, serão agenciados recursos necessários para o usuário voltar à sua casa/ família ou passar a residir em um SRT. Esse processo deflagrará, dessa forma, a retirada do paciente do hospital, sua inserção ao meio e, em alguns casos, a reconstituição dos laços familiares.

Cumprir registrar que todos os envolvidos (protagonistas, usuários e parceiros) avaliaram positivamente o projeto proposto pelo Banco Social, considerado um valioso instrumento na luta da desinstitucionalização dos manicômios, na reforma da assistência psiquiátrica local, que, conforme mencionaram, ainda não tem apresentado condições de responder adequadamente aos problemas de pacientes institucionalizados. Seguem alguns dados que ressaltam estes apontamentos.

Para os pacientes os encontros com os psicólogos representaram momentos raros de escuta, de compreensão de suas dores, de compartilhamento de seus sofrimentos e queixas. Momentos que as estruturas alienantes dos hospícios não permitem ouvir. A propósito, os usuários teceram críticas contundentes ao manicômio. Censuraram, sobretudo, a ausência de vida, de surpresa, de afeto, de liberdade, bem como a impossibilidade de realizarem alguns simples desejos, já que, confinados, estão entregues às decisões institucionais, à vontade alheia, ao esvaziamento de si mesmos. Além disto, apontaram para as regalias disponibilizadas aos médicos e negadas a eles. Mencionaram:

Aqui é morrendo e vivendo, vivendo e morrendo todos os dias;
Amigas não, (tenho apenas) colegas;

Comer eu como, mas eu fico com fome... aqui é tudo, cada coisa no lugar e não dá pra repetir;

A comida aqui é ruim, eu gosto de galetto assado, peru assado, pato assado, macarrão bem feito, mas aqui não é bem feito e carne assada é só do doutor;

Queria viver como vivia antigamente (fora do hospício);
Por que eu estou nesse lugar? Porque aqui o meu coração é morto!;

Aqui me tiraram tudo, o exército veio me dar um aparelho que fica no lugar do coração e a minha literatura saiu da minha veia” (Usuário gosta de

literatura, mas no hospital não há possibilidades de acesso a isso).

Estas frases são ilustrativas do anseio que têm de romper com este cenário inóspito. E, segundo Saraceno (1999)³⁷, a ruptura significa:

(...) modificar, recolocar em circulação 'trocas', ou seja, reconstruir as histórias subjetivas, subjetivar espaços transformando-os em lugares de experiência, inventar recursos, produzir recursos, exigir recursos, reformular direitos, desmascarar privilégios.

Ruptura que, para ser efetiva, precisa ser referenciada no campo relacional, no processo de reconstrução contratual; precisa, portanto, do agenciamento de diferentes forças e atores, sendo os psicólogos um dos importantes atores neste processo, por poder contribuir com a construção de alternativas/ saídas, seja como aquelas relacionadas à saída da instituição psiquiátrica, seja de saídas relacionadas a uma posição subjetiva, de abertura para o inédito. Inédito que é experienciado e inaugurado por intermédio da presença sensível, por vezes, em passeios, em uma simples conversa, em um olhar.

(o olhar) ele remete, de imediato à atividade e às virtudes do sujeito, e atesta a cada passo nesta ação a espessura da sua interioridade. Ele perscruta e investiga, indaga a partir e para além do visto, e parece originar-se sempre da necessidade de 'ver de novo' (ou ver o novo), como intento de 'olhar bem'. Por isso é sempre direcionado e atento, tenso e alerta no seu impulso inquiridor...Como se irrompesse sempre da profundidade aquosa e misteriosa do olho para interrogar e iluminar as dobras da paisagem (...)

Sérgio Cardoso³⁸

No tocante à inserção no hospital onde desenvolveram suas atividades, os protagonistas, de modo geral, referiram que o ingresso na instituição foi tranquilo, foi facilitado pela equipe da Prefeitura de Recife, que promoveu ambientação e aproximação dos profissionais ao serviço.

Os psicólogos relataram que o trabalho desenvolvido (discussões de casos, contatos com profissionais de saúde mental, relatórios, encontros com os usuários e seus familiares etc) possibilitou experiência na área de saúde mental, com pessoas em situação de

³⁷ SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro, Te Corá editora, 1999.

³⁸ CARDOSO, S. O olhar dos viajantes in: O Olhar. Adauto Novaes (et al). São Paulo: Companhia das Letras, 1988, p. 347-360.

vulnerabilidade, com um projeto de cunho social e, notadamente, propiciou submersão, aproximação ao desconhecido, interesse pelo demasiadamente humano.

Pena que os olhares deles, não é possível descrever. Muitos olhavam assustados. Lembrando da menina tida como a ‘monstra’ porque mordida, no começo assustada, acuada, tentava olhar agressivamente, depois, entregue a sorte, quando sentiu a minha presença bem de perto, desarmou, tinha um olhar meigo, de criança, sorriu um sorriso lindo, no meio de rosto sofrido....

É ele que pede um olhar, apenas um reconhecimento de que sua pessoa está viva, que ainda não se misturou às paredes mal pintadas e às grades frias de um hospital psiquiátrico. Mas se por trás das grades você o deixa, a ameaça é menor, até porque evita o contato, o contágio de tornar-se você um deles. Quem está de fora pode cuidar, ser visto como normal diante do doente que grita o seu sofrer e que cala por medo de um garrote que prende, que o deixa contido e calado para não precisar falar da sua história sofrida que incomoda por revelar a dor do cuidador.

Saiba você que há quem se interesse por eles, por aqueles que a identidade foi rasgada pelo descaso, que a dignidade foi roubada pelo desinteresse, que a existência foi negada pela falta de um simples olhar que reconhecesse sua dor, sua história.

(Protagonista, relatório mensal).

Os funcionários da instituição onde o trabalho foi realizado reconheceram que a atuação dos protagonistas promoveu benefícios aos usuários e à instituição. Relataram que o projeto foi um recurso de cunho terapêutico, social e institucional que propiciou atendimento de uma demanda existente, acolhimento, discussão, abertura; enfim, possibilitou experiências novas à população e à entidade. Houve satisfação com o profissionalismo dos protagonistas.

2. CRP 06 - São Paulo

Logo após o lançamento no Nordeste, o projeto foi implantado em São Paulo, estado que tem participado ativamente do processo de Reforma Psiquiátrica e que, desde a segunda metade da década de 1980, promove transformação em sua assistência psiquiátrica, seja em relação às suas práticas, seja no tocante às concepções norteadoras destas práticas. Desde então, iniciou-se a implementação de equipes de saúde mental em centros de saúde e a ampliação da rede estadual e municipal de ambulatórios de saúde mental em São Paulo.

Uma série de diretrizes tinha como objetivo deslocar a posição central do hospital psiquiátrico no atendimento dos pacientes, em direção a uma rede extra-hospitalar, composta por ambulatórios de saúde mental e centros de saúde, operando segundo uma distribuição hierárquica e complementar de ações (...) As ações de saúde mental se realizariam preferencialmente em unidades mais simples e, de acordo com a gravidade do caso, se reportariam sucessivamente a unidades mais complexas...

Jairo Goldberg³⁹

A primeira unidade brasileira de saúde mental pública de baixa complexidade (CAPS) foi criada na capital paulista, em 1987, no mesmo ano em que ocorreu o II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, quando foi lançada a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios”. Trata-se de um serviço vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

Quase quinze anos depois, segundo dados oficiais⁴⁰, houve uma diminuição de cerca de 20 hospitais psiquiátricos, bem como o aumento de ambulatórios de saúde mental: de 70 em 1995 para 112 em 2003. Os CAPS, que, em 1995, eram apenas 12 em todo o Estado, em 2003 eram 110. A Secretaria Estadual de Saúde também instituiu 82 residências terapêuticas.

2.1. São Paulo - Capital

Caracterização do Campo De Saúde Mental

Na capital, os primeiros serviços substitutivos foram implementados no final da

³⁹ GOLDBERG, J.- A Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro, Te Corá Editora, Instituto Franco Basaglia, 1994.

⁴⁰ Fonte: Site do Governo do Estado de São Paulo: www.saude.sp.gov.br/saude_mental

década de 1980/ início de 1990. Atualmente há equipe de saúde mental em 149 Unidades Básicas de Saúde, 46 CAPS (sendo 9 CAPS infantil e 11 CAPS álcool e drogas), 19 Centros de Convivência e Cooperativa (Os CECCOs são dispositivos intersetoriais da rede pública municipal de saúde, que utilizam as artes, o esporte, o lazer, os espaços públicos, a diversidade de público, dentre outros, como recursos propiciadores de autonomia e potencializadores de desenvolvimentos individuais e coletivos), 8 Centros de Saúde, 37 Ambulatórios de Especialidade, 3 Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (serviços voltados à saúde relacionado ao trabalho), 11 Emergências Psiquiátricas, 3 Centros de Referência à Infância e Adolescência (CRIA). Entretanto, há apenas uma residência terapêutica inaugurada há menos de um ano e que oferece moradia para oito mulheres, número absolutamente irrisório tendo em vista a quantidade de leitos e de usuários internados.

Desenvolvimento do Projeto - Parceria

Após estabelecimento da parceria com a Coordenação Municipal de Saúde Mental, celebrada em novembro 2003, a equipe do Banco Social e a referida coordenação fizeram reuniões com os hospitais psiquiátricos da cidade de São Paulo, a saber: Clínica Psiquiátrica Charcot, Hospital Nossa Senhora do Caminho, Hospital CAISM Água Funda, Hospital Psiquiátrico Pinel e Hospital CASM Vera Cruz.

Por meio destas reuniões, constatou-se que um número expressivo de pessoas residentes em hospitais psiquiátricos poderia ser beneficiado pelo Programa “De Volta pra Casa”, mas estas pessoas, não raramente, dependiam de um lugar para morar e não possuíam condições financeiras para arcar com as despesas de uma casa. Dependiam, assim, que os familiares (quando havia) aceitassem que fossem morar em suas residências ou, quando não existisse essa possibilidade, que fossem encaminhados para serviços residenciais terapêuticos.

Entretanto, estas duas possibilidades revelaram-se praticamente inexequíveis, uma vez que, até meados de 2004, conforme anteriormente apontado, não havia residências terapêuticas (SRT) na capital paulista, bem como poucos familiares mostraram-se disponíveis à possibilidade de oferecer moradia aos seus familiares internados, mesmo porque, por diversos motivos, muitos usuários não tinham mais contato com suas famílias.

Ainda sobre este tema, é preciso mencionar que alguns usuários veementemente não queriam morar com seus parentes e, no tocante à recusa dos familiares, vale lembrar que quase sempre são famílias pobres, expostas às mazelas e sofrimentos que as más condições de

vida impõem: estão excluídas do acesso a bens e serviços que a sociedade atual pode oferecer aos seus cidadãos, bem como são, freqüentemente, cooptadas pela representação de que a loucura é um fenômeno danoso e que precisa ser enclausurado. Precisam, desta forma, de suporte relacionado à orientação e tratamento da loucura, assim como de benefícios sociais, culturais, financeiros, dentre outros.

Tendo em vista este cenário, estabeleceu-se que os protagonistas acompanhariam, inicialmente, os usuários que poderiam voltar a morar com seus familiares. E, paralelamente a esta atuação, a equipe local do Banco Social se propôs a realizar reuniões com o Secretário Municipal da Saúde e com o coordenador de Saúde Mental com o propósito de ser um dos atores sociais a solicitar a inauguração de SRTs, com o intuito de reiterar a necessidade crucial destes recursos habitacionais serem instituídos para que efetivamente um redirecionamento da Reforma Psiquiátrica paulista pudesse acontecer.

Nestas reuniões, o Banco Social foi apresentado como um possível colaborador, uma vez que os protagonistas poderiam contribuir com o processo de instalação e constituição destes dispositivos, já que poderiam acompanhar os usuários que ali fossem habitar.

O trabalho dos protagonistas começou em fevereiro de 2004 e consistiu em acompanhar o processo de desospitalização de moradores do projeto Vila do Hospital Vera Cruz e de moradores das casas do Centro de Atenção Integrado em Saúde Mental (CAISM) Água Funda. Este acompanhamento, conforme previsto no termo de referência do projeto do Banco Social, tinha o intuito de colaborar com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

Cumprir registrar que tanto o projeto moradia Vila como as casas do Água Funda são residências protegidas (quartos ou casas maiores) instaladas nas dependências dos hospitais psiquiátricos Vera Cruz e Água Funda e, apesar de possuírem certa autonomia administrativa e terapêutica, estão, em última análise, submetidas às determinações das gerências destes hospitais. Entretanto, diferente dos usuários internados nas enfermarias psiquiátricas, os moradores destas casas, com o suporte que a equipe técnica oferecia, tinham (quando possível) a possibilidade de cuidar do ambiente onde moravam, cuidar de suas roupas e objetos pessoais e, por vezes, sair da instituição e namorar. Tinham, assim, o acesso a alguns acontecimentos fora dos muros institucionais, podiam presenciar algumas mudanças na geografia da cidade, bem como ter uma certa noção de privacidade e de identidade: tinham um canto próprio para dormir, roupas próprias, entre outras coisas, mas, ainda assim, estavam

sob a égide institucional. A parceria com o Banco Social pretendia ampliar e complexificar este contato com o mundo das delicadezas e turbulências desprotegidas das grades institucionais.

As equipes destes projetos indicaram três usuários para serem acompanhados: um era do Hospital Vera Cruz e dois do CAISM Água Funda. Dois meses depois, em abril, um outro protagonista começou o acompanhamento de outro usuário do Vera Cruz. Assim, neste período, quatro pacientes participaram do projeto do Banco Social. Foram acompanhados aqueles que, de uma lista com mais de 200 candidatos aptos para receber o programa ministerial, teriam, em princípio, a possibilidade de retornar à casa de seus familiares.

Em agosto deste mesmo ano, as ações se estenderam ao Serviço Residencial Terapêutico da Lapa, que estava preste a ser inaugurado. A equipe do Banco Social esteve implicada no processo de implantação desta residência desde os primórdios, antes mesmos das usuárias saírem do Hospital Psiquiátrico Charcot e serem transferidas para esta casa. Neste mesmo período, um usuário matriculado no CAPS Butantã também foi vinculado ao projeto “Acompanhamento aos usuários do Programa ‘De Volta pra Casa’”.

Ao todo, 13 pessoas portadoras de sofrimento psíquico intenso foram acompanhadas por 13 protagonistas. Estes últimos realizaram seus trabalhos junto aos diferentes serviços de saúde mental: atuaram conjuntamente com os profissionais dos serviços mais tradicionais, como é o caso dos hospitais psiquiátricos, bem como com a equipe técnica de equipamentos inovadores como CASP e SRT. Em seguida, serão registrados detalhes do que ocorreram nestes acompanhamentos.

Vale ainda registrar que os protagonistas de São Paulo foram supervisionados por Kleber Duarte Barreto, um dos responsáveis pela constituição do campo técnico e teórico do trabalho do acompanhante terapêutico.

Intervenção

O morador impedido

A visão dos bairros pobres parece, às vezes, ainda mais impiedosa do que a visão de ambientes arruinados: não são bairros que o tempo veio corroer ou as guerras vieram abalar, são bairros que mal puderam nascer para o tempo e para a história. Um bairro proletário não é feito de ruínas. Ocorre que ali o trabalho humano sobre a natureza e sobre a cidade parece interceptado. As formas de um bairro pobre não figuram como destroços ou como edifícios decaídos – realidades fúnebres, mas em que podem restar impressionantes

qualidades arqueológicas: em suas linhas corroídas e em suas formas parcialmente quebradas pode persistir a memória de uma gente. No bairro pobre, menos de ruína, o espetáculo mais parece feito de interrupção – as linhas e as formas estão incompletas, não puderam se perfazer. Os meios, os recursos, sobre os quais o *homo faber* investe o seu poder inventivo, foram perdidos ou nunca foram alcançados: o resultado destas carências e frustrações é que os poderes mesmos da fabricação humana ficam perdidos ou nunca são alcançados – lançam-se em situações sem suporte, gastam-se no ar, sem resposta, são neutralizados. Faltam os instrumentos, faltam os materiais que suportariam o trabalho humano para a configuração de um mundo, para a fisionomia de uma cultura. Gradualmente, chega a faltar o *animus faber*.

José Moura⁴¹

Apesar da singularidade de cada caso e de desdobramentos diferentes, que em seguida serão relatados, é relevante salientar que havia um tema comum (para além das questões relacionadas estritamente ao campo da saúde mental, ou, ao contrário, que se coaduna a ele, complexificando-o), tema que norteou decisivamente o desenrolar dos atendimentos e que, certamente, diz respeito à vida da maioria dos usuários internados, a saber: a pobreza.

SEU JOSUÉ

Segundo informações da protagonista, seu Josué⁴² é usuário dos serviços de saúde mental há quase trinta anos e está ininterruptamente internado há cerca de 20 anos. Apesar de tantos anos de internação, tem memória capaz de registrar fatos remotos, tem discurso coerente e preza por valores morais. Não revela transtorno mental severo e persistente. Organicamente sofre de epilepsia e é medicado com Gardenal, possivelmente, segundo indicação médica, terá de se submeter à cirurgia para diminuir as crises epiléticas. Foi hospitalizado por ter cometido um delito corriqueiro, ocorrido em um boteco, como reação a uma agressão verbal. Naquela época, a promotoria pública prescreveu, inadequadamente, a internação como uma medida de segurança e indicou uma de suas irmãs como a responsável legal por ele. Com a morte desta irmã (há alguns anos), houve a suspensão da medida detentiva.

⁴¹ GONÇALVES FILHO, José Moura. Humilhação social - um problema político em psicologia. *Psicol. USP*. [online]. 1998, vol.9, no.2 [citado 09 Setembro 2004], p.11-67. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-6564.

⁴² Nome fictício. A propósito, todos os demais nomes utilizados para identificar os usuários são fictícios.

Hoje, com 57 anos e com o direito legal de sair da instituição, revela vontade retornar para a residência deixada pelos pais, em que residem seus irmãos e outros parentes. Quer modificar sua esta história, deseja ocupar o quarto e cozinha herdado e que está sendo ocupado por um sobrinho.

No tocante ao contato com a família, cumpre salientar que, inicialmente, aconteciam visitas regulares, membros da família iam ao hospital. Com o trabalho desenvolvido pela protagonista, seu Josué começou, de uma maneira mais sistemática, a visitar sua residência. Porém, constatou-se que a família, ao perceber que a desinternação poderia ser efetivada, passou a demonstrar certo distanciamento, certa indisponibilidade, uma vez que o quarto e cozinha que lhe pertencem estavam sendo utilizados; além disto, um dos irmãos de seu Josué é alcoólatra e, não raramente, exige muitos cuidados, sobrecarregando os demais parentes.

Em função da não possibilidade de voltar a morar em sua própria casa (parte significativa desta indisponibilidade diz respeito à condição financeira precária de sua família, que, para minimizar gastos, aglutina-se em cada cômodo da casa), teve de permanecer morando no projeto Vila. Mas, a despeito de ter permanecido na instituição, foi constatado que, por intermédio da presença e do trabalho realizado pela protagonista, uma série de benefícios foram conquistados, alguns dos quais serão aqui destacados, pois permitem ilustrar a magnitude de se usufruir a vida como deve ser vivida: fora dos lugares em que quem estabelece o horário de chegar, almoçar, sair é o diretor.

De acordo com o registro da protagonista, houve ampliação do repertório do usuário, que pôde conhecer novos lugares, comprar objetos pessoais, degustar novos sabores, aprender a utilizar caixas eletrônicos para sacar seu dinheiro, decidir como utilizá-lo, acreditar em sua desenvoltura, fazer novos contatos, negociar com vendedores, pesquisar preços, ter uma presença constante (foi acompanhado por cerca de oito meses) com quem podia conversar, compartilhar, resmungar e, às vezes, implicar. A citação abaixo apresenta parte dessas conquistas.

Andar pelas ruas com destino ao banco já era uma prática que acontecia uma vez ao mês, outras andanças se restringiam a uma necessidade e outra, como sair para comprar um barbeador. Sair (sem compromisso preciso) ou conversar eram práticas rejeitadas pelo usuário e a equipe do hospital já vinha intervindo. Nas primeiras “sessões” o paciente não demonstrou interesse em fazê-las fora do hospital. Durante os próximos sete meses a cada sessão o usuário articulava uma tarefa que o impelia a explorá-la fora do hospital. Ter desejado ir ao banco sozinho revelou a confiança que o

paciente tinha construído sobre si, e com o efêmero dinheiro de sua pensão, preocupou-se em comprar sapatos. Sapatos é um significante que o remete a ultrapassar limites e se articula numa cadeia de significantes como o militar, fazendo escolher botinas e roupas verde-oliva, simbolizando autoridade. (...) O paciente em uma de suas últimas saídas, foi ao supermercado com o plano de comprar algumas mercadorias, fez pesquisa de preço em 2 mercados e em um supermercado, fez uso de cesta de supermercado e recolheu das prateleiras as mercadorias que havia se organizado para comprar. Ainda, levou um item em promoção e descartou outro por não gostar da marca. Após passar pelo caixa utilizou a sacola de rafia para transportar os produtos que comprou, ao contrário do que havia cogitado, ou seja, armazenar na sacola, ao invés de fazer uso do aparato peculiar oferecido pelo estabelecimento. Deste modo, reconheceu atributos da atualidade e fez uso deles. Após conferir o troco, questionou a validade da moeda e conseguiu que o caixa trocasse por outra com desenho familiar.

(Protagonista, relatório mensal)

Segundo avaliação da protagonista e da equipe técnica do serviço, observou-se um processo no qual gradativamente potencializou-se o resgate da individualidade e do autocuidado, assim como a identificação e aquisição de competências sociais que se traduziram em ganhos de autonomia, de ampliação da rede e da circulação social. O que, em conjunto, corrobora com a constatação de que tem condições de viver em comunidade.

Seu Josué é um dos proprietários da casa, mas está impedido de residir nela. Instaure-se assim um dilema: deve-se retirar o sobrinho para que seu Josué possa ali morar? Processa-se judicialmente a família para que restitua ao usuário o que lhe é de direito? Mantém-se a situação como está: seu Josué internado, seu sobrinho em seu quarto? Possibilidades ineficazes, instituintes e mantenedoras da violência. Rodizia-se os lugares, mas o problema permanece o mesmo: um deles estará destituído da casa e de todos os significados e efeitos que isto implica. Além disto, este tipo de intervenção poderia causar um desgaste expressivo, o que colaboraria com o afastamento e intrigas familiares, quando, de fato, o objetivo é criar campos de afeto, de suporte, de mudança de representação sobre a loucura e sobre a pobreza.

Diante desta conjuntura e, após o término do projeto do Banco Social, a equipe do projeto Vila continuou atenta ao caso, estabeleceu contato com um dos CAPS da região para que este outro serviço também possa contribuir com a construção de alguma saída possível, até que, quiçá, uma vaga em uma residência terapêutica possa ser oferecida ao seu Josué, ou quem sabe, projetos de cunho social possam beneficiar a família! Enquanto isto, internado e insatisfeito (ficou descontente com o término do projeto do Banco Social, provavelmente queria continuar, de forma sistemática, suas andanças e descobertas), seu Josué aguarda a

decisão médica se fará ou não a cirurgia para diminuir as crises epiléticas.

Vale ainda registrar que a internação de seu Josué foi absolutamente desnecessária, a briga em que esteve envolvido não justificava esta medida, porém, na época em que este fato ocorreu praticamente inexistiam dispositivos substitutivos ao manicômio e o debate sobre a saúde mental estava em seus primórdios. Hoje o encaminhamento do caso seria, possivelmente, diferente.

SEU ARMANDO

Após pesquisa realizada pela protagonista e pela referência do tratamento de seu Armando, constatou-se que uma de suas irmãs vivia na região de Itaquera (zona leste da cidade) e a outra na região de Mogi das Cruzes, município pertencente à região metropolitana de São Paulo. Seu Armando não quis voltar a Mogi, chegou mesmo a ensinar o caminho de como lá chegar, mas recusou-se a descer do carro. Já em Itaquera se interessou em revisitar o espaço, indo mais de uma vez, em companhia da protagonista e equipe do hospital, encontrar seus familiares. Era com essa irmã, Ana, com quem tinha uma relação afetiva mais significativa.

Apesar disto, voltava triste das visitas familiares: Ana havia sofrido um derrame e estava acamada, exigindo cuidados de enfermagem. Daniel, seu sobrinho, tinha sido atropelado e, como efeito, ficara com os movimentos comprometidos, estava quase tetraplégico. Contíguo a isto, a condição financeira era demasiadamente precária, tanto que a família ficara com inveja ao descobrir que, na instituição onde morava, havia sofá, tv, geladeira, bem como quarto, sala, cozinha e banheiro.

Evidenciou-se, assim, um contraste frente à pobreza em que a família se encontrava e as condições que o hospital oferecia; contraste que causou mal-estar a todos.

Esse incômodo contundente mobilizou-o: seu Armando solicitou à equipe do hospital que lhe auxiliasse a arrecadar mantimentos para enviar aos familiares. Sua solicitação foi atendida e, quando a protagonista ia visitá-lo, encontrava-o em seu quarto com sacos de arroz, feijão, alimentos em geral, e ele perguntava: - "Quando nós vamos? Olha, já está marcada a data...". Quando as visitas ocorriam, era visível sua satisfação.

Diante de uma situação que poderia provocar apatia e desistência, seu Armando rebelou-se: instituiu mudanças criativas na rotina institucional, familiar e em si mesmo. Saiu

do lugar estereotipado de paciente impedido, tutelado, para assumir o lugar de agente transformador, de agente conector de recursos sociais e subjetivos. Mudanças ilustrativas do potencial que possuía e que, felizmente, pôde ser exercitado.

Ao mesmo tempo, a protagonista contactou o CAPS da região e o Programa Saúde da Família, de modo que esta pudesse receber benefícios sociais governamentais, de forma a não depender apenas da boa vontade dos colegas, amigos e profissionais de Armando.

Importante frisar que a protagonista, tal como Armando, desenvolveu um efetivo trabalho de rede: intermediou contatos entre usuário, familiares, profissionais, serviços de saúde mental, serviços sociais, advocatícios e jurídicos.

Seu Armando não tinha documentos básicos para que pudesse receber o benefício reabilitação psicossocial do Ministério da Saúde. Logo, a protagonista teve de ajudar a retirá-los. Trabalho pautado pelo compromisso com o resgate formal da cidadania e que parecia simples, mas que se revelou complexo. Foi necessária uma verdadeira investigação e articulação de rede. Houve, inclusive, a necessidade de se entrar em contato com cartórios e com o Ministério Público local. Este processo, surpreendentemente levou quase um ano! Período em que seu Armando teve de continuar internado, uma vez que sem documentos, não podia receber benefício ministerial e, sem este, não tinha como se sustentar fora do hospital!

SEU OTÁVIO

Foi considerado o paciente mais comprometido de todos, apresentava desorientação espaço-temporal, alteração senso-perceptiva e de pensamento, embotamento afetivo e possuía poucos recursos de sociabilidade; além disto, parte de sua família também tinha histórico de transtorno mental e revelava dificuldade afetiva e relacional. Dentre os membros da família, o pai e um irmão de Otávio eram os mais comprometidos, o segundo fazia tratamento em um serviço aberto. Tendo em vista esta conjuntura, entendeu-se que, para que houvesse a desospitalização de Otávio, seria crucial que sua família também fosse acompanhada em um serviço substitutivo.

Justamente por isto, e com o intuito de se instituir um trabalho conjunto, o trabalho da protagonista foi inaugurado em uma reunião entre a equipe do CAPS da região onde a família mora e profissionais do projeto moradia onde seu Otávio reside. No desenrolar desta reunião, estabeleceu-se que a protagonista faria a intermediação do contato do usuário

com sua família e promoveria os primeiros encontros da família com o serviço substitutivo. Sobre algumas dessas visitas, relata:

Fui bem recebida, perguntei sobre como tinha sido a licença do filho (Seu Otávio era, às vezes, autorizado a passar o final de semana com a família). Responderam que foi tudo bem, que ele se comportou bem, dormiu bastante e que queria sair pra rua, mas não havia ninguém para acompanhá-lo. Ao chegar, ele estava acordado e conversou comigo, respondendo que estava tudo bem e que queria ficar lá, na casa da mãe. Em outro momento disse que queria voltar para o hospital. Durante minha visita, pediu para irmos passear lá fora e o fizemos, na companhia de sua mãe. Andamos dentro do condomínio apenas (eles moram num Cingapura). A mãe relatou que ele comeu bem, tomou os remédios e estava bem comportado. Quando voltamos para dentro de casa, o pai veio conversar e, com muita dificuldade, eu tentava integrá-lo na conversa com o filho, que em um dado momento começou a cantar. (...) Pedi para que outras pessoas da família viessem conversar, pois queria envolvê-los no programa, mas apenas dois netos, ou seja, sobrinhos do paciente participaram. Solicitei à mãe dele que marque com os filhos e netos adultos um encontro, para que eu possa conhecê-los.

Cumpramos registrar que, se inicialmente seu Otávio (tal como sua família) revelava certa ambigüidade entre permanecer morando no hospital e voltar a morar com a família; ao longo da intervenção, esta dúvida perdeu relevância e Otávio passou a se posicionar mais claramente: preferia ficar no hospital, lá havia recursos materiais e afetivos, a casa era bonita, iluminada, havia sol, tinha um espaço próprio e televisão; em compensação, a casa dos pais era sombria, parecia um porão e era muito povoada (os filhos e netos do casal freqüentemente ali ficavam). Seu Otávio recusava a pobreza, queria ter a suposta boa vida da protagonista, que, por ser afetiva, presente, loura e ter olhos azuis, encantava-o. Otávio supunha que ela era rica e feliz. Descobriu que com ela não poderia morar, avaliou que com a família não era possível, restou-lhe continuar no projeto moradia do hospital!

A humilhação é uma modalidade de angústia que se dispara a partir do enigma da desigualdade de classes. Angústia que os pobres conhecem bem e que, entre eles, inscreve-se no núcleo de sua submissão. Os pobres sofrem freqüentemente o impacto dos maus tratos. Psicologicamente, sofrem continuamente o impacto de uma mensagem estranha, misteriosa: "você são inferiores". E, o que é profundamente grave: a mensagem passa a ser esperada, mesmo nas circunstâncias em que, para nós outros, observadores externos, não pareceria razoável esperá-la. Para os pobres, a humilhação ou é uma realidade em ato ou é freqüentemente sentida como uma realidade iminente, sempre a espreitar-lhes, onde quer que estejam, com quem quer que estejam. O sentimento de não possuírem direitos, de parecerem desprezíveis e repugnantes, torna-se-lhes compulsivo: movem-se e falam, quando falam, como seres que ninguém vê. José Moura⁴³

⁴³ Gonçalves Filho, José Moura. Idem.

SEU INÁCIO

Nasceu, por sorte, em uma região em que há vagas nos serviços residências terapêuticos, a saber: Santo André, município localizado na região metropolitana de São Paulo. Assim, independente da condição financeira de sua família e da sua própria, tinha onde morar. O trabalho do psicólogo do Banco Social foi, desta forma, notadamente facilitado. A protagonista desenvolveu ações no sentido de permitir que Inácio conhecesse a residência terapêutica, a vizinhança, a nova cidade (estava internado em um hospital da capital paulista). Promoveu ambientação ao novo espaço e cotidiano, de modo a torná-lo menos ameaçador. Trabalho que favoreceu o estabelecimento de novas referências, novos ritmos.

A existência de equipamentos necessários, de profissionais que possam intermediar e acompanhar a inserção nestes dispositivos e de equipes de saúde mental contínuas aos pacientes representam condições para que um tratamento eficiente e eficaz possa ser oferecido.

SEU DANILO

Há imprecisão sobre o início de tratamento e sobre quando foi internado pela primeira vez, sabe-se, entretanto, que ocorreram várias internações (a última durou cerca de dez anos) e o motivo, segundo informação dos familiares, estava relacionado a episódios de agressividade em ocasiões em que os pedidos de seu Danilo (60 anos) não eram prontamente atendidos, pedidos freqüentemente associados à compra de bens de consumo. Nestas situações, seu Danilo costumava danificar os estabelecimentos comerciais.

Após a desospitalização foi morar na casa de sua irmã e foi matriculado em um serviço substitutivo. Cenário aparentemente satisfatório. Mas, seu Danilo, depois de anos confinado, precisava de companhia para sair de casa e ir ao CAPS Butantã. Precisava de alguém que não só o ajudasse a conhecer o trajeto, mas que, especialmente, ajudasse a significar sua vida, seu dia-a-dia, o tratamento. Seu Danilo acreditava que, depois de tantos eletrochoques de tantos maus-tratos, já estava morto.

Sua família morava muito longe do CAPS e o CAPS, por sua vez, tendo em vista o número restrito de funcionários e as diversas atribuições, não podia disponibilizar nenhum profissional para buscá-lo. Desta forma, um protagonista do Banco Social foi convidado a colaborar.

Em seguida, serão registrados trechos do protagonista. Trechos prenhes em detalhes, sutilezas, polifonias, plasticidades e que, por isto mesmo, demonstram a minúcia do trabalho realizado com o usuário, sua família e a equipe do serviço substitutivo.

(diferenças entre tratamento fechado e aberto)

Busquei retomar fatos da infância, da terra natal (Passos - MG), já que havia observado em ocasião da visita ao CAPS que parecia interessar-lhe falar do lugar onde havia nascido. Foi visível a mudança de semblante, da postura ao sentar-se, do tom de voz e da descrição dos afazeres da infância, logo seguidos da menção às tarefas desempenhadas no último hospital onde esteve internado, quando então perdeu o entusiasmo inicial e interrompeu o discurso (...) Quando reforcei o meu compromisso de encontrá-lo ele voltou a falar de sua impossibilidade de fazer qualquer coisa em razão dos choques, e então lhe disse que esta prática não mais ocorreria no CAPS. A reação a esta minha informação foi imediata e muito significativa. O usuário mostrou-se algo surpreso, incrédulo e também satisfeito e aliviado com o que eu acabara de dizer. Quis saber imediatamente então o que poderia fazer no centro de atendimento. (...) mostrou-se disposto a ir e participar de alguma atividade. Prontamente quis saber quando seria nosso próximo encontro. Demonstrou que sua noção do tempo estava algo prejudicada, perguntando se esta próxima data demoraria a chegar. Despedimo-nos e combinamos de nos vermos na semana seguinte. Ele me acompanhou até a saída, permanecendo junto a mim e à irmã por alguns instantes antes de voltar para dentro de casa.

(aproximação ao modo de seu Danilo habitar a vida)

Convidei-o para tomar um café, ao que ele disse que não, pois não poderia comer, já que estava morto, embalsamado e que seu coração havia parado. Não insisti, continuei respondendo às suas perguntas, tentando saber um pouco mais e captar a significância oculta de suas palavras. Como já havia observado antes, esta postura de permanecer ouvindo-o pareceu anteceder sua disponibilidade e desta forma, logo depois, refeito o convite, este foi aceito e então saímos pelas ruas próximas para tomar um café. (...) Procurei sempre verificar alguma ligação entre o que era falado e aspectos de sua história pessoal. Trata-se de lembranças que lhe parecem sempre agradáveis. (...) mencionei o rodeio e ele falou do tempo em que lidava com animais e lembrou-se de haver amansado uma égua brava. Ao tomarmos um café apontei um pão de queijo, fazendo referência a algo tradicional do Estado no qual ele nasceu (Minas Gerais) e então ele interessou-se por comer um deles...

(a confiança, a rua, os outros)

Convidou-me logo a sentar a seu lado para que pudéssemos conversar (...) Num dado momento, colocou-se meio de lado na cadeira, olhando-me um tanto desconfiado. *“Você quer saber por que eu estou triste, você vai me dar remédio?”*. Depois de responder que não, ele pareceu mais confiante e aceitou um novo convite para sairmos para andar pelas redondezas.

Voltamos a passar pelas ruas e caminhamos em outro sentido oposto para explorarmos (...) Cumprimentou algumas pessoas pela rua, dizendo que um homem era mineiro, como se fosse um antigo conhecido. Observou com atenção um lugar no qual havia uma construção / reforma. Relembrei o que ele havia dito sobre o trabalho de ajudante de pedreiro que ele já havia feito, o que ele voltou a confirmar (...) Seguiu perguntando de pessoas de Minas.

Na volta, andando pelas ruas e dentro do ônibus, observa curiosamente, sorriu como que achando graça de um rapaz obeso e de um outro com uns óculos bem colorido e diferente. Mostrou-se menos avesso ao contato com as pessoas. Cumprimentou-as, perguntou pelas horas pedindo, por favor, e agradeceu pela informação.

Antes de chegar até os fundos da casa, ele veio ao meu encontro sorrindo. Quis logo que fôssemos embora. Perguntei sobre como havia sido a semana e ele disse que tinha sido triste, que havia ficado só em casa e que preferia andar pelas ruas.

(em casa e o trabalho com a família)

Chegando à residência do Sr. Danilo sua irmã disse-me que ele estava recolhido em seu quarto. Informado de que eu havia chegado, veio logo falar comigo. Quis saber aonde iríamos, mas logo sugeriu que fôssemos ao bairro da Liberdade. A irmã disse a ele para tomar banho e fazer a barba (...) A irmã começou a preparar-se para passar as roupas que o usuário usaria para sairmos. Chamou-me a atenção o fato de que a Sra. Jane dirigir-se a mim perguntando sobre qual roupa seria melhor que o irmão usasse. Disse que como seria ele quem iria usá-la, deveria ser ele mesmo a escolher. Ela disse-me que, já que seria eu a acompanhá-lo, deveria eu então opinar. Recusei-me a fazê-lo, ponderando que esta escolha deveria ser exclusivamente dele.

A Sra. Jane (a irmã) veio nos receber no retorno, perguntou se havia corrido tudo bem e se o Sr. Danilo havia dado muito trabalho. Foi com alguma surpresa que recebeu minha resposta dizendo que ele havia estado muito tranqüilo.

Depois de seguidas solicitações, a irmã compareceu ao CAPS. Foi-lhe dito da conveniência de que o beneficiário soubesse da quantia que o projeto (seu Danilo recebe o benefício ministerial) lhe destinava mensalmente, até mesmo para não se sentir de alguma forma onerando o orçamento da família, bem como tomar contato com o dinheiro como forma de exercitar sua autonomia (...). Abordou-se também a questão do trabalho de acompanhamento como algo temporário e não substitutivo do papel da família.

A irmã entregou-lhe o dinheiro, desta vez diretamente, em mãos.

(no CAPS)

Solicitei uma lista das atividades da semana, a fim de que o usuário pudesse tomar contato com outras atividades pelas quais pudesse interessar-se. Sentado a seu lado fui lendo e falando-lhe destas atividades, ao que ele acompanhou atento. Divertiu-se em ver a seqüência dos dias da semana e pareceu gostar da idéia de vir outros dias, especialmente o dia do futebol e da música, perguntando se iríamos de carro. A partir da música que havia cantado de manhã, fizemos uma pequena lista de cantores, lembrando de músicas que ele poderia pedir ou cantar, de comidas para preparar nas oficinas de culinária, desenhos que poderia voltar a fazer, filmes que poderíamos assistir.

Manteve contato com usuários diferentes, puxando conversa, perguntando as horas, fazendo breves observações sobre roupas e acessórios deles, do espaço ou do que se passava na televisão. Passou a aproximar-se mais da técnica que o acompanha, chamando-a sempre pelo nome, querendo saber o que era guardado nos armários. Ela disse-lhe que havia pincéis e outros materiais de pintura que ele poderia usar se quisesse.

Devido à falta de adesão do usuário às atividades do CAPS, propus à técnica de referência que plantássemos as espécies com as quais o Sr. Danilo disse já havia trabalhado.

O Sr. Danilo fez repetidas menções às terapêuticas dos locais nos quais estive em tratamento. Claramente, as atividades que teriam um cunho terapêutico no Charcot, foram trazidas por ele sempre como trabalhos nos quais foi explorado e não gratificado. Daí a dificuldade em conseguir sua adesão a oficinas de artesanato e trabalhos artísticos (do CAPS).

(Andanças: a memória viva)

Passando pelo prédio da Santa Casa demonstrou mais atenção e interesse. Apontou e disse onde havia trabalhado, falou dos loucos que sujam as camas e dos carrinhos usados para carregar os cadáveres. Manteve-se sem olhar muito para os prédios do hospital, mas disse que gostou de voltar ao lugar. Saindo do prédio ele logo reconheceu a rua Amaral Gurgel. Caminhamos em direção ao Largo do Arouche e a Praça da República, sobre os quais disse ter ouvido falar, mas não conhecia muito bem. Na República falou da loja Amsterdam, porém disse que a loja que vende chocolates comercializava relógios. Passamos em frente à loja e seguimos pela av. São Luís, onde mostrei as agências de viagens para o exterior, recordando as cidades e países sobre os quais ele havia falado. (...) Perguntou-me se ainda existia a camisaria José Silva localizada na Praça Ramos, apontou acertadamente a direção e falou do vale do Anhangabaú. Fomos para o Viaduto do Chá olhar a Praça Ramos e o vale de cima. Sorriu enquanto olhava para o viaduto, perguntando divertidamente se poderia deitar-se na rua. Já na Praça do Patriarca lembrou-se da capela e contemplou-a com a surpresa e satisfação de rever um lugar conhecido. Perguntei da Rua Direita e do Largo São Francisco, dos quais ele se recordava. Preferiu ir até o Largo São Francisco. Voltei a perguntar se sabia a direção da Praça da Sé, o que ele soube apontar com precisão e para onde nos dirigimos. Passamos pouco antes pela rua Quintino Bocaiúva, sobre a qual ele havia perguntado.

Chegando ao ponto de ônibus pergunto se sabe qual o ônibus deveríamos tomar. Responde acertadamente o nome do ônibus e comenta: “aos poucos vai desenvolvendo de novo, eu sabia muita coisa, mas tomei choque na cabeça, esqueci, fiquei bobo”.

Até aqui as melhores respostas por parte do usuário se deram nos passeios pela cidade, que partiram de sua vontade e iniciativa. Pôde reconhecer espaços pelos quais provavelmente circulou e até morou por algum tempo, recuperou um senso de localização. Demonstrou sua satisfação com isto, além de ter um afeto claramente direcionado a alguns locais específicos.

As melhores estratégias visando sua aproximação efetiva do CAPS e sua adesão futura a alguma proposta terapêutica parecem passar por esta experiência em espaços abertos. Nas ocasiões em que circulamos pelas ruas, em trajetos maiores ou menores, o contato com as pessoas tem se dado de forma diferente. Mesmo em presença de outras pessoas, agrupadas em ambientes restritos, como nos ônibus, não há a mesma manifestação de ansiedade observada quando nos grupos. As pessoas nas ruas não lhe parecem ameaçadoras e seu contato com elas não se revela tão indesejável, mas ao contrário, ele as cumprimenta com frequência e muitas destas lhe parecem familiares.

AS MORADORAS

Em agosto de 2004, Dona Lúcia, dona Cândida, dona Marta, Isabela, Florinda, Zilda, Glorinha e Josefina foram convidadas a sair do hospital psiquiátrico Charcot, onde estavam internadas por anos (de 2 a 28 anos) para inaugurarem a primeira residência terapêutica da capital paulista.

Os protagonistas do Banco Social participaram deste processo deste início, participaram, assim, dos primeiros encontros com estas senhoras, os quais aconteceram nas instalações do hospital psiquiátrico. Acompanharam, inclusive, o receio que revelaram sobre a mudança de moradia. Algumas tinham passado a maior parte da vida internada naquela instituição, não imaginavam como era viver fora dali; outras se sentiram constrangidas em morar em uma casa grande, confortável, bonita, localizada em uma região sofisticada de São Paulo⁴⁴, acreditavam não ter direito de viver em um ambiente deste porte.

As ações realizadas pelos protagonistas desencadearam a instalação de um processo de apropriação do espaço e de si mesmas. Para tanto, iniciaram um trabalho de desmonte da representação (ideológica) pejorativa que tinham de si mesmas. Um trabalho de delineamento e fortalecimento da identidade. Tarefa não simples que incluiu a utilização de diversos recursos, alguns relacionados mais estritamente ao mundo objetivo, outros, apoiados

neste, referenciados no campo subjetivo, relacional. Assim, os protagonistas colaboraram com a aquisição dos documentos de identidade necessários para o recebimento do auxílio reabilitação psicossocial, logo, contribuíram com a afirmação de que estas mulheres legalmente existem e que, portanto, têm o direito de receber algum dinheiro, o que lhes permite consumir (é sabido que o consumo é a mola mestra do modelo político-econômico capitalista, e que, freqüentemente, imprime bem-estar naqueles que conseguem corresponder a esta exigência); colaboraram também com a ressignificação de suas histórias, com o redimensionamento do tratamento, a apropriação dos espaços: os psicólogos acompanharam-nas nas ruas, em estabelecimentos comerciais, na própria residência, em momentos festivos, no CAPS, dentre outros.

Estas intervenções promoveram ambientação ao novo espaço e cotidiano, de modo a torná-lo menos intimidante e de modo a torná-las mais detentoras de si mesmas, mais autônomas. Cumpre registrar que parte das moradoras conseguiu o benefício do Programa “De Volta pra Casa”, parte ainda aguarda.

2.2. Ribeirão Pires

Caracterização do Campo de Saúde Mental

Ribeirão Pires, um dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo, atendia em 2001, aproximadamente, 200 pacientes internados em hospital psiquiátrico⁴⁵ situado na cidade. Esses pacientes eram oriundos também de outras instituições de cidades vizinhas, que estavam sendo desativadas. No bojo das mudanças da política de saúde mental do estado, conforme já descrito no capítulo referente ao estado de São Paulo, esse hospital fechou as portas. Na ocasião foram criados 9 Serviços de Residências Terapêuticas - SRTs, que acolheram cerca de 70 pacientes desse hospital, com histórico de longos períodos de internação, transtornos mentais graves e sem vínculos familiares que possibilitassem o retorno ao seu convívio. Inicialmente, esses SRTs eram administrados por uma empresa privada e somente a partir de meados de 2004, passaram a ser administrados diretamente pela gestão municipal. Também, em 2004 foi implementado um CAPS com capacidade de atendimento para 200 pacientes.

⁴⁴ Para aprofundamento desta questão vide Gonçalves Filho, *idem*.

⁴⁵ Clínica de Repouso de Ribeirão Pires, hospital psiquiátrico privado, conveniado ao SUS.

Hoje, o município detém a gestão plena dos serviços de saúde mental e, além de Ambulatório de Saúde Mental, existente na cidade há mais tempo, estão sendo criados um CAPS ad para atendimento de usuários de álcool e outras drogas e um CAPS direcionado para crianças e adolescentes.

Desenvolvimento do Projeto

No início de 2005, a partir de gestões do CAPS de Ribeirão Pires junto à Sub-Sede de Santo André do CRP-06, e da existência de psicólogos da região, interessados no desenvolvimento do Projeto “Acompanhamento aos Usuários do Programa ‘De Volta pra Casa’”, foi estabelecida parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Pires para o desenvolvimento da intervenção, em março de 2005.

Na ocasião, tendo em vista o número de usuários com condições de se beneficiarem do projeto e de protagonistas com disponibilidade em cumprir a carga horária proposta (três horas semanais junto às usuárias e duas horas de reuniões) para a intervenção e participar das reuniões de formação e supervisões, o projeto teve início com três protagonistas, final de março de 2005.

Nesse processo, com esse grupo, foi definida a realização de supervisões quinzenais junto à psicóloga do CAPS responsável pelas pacientes acompanhadas pelo projeto, além de supervisões com consultor do projeto, Kleber Duarte Barreto, em São Paulo.

Dessa forma, esses protagonistas realizaram encontros semanais com esse objetivo até um mês antes do término da intervenção que ocorreu em 30 de julho de 2005.

Os protagonistas, dois homens e uma mulher, tinham tempo de formação que variava de um a oito anos e não possuíam experiência de trabalho com essa população: um dos psicólogos atuou na área de recursos humanos e nos últimos anos atendia em consultório particular, o outro estava afastado da área e, apenas a psicóloga, recém-formada, havia feito estágio em hospitais psiquiátricos durante o curso.

As usuárias, todas mulheres, estavam na faixa de idade de 40 a 45 anos, possuíam um longo histórico de institucionalização e serão apresentadas a seguir, com nomes fictícios:

A primeira, Ana, de 44 anos, abandonada no hospital em que nasceu, foi criada em abrigo até à idade de 18 anos, quando o pai é localizado e vai morar com ele e a esposa, pois já estava separado da mãe da paciente. A experiência não foi bem sucedida, pois segundo

relatos da própria paciente, sofreu maus-tratos do pai, jogador compulsivo, e de sua nova mulher. A tentativa de morar com a mãe que, ainda de acordo com a paciente, tinha problemas mentais, também resultou infrutífera. Retorna para os hospitais até chegar a Clínica de Repouso de Ribeirão Pires, antes de sua desativação. Tem diagnóstico de depressão ou transtorno bipolar. No geral, conforme informes das equipes de atendimento, apresenta-se alheia às atividades da residência e pouco disposta a contatos com as companheiras da casa, ficando quase sempre isolada no seu quarto, o que pôde ser constatado pela protagonista nos encontros iniciais.

A segunda paciente, Silvana, também foi abandonada ainda bebê e viveu longos períodos de institucionalização. O seu diagnóstico é de esquizofrenia. Apresenta pouca disponibilidade para atividades físicas, necessárias diante dos seus problemas de saúde: é obesa e hipertensa. Também apresenta dificuldades de relacionamento, exceto em relação a uma companheira de residência – a outra usuária participante do projeto, com quem convive a cerca de 20 anos, no seu percurso de institucionalização.

A terceira paciente, Suzana, 41 anos, conta que sofreu várias internações na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro, até chegar à cidade de Ribeirão Pires, em que está há 22 anos. É uma mulher interessada nos assuntos do país e da cidade em que vive, acompanha as notícias pelo rádio e televisão, tem uma relativa autonomia no lidar com as questões do cotidiano e apresenta certa liderança na residência, frente às colegas e até junto aos funcionários da instituição.

Intervenção

O projeto previa a realização de atividades em grupo, mas isso não aconteceu, tendo em vista as condições das usuárias. Foi, então, desenvolvido de forma individualizada, mas, apesar disso, foi possível a realização de algumas atividades conjuntas com as demais usuárias acompanhadas e, até mesmo, junto com outras pacientes da residência.

A intervenção, inspirada na abordagem do *acompanhamento terapêutico* “... se apóia na compreensão de que este sujeito se desenvolverá caso encontre condições favoráveis no seu meio ambiente. Existe uma necessidade de que se exerçam junto ao sujeito determinadas funções ambientais que possam colocar em marcha seu desenvolvimento

psíquico”, (Barreto, 2000, p. 195)⁴⁶ comprometido por falhas no suprimento de suas necessidades fundamentais. Essa modalidade de trabalho, ainda conforme Barreto, propõe-se oferecer experiências capazes de suprir essas falhas no desenvolvimento do sujeito e acredita, também, no potencial transformador das experiências do cotidiano.

A intervenção teve início com a apresentação dos protagonistas às usuárias feita pela psicóloga do CAPS. Nesse momento, após a explicação da proposta e de seu tempo de duração, as duplas foram formadas a partir das escolhas feitas pelas próprias usuárias que indicaram os seus parceiros.

O trabalho realizado de forma quase artesanal, exigiu delicadeza nas ações e intervenções, sensibilidade para respeitar o ritmo e proporcionar acolhimento às necessidades das usuárias, propiciando o resgate de suas individualidades e da autonomia.

Inicialmente, foi oferecida uma escuta à história, falas, queixas e demandas das usuárias que propiciaram acolhimento, a formação de significados e favoreceram a criação de vínculos.

Paralelamente, pequenas saídas até o orelhão mais próximo, ao mercado, à banca de jornais, foram acontecendo. E essas ações foram, paulatinamente, ampliadas, como a ida ao banco para abertura de contas e retirada dos benefícios; a execução de pequenos orçamentos para o planejamento do uso do benefício; a ida ao CAPS, muitas delas realizadas em conjunto com outras usuárias e protagonistas.

Começaram a aparecer manifestações desses sujeitos no sentido de se apropriarem de suas existências: sonhos, desejos, fantasias e, também, receios frente a tantas mudanças.

Assim, Ana, conforme relata a protagonista, que, de início apresentava-se muito retraída, com medo de ser incapaz, até de um simples telefonema para o CAPS, começa a falar do desejo de ficar bonita, de conseguir um namorado, propõe-se fazer tratamento odontológico, ir ao oftalmologista.

Enquanto isso, Silvana, faz pequenos gestos que fazem parte dos códigos de sociabilidade e relações sociais, até então impossíveis de serem feitos, que demonstram a vinculação que vai estabelecendo com o protagonista: um pequeno presente feito por ela mesmo, ou um outro comprado com parte dos recursos do benefício, entregue no dia do

⁴⁶ BARRETO, K. D. in: *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.

aniversário do psicólogo protagonista. E, quase ao final da intervenção, surpreendentemente, considerando-se os seus hábitos sedentários, vai até ao CAPS reclamar da demora na obtenção de um documento pleiteado por ela.

Suzana tem iniciativas de ampliar a explorar o espaço público: às idas ao banco e às compras, são acrescidas as idas a uma lanchonete para tomar um suco, fazer um lanche. E, à sua maneira, vai demonstrando a vinculação com o protagonista, por meio da preocupação com a finalização das atividades projeto, colocada bem antes das demais companheiras.

Durante a intervenção, um ponto significativo foi a ida das três usuárias e respectivos protagonistas a uma festa junina na cidade:

O comportamento das usuárias foi surpreendente e emocionante, tanto para elas quanto para nós psicólogos. Quanto a Ana, ela demonstrou estar radiante em viver aquela situação, sorriu, dançou, conversou, comeu, assistiu à “quadrilha”, ao “casamento caipira”, pescou (...). Havia momentos em que queria ir embora, dizia que havia homens encarando-a. Parece que tinha ímpetos de sair correndo. Mas, nos afastávamos um pouco das pessoas, ela se acalmava e voltava à festa. Tinha no olhar a expressão de que estava descobrindo o outro lado da vida que não conhecia até então. (Protagonista, Relatório Mensal).

Cabe ressaltar que esse processo não foi linear, pois muitos avanços aconteceram, mas recuos e retrocessos também se evidenciaram, como relata a protagonista responsável pelo acompanhamento de Ana.

Ana começa a dar indícios de estar confusa com tantas mudanças, sugestões e vontades que vão emergindo, e recua. Ela volta alguns passos e não aceita nem ir ao dentista para verificar o tamanho da prótese (...). Ela desiste de usá-la quando já está pronta. (Protagonista, relatório mensal).

Quanto à finalização da intervenção, foi um processo difícil, não apenas para as usuárias, mas também para os protagonistas, apesar dos cuidados tomados para enfrentar esse momento de perda. Entre esses cuidados, destacam-se a comunicação da finalização do trabalho feita com delicadeza; a disponibilidade dos protagonistas para a continuidade do vínculo, mesmo que de outra forma; a realização de várias ações para registrar o processo vivido, como fotos, relatos escritos por elas. Ao mesmo tempo, as usuárias convidaram os protagonistas para participarem, ao longo do ano, de suas festas de aniversário, assumindo, assim, a autoria de seus desejos (a continuidade do vínculo com os protagonistas) e apresentando uma alternativa para que eles fossem atendidos.

Conforme pôde ser constatado a partir do relato acima, a intervenção propiciou ganhos para as usuárias no sentido de resgate de sua identidade e autonomia, e também possibilitou que outros pacientes da residência terapêutica participassem e compartilhassem junto com as usuárias atendidas de algumas atividades e experiências de relação humana significativas.

No entanto, no decorrer da intervenção, as propostas de alteração e ampliação da rede de serviços e de suporte social, não puderam se efetivar. É possível que o tempo exigido para o estabelecimento das relações iniciais, a carga horária disponível dos protagonistas para o trabalho e a duração da intervenção tenham contribuído para isso.

Para os protagonistas, conforme depoimentos deles próprios, a partir da experiência foi possível ampliar suas possibilidades de atuação profissional, sua compreensão dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico intenso, bem como das vicissitudes das políticas públicas da área.

A intervenção foi também valorizada pela equipe do CAPS , não só devido aos resultados junto às próprias usuárias atendidas, quanto às possibilidades de extensão desse trabalho para os demais residentes dos SRTs.

No entanto, diante do caráter individualizado, artesanal mesmo, do trabalho, para que essa modalidade de atuação fosse viabilizada no CAPS seria necessária a ampliação do quadro de pessoal, o que depende das formas de contratação vigente nas redes públicas, tais como concurso público. Tal fato, discutido na reunião de supervisão com os protagonistas apontou a importância de apresentação dos resultados do trabalho não apenas para a direção do CAPS, mas também para o próprio Secretário de Saúde do município, no sentido de mostrar a relevância desse trabalho para a ampliação dos avanços que as residências terapêuticas têm trazido à política de saúde mental.

3. CRP 04 - Minas Gerais

3.1. Belo Horizonte

Caracterização do Campo de Saúde Mental

A estrutura hospitalar de atendimento ao portador de sofrimento mental na região Metropolitana de Belo Horizonte conta atualmente com dois hospitais psiquiátricos públicos para atendimentos aos casos agudos, que são o Hospital Galba Veloso e o Hospital Raul Soares, ambos com cerca de 150 leitos, ou seja, de pequeno porte e dois hospitais de longa permanência: a Clínica Nossa Senhora de Lourdes e a Clínica Serra Verde, ambos conveniados ao SUS. O segundo localiza-se na região metropolitana, mas é controlado desde 1993 pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e totalizam cerca de 550 leitos de longa permanência. Vale ressaltar que desde a implantação da Reforma Psiquiátrica em 1993 foi possível reduzir mais de 1.400 leitos do conjunto existente então, e estes dois hospitais tiveram seu parque significativamente reduzido, pois, desde 1995, em razão de uma portaria municipal, estas instituições tiveram sua porta de entrada fechada, não recebem novos pacientes e à medida que os pacientes têm alta, o leito por ele ocupado é extinto. O campo de atuação do Banco Social foi a Clínica Serra Verde, localizada na cidade de Vespasiano (MG), onde ainda se encontra em torno de 250 pacientes.

A Rede de Serviços Substitutiva aos hospitais psiquiátricos é composta por: 7 (sete) Centros de Referência em Saúde Mental - CERSAMs, sendo que dois funcionam 24 horas e há a projeção para que, brevemente, a atenção integral seja estendida a todos; 9(nove) Centros de Convivência, locais onde são desenvolvidas atividades de sociabilidade, convívio e trocas, sempre mediadas pelos recursos advindos do campo da cultura: artes plásticas, cênicas, música, dança, artesanato, etc; e nos quais o paciente começa a trabalhar novas possibilidades de vida; 65 (sessenta e cinco) equipes básicas de Saúde Mental; 7 (sete) equipes complementares de atenção à criança e ao adolescente; 7 (sete) residências terapêuticas, para aqueles que as famílias não podem ou não querem receber de volta para casa ou que foram abandonados, sendo que, cada residência, conforme estabelecido na portaria 106, recebe até 8 moradores; 09 Equipes Complementares de Atenção em Saúde Mental para a Infância e Adolescência e a Incubadora de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental, política que investe no fomento e fortalecimento dos projetos de trabalho

organizados e geridos pelos usuários/empreendedores associados à Suricato - Associação de Trabalho e Produção Solidária. São 80 usuários/empreendedores que atuam em quatro grupos de produção, a saber: marcenaria, moda & vestuário, mosaico e culinária.

Complementam e apóiam a ação da rede de saúde mental 503 equipes de saúde da família distribuídas pela cidade e o serviço de Supervisão Hospitalar implantado nos quatro hospitais conveniados ao SUS.

Desenvolvimento do Projeto - Parceria

Para o desenvolvimento do projeto, a equipe local do Banco Social estabeleceu, em março de 2004, parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Nos meses seguintes, entrou em contato com um dos hospitais psiquiátricos, a Clínica Serra Verde, que mantém pacientes internados por longo tempo, uma vez que o benefício do Ministério da Saúde é disponibilizado apenas àqueles que se encontram nesta situação. Dadas as dificuldades e resistências encontradas na Clínica Nossa Senhora de Lourdes e a escassez de protagonistas - o número de protagonistas foi se reduzindo à medida que a intervenção avançava, um processo de seleção natural, decorrente da aproximação com o objeto/objetivo da intervenção e da própria confrontação com a loucura-, optou-se por investir na Clínica Serra verde. Ademais, na Clínica Nossa Senhora de Lourdes encontrava-se em curso um processo de avaliação de pacientes com vistas à alta dos mesmos, desenvolvido pela equipe técnica da área da saúde que assessora o Ministério Público: a equipe do CAO-SAÚDE – Centro de Apoio Operacional da Saúde do MP. Esta equipe avaliou 10 (dez) casos que serão incluídos em residência terapêutica a ser inaugurada.

Apesar de contar com poucos casos de longa permanência, os hospitais Galba Veloso e Raul Soares também puderam ver incluídos e atendidos seus pacientes, não através do banco Social, mas através do Programa PAI-PJ – Programa Assistencial Integral ao Paciente Judiciário do tribunal de Justiça de Minas Gerais. O que, ao lado do Banco Social e do MP, ampliou a capacidade de intervenção sobre esta realidade.

Para a realização do projeto, a equipe local do Banco Social contou com a participação de um dos Supervisores Hospitalares da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, além da Coordenação de Saúde Mental e da Consultoria Nacional do Banco Social e com a colaboração dos Supervisores das Residências Terapêuticas.

Intervenção

As intervenções iniciaram em março de 2004 e consistiram em acompanhar a desospitalização e, posteriormente, o início da desinstitucionalização psiquiátrica de treze moradores do referido hospital psiquiátrico. Consistiram, portanto, em: construção de uma relação de confiança com o paciente; investigação dos prontuários; reconstrução da história clínica, busca de referências familiares e possibilidades de retorno à família -fato ocorrido com dois dos treze usuários acompanhados; escuta da história de vida de cada um, sempre respeitando seus desejos, delírios, conflitos, limites e potenciais; realização de passeios, nos quais eram apresentados diferentes recursos da região (culturais, sociais, de entretenimento) para que o paciente pudesse se apropriar da cidade; visita a um serviço residencial terapêutico e ao serviço no qual passaria a ser atendido, sendo, sempre, o protagonista a ponte que favorecia a passagem do hospital psiquiátrico para a vida. Coube ainda, aos protagonistas, a apresentação do caso para as equipes que receberiam estes usuários, o que instituiu um outro lugar para estes profissionais junto da rede de saúde mental, ajudando-os e até exigindo-lhes a elaboração desta experiência e sua transmissão frente a seus pares.

De todo este rico e detalhado processo pode-se extrair uma imagem e uma orientação no que diz respeito à atuação dos psicólogos/protagonistas: mais que acompanhantes eles foram agentes que estabeleceram a conexão entre universos cindidos: o da exclusão psiquiátrica de um lado e do outro, a vida em sua plenitude e contradições.

AGUIAR JÚNIOR⁴⁷ (2002), reflete que a formalização da clínica do acompanhamento terapêutico deve ser pautada na ética que assegure a subjetividade do paciente que tange as considerações de suas particularidades como história de vida, delírios, alucinações e também tende resgatar a dimensão social, os laços que foram perdidos por causa de fenômenos da psicose, como embotamento afetivo, reclusão etc.

Oito protagonistas acompanharam estes usuários, sendo que três ainda estão trabalhando. Foram desospitalizados oito pacientes, dos quais, dois foram morar com as famílias e seis foram para residências terapêuticas. Há ainda cinco pacientes em processo de

⁴⁷AGUIAR JÚNIOR, Jair Rodrigues. A clínica do acompanhamento terapêutico. In: A Rede clínica ampliada em saúde mental: acompanhamento Terapêutico; Revista da Clínica Urgentemente. Belo Horizonte: Clínica Urgentemente, Ano I. N° 1, Set. de 2002. p. 42-48. BANDEIRA, Anna Paula Reis. VILELA, Ana Carolina Mendonça. MENDONÇA, Júnia Cristina de Carvalho. SILVA, Walquíria Aparecida: Novos olhares pela loucura: de um curso a um discurso. XIX Jornada de Psicologia. Belo Horizonte: Clínica de Psicologia Newton Paiva, Dezembro de 2003. p.17-20. Texto publicado e apresentado em Brasília, Congresso de Saúde Mental, 03 e 04 de outubro de 2003.

alta hospitalar, que irão habitar uma das residências em fase de estruturação.

Cabe salientar que, para a reconstrução da história de vida dos pacientes, foi necessária uma investigação e escuta minuciosa, já que a maioria apresentava grande comprometimento dos laços sociais e tinha pouco vínculo familiar. O distanciamento familiar ocorria especialmente porque a maioria das famílias se recusava a recebê-los de volta, por desconhecimento das alternativas de tratamento aberto e devido ao discurso da equipe hospitalar, que caracterizava (ideologicamente) o paciente como perigoso e instável, gerando insegurança e medo nos familiares.

Tendo em vista este cenário, estabeleceu-se que os encontros seriam semanais. Um dos objetivos principais foi, então, o de superar algumas adversidades e construir mecanismos de convivência integrada e produtiva do acompanhado na sociedade. Participando de eventos da comunidade, circulando, relacionando-se com as outras pessoas, tornando-se parte do campo comum da construção da realidade social.

Os protagonistas pesquisaram, também, quais os documentos que os pacientes possuíam ou precisavam tirar para o processo da alta hospitalar.

4. CRP 03 – Bahia e Sergipe

4.1. Aracaju

Caracterização do Campo de Saúde Mental

As Conferências Estaduais de Saúde Mental, realizadas no ano de 1992 e 2000, promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), tornaram-se um marco na política de saúde mental de Sergipe. Desde então, a administração estadual passou a promover a implantação e implementação de CAPS nos municípios que atendem aos critérios estabelecidos na Portaria 336/02/MS, a saber: localização fora da área hospitalar; constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione de acordo com a lógica do território; ter natureza jurídica pública. Podem funcionar dentro dos limites de um hospital geral ou dentro de universidade da área da saúde, desde que sejam independentes de qualquer estrutura hospitalar.

No Estado há, atualmente, treze CAPS, sendo cinco em Aracaju, a capital. Importa registrar que destes cinco, dois são voltados para a população usuária de álcool e outras drogas (CAPS AD) e os demais atendem pessoas portadores de psicoses ou neuroses graves, um deles é 24 horas. No tocante às cidades do interior, há sete CAPS voltados para atendimento de pessoas portadores de transtornos mentais graves e persistentes e um para drogadição. No Estado não há CAPS voltado especificamente à assistência de crianças e adolescentes (CAPS I). Além destes equipamentos, há, no interior, quatro residências terapêuticas.

Segundo informações governamentais, também foram incrementadas ações de supervisão, capacitação e orientação técnica oferecidas aos profissionais dos serviços de saúde mental e aos profissionais que trabalham nos Programas de Saúde da Família (PSF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, bem como foi promovida a articulação dos serviços de saúde mental com os profissionais dos referidos Programas, para que possa, de maneira qualificada, haver tratamento e encaminhamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Do mesmo modo, uma maior atenção foi dada para o fornecimento de psicofármacos à rede de serviços de saúde mental, como também, materiais, equipamentos, alimentos e recursos humanos aos municípios como propósito implantar e implementar as

ações dos CAPS; objetiva-se, assim, a permanência e tratamento do usuário de saúde mental o mais próximo possível da sua realidade, família e domicílio.

Também integram a Rede de Saúde Mental quatro Hospitais Psiquiátricos (três estão localizados na capital), Prontos-Socorros Gerais, Unidades Básicas de Saúde com equipe de saúde mental e Ambulatórios de Especialidades.

De acordo com os números apresentados pela Coordenação do Programa Estadual de Saúde Mental referente aos atendimentos feito no ano de 2002, esta rede de Saúde Mental ofereceu assistência a um total de 44.108 pacientes, compreendidos numa população estimada de 170.000 pessoas com problemas mentais, as quais na grande maioria é portadora de esquizofrenia e transtorno do humor (depressão).

No período em que o projeto de saúde mental do Banco Social fora implantado, alguns pacientes usuários de serviços de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, já recebiam o benefício ministerial e a Secretaria Municipal de Aracaju, parceira do Banco Social, estava prestes a incluir os primeiros pacientes no programa.

Desenvolvimento do Projeto – Serviço Parceiro

Em novembro de 2004, o gerente estadual do Banco Social, promoveu as primeiras reuniões com representantes da Secretaria Municipal de Saúde. Neste período, no desenrolar das negociações para o estabelecimento da parceria, a equipe do Banco Social visitou um dos maiores Hospitais Psiquiátricos da região metropolitana de Aracaju, o Hospital Garcia Moreno (município de Socorro) e estabeleceu contato com a equipe responsável pela implantação das residências terapêuticas e pelo Programa “De Volta pra Casa” no município. Nesta ocasião, o gerente conheceu os quinze pacientes indicados para morar em Aracaju, nas residências que estavam em processo de constituição.

Após estes encontros, em janeiro de 2005, foi efetivamente estabelecida a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e, assim, para delinear a intervenção, visitas sistemáticas ao Hospital Garcia Moreno foram realizadas. Entretanto, no final de janeiro, o hospital sofreu intervenção do Ministério da Saúde e as visitas foram suspensas. Desta forma, o projeto inicial teve de ser ressignificado e o trabalho dos protagonistas do Banco Social, iniciado em março de 2005, passou a ser junto ao Hospital Psiquiátrico Santa Maria. Como havia um acordo com o Sistema Conselhos de Psicologia que o projeto deveria ser encerrado

até julho de 2005, a intervenção em Aracaju teve de ser redimensionada.

Em reunião com os psicólogos, avaliou-se o que havia acontecido até aquele momento e o grau de desenvolvimento e planejamento do processo de desinstitucionalização encaminhado pela SMS; decidiu-se, assim, por realizar uma intervenção - pesquisa. A meta estabelecida foi: acompanhar o desenvolvimento da desinstitucionalização, de abril a junho, e elaborar um relatório por meio do qual seriam identificadas as facilidades e dificuldades do processo, assim como seriam sugeridas ações e encaminhamentos à Secretaria de Saúde de Aracajú.

Intervenção

As intervenções do Banco Social de Psicologia junto à Secretaria de Saúde de Aracaju estiveram vinculadas, basicamente, a dois eixos, a saber:

- Acompanhar os processos de implementação do Programa “De Volta pra Casa” concomitante à efetivação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Realizar encontros com os familiares dos usuários que seriam inseridos no Programa “De Volta pra Casa”.

Para a obtenção do primeiro objetivo, os protagonistas realizaram reuniões com a equipe da Secretaria e com profissionais dos serviços substitutivos, por meio das quais puderam participar do planejamento e da definição de estratégias para a constituição dos SRTs; trocaram informações sobre os pacientes, com o intuito de se formular um tratamento considerando as sutilezas de cada caso; visualizaram entraves técnicos - administrativos e propuseram alternativas para superação; acompanharam o andamento dos tramites burocráticos.

Sobre os encontros com os familiares, cumpre registrar que foram caracterizados como espaços de esclarecimento e discussão acerca dos aspectos teóricos e práticos envolvidos no processo de reinserção no convívio social, ou seja, da inserção dos usuários na sua família - de origem ou substituta - ou em Serviços Residenciais Terapêuticos. Desta forma, esses encontros tinham, ao mesmo tempo, um caráter informativo/ objetivo, uma vez que os protagonistas esmiuçavam/ esclareciam detalhes do programa ministerial (foram distribuídas cartilhas do Ministério da Saúde discorrendo sobre pontos básicos do Programa

“De Volta pra Casa”), como também propiciavam acolhimento, escuta, elaboração de angústias, troca de experiências, dentre outros. Constituíam-se como espaços de debate sobre as reformulações da saúde mental, a importância do tratamento aberto, a desmistificação do louco e da loucura. Espaços em que havia encontro entre parentes dos usuários de saúde mental e seus parentes institucionalizados. Foram realizadas rodas de discussões em que todos podiam falar, perguntar, expor suas idéias.

Por meio destas atividades, os protagonistas arrolaram algumas dificuldades relacionadas ao processo da Reforma Psiquiátrica local, tais como:

- Resistência dos diretores das clínicas psiquiátricas que, conforme aconteceu em Camaragibe, não pretendem perceber verba do SUS.
- Dificuldade de encontrar pessoas, em determinadas clínicas psiquiátricas, que acreditem na Reforma Psiquiátrica; o que indica a necessidade de ampliar o debate sobre a desinstitucionalização psiquiátrica (ainda são muitos os preconceitos e resistências);
- Sobrecarga de atividades para os responsáveis pela secretaria municipal;
- Dificuldade em encontrar pessoas que preencham o perfil do programa
- (talvez porque a rede de assistência à saúde mental está funcionando bem com os CAPS ou porque haja boicote das clínicas, como se tendenciosamente estabelecessem altas para não perderem pontos com longas internações e/ou para não perderem o leito (vaga) caso o usuário seja inserido no programa);
- Dificuldade de uma secretaria municipal alugar uma casa para a residência terapêutica;

Porém, constatou-se também que há um movimento contra hegemônico e que, nos interstícios, promove mudança, constitui novos parâmetros para a saúde mental local. Foi com apoio dessas que se efetivou o trabalho do Banco Social.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O PROJETO

É preciso que se constitua algo fértil do lado do acompanhante que o permita imaginar alternativas para os impasses encarnados pelos pacientes. Nosso desejo está aí implicado. ...é preciso algo da ordem da paixão para sustentar uma proximidade com nossos pacientes que nos permita permanecer e acompanhar seus tempos, ritmos e sentidos desconexos. É desde essa proximidade que podemos propor outra coisa, que não sabemos a priori, mas que sabemos poder inventar a partir dos elementos que o próprio sujeito ou a situação nos fornece. não raro essa proximidade, essa paixão faz vir do paciente um deslizamento, um certo endereçamento - um olhar, uma aproximação física, uma curiosidade, uma provocação....um deslizamento de paixão... talvez a ação essencial do AT seja apresentar outros lugares para onde essa paixão possa fluir, desaguar; entretanto parece necessário, primeiramente, sustentá-la em si, no lugar do AT para poder depois derivá-la
 Leonel Braga Neto⁴⁸

Ida ao CAPS reivindicar documentação, solicitada há bastante tempo; manifestações de desejos, interesses – comprar uma roupa, presentes, tomar um sorvete, ver um filme, andar por caminhos conhecidos e desconhecidos, buscar, habitar casa nova, ir ao supermercado, ir ao dentista para fazer uma prótese e depois não usá-la – são muitas idas e vindas presentes nas intervenções realizadas.

Todos esses gestos, atitudes, iniciativas, aparentemente, pequenos, pueris mesmo, não podem ser considerados triviais, quando se pensa na história de vida dessas pessoas que, como nos aponta Rosemeire Aparecida da Silva, em capítulo deste relatório⁴⁹, tiveram suas vidas roubadas pelos muitos anos de institucionalização:

A instituição psiquiátrica lhes retirou nos anos de clausura, algo precioso: roubou-lhes o direito à existência pública. Reduzidos ao anonimato e à miséria por anos a fio, eles foram privados de tudo de bom de que o mundo foi capaz, da oportunidade de aderirem às lutas pela construção de um mundo melhor para todos ou ainda, de se entristecer, indignar, sorrir ou mesmo, de assistir a um simples pôr-do-sol sem ter à frente, como um obstáculo, as grades que vedam as janelas manicomialis. Foram, enfim, privados de ver, viver e sentir, nestes anos, o correr da própria vida.

Pelo contrário, mostram as potencialidades desse trabalho, a riqueza de vida

⁴⁸ NETO, L.B: Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico, in: Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA (org), São Paulo: EDUC, 1997, p101-108.

⁴⁹ Banco social de Serviços em Psicologia e “De volta pra casa”: parceiros da loucura.

possível para pessoas destituídas do direito a uma vida plena.

Quanto a um dos objetivos do projeto - a formação de psicólogos para atuarem junto a essa população, a partir das supervisões, acompanhamentos e depoimentos desses, é possível afirmar que foi alcançado pelos protagonistas participantes. Seja porque passaram a reconhecer esse campo de trabalho como uma possibilidade entre outras, seja porque puderam perceber como sujeito o paciente com transtornos mentais graves, seja porque se viram capazes de lidar com essa modalidade de sofrimento. Em suma, a experiência foi enriquecedora para eles próprios, não apenas do ponto de vista profissional, mas também, e principalmente, como seres humanos.

É possível afirmar que essa experiência mostra os alcances e possibilidades de inserção do psicólogo nessa modalidade de política pública e apontam na direção da necessidade de pautar ações dos órgãos da categoria para que ela se efetive. Entre essas ações, podem ser citadas a apresentação de devolutivas às instituições parceiras, realizadas pelos conselhos regionais e respectivas comissões gestoras das sub-sedes em que ocorreram as intervenções, juntamente com os protagonistas; as demandas por concursos públicos nessas instituições, bem como tantas outras iniciativas a serem visualizadas após discussões conjuntas da entidade e parceiros.

Cumprindo ainda registrar que, por meio do trabalho realizado, foi possível constatar que no campo da saúde mental houve mudanças paradigmáticas fundamentais e que o projeto do Banco Social contribuiu (de forma pontual) para este processo; porém, criar condições para que a Reforma Psiquiátrica se constitua efetivamente, genuinamente, é necessário que sejam instaurados dispositivos para além da área da saúde mental, dispositivos sociais e políticos relacionados às diferentes dimensões da vida, especialmente àquelas associadas à manutenção da vida digna, à modificação do cenário aviltante que exclui grande parte da população do acesso a bens e serviços que a sociedade atual pode oferecer aos seus cidadãos, ou seja, àqueles que possuem renda suficiente para adquirir esses bens. Não basta, conforme aponta Mourão (cap. II), ter CAPS, SRTs, se não há condições para o trabalho, se não há dinheiro para a sustentação da vida, se não houver formas políticas de se confrontar com a pobreza.

VI. PROPOSTAS DE INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A Política Pública, entendida como ação estatal regulatória, é derivada de várias forças da sociedade que intervêm com seus interesses. É uma política do Estado que visa responder ou atender a direitos e necessidades da coletividade.

A Psicologia pode e deve contribuir em um aspecto importante da elaboração e da execução das políticas públicas: sua humanização.

É este aspecto que queremos defender nesse documento como o aspecto central da colaboração da Psicologia. Humanizar políticas, significa ir além das questões técnicas e dos diversos interesses que estão em jogo na construção delas. Humanizar políticas públicas significa considerar a dimensão do sujeito cidadão.

As políticas públicas têm dificuldades de conhecer e dialogar com o sujeito cidadão, pois elas são pautadas nos princípios da impessoalidade, economia, racionalidade e devem ser universais. Estes princípios afastam ou dificultam a aproximação dos sujeitos no sentido de humanizar as políticas públicas. É necessário incorporar na concepção democrática das Políticas Públicas (suposta aqui como a concepção desejável) um alargamento que inclui o reconhecimento da condição de sujeito. Os cidadãos devem ser pensados como sujeitos e isto traz a exigência de considerar a sua dimensão subjetiva, isto é, os cidadãos são sujeitos que têm sentimentos, valores, ideologias, significados e se relacionam com o mundo a partir destas construções singulares.

A Psicologia entra aqui com sua contribuição: a possibilidade de lidar, na construção e principalmente na execução das políticas públicas, com a dimensão subjetiva de cada situação-problema vivida que as políticas visam solucionar ou responder.

A dimensão subjetiva está aqui entendida de maneira ampla, abarcando as várias e diversas teorias da Psicologia, ou seja, os aspectos simbólicos, afetivos, comportamentais, conscientes ou não, que os sujeitos desenvolvem durante a vida e que contém e reflete as condições e situações vividas. São medos, lembranças, sentimentos, imagens, sentidos e significados, concepções de si e do mundo que vão compondo esta dimensão e que têm papel importante na capacidade do sujeito de enfrentamento das situações da vida.

Os sujeitos em movimento renovam sempre essas construções psicológicas e esse

movimento pode ser na direção da saúde ou não. Caminhar na direção da saúde significa aproveitar as experiências vividas para construir novos elementos para comporem a dimensão subjetiva. Muitas vezes, o sujeito se encontra em situação em que aproveita pouco o que se coloca em sua vivência, o que o torna menos potente frente à realidade social, ou seja, menos capaz de resolver a contento as necessidades pessoais e da comunidade onde se insere. Poderíamos dizer que o sujeito, nestas condições, se cristaliza e perde seu poder de intervenção ativa na realidade.

A busca de construção de políticas públicas democráticas deve considerar a importância de estimular sujeitos ativos que possam participar da construção das soluções ou respostas visadas pelas políticas. Para isso é preciso levar em conta a dimensão subjetiva, pois é ela a fonte da potência ativa e transformadora dos sujeitos. É preciso executar as políticas de modo a desenvolvermos práticas que alterem o lugar dos sujeitos no coletivo e que sejam capazes de romper com os processos de fragilização e despotencialização a que estão submetidos os sujeitos que participam das políticas, como usuários.

Aliás é, exatamente, a noção de usuário, objeto, alvo, clientela e beneficiário que se está querendo superar, pois estas noções refletem uma perspectiva coisificante do cidadão, para trazermos à cena da proposição, elaboração e principalmente da execução e avaliação das políticas públicas um sujeito ativo, transformador, construtor do seu próprio direito e da satisfação das suas necessidades.

O que se defende aqui é a relação entre o fortalecimento do sujeito e a construção de determinados aspectos psicológicos (idéias, sentimentos, imagens, registros etc...); aspectos estes entendidos como potencializadores da capacidade de transformação do ser humano. O ser humano é o único ser vivo que constrói as formas de satisfação de suas próprias necessidades e faz isso com os outros humanos. O mundo psicológico é o mundo dos registros simbólicos que permite a cada um cumprir com esta função.

A proposta é se tomar os campos das políticas públicas, onde o Estado se coloca a tarefa de responder às necessidades e demandas da sociedade, como referência e buscar compreender e interferir considerando a dimensão subjetiva que está presente nestas situações sociais. Desemprego, conflito com a lei, retorno à condição de cidadão, vivência do processo escolar e os modelos veiculados pela mídia são situações objeto da construção de políticas públicas. A contribuição dos psicólogos é de apoio psicológico, no sentido de interferir no movimento dos sujeitos buscando a potência de sua capacidade de intervenção e

transformação do meio social onde vive. Este fortalecimento pessoal significa, acima de tudo, considerar a dimensão do sujeito cidadão, ou seja, humanizar as políticas públicas.

A Psicologia é a perspectiva profissional que pode contribuir no processo de tradução e diálogo com o sujeito na sua singularidade a partir da universalidade da política.

A Psicologia pode trazer à política pública um espaço de ancoragem, pois traz o diferencial de um profissional que pode operar no campo simbólico da expressividade e da interpretação. Estes são recursos que os psicólogos podem utilizar, no campo da política pública, para provocar mudanças qualitativas; mudanças que promovem e incentivam a existência do sujeito ativo, caracterizando-se como políticas humanizadas e libertadoras.

Assim, pensar e executar políticas para o desemprego não devem significar apenas formas de obtenção de qualificação ou oportunidades de emprego; devem significar a possibilidade de fortalecimento do sujeito na sua capacidade de enfrentamento da situação-problema vivida. Pensar e executar políticas de resgate da condição de cidadão para quem sai de um presídio ou de um manicômio não devem significar apenas abrir as portas e/ou oferecer local de moradia e trabalho; devem significar a possibilidade de fortalecimento do sujeito, ou seja, a reconstrução de significados que permitam ao sujeito colocar-se inteiro e ativo na nova condição de vida, não apenas recebendo oportunidades, mas construindo formas de sobrevivência autônoma. Pensar e executar políticas para a educação, seja escolar, seja na aplicação de medidas socioeducativas não devem significar apenas construir oportunidades de educação como obtenção de conhecimentos e condutas consideradas necessárias pela sociedade adulta; deve se constituir como meio de desenvolvimento das condições subjetivas (valores, ideologias, significados) que se traduzam em autonomia, responsabilidade e ética na inserção ativa na sociedade. Pensar e executar políticas para a comunicação por meio dos veículos de comunicação de massa não deve significar construir programas instrutivos/educativos do ponto de vista dos valores dominantes na sociedade, mas deve significar a possibilidade de utilização destes meios para o movimento de construção subjetiva dos sujeitos, potencializando-os para a atuação transformadora. Há um sujeito que precisa ser sempre considerado, pois há sempre um resultado da política pública no âmbito dos sujeitos, na dimensão subjetiva, que pode ser de alienação ou de libertação. A Psicologia quer contribuir para que estes resultados sejam planejados e possam ser direcionados para a libertação. Esse é o compromisso da Psicologia com as políticas públicas.

VII. CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

É importante registrar, de início, que o Centro é decisão do V Congresso Nacional da Psicologia, realizado em junho de 2004 em Brasília e que reuniu delegados eleitos nos 15 Congressos Regionais realizados em todo o Brasil. Por isso, o Centro é projeto da categoria profissional que os Conselhos implementam.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas é o projeto que dá continuidade ao Banco Social de Serviços em Psicologia e neste sentido é uma nova etapa no relacionamento dos psicólogos com as políticas públicas.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas é uma nova etapa na construção da presença social da profissão de psicólogo no Brasil, pois, na última década, o grupo profissional dos psicólogos, por meio de suas instituições representativas, no caso os Conselhos de Psicologia e o Fórum Nacional de Entidades Nacionais da Psicologia têm feito um esforço significativo no sentido da produção de uma nova identidade profissional, profundamente associada a prestação de serviços a indivíduos, grupos e instituições, sobretudo aqueles grupos vinculados às principais áreas de necessidades sociais. Pode-se dizer que precede à instalação do Centro uma caminhada que tem como referência a adesão do lema: Psicologia e o Compromisso Social, como a forma de identificar um novo esforço da Psicologia, no sentido de romper com certos modelos tradicionais de oferta de serviços e passar a se interrogar mais amplamente sobre as necessidades de certas camadas da população que não têm tido acesso ao serviço liberal da psicologia; a adoção do lema da psicologia como compromisso social foi sucedida pela realização da I Mostra Nacional de Práticas em Psicologia: Psicologia e Compromisso Social, quando se buscou dar visibilidade para este tipo de intervenção e torná-las mais conhecidas, de modo que se pudesse perceber que já existia, naquele momento, um conjunto de práticas, mais espontâneas, direcionadas a estes problemas.

Em seguida, o Sistema Conselhos de Psicologia adotou o lema: Psicologia e Protagonismo Social, visando, por meio da iniciativa do Banco Social de Serviços em Psicologia, criar um espaço de exercício desta perspectiva pelos psicólogos e uma experiência, pelos Conselhos, do processo de negociação com o Estado, dos interesses da categoria; um processo que permitiu a participação direta dos Psicólogos e a criação e

ampliação da concepção social e governamental acerca das contribuições da psicologia para as políticas públicas, além da geração de novas referências para o exercício da profissão de psicologia no interior da sociedade. O Banco Social de Serviços pode ser considerado uma etapa experimental, que, ao término do experimento, se coloca o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas como um esforço do Sistema Conselhos de organizar, de forma profissionalizada, um espaço que possa identificar a existência de práticas relevantes, que possa sistematizar e documentar essas práticas e disponibilizar essas práticas para toda a sociedade.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas tem como conceito principal a idéia da produção de informação qualificada o que o Sistema Conselhos pretende adotar. O Centro de Referência Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas uma unidade constitucional que possa trabalhar no sentido de produzir uma informação qualificada que visa ampliar a capacitação dos psicólogos na compreensão das políticas públicas de modo geral e da compreensão teórico e técnico do processo de elaboração, planejamento, execução das políticas públicas nas diversas áreas específicas: saúde, educação, assistência social, criança e adolescente e outras.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas deve fazer, permanentemente, um esforço de identificar as práticas dos psicólogos no interior das políticas públicas, práticas estas que estão dispersas, desorganizadas ou são eventuais e convocar os seus protagonistas, ou seja, aqueles psicólogos que são pioneiros ou que estão respondendo por essa prática, no sentido de que eles se organizem para produzir referências sobre essa atuação, para que depois possam ser documentadas e possam ser colocadas à disposição daqueles que as necessitam. Essas referências devem estar à disposição dos psicólogos que desejam trabalhar nessa esfera de políticas públicas, dos contratantes dos psicólogos, no sentido que eles possam ter clareza da contribuição específica e das expectativas legítimas que podem ser cultivadas acerca da participação da psicologia nessas políticas públicas, e das universidades e centros de formação, no sentido de que o conhecimento dessas práticas possa orientar o preparo dos futuros psicólogos já sintonizados com a realidade do mercado profissional.

O Centro de Referência caracteriza-se essencialmente como organização da informação para qualificação de uma profissão e ampliação de seu lugar social. Significa um avanço nas formas de atuação das entidades organizativas dos psicólogos, pois o Centro é potencialização da informação: é busca da informação dentre os próprios psicólogos que estão

trabalhando nas diversas áreas e, ao buscar informação, promove um esforço de visibilidade das práticas profissionais e produz uma rede ou uma articulação entre aqueles atores dessas práticas que trazem subsídios para elaboração de uma referência comum para a categoria. O processo de organização deverá envolver, inclusive, a produção de espaços coletivos, grupos de trabalho, seminários, onde os psicólogos, envolvidos nas práticas dessas políticas, possam ser, eles mesmos, os principais referenciadores do que devem ser essas práticas.

O Centro tem um sentido estratégico também importante de ser apresentado. O Centro combina aspectos importantes que podem parecer contraditórios: de um lado uma avaliação acerca das necessidades do grupo profissional dos psicólogos, do ponto de vista da sua empregabilidade e por outro lado as necessidades da ampliação da cidadania na sociedade brasileira, à medida em que se trabalha com a concepção de que o estado democrático de direito tem que ser provedor das políticas públicas necessárias para o bem estar da sociedade e se busca, então, uma ferramenta para que os psicólogos possam intervir nesta questão como mentores fundamentais do estado democrático de direito. A proposta do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas conjuga esses dois aspectos: de um lado, ele possibilita aos psicólogos formularem um projeto associado ao tema da empregabilidade da categoria e por outro, o aspecto do interesse corporativo da profissão de psicólogos em participar, efetivamente, da vida social brasileira, oferecendo os seus serviços para responder às necessidades e urgências da sociedade. A questão da empregabilidade é fruto do processo de multiplicação dos psicólogos na sociedade e da expansão extraordinária do ensino universitário que faz com que cada vez mais esse grupo profissional cresça sendo necessário oferecer uma perspectiva de continente para esse crescimento, garantindo que os psicólogos possam encontrar uma forma de trabalhar e de prestar os seus serviços. A questão da cidadania e da participação social é fruto do avanço do projeto da profissão, na sociedade brasileira.

Os Conselhos Regionais de Psicologia e o Conselho Federal também inauguram, com o Centro de Referência, uma nova etapa no relacionamento político da corporação profissional dos psicólogos com o Estado brasileiro e com suas várias esferas: Executivo, Legislativo, Judiciário e com as autoridades governamentais responsáveis pelo governo. O Centro terá uma estrutura profissionalizada com sede no Conselho Federal de Psicologia e ramificações nos Conselhos Regionais de Psicologia, de modo que todos contarão com pelo menos um agente/coordenador, o que vai permitir as mudanças de qualidade no relacionamento dos psicólogos com o Estado, seja no sentido de identificar o contexto e a

conjuntura de cada uma das políticas públicas específicas e dirigidas para a área de atendimento das necessidades sociais, seja no sentido de negociar com as diversas esferas governamentais e instituições estatais as possibilidades da psicologia participar destas políticas públicas, oferecendo neste diálogo uma referência sistematizada do que os psicólogos podem realizar e de quais são as contribuições que a psicologia pode oferecer ao desenvolvimento e aperfeiçoamento destas políticas públicas. O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas pretende, no primeiro momento, para cumprir esta tarefa, identificando o conjunto de políticas que o Estado estabelece. A partir daí, fazer uma hierarquia de prioridades entre estas políticas públicas, definindo uma agenda de trabalho a cada etapa da sua construção, localizando as políticas públicas mais estratégicas para a presença social da psicologia, ou seja, aquelas onde a psicologia já tem história, onde a psicologia já tem tradição ou já tem tecnologia demonstrada.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas deve permitir aos psicólogos e à Psicologia iniciarem uma nova etapa na história da sua inserção na sociedade e do lugar social da profissão no Brasil. Um lugar de compromisso com as urgências e as necessidades da maioria da população e de compromisso com a construção de melhores condições de vida.

ANEXO I: TERMO DE REFERÊNCIA

Acompanhamento aos usuários do Programa “De Volta pra Casa” Há vida a ser vivida

Parceria federal: Ministério da Saúde

Consultores do projeto

*Florianita C. B. Campos⁵⁰,
Marta Elizabeth de Souza⁵¹,
Rosemeire Aparecida da Silva⁵².*

O programa do **BANCO SOCIAL DE SERVIÇOS EM PSICOLOGIA** desenvolve projetos de intervenção social em parceria com órgãos públicos e capta horas de trabalho dos psicólogos brasileiros com os seguintes objetivos:

- Fortalecimento da presença e participação do psicólogo na construção de políticas públicas, contribuindo na busca de alternativas para problemas sociais brasileiros;
- Maior visibilidade e reconhecimento das práticas sociais desenvolvidas pela Psicologia;
- Abertura de novos canais de negociação com o Estado sobre as demarcações e contribuições da profissão do psicólogo.
- Desvendar para o psicólogo outras possibilidades de atuação e de contribuição da psicologia.

Os projetos do Banco Social são elaborados para âmbito nacional e são definidos a partir da avaliação da existência de: competência acumulada na profissão; necessidade de fortalecimento das políticas públicas no setor; demanda de maior mobilização de diversos setores da sociedade para o enfrentamento dos problemas sociais.

Para a execução do Programa, contamos com o núcleo de coordenação nacional

⁵⁰ Psicóloga professora e coordenadora da Clínica de Psicologia da PUC de Campinas e foi coordenadora Municipal de Saúde Mental de Campinas de jan/2001 até fev/ 2004.

⁵¹ Psicóloga, coordenadora de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais, presidente do Conselho Regional de Psicologia de MG.

⁵² Psicóloga, coordenadora de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte, integrante do Conselho Federal de Psicologia.

(um coordenador nacional, assessores técnicos, secretária, webmaster, assessoria de imprensa); consultores especialistas, gerentes regionais (para cada região de abrangência dos Conselhos Regionais).

Em parceria com o Ministério da Saúde, a equipe nacional que compõe o Banco Social elaborou o projeto “**Acompanhamento aos usuários do Programa ‘De Volta pra Casa’**”. Para o desenvolvimento e acompanhamento deste projeto, o Banco conta com a consultoria da

Contexto

No Brasil, desde o início da República, quando da criação do primeiro Hospital Psiquiátrico, a atenção às pessoas com sofrimento mental tendo sido hegemonicamente baseada no isolamento/ enclausuramento em hospitais psiquiátricos. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, em todo país há aproximadamente 55 mil leitos psiquiátricos, dos quais cerca de 20 mil estão ocupados por pacientes-moradores, pacientes que não têm indicação precisa para a internação e que estão, portanto, em situação de tutela, vulnerabilidade.

O hospital psiquiátrico é considerado um paradigma dos processos de desabilitação do indivíduo, tendo em vista que o paciente internado é tutelado em todos os elementos da sua vida cotidiana (dormir, comer, contato com os outros...). Há um empobrecimento material (o paciente perde a possibilidade de ter objetos pessoais), subjetivo e social (perde vínculos afetivos, encontra-se isolado, solitário, abandonado, é deslegitimado em relação às suas necessidades e ao seu saber, torna-se vulnerável às decisões da instituição). O regimento de sua vida - justificado pela sua doença – efetivado pela equipe do hospital passa a ser a marca característica do desapoderamento de si mesmo.

Desde a década de 80, algumas iniciativas sociais e políticas, especialmente aquelas vinculadas ao Movimento da Luta Antimanicomial, buscam promover alterações neste cenário, buscam romper o processo de objetivação atribuído à loucura e ao louco, o processo de patologização dos comportamentos humanos (cisão linear que se estabelece entre normal e anormal), a concepção de saúde entendida como ausência de doença e doença como um erro, uma anormalidade. Estas iniciativas primam não apenas pela humanização das relações ou o aperfeiçoamento técnico-científico, mas pela construção de um lugar social de inclusão para a loucura, para a diferença e, por isto mesmo, voltam-se para campos fundamentais que alicerçam a área da saúde mental, como: o campo conceitual, o técnico-

assistencial, o sócio-cultural e o jurídico-político. Podemos citar como exemplos destas iniciativas a criação de serviços públicos substitutivos ao manicômio e a regulamentação de leis que protegem esta população.

No tocante aos serviços públicos, importa registrar que atualmente existem cerca de 500 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Estes são serviços comunitários ambulatoriais que tratam de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes (como esquizofrenias, psicoses), no seu território de abrangência. São serviços centrados no acolhimento do usuário e de seus familiares, bem como no desenvolvimento de ações comprometidas com a qualidade de vida, com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma atribuído ao portador de sofrimento mental, não raro, considerado perigoso, insano. Além dos CAPS há cerca de 25 residências terapêuticas, que são moradias assistidas destinadas à população egressa de internação psiquiátrica; estas residências são acompanhadas por equipes de saúde mental.

Em relação às leis e portarias do Ministério da Saúde, podemos citar as portaria 106 e 336, que, respectivamente, regulamentam as residências psiquiátricas e amplia a abrangência dos serviços substitutivos; a lei n.º 10216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a lei n.º 10708, que institui o auxílio reabilitação psicossocial de R\$ 240,00 para egressos de internações, de hospitais de custódia e moradores de residências terapêuticas há pelo menos dois anos. Esta última, instituída em julho de 2003, é o eixo do Programa “De volta pra casa” do Ministério da Saúde e preconiza a desinstitucionalização psiquiátrica, a inserção social desta população e a inserção em serviços substitutivos, como: CAPS e residências terapêuticas. Os beneficiários necessariamente deverão vir a residir em municípios onde exista rede de atenção psicossocial e deverão ser acompanhados permanentemente por uma equipe municipal encarregada de sua reabilitação (fonte: site do Ministério).

Este programa é base do projeto do “Acompanhamento aos usuários do Programa ‘De Volta pra Casa’” do Banco Social de Serviços em Psicologia.

Público Alvo

O projeto é dirigido aos portadores de sofrimento mental habilitado para o Programa “De Volta pra Casa”, ou seja, pessoas que estão há pelo menos dois anos internadas em hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados ao SUS, em processo de alta, morando em residências terapêuticas públicas e internadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em processo de alta. A previsão do Ministério da Saúde é de beneficiar 3 mil pessoas até 2007.

Esta população é, em sua maioria, negra, pobre e apresenta histórico de desemprego e, como o tempo de internação é demasiadamente longo (varia de 2 a mais de 30 anos), não possui contato com a família, nem amigos fora do hospital; é, assim, uma população caracterizada pela perda de rede afetiva e social de apoio, pela exclusão social. Em função também do longo tempo de internação, estas pessoas freqüentemente revelam dificuldades para realizar tarefas da vida fora dos serviços de saúde mental, como: preparar uma refeição, arrumar a casa, fazer amizades, tomar sua medicação, andar nas ruas, conhecer a cidade, ir ao serviço de saúde mental aberto, utilizar o dinheiro.

Objetivo

Com as intervenções deste projeto, pretende-se contribuir para:

- A implantação do Programa “De Volta pra Casa”. Contribuir, portanto, com a desinstitucionalização psiquiátrica e a reinserção social dos portadores de sofrimento mental;
- O fortalecimento do Movimento da Luta Antimanicomial;
- A superação da lógica de exclusão atribuída ao portador de sofrimento mental;
- A desconstrução da identidade pejorativa atribuída ao usuário de serviços de saúde mental;
- O resgate da identidade, a apropriação dos direitos, a conquista da autonomia do usuário de serviços de saúde mental;
- A articulação de uma rede social de serviços inclusiva (saúde, espaços de socialização).
- A formação dos psicólogos na área de saúde mental.

Procedimentos para o desenvolvimento

Estabelecimento de parcerias com Secretarias de Saúde (Municipais e, se necessário, Estaduais) responsáveis pelo tratamento dos usuários de serviços de saúde mental nos diversos estados brasileiros e estabelecimento de parcerias de apoio (importantes para a ampliação e desdobramento do projeto) com outras Secretarias (Cultura e Lazer, Educação, dentre outras) que possam facilitar a inclusão social, a constituição de uma rede social de suporte ao portador de sofrimento mental.

Junto com a coordenação de saúde mental das Secretarias de Saúde, a equipe local do Banco Social deve averiguar quais são os usuários habilitados para o Programa “De Volta pra Casa” do Ministério da Saúde, quais são, assim, os usuários que há pelo menos dois anos estão internados ou em residências terapêuticas. No tocante aos internados, averiguar onde, após alta hospitalar, irão morar e em qual serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico (serviço aberto) irão realizar o tratamento psiquiátrico. Estes dados são fundamentais porque o psicólogo do Banco Social acompanha e facilita a passagem do usuário para os serviços substitutivos e colabora com a inserção na família e na comunidade. Os detalhes da intervenção deste psicólogo são delineados juntamente com a coordenação de saúde mental local, a equipe do serviço aberto responsável pelo tratamento e o usuário. O trabalho é pautado na conquista de um lugar social afirmativo, na legitimação da circulação social deste usuário, na constituição de uma rede social de suporte, no agenciamento de recursos sociais e subjetivos que poderão promover o resgate da individualidade, a apropriação dos direitos, a conquista da autonomia do portador de sofrimento mental. É ressaltado o sentido psíquico, social, cultural do tratamento aberto.

Propostas de intervenção

- **grupais** e deverão funcionar como espaço de troca de experiências entre os membros, numa tentativa de construção de uma rede de apoio, enfatizando a diferença entre tratamento fechado e aberto. Os grupos serão mensais (2 horas) e compostos por pacientes, familiares e representantes do movimento da luta antimanicomial da região, quando houver núcleo constituído.
- **individualizadas** e poderão acontecer na residência terapêutica, no hospital psiquiátrico ou na casa do paciente, visando sempre a inserção do paciente à sociedade.

No tocante ao trabalho individualizado, o psicólogo terá como uma das ferramentas o vínculo constituído com o paciente. A partir do vínculo buscará construir uma relação de proximidade e confiança. Por intermédio desta proximidade e dos dados (história, desejos, delírios, conflitos...) que o próprio paciente revelará, poderá inventar ações que aos poucos tirem-no da situação de internação/isolamento. Terá como princípio sair com o paciente, ser a ponte entre o lugar onde ele estiver residindo e o entorno; acompanhará e facilitará a passagem do hospital psiquiátrico para o serviço de atenção psicossocial.

Nesses passeios deverá, junto com o paciente, construir algo fértil, utilizar os recursos da região (culturais, sociais, de entretenimento) como via para que o paciente se aproprie da cidade, de seus desejos e potenciais; será este um caminho para ressignificar sua vida. Deverá acompanhá-lo enquanto um possível intermediário em seu contato com elementos do seu cotidiano. Promoverá, assim, intervenções que, ao mesmo tempo, dizem respeito ao mundo social e subjetivo do paciente (respeitando seus limites, ritmos e potenciais).

Além disto, a prática não será psicoterápica, não será terapia *stricto sensu*. O psicólogo deverá se munir de sua especialidade, a escuta, para promover operações concretas na vida do paciente; mediará os contatos do paciente com o mundo, seus familiares e os serviços, o que não implicará em ser o responsável pelo tratamento; deverá colaborar e acrescentar elementos do caso para subsidiar a equipe de saúde mental responsável.

Cabe salientar que os psicólogos participarão de todo processo: farão o acompanhamento individualizado e coordenarão o grupo que também será oferecido aos familiares.

Este trabalho deverá durar até 6 meses. A quantidade de horas e o número de encontros semanais serão planejados pelo psicólogo e a equipe do serviço que atende o usuário-bolsista. Este planejamento deverá ser pautado na necessidade específica do caso. Todavia, o psicólogo terá de encontrar o paciente pelo menos uma vez por semana e precisará disponibilizar pelo menos 21 horas mensais (14 horas mensais para saídas, 2 horas para realização do grupo, 4 horas mensais para discussão clínica e 1 hora para elaboração de relatório).

Captação de psicólogos

Os psicólogos serão convidados a participar do projeto por meio de:

- Divulgação (periódicos dos Conselhos de Psicologia, mídia, página web);
- Cadastramento via página web;
- Divulgação em locais de circulação de psicólogos (folder, banner e cartaz).

Formação/ Capacitação

O acompanhamento dos psicólogos será realizado por intermédio da disponibilização de uma linha telefônica (0800), contatos via página web do Banco Social, e-mails, relatórios de atividade mensais, reuniões para apresentação da proposta e definição de procedimentos e encontros mensais de cunho teórico e técnico para o acompanhamento das intervenções realizadas; nestes encontros haverá a participação de especialistas na área e indicações de bibliografia. Também serão acompanhados pelas equipes de saúde mental responsáveis pelo tratamento dos usuários.

Avaliação e sistematização de resultados

Para avaliação e sistematização de resultados, contamos com os seguintes instrumentos:

- Relatório de avaliação do protagonista sobre o projeto ao final da intervenção;
- Relatório de avaliação da entidade sobre o projeto ao final da intervenção;
- Ficha de avaliação das intervenções pelo público alvo;
- Banco de dados geral.

Resultados Esperados

- Melhor articulação da rede de serviços de saúde mental;
- Constituição de uma rede social de suporte para os serviços abertos e seus usuários;
- Melhor acompanhamento da passagem do usuário para o serviço de saúde mental

aberto;

- Sistematização de novos projetos de intervenção na área;
- Fortalecimento da atuação do psicólogo junto ao campo da reabilitação psicossocial;
- Maior reconhecimento da sociedade sobre possibilidades de atuação da Psicologia;
- Ampliação do campo de atuação do psicólogo no setor.

Com relação aos usuários de saúde mental habilitados para o De Volta para Casa

- Promoção da saúde mental, fortalecendo para o enfrentamento da situação;
- Desinstitucionalização psiquiátrica;
- Ampliação e apropriação da sua rede social;
- Ressignificação de sua vida

ANEXO II: TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

M I N U T A

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA SAÚDE E O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, PARA OS FINS QUE ESPECIFICA.

Processo n.º

Entidade Pública: Ministério da Saúde

Pelo presente Termo de Acordo o MINISTÉRIO DA SAÚDE, neste ato representado por seu titular Ministro Humberto Sérgio Costa Lima, RG *****, CPF n.º *****, especialmente a COORDENAÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL, neste ato representado pelo Senhor Pedro Gabriel Godinho Delgado, RG ***** CPF*****, e o CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP, autarquia federal que, por delegação do poder público, exerce o serviço de fiscalização da profissão de psicólogo, instituído pela Lei n.º 5.766, de 20 de dezembro de 1971, com sede à SRTVN Q. 702, Edifício Brasília Rádio Center, sala 4.024-A, Brasília, Distrito Federal, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ n.º 00.393.272/0001-07, neste ato representado por Conselheiro-Presidente ODAIR FURTADO, brasileiro, casado, psicólogo, portador da Cédula de Identidade RG n.º ***** SSP/SP, e do CPF n.º *****, domiciliado à Rua ***** , ***, Lago Sul - DF, têm entre si justo e acordado o presente Acordo de Cooperação Técnica, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui o objeto deste Termo de Acordo fixar condições de cooperação mútua, com vistas ao desenvolvimento do projeto **“Acompanhamento aos usuários do Programa “De Volta pra Casa”**”, um projeto do programa Banco Social de Serviços em Psicologia, que, por sua vez, é uma iniciativa do Sistema Conselhos de Psicologia. O Banco Social de Serviços em Psicologia visa ampliar a percepção da sociedade, dos poderes públicos e dos profissionais de psicologia sobre a contribuição da psicologia na concepção e

implementação de políticas públicas governamentais e identificar formas de contribuição de profissionais de psicologia, ao aperfeiçoamento das políticas voltadas para o campo da saúde mental, especificamente em relação à desinstitucionalização psiquiátrica e reabilitação psicossocial de pessoas portadoras de sofrimento psíquico intenso.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS METAS

Constituem as prioridades eleitas pelos partícipes celebrantes deste Termo de Acordo, as seguintes metas:

- A) Ampliar a percepção da sociedade, dos poderes públicos e dos profissionais de psicologia sobre a contribuição da psicologia na concepção e implementação de políticas públicas governamentais relacionadas à desinstitucionalização psiquiátrica e reabilitação psicossocial das pessoas portadoras de sofrimento psíquico;
- B) Articular formas de contribuição de profissionais de psicologia com engajamento de voluntariado às políticas de saúde mental;
- C) Contribuir para o aperfeiçoamento profissional e engajamento social de profissionais de Psicologia;
- D) Contribuir com a implantação do Programa “De Volta pra Casa” e com a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas portadoras de sofrimento psíquico intenso;
- E) Avaliar a presença da psicologia nas políticas públicas voltadas para o campo da saúde mental, especificamente em relação ao Programa “De Volta pra Casa”;
- F) Ao final do processo, contribuir para o aprimoramento de uma política pública voltada para o campo da desinstitucionalização psiquiátrica e reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico intenso.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES

Para consecução do objeto e das metas estabelecidas neste Termo de Acordo comprometem-se os partícipes:

I – COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- A) Produzir e publicar material necessário de orientação aos psicólogos envolvidos no projeto “Acompanhamento aos usuários do Programa ‘De Volta pra Casa’”;
- B) Apoiar, oferecer subsídios e recursos necessários para o processo de qualificação desses psicólogos;
- C) informar quais pacientes estão habilitados a receber o auxílio reabilitação psicossocial do Programa “De Volta pra Casa” e em quais serviços os protagonistas poderão atuar;
- D) articular e intermediar contatos com os coordenadores de saúde mental de cada região, no sentido de propiciar a implementação do referido projeto;

II – COMPETE AO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

- A) Formular projeto voltado para o campo de saúde mental no qual os psicólogos cadastrados no Banco Social de Serviços em Psicologia irão participar, disponibilizando horas de trabalho voluntário;
- B) oferecer capacitação aos psicólogos cadastrados para realizarem as atividades previamente delineadas;
- C) solicitar aos psicólogos que assinem termo de adesão do trabalho voluntário;
acompanhar as intervenções dos protagonistas;
- D) solicitar aos protagonistas a elaboração de relatórios nos quais deverão registrar e avaliar o trabalho realizado;

CLÁUSULA QUARTA – DO ACOMPANHAMENTO DA PARCERIA

Para o acompanhamento deste termo de acordo de cooperação técnica, forma-se uma comissão bipartite entre o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Psicologia, composta por dois membros representantes de cada parte.

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Acordo entra em vigor a partir da data de sua assinatura, com vigência por doze meses, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, por acordo entre os partícipes.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS

O presente Acordo de Cooperação Técnica não implicará na transferência de recursos entre as partes.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo de Acordo será publicado, em extrato, no Diário Oficial da União, às expensas da Presidência da República.

E, por estarem as partes justas e acordadas em suas intenções, firmam entre si o presente Termo de Acordo elaborado em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas.

Brasília, em de março de 2004.

HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA
Ministro da Saúde

PEDRO GABRIEL GOLDINHO DELGADO
Coordenador da Área de Saúde Mental

ODAIR FURTADO
Presidente do CFP

Testemunhas:

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

ANEXO III: DETALHAMENTO DO PROJETO E DE INTERVENÇÃO

PROJETO INICIAL

Caro protagonista,

Você deverá encaminhar para a equipe do Banco Nacional e para o gerente de seu CRP um projeto formulado para o caso que acompanhará. Este projeto deverá ser elaborado após conhecer um pouco sobre a história do usuário que acompanhará, seu perfil, suas dificuldades e potencialidades, após, portanto, reuniões com a coordenação de saúde mental, com a equipe de referência do paciente no serviço aberto e encontros com o usuário-bolsista. Este projeto deverá ser elaborado com o usuário e o profissional de referência que o acompanha no serviço em que está se inserindo. Na biblioteca, disponibilizamos um roteiro que poderá alicerçá-lo na confecção deste projeto.

Acompanhamento aos usuários do Programa “De Volta pra Casa”	
Nome do protagonista:	
Região/ CRP:	Data: ___/___/___
Nome do Hospital Psiquiátrico:	
Serviço substitutivo ao HP:	
N.º de encontros semanais propostos:	Horas destinadas para cada encontro:
O projeto terapêutico para o usuário-bolsista	
Intervenção que fará com a família (tipo e frequência)	
Frequência de reuniões com a equipe de saúde mental e objetivo	
Informações sobre coordenação de grupos com os familiares e membros do movimento da luta antimanicomial (se fará e qual a frequência)	
Outros comentários:	

Dados para alicerçar a formulação do projeto inicial/ a intervenção

Para planejar a intervenção e elaborar o projeto inicial, vocês deverão ter dados sobre:

O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:

- sua história, sua estrutura, seu perfil, princípios
- o tipo de tratamento (o projeto terapêutico delineando) que oferece ao usuário que será acompanhado;

O USUÁRIO:

- a história do usuário no hospital psiquiátrico: as atividades que realiza, o tipo de relacionamento que estabelece com a equipe e com os outros usuários, etc;
- o grau de autonomia, as necessidades, dificuldades e desejos, diagnóstico, alucinações, delírio,
- relacionamento que tece com sua família,
- o que pensa sobre sair do hospital psiquiátrico, o que planeja para sua vida para além dos muros do manicômio, o que pretende conhecer ou rever, etc;

O Serviço de Saúde Mental Aberto no Qual o Usuário Que Você Acompanhará Estará Incluído

- o perfil, os princípios, a equipe de referência do usuário,
- o trabalho desenvolvido, como promove a inclusão social, a rede de apoio do serviço;
- o que pretende oferecer ao usuário,

A FAMÍLIA DO USUÁRIO (caso tenha e volte a morar com ela):

- qual sentido e quais expectativas foram criados em relação ao retorno do familiar,
- o lugar a ele atribuído, o grau de receptividade, etc.

A REDE DE APOIO DA FAMÍLIA e qual possibilidade de inclusão do usuário nesta rede;

A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA (caso seja encaminhado para residir aí):

- a estrutura, os recursos, a rotina,
- os outros moradores, a equipe de referência, etc.

A REGIÃO DO SERVIÇO ABERTO E DA FAMÍLIA/ RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E SEUS RECURSOS: igreja, escolas, agências do Banco Caixa Econômica Federal, outros postos de saúde, hospitais, associação de moradores, ONGs, etc.;

FICHA TÉCNICA

NOMES DOS PROTAGONISTAS

CRP 02 – PERNAMBUCO/ FERNANDO DE NORONHA

Daniela Lisboa Machado	02/12232	Silvana Vila Nova	02/10714
Luiz Augusto N. Guimarães	02/9545		

CRP 03 – BAHIA/ SERGIPE

Ana Paula R. dos Santos	03/ 2565	Maria Goretti da Fonseca	03/ 2488
Cristiana Maria M. Aroxa	03/ 986	Nairete Silva de Assis Correia	03/ 1424
Fátima Maria R. Almeida	03/ 3171	Petruska Pereira Passos	03/ 2648

CRP 06 – SÃO PAULO

Anderson X. Oliveira	06/ 69499	Luciana Zampar Morelli	06/ 75126
Claudia Domingues da Paz	06/ 62998	Marcia Simis Ehrl	06/ 68553
Cleide Aparecida Romero	06/ 67378	Neide Marteli	06/ 37021
Elaine de Jesus Conceição	06/ 60229	Paulo Afonso Ferraz Filho	06/ 46589
Geovana Maria Ribeiro	06/ 75151	Roberta Oliveira da Conceição	06/ 69489
Gisele Rebouças dos Santos	06/ 67461	Robson Ferraz de Andrade	06/ 59850
Jucilene L Pontes	06/ 67430	Vanessa Bolani	06/ 70709
Kelly Cristina Opsfelder	06/ 70764	Vanessa Monteiro Bizzo	06/ 69684
Liliane Chiaverini D'Avola	06/ 21410		

CRP 09 – GOIÁS/ TOCANTINS

Bartira Pereira Maciel	09/ 3565	Nara Cristina Leão	09/ 3848
Deusdete do Carmo Martins	09/ 176	Regina Eunice F. Campos	09/ 3970
Doralice G da S. Lariucci	09/ 2249	Vanessa Borges Braga	09/ 3552
Heloiza Helen M. A. Massanaro	09/ 362		

BANCO SOCIAL DE SERVIÇOS EM PSICOLOGIA

Consultora:

Rosemeire Aparecida da Silva

Equipe Nacional:

Responsável pela elaboração
deste Relatório:

Coordenadora Nacional

Maria Otacília Lima Battistelli

Gerentes de Projetos

Cristina Almeida de Souza

Eliane S. Costa

Rodrigo Souza Amador Pereira

Vanessa Mies Bombardi

Apoio Técnico

Aline Fagundes de Almeida

Revisão de Texto:

Sonia Maria Araújo da Silva

**RESPONSÁVEIS E GERENTES REGIONAIS ENVOLVIDOS NA
IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS DO PROGRAMA BANCO
SOCIAL DE SERVIÇOS EM PSICOLOGIA**

CRP01 - DF/ AC/ AM/ RO/ RR

Aryadne Muniz
Marcela Ribeiro
Rosa Albanezi

CRP02 – PE/ FN

Cristina Veras
Eurídice Couto
Marcus Adams

CRP03 - BA/ SE

Leonardo Silveira
Viviane Hermida

CRP04 – MG

Daisy Fátima Xavier
Humberto Costa Verona
Lecy Rodrigues Moreira
Marta Elizabeth de Souza
Walkyria Sales

CRP06 – SP

Marina Bragante
Cristina Almeida de Souza

Subsede Santo André – SP

Sueli Schiavo

Subsede São José do Rio Preto – SP

Luiz Tadeu Pessutto
Maria José Berto

Subsede Santos – SP

Zuleika Oliven
Beatriz Belluzzo

Subsede de Ribeirão Preto – SP

Tatiane Brustelo

CRP07 - RS

Carla Tomasi
Célia Trevisse

CRP09 - GO/ TO

Heloísa Massanaro

CRP10 - PA/ AM

Antonio Nobre

CRP11 - CE/ PI/ MA

Adriana Alencar

CRP12 - SC

Ana Lopes
Deise Maria do Nascimento
João Galego
Lígia Tumolo

CRP13 - PB/ RN

Maria de Nazaré Zenaide
Edézia Gomes

CRP14 - MS/ MT

Dilma Costa

CRP15 - AL

Vera Lúcia Calado

**FORAM RESPONSÁVEIS PELO PROGRAMA BANCO SOCIAL DE
SERVIÇOS EM PSICOLOGIA DUAS GESTÕES DO CONSELHO
FEDERAL DE PSICOLOGIA**

Gestão 2001/2004

**Conselho Federal de Psicologia
XII Plenário**

DIRETORIA

Odair Furtado / Ricardo Figueiredo Moretzsohn

Presidente

Ana Luiza de Souza Castro

Vice-Presidente

Miguel Angel Cal González

Secretário

Francisco José Machado Viana / Deusdet do Carmo Martins

Tesoureiro

CONSELHEIROS EFETIVOS

Sônia Cristina Árias Bahia

Secretária Região Norte

Aluizio Lopes de Brito

Secretário Região Nordeste e Secretário de Orientação e Ética

Deusdet do Carmo Martins

Secretária Região Centro-Oeste

Ricardo Figueiredo Moretzsohn

Secretário Região Sudeste e Secretário de Comunicação Social

Analice de Lima Palombini

Secretária Região Sul

CONSELHEIROS SUPLENTES

Eleuní Antônio de Andrade Melo

Francisco de Assis Nobre Souto

Gislene Maia de Macedo

Marcus Adams de Azevedo Pinheiro

Margarete de Paiva Simões Ferreira

Mariana Moreira Gomes Freire

Rebeca Litvin

Rosimeire Aparecida da Silva

Sandra Maria Francisco de Amorim

PSICÓLOGOS CONVIDADOS

Adriana Marcondes Machado

Diva Lúcia Gautério Conde

Marilene Proença Rebello de Souza

Paulo Roberto Martins Maldos

Gestão 2004/2007

**Conselho Federal de Psicologia
XIII Plenário**

DIRETORIA

Ana Mercês Bahia Bock

Presidente

Marcus Vinícius de Oliveira Silva

Vice-Presidente

Maria Christina Barbosa Veras

Secretária

André Isnard Leonardi

Tesoureiro

CONSELHEIROS EFETIVOS

Acácia Aparecida Angeli dos Santos

Secretária Região Sudeste

Adriana de Alencar Gomes Pinheiro

Secretária Região Nordeste

Ana Maria Pereira Lopes

Secretária Região Sul

Iolete Ribeiro da Silva

Secretária Região Norte

Nanci Soares de Carvalho

Secretária Região Centro-Oeste

CONSELHEIROS SUPLENTES

Alexandra Ayach Anache

Andréa dos Santos Nascimento

Giovani Cantarelli

Maria de Fátima Lobo Boschi

Maria Teresa Castelo Branco

Monalisa Nascimento dos Santos Barros

Odair Furtado

Rejane Maria Oliveira Cavalcanti

Rodolfo Valentim Carvalho Nascimento

PSICÓLOGOS CONVIDADOS

Maria Luiza Moura Oliveira

Marta Helena Freitas

Regina Helena de Freitas Campos

Vera Lúcia Giraldez Canabrava