

SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL: O DESÁFIO DA INCLUSÃO SOCIAL

MENTAL HEALTH SERVICES: THE CHALLENGE OF SOCIAL INCLUSION

Resumo

A inclusão social de doentes mentais em serviços substitutivos à internação em hospital psiquiátrico é tema reconhecidamente tensionado tanto pelas noções que o envolvem quanto pela natureza do seu funcionamento. Foi realizada uma revisão bibliográfica não exaustiva com destaque para as principais posições teóricas sobre o tema da inclusão social no contexto da reforma do modelo de assistência psiquiátrica. Os resultados desses estudos demonstram que, apesar da reconhecida importância de tais objetivos no processo de inclusão social de doentes mentais, atingi-los na prática ainda encontra várias barreiras.

Palavras-Chave: 1. Antropologia. 2. Desinstitucionalização. 3. Moradias Assistidas. 4. Inclusão Social. 5. Saúde Mental.

Abstract

The social inclusion of people with mental illnesses in services that act as substitutes for the internment in psychiatric hospital is a subject admittedly controversial. The nature of its functioning demands a knowledge that involves how much from is achieved from its aimed goals. An exhaustive review of the literature was performed, highlighting the main views on the theme of inclusion social in the context of a proposed reform psychiatric care. The results of these studies show that despite the recognition of the importance of substitute services in the process of social inclusion of the mentally ill, the scope of such an objective still challenged by several barriers.

Keywords: 1. Anthropology. 2. Deinstitutionalization. 3. Assisted Living Facilities. 4. Social Inclusion. 5. Mental Health.

INTRODUÇÃO

A inclusão social de doentes mentais em serviços substitutivos à internação em hospital psiquiátrico é tema reconhecidamente tensionado tanto pelas noções que envolvem quanto pela natureza do seu funcionamento.

O imbricado cruzamento de conceitos complexos como inclusão social, cidadania, liberdade e ética, todos aqui relacionados ao doente mental e às políticas públicas destinadas a sua assistência, é um dos fatores que contribuem para esta situação. Outros fatores tais como as condições gerais de funcionamento (infra-estrutura e capacidade instalada, financiamento, qualificação dos trabalhadores em saúde, grau de comprometimento da doença mental, como exemplos) e a singularidade cultural de cada comunidade onde estão instalados esses serviços, auxiliam na composição desse quadro.

Os doentes mentais, a exemplo de outros doentes, apresentam um grau maior ou menor de incapacidade para determinadas atividades de vida diária. Pela hiposuficiência que exibem são classificados, para fins da construção e usufruto das políticas públicas afirmativas, como pessoas deficientes e, portanto, com necessidades especiais.

Até bem pouco tempo, uma pessoa que sofria de deficiência era entendida como sendo aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho das atividades dentro do padrão considerado normal para o indivíduo.¹

Atualmente, este conceito vem sendo repensado à luz da estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas deficientes, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão.¹

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida como o processo pelo qual a sociedade se adapta



para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos.²

Este artigo é parte de um estudo desenvolvido por Weber³, entre 2009-2011, onde a investigação etnográfica realizada permitiu conhecer como vem se processando a inclusão de doentes mentais desospitalizados do Hospital Psiquiátrico São Pedro, a partir da experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro, localizados na Vila Cachorro Sentado/Vila São Pedro, em Porto Alegre/RS.

Os residenciais terapêuticos ou moradias assistidas são uma das modalidades terapêuticas substitutivas a internação manicomial preconizadas pela Reforma da Assistência Psiquiátrica em curso no País.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática nos bancos de dados LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online, entre 1986 e 2011, com destaque para as principais posições teóricas e políticas sobre o tema da inclusão social no contexto da reforma do modelo de assistência psiquiátrica.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Reconhecendo o fato de existir diferentes posições sobre o cuidado dos doentes mentais crônicos, entre diversas possibilidades de compreensão desse fenômeno, duas merecem destaque.

A primeira é aquela representada pelos que defendem a necessidade de proteção para tais doentes, mediante o funcionamento de instituições asilares, em função, segundo os mesmos, da fragilidade que apresentam as iniciativas terapêuticas comunitárias tanto na garantia de acesso a toda a demanda de doentes mentais crônicos quanto em relação à qualidade da assistência prestada nesses serviços substitutivos.

A segunda reúne os que advogam pela desospitalização e pela desinstitucionalização dos doentes mentais com história de internação em hospital psiquiátrico de longa permanência, através da criação de serviços em saúde mental de base comunitária, como

a modalidade terapêutica das moradias assistidas (residenciais terapêuticos), com o propósito, entre outros, de promoverem a inclusão social dos doentes mentais, em que pese à realidade das dificuldades para esse intento.

O tema tratado neste artigo, de fato, constitui-se nos diversos meios em que é trazido à baila em uma discussão inacabada, instigando permanentemente novas reflexões.

PROTEÇÃO

Wasow⁴ ao defender a necessidade de instituições asilares para a proteção de doentes mentais crônicos, por entender que os programas de apoio à comunidade não garantem atendimento a todas as pessoas com doença mental crônica, recebeu duras críticas de Schroeder,⁵ para quem as noções de liberdade e responsabilidade não podem ser entendidas separadamente, pois estão filosoficamente interligadas.

Schroeder⁵ entende que nenhuma pessoa ao agir livremente poderá eximir-se da responsabilidade de seu comportamento. Todavia, de um lado a pessoa ao poder escolher entre dois ou mais cursos de ação, ela ou ele será responsável pelo resultado da sua escolha, pressupondo-se que as pessoas fazem escolhas devidamente informadas, não podendo, então, desculparem-se por qualquer falta de informação.

De outro lado, não se pode responsabilizar pelo seu comportamento qualquer pessoa que não disponha de liberdade de escolha. O suposto paradoxo existente na relação entre liberdade e responsabilidade poderia fazer crer que as pessoas que se comportam irresponsavelmente em estruturas restritivas, atuariam, em condições de liberdade, de maneira irresponsável.

A experiência do pesquisador, em Wisconsin (em uma comunidade rural e em um Estado com uma população pequena), com trabalhos em programas de apoio à comunidade para pessoas diagnosticadas com doença mental grave (esquizofrenia e transtornos afetivos com características psicóticas), apresentam resultados animadores, como a conquista da liberdade por terem supridas as suas necessidades básicas, por não estarem sujeitos a restrições desnecessárias e por se tornarem responsáveis pelo que fazem.

Conclui o autor, entre outros aspectos, que o sucesso de qualquer modalidade de tratamento de saúde é construído pela possibilidade de adaptação do programa às necessidades do paciente.

INCLUSÃO SOCIAL

Em um debate nacional, Chamme⁶ problematizou o tema inclusão e exclusão social nas políticas públicas, a partir da concepção de corpo, considerado como um veículo portador de saúde ou de doença em distintos momentos do tempo e de estágios do desenvolvimento civilizatório. Reconhece que o século XX, com seus avanços e recuos é potencialmente considerado fator - especialmente pelas contribuições advindas de um lado das ciências sociais aplicadas ao campo da saúde, como, por exemplo, a Antropologia Médica e, de outro, por uma nova hermenêutica proposta ao conceito de saúde/doença -, decisivo na estrutura e organização biopsicossocial do corpo que se apresenta fragmentado, demarcando o cenário da pós-modernidade. Conclui que incluído eficazmente, ou não, nos mecanismos das Políticas Públicas destinadas à promoção de saúde, o corpo traduz, a partir dos sintomas de estado de saúde ou estado de doença, o maior ou menor grau de inclusão ou de exclusão social, representado pela inserção e ressonância participativa do usuário dos serviços de saúde - portador de um corpo adoecido -, na desigual realidade em que vive enquanto um sujeito considerado sem saber e sem poder.

A possibilidade de reabilitação nos serviços residenciais terapêuticos foi discutida por Marcos⁷ que ao fazer uma aproximação entre o hospital e a moradia assistida (casa), o modo de vida asilar e o modo de vida doméstico, concluiu:

A saída do hospital e a chegada na casa não garantem a real passagem do modo de vida asilar ao modo de vida doméstico e da cidade. Os moradores podem reproduzir o cotidiano do hospital na casa, fechando-se em seus quartos, deambulando no quintal, recusando-se a participar dos afazeres domésticos e esperando a tutela e o cuidado hospitalares, entre outras atitudes. Podem não saber cuidar do próprio corpo e dos objetos de uso pessoal (muitos simplesmente não os têm), não saber sentar-se à mesa e comer de garfo e faca, não saber servir sua própria comida. Existe ainda a dificuldade de adaptação ao espaço privado e à idéia de que se tem direito a ele. O medo da cidade também pode estar presente, uma cidade que se modificou ao longo dos anos de internação, cujos referenciais não existem mais. Embora a casa não deva ser espaço de clausura, eles podem simplesmente, em um primeiro momento, não querer sair. Trata-se antes de mais nada de fazer daquele espaço lugar de abrigo, sem transformá-lo em prisão (p. 183-184).⁷

De acordo com a mesma autora é o processo de superação, pelo doente mental desospitalizado, da lógica asilar na direção da conquista do espaço de moradia próprio que justifica os residenciais terapêuticos como serviços substitutivos ao hospital no alcance dessa nova forma de viver.

Habitar a casa é desmontar um modo de vida asilar, em um trabalho de subjetivação dos espaços, de re aquisição do direito ao uso dos espaços e do seu melhoramento. É o processo de transformação do espaço da casa em espaço em que se habita, em que se vive, do "Serviço Residencial Terapêutico" em habitat, casa, que dá sentido à reabilitação (p. 185).⁷

Todavia, os riscos da manutenção da segregação em um processo de reabilitação social do doente mental, mediante determinadas condições, foi observado por Viganó⁸ para quem "a abertura dos manicômios não exclui a segregação".

Nesse sentido, Marcos⁷ acrescenta que:

Pode-se criar lugares onde o louco é objeto de políticas de saúde e assistência, e continua sendo segregado, excluído dos discursos. Não estar atento às soluções que a psicose nos ensina, não discutir com o louco, não falar com ele, não torná-lo parte ativa da reabilitação é uma forma de excluí-lo. A adesão a um programa de vida, imposto sem expressão subjetiva, ainda é uma forma de segregação (p. 188).⁷

SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS, ESTUDOS NACIONAIS

Belini e Hirdes⁹ realizaram uma investigação sobre o processo de desinstitucionalização da doença mental, com vistas à construção de um referencial teórico/prático sobre residências terapêuticas com os profissionais vinculados ao Projeto Morada São Pedro. Observaram que as limitações físicas e psíquicas que demandam suporte para o enfrentamento do dia-a-dia são consequência dos anos de institucionalização manicomial. Para as autoras, o resgate da cidadania como emancipação significa dizer que a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível. O estudo revelou que é necessária uma prática reabilitadora voltada para a educação, uma reaprendizagem das atividades diárias da vida; é



necessário motivar essas pessoas para que elas desenvolvam estes ensinamentos sozinhas, não discriminando, nem excluindo, mas sim, respeitando o tempo de cada pessoa no processo. A operacionalização das moradias enquanto modalidade assistencial substitutiva deve permitir o redirecionamento dos recursos e da atenção para as ações no serviço, estimulando a inserção social e a prestação de cuidados aos portadores de transtorno mental. Segundo essas pesquisadoras a idéia da necessidade de um serviço residencial para os portadores de transtorno mental, para que eles conquistem um espaço de territorialidade, ou seja, a casa do paciente, que possam ter uma reapropriação do espaço que é seu, uma recuperação das relações interpessoais, o viver em família, com os vizinhos, com a escola e alguns com o próprio trabalho. Concluem que ao falar da inserção dos portadores de transtornos mentais crônicos, deve-se não apenas levar em consideração a sociedade que os exclui, mas a sua própria subjetividade, as limitações decorrentes de muitos anos de institucionalização, como a mortificação do eu, a perda da identidade, a abolição do desejo, a perda da subjetividade através da objetividade institucional. Reafirmam que é preciso construir um referencial teórico embasado nas práticas que se efetivam nas residências terapêuticas, permitindo reflexões, construindo conceitos que darão margem a outros estudos que possam gerar subsídios para os trabalhadores de saúde mental e assim consolidar avanços nos novos dispositivos em saúde mental no contexto da reforma da assistência psiquiátrica.

As práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental no âmbito do SUS foram estudadas por Leão.¹⁰ Com os objetivos de identificar as ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de São Carlos/SP voltadas para inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, analisar a concepção de inclusão social expressa na representação social dos trabalhadores para fomentar a inclusão social de usuários em serviços de saúde mental e compreender a fundamentação teórico-prática que sustentam as ações de inclusão, concluiu a autora entre outros aspectos que a concepção de inclusão está também atrelada à ideologia da normalidade social. O estigma da doença mental também foi visto com uma das barreiras para a inclusão social. Para que os serviços de substitutivos em saúde mental cumpram o seu objetivo de inclusão social de acordo com as diretrizes da Reforma do Modelo de Assistência Psiquiátrica conforme preconizado pela lei 10216/2001, devem buscar ações que possibilitem e estimulem a realização de trocas sociais, principalmente em sua rede social nuclear – a família, que solicita dos profissionais sensibilidade para lidar com o seu sofrimento, o enfrentamento ao estigma e a produ-

ção de autonomia da pessoa acometida pelo transtorno mental, igualmente pela via do trabalho.

Moreira et al.¹¹ realizaram uma revisão bibliográfica da inclusão social do doente mental com a reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Verificaram a influência da família e dos profissionais da enfermagem no processo de inclusão social no propósito de retirar o paciente do hospital psiquiátrico e inseri-lo novamente em seu cotidiano social com o desenvolvimento de sua autonomia. Analisaram as experiências em residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial, cooperativas sociais e outros incentivos para fazer valer os direitos dos doentes mentais e concluíram pela necessidade de inclusão do doente mental na sociedade, entendendo que a reforma começa em nosso próprio contexto, no nosso imaginário, na forma como vemos e percebemos o mundo interno e externo. Enfatizam a importância da família no processo de reabilitação, assim como na inclusão nos programas propostos e subsidiados pelo governo, favorecendo a segurança e permanência do doente fora das instituições psiquiátricas de internação. Por fim, destacam que a enfermagem - em conjunto com outros profissionais da saúde, doentes, familiares e a sociedade -, contribui para a identificação e valorização do portador de sofrimento psíquico em sua individualidade, responsabilizando-o por suas atitudes e instruindo-o de maneira correta para que assuma independência, além de exercer a função de informar à sociedade, favorecendo a inclusão social desse indivíduo.

Alguns autores associados ao movimento da reforma do modelo de assistência psiquiátrica utilizam o termo “sofrimento psíquico” como sinônimo de “doença mental” em função da compreensão que possuem sobre o tema, como se a condição de uma pessoa possuir uma determinada doença mental, por exemplo, a esquizofrenia pudesse se confundir com o estado de sofrimento de um torcedor de determinado time de futebol com a perda da final do campeonato pela sua agremiação. Entretanto, a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, Associação Médica Brasileira – AMB, Conselho Federal de Medicina – CFM e Federação Nacional dos Médicos – FENAM esclarecem que a Medicina faz importante distinção entre tais termos, embasada em evidências científicas.¹²

Guerra e Generoso¹³ em um estudo multicêntrico (Santo André, Goiânia e Belo Horizonte) e multidisciplinar (antropologia, arquitetura, psicanálise e saúde coletiva), avaliaram como os portadores de sofrimento mental grave constituem suas habitação (habitus) e inserção social a partir dos elementos estruturais da moradia (abrigo, privacidade, segurança e conforto) e de suporte social (rede social e de serviços), independentemente de estarem ou não inseridos em Serviços Residenciais Terapêuticos. Analisaram as reper-

cussões das diferentes formas de moradias e dos modos de habitar na inserção dos portadores de sofrimento mental grave, a partir da superação da centralidade do hospital psiquiátrico e do direcionamento da atenção em saúde mental para o espaço comunitário. Articulando um diálogo entre a psicanálise a antropologia os autores discutem o habitar e a inserção social concluindo que o habitar uma moradia, assim como habitar o mundo, exige suportarmos as exceções e as diferenças irreduzíveis, no sentido da introdução de novas variáveis ao lado da ideia de integração social, em cuja base encontra-se a comunicação e o consenso sobre o sentido do mundo social e que a inserção social deve incluir a noção de laço social, bem como com a concepção de sujeito do inconsciente, singular, único e irreduzível, cujos desdobramentos apontam para modos de estar no mundo, bem como para a aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for.

A experiência de implantação e seus determinantes locais e nacionais, na sua relação com o movimento de Reforma do Modelo de Assistência Psiquiátrica foi o objetivo de um estudo documental, realizado por Oliveira e Conciani¹⁴ partir de documentos oficiais dos três níveis de gestão, informações da mídia local e trabalhos acadêmicos, no período 2000 a 2005, em Cuiabá-MT. A análise do isolamento para a reintegração social, como mudança de paradigma de que doente mental não pode viver em sociedade, enfatiza a transformação da função de “expurgo” social realizada pelos hospícios/manicômios ao longo dos tempos, à situação atual no campo da saúde mental que afirma a necessidade de “reinscrição social” dos “doentes crônicos” e de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. As autoras debatem importante ponto nessa discussão ao refletirem sobre as potencialidades do Serviço Residencial Terapêutico para a desinstitucionalização ou a transinstitucionalização. No sentido da desinstitucionalização torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações e acima de tudo um processo ético – estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Na transinstitucionalização ocorre o “deslocamento da clientela psiquiátrica [internada] para instituições similares de outro tipo, tais como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem, o que resultaria em transferência dos pacientes de uma instituição para outra, sem que se fizesse a crítica do paradigma psiquiátrico. Entre as conclusões da investigação realizada, as autoras consideram que a superação dos “manicômios” requer, além de descentralização dos serviços de atenção e criação de rede de cuidados, a desconcentração de poder político-decisório (participação). Ainda que a criação de Serviço Residencial Terapêutico

pode representar, por um lado, um importante passo em direção à Reforma do Modelo de Assistência Psiquiátrica, e por outro, em regiões onde os movimentos e demandas sociais são raras e fragilmente constituídos, e sob a “imposição de políticas neoliberais, pode ser “aprimorada” como instrumento de gestão centralizada e reduzida à transinstitucionalização e racionalização financeira”.

Dois aspectos merecem destaque no estudo de Oliveira e Conciani.¹⁴ O primeiro aspecto é que apesar da referência dessas autoras ao termo manicômio, a legislação brasileira, a partir de 1848, fala de “hospício”, “colônia”, “hospital” e “asilos”. O segundo é quanto ao fato de que tanto a desospitalização quanto a desinstitucionalização devem, obrigatoriamente, estarem acompanhadas de políticas públicas que garantam uma rede ambulatorial mínima capaz de permitir o acesso do doente mental às ações e serviços de saúde de qualidade e resolutivos que a sua doença requer. Caso em contrário ocorre o que vem se denominando de transinstitucionalização, como na experiência norte-americana, em que as cadeias estão com superlotação de doentes mentais, que retirados dos hospitais psiquiátricos e, sem atendimento adequado, acabam sendo presos pelo comportamento que apresentam decorrente da própria doença.

Hirdes¹⁵ realizou uma revisão na base eletrônica de dados SciELO e nos documentos oficiais do MS do Brasil sobre o tema da reforma da assistência psiquiátrica brasileira no período de 1997-2007. Evidenciou avanços e desafios da reforma destacando a necessidade de investimento na instrumentalização dos profissionais para alavancar a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde, com vistas à reversão do modelo assistencial. A inserção das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, por exemplo, perpassa fundamentalmente a capacitação e apropriação de conceitos de clínica ampliada dos profissionais para a mudança do paradigma. A reforma da assistência psiquiátrica brasileira, através da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares as pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural. Concluiu que os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental e que existem princípios orientadores gerais, mas que, em última análise, estão subordinados aos settings específicos onde ocorrem as práticas.

Furtado et al.¹⁶ discutiram um método de investigação avaliativa qualitativa interdisciplinar da situação de moradia de portadores



de transtorno mental grave no Brasil, a partir das diferentes experiências que influenciaram e ajudaram a conformar o que hoje se entende como Serviços Residenciais Terapêuticos. Os autores constataram que há no Brasil, atualmente, a coexistência de experiências locais mais voltadas à proteção e outras que privilegiam a reabilitação, sendo que a posse ou a garantia da casa como direito ainda está longe de se tornar uma questão para os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, e menos ainda experiências que considerem claramente a necessidade de sua inserção social. Nessa direção, uma abordagem interdisciplinar que leve em consideração categorias de análise como a inserção social, moradia e habitação pode-se constituir em um caminho para melhor compreensão e avaliação de como os portadores de transtornos mentais graves constituem suas habitações (*habitus*) e inserção social em tais experiências.

Dalmolin e Vasconcelos¹⁷ realizaram uma etnografia para analisar como pessoas com sofrimento psíquico vivenciam suas necessidades especiais e interagem com a comunidade local nos espaços públicos urbanos, em Passo Fundo/RS. A pesquisa mostrou que ao contrário da história da psiquiatria de que os “loucos” precisavam e ainda precisam ser retirados da sociedade por não conseguirem obedecer às regras mínimas de convivência ou por impertinência às regras de assistência, as histórias do protagonista do estudo realizado o autorizam a viver, fraternalmente, estabelecendo estratégias de vida, de reforço de suas referências, de escolhas, fazendo desse espaço um exercício vital no enfrentamento de outros momentos de sua existência.

SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS, ESTUDOS INTERNACIONAIS

Estudos internacionais também investigaram, sob diversos enfoques, o tema da inclusão social do doente mental. A superação do manicômio e a sua substituição por serviços ambulatoriais e comunitários tem o propósito de atender a desospitalização e a desinstitucionalização.

Garrison¹⁸ comparou as redes de relação social de mulheres que tinham ou não esquizofrenia e eram imigrantes de Porto Rico, para examinar se haveria sistemas de amparo que ocorrem naturalmente e que poderiam ser acionados para reintegrar ex-pacientes psiquiátricos na Comunidade.

Estroff¹⁹ observou um grupo de pacientes que havia deixado o hospital e começou a participar de um programa comunitário de atendimento psiquiátrico, se propondo a responder como uma pessoa consegue viver na comunidade quando é identificada por

ela mesma e pelos outros como uma “louca”? Nessa investigação a pesquisadora também teve a oportunidade de recontextualizar o conceito de reintegração social, divulgado pelas recentes tendências em direção à psiquiatria comunitária.

Corin²⁰ comparou um grupo de pessoas com esquizofrenia que tinha sofrido diversas hospitalizações com um grupo que apresentava poucas hospitalizações nos últimos anos, com o objetivo de compreender as estratégias desenvolvidas pelos pacientes esquizofrênicos hospitalizados versus não re-hospitalizados em relação à sua habilidade de permanecer na comunidade. Nessa pesquisa, sobre os modos de estar no mundo e as experiências de vida de pacientes com esquizofrenia, a autora reformula as questões relativas à reintegração ou ao ajustamento social de forma original ao indagar se haveria um estilo específico de integração associado com a capacidade de permanecer fora de hospitais psiquiátricos.

O resgate da cidadania, a recuperação da autonomia, a reinserção social e a qualidade dos serviços oferecidos aos doentes mentais são parte dos objetivos permanentemente perseguidos pelas novas práticas assistências em saúde mental.

Esses fenômenos vêm sendo estudados e alguns pesquisadores apresentam resultados que identificam que a saúde mental está fortemente subfinanciada em muitos países europeus.²¹ Apenas um quarto das pessoas com perturbações mentais recorrem aos serviços profissionais de saúde, sugerindo um grau considerável de necessidades não satisfeitas por toda a Europa.²² O processo de reinstitucionalização assume uma configuração muito parecida no Continente Europeu, prejudicando o alcance da inclusão social e dos demais objetivos pretendidos pela reforma da assistência psiquiátrica.

Drake et al.²³ sugeriram em seu estudo que mesmo alguns doentes crônicos incluídos em dispositivos de cuidados sociais, precinizados pela reforma da assistência psiquiátrica, se tornavam tão dependentes da instituição como o eram anteriormente.

Fakhoury e col.²⁴ estudaram o nível dos cuidados em saúde mental em serviços substitutivos. Concluíram que em países como a Alemanha e a Itália, as enfermarias hospitalares foram transformadas em dispositivos de cuidados residenciais e os padrões da qualidade de cuidados estabelecidos pelas autoridades de saúde baixaram, tendo como consequência um empobrecimento dos cuidados prestados aos doentes.

Priebe e Turner²⁵ sugerem que o contexto histórico e internacional instalou um debate em alguns países em torno do financiamento e da reorganização dos serviços de saúde mental. Para os autores os cuidados de Saúde Mental entraram numa nova era de reinstitucionalização e o resultado mais perverso das reformas ins-

tituídas é que de um lado pode-se constatar um mercado crescente para os doentes que procuram ativamente tratamento e que podem pagá-lo direta ou indiretamente; contrastando com este lado, um outro, o da reinstitucionalização ou transinstitucionalização para doentes com doenças mentais mais graves que podem perturbar a ordem pública.

A qualificação dos profissionais que trabalharam nos serviços substitutivos de atenção à saúde mental também foi estudada por Priebe.²⁶ O autor constatou que a diminuição do nível de exigência dos cuidados aos doentes crônicos tinha reflexos em muitos países da Europa, numa diminuição dos fatores de atração de novos profissionais. Como consequência o difícil recrutamento de pessoal qualificado para esses serviços desestimulava qualquer interesse de futuros psiquiatras. Sem a garantia de qualidade desses serviços substitutivos associado a capacidade relativa dos doentes mentais em reivindicarem os seus direitos, a superação das dificuldades para as atividades de vida diária, o alcance de autonomia e a reinserção social passam a conquistas duvidosas.

Um estudo multicêntrico (Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Suécia) foi realizado por Priebe e Col.²⁷ com o propósito de investigar os resultados da experiência de desinstitucionalização, a partir dos anos 70, tendo em vista as diferentes tradições de organização de cuidados de saúde mental desses países. Constataram que o número de leitos forense e vagas em moradias assistidas, aumentaram em todos esses países, ao mesmo tempo em que o número de leitos em hospitais psiquiátricos reduziram em 5 dos 6 países. Concluíram que a reinstitucionalização está em curso em países europeus. As razões para esse fenômeno ainda não estão claras. É possível que medidas que visem a redução de risco social, como o aumento da população carcerária, podem ser mais importantes do que outras tentativas de redução da morbidade e de desenvolvimento de novos métodos de prestação de cuidados de saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde e a União Européia reconhecem, em suas publicações desde 2001, que a doença mental é uma das questões mais urgentes da saúde pública. Um aspecto que merece destaque, pelo caráter endêmico, é a exclusão social das doenças mentais, especialmente, as graves. O estigma em torno da saúde mental está espalhado por toda a sociedade européia.^{28,29}

A institucionalização desnecessária e o abuso fundamental dos direitos humanos ainda se verificam em muitos países europeus.²¹ Nos países em que a desinstitucionalização foi implementada, pode-se observar que os níveis de investimento em serviços comunitários raramente acompanham os patamares necessários.³⁰

Aproximadamente 25% dos países da União Européia continu-

am a não fornecer cuidados comunitários para as perturbações mentais.³¹ No entanto, estes serviços são uma parte importante do processo de inclusão social e do tratamento eficaz de pessoas com doença mental grave.³²

Os resultados desses estudos demonstram que apesar do reconhecimento da importância dos serviços substitutivos no processo de inclusão social de doentes mentais, o alcance desse objetivo ainda encontra várias barreiras.

RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS MORADA SÃO PEDRO, UMA EXPERIÊNCIA

O lugar das Residências Terapêuticas nos serviços de atenção à saúde mental é o de modalidade terapêutica substitutiva à intervenção psiquiátrica de longa permanência. Entre os objetivos desses serviços está o de promover a inclusão social dos doentes mentais desospitalizados que não possuem suporte social e/ou laços familiares para a sua inserção. Para tanto, as moradias assistidas devem estar preferencialmente inseridas na comunidade.

A desospitalização não se resume aos Residenciais Terapêuticos, havendo alternativas assistenciais propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil e em funcionamento em diversos municípios do país, tais como: hospital-dia, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, ambulatório de saúde mental, centros e núcleos de assistência psicossocial e, recentemente, as fazendas terapêuticas.

A investigação realizada por Weber³ se insere em um contexto de políticas públicas na área da saúde mental nas quais as questões referentes ao universo cultural ganham destaque, uma vez que os Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro estão implantados em meio a um determinado grupo social com o seu um modo próprio de viver e simbolizar as suas experiências com o adoecimento.

Por isso, torna-se essencial o conhecimento e a compreensão de como os "nativos" da Vila percebem o modelo de assistência aos doentes mentais desospitalizados dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro, a doença mental em si e quais os impactos na vida dos moradores da Vila pelas ações de inclusão social desses doentes na comunidade.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro, inaugurados em 30 de dezembro de 2002, são um conjunto de 27 moradias assistidas com capacidade para até 4 pacientes, destinadas a doentes mentais desospitalizados egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Essas moradias assistidas foram construídas numa área invadida



localizada entre os fundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro e a Vila Cachorro Sentado, mediante a promessa do Estado aos moradores “nativos” da Vila de regularização fundiária da área, fato que ainda não aconteceu. Após a instalação dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro, a Vila foi renomeada para Vila São Pedro.

A Vila Cachorro Sentado/Vila São Pedro é dominada pelo tráfico de drogas e pelo comércio ilegal de produtos roubados tendo o seu cotidiano marcado tanto pela violência intrínseca, característica dessa atividade ilegal, quanto pelo pacto de silêncio compulsório entre os seus moradores sobre tudo aquilo que ali acontece.

Entre alguns dos resultados do trabalho etnográfico realizado (que associou as técnicas da observação participante e das entrevistas em profundidade) destaca-se o convívio restrito e subordinado aos interesses do narcotráfico entre aqueles que moram na Vila.

O estigma, a discriminação e, muitas vezes, a hostilidade dos moradores “nativos” da Vila para com os doentes mentais desospitalizados pode ser constatado.

A falta de conhecimento e informação sobre a doença mental e suas causas contribui para manutenção dessa realidade de acolhimento duvidoso e da pouca aceitação do compartilhamento territorial, o que reforça o achado em outros estudos, que mesmo conduzidos em diferentes culturas e populações apontam na mesma direção e dão suporte aos relatos obtidos.

Para Weber³ a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro, em meio a realidade da Vila Cachorro Sentado/Vila São Pedro, coloca em xeque o alcance dos objetivos de reinserção social, liberdade e retomada da autonomia dos doentes mentais transferidos para esses serviços substitutivos, entre outros propósitos alvo da reforma institucional no setor médico-psiquiátrico.

CONCLUSÕES

Para superação dos obstáculos verificados são necessárias algumas medidas, entre as quais: número adequado de serviços; qualificação dos trabalhadores; financiamento minimamente suficiente; cuidado tecnicamente adequado dos doentes mentais; e, principalmente, mecanismos para evitar a dependência excessiva ou o deslocamento desses doentes mentais para outros lugares (instituições), reproduzindo a lógica anterior, movimento denominado re-institucionalização ou transinstitucionalização.^{14, 25, 33}

Nessa perspectiva, é importante destacar que os projetos que buscam a inclusão social de doentes mentais possuem racional-

dades operacionais heterogêneas e os seus efeitos estão intimamente condicionados as práticas culturais dos locais aonde eles são executados.^{9, 15}

*César Augusto Trinta Weber.
Avenida Ecoville, 190, casa 07. Bairro Sarandi.
CEP: 91150-400. Porto Alegre/RS.
trintaweber@hotmail.com*

Agradecimentos

Artigo Inédito. Artigo baseado em tese de Doutorado em Psiquiatria de Weber, CAT apresentada à Universidade Federal de São Paulo em 2011 (Comitê de Ética em Pesquisa HPSP/SES-RS nº 09.003/09 e Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/HSP nº 1577/09).

*Pesquisa realizada com apoio financeiro do CNPq.
Edital Universal MCT/CNPq nº 14/2010,
Processo nº 471707/2010 – 4.*

O autor declara inexistência de conflitos de interesses.

Referências

- 1. BRASIL. Lei n.º 7.853, de 24/10/1989 - Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
- 2. SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Disponível em: <http://www.entreamigos.com.br> Acesso em 22/07/2011.
- 3. WEBER, CAT. Morada São Pedro: Uma Etnografia da Inclusão Social de Doentes Mentais Desospitalizados. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, 2011.
- 4. WASOW, M. The need for asylum for the chronically mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*. 1986; 12(2):162-167.
- 5. SCHROEDER, M. R. Escape From Asylum-Response to Wasow. *Schizophrenia Bulletin*. 1897; 13(4):547-550.
- 6. CHAMME, Sebastião Jorge. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde soc.* [online]. 2002; 11(2): 3-17.
- 7. MARCOS, Cristina Moreira. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Psyche (São Paulo)*. 2004; 8(14):179-190.
- 8. VINAGÓ, C. A construção do caso clínico. *Curinga-EBP-MG*. 2000;13:50-59.
- 9. BELINI, Marya Gorete; HIRDES, Alice. Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006;15(4): 562-569.
- 10. LEÃO, Adriana. As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.
- 11. MOREIRA, L. H. O.; FELIPE, I. C. V.; GOLDSTEIN, E. A.; BRITO, A. B.; COSTA, L.M.C. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. *Inclusão Social*. 2008;3(1):35-42.
- 12. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil, 2006. Disponível em http://www.abp.org.br/diretrizes_final.pdf
- 13. GUERRA, Andréa Máris Campos; GENEROSO, Cláudia Maria. Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2009;12(4):714-730.
- 14. OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottardo, CONCIANI, Marta Ester. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2008;10(1):167-178.
- 15. HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2009;14(1):297-305.
- 16. FURTADO, Juarez Pereira et al. Social integration and living space: a path for evaluating the housing situation for people with severe mental disorders in Brazil. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*:2010;14(33):389-400.
- 17. DALMOLIN, Bernadete Maria; VASCONCELLOS, Maria da Penha. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. *Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 1, fev. 2008*. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100007>.
- 18. GARRISON, V. Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York city. *Schizophrenic Bulletin*. 1978;4(4):561-596.
- 19. ESTROFF, S.E. *Making It Crazy*. Berkeley, CA: University of Califórnia Press, 1981.
- 20. CORIN, E. Facts and meaning in psychiatry: an anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Cult Med and Psychiatry*: 1990;14:153-88.
- 21. McDAID, D. Policy Brief I, Mental Health Key issues in the development of policy and practice across Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2005.
- 22. WITTCHEN, H.; JACOBI, B. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 Studies. *European Neuropsychopharmacology*. 2005;15:357-376.
- 23. DRAKE et al. A Randomized Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients With Severe Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:627-633.



- 24. FAKHOURY, W.; MURREY, A.; SHEPHERD, G.; PRIEBE, S. Research in supported housing: a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37:301-315.
- 25. PRIEBE, Stefan; TURNER, Trevos. Reinstitutionalisation - a new era in mental health care. BMJ, 2003;326:175 -176.
- 26. PRIEBE, Stefan. Institutionalisation revisited - with and without walls. Acta Psychiatr Scand:2004;110:81-82.
- 27. PRIEBE, Stefan; BADESCONVI, Alli; FIORRITI, Angelo; HANSSON, Lars; KILIAN, Reinhold; TORRES-GONZALES, Francisco; TURNER, Trevos; WIERSMA, Durk. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. BMJ. 2005;15;330(7483):123-126.
- 28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health in Europe, Stop Exclusion, Dare to Care. Geneva, 2001.

- 29. EUFAMI. 'Zerostigma' briefing paper, 2004. Disponível em www.eufami.org
- 30. McDAID, D.; THORNICROFT, G. Policy Brief Mental Health II, Balancing Institutional and Community Care. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2005.
- 31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Atlas. Geneva, 2005.
- 32. CORRIGAN, PW; PHELAN, S.M. Social support and recovery in people with serious mental illness. Community Mental Health Journal. 2004;40:513-524.
- 33. EARLEY, Pete. Loucura: A busca de um pai no insano sistema de saúde. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



10.000m² de área verde

**CLÍNICA
JORGE
JABER**

www.clinicajorgejaber.com



Atendimentos

INTERNAÇÃO
HOSPITAL - DIA
INDIVIDUAL
GRUPO

PROGRAMA FAMILIAR
AMBULATORIAL
DOMICILIAR

Tratamentos

PSIQUIÁTRICO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PSICOLÓGICO
TABAGISMO
TRANSTORNO ALIMENTAR

Convênios

AMAFREJR
AMIL
BNDES
BRADESCO SAÚDE
CABERJ
CNEN
ELETROBRAS
ELETRONUCLEAR
EMBRATEL
FURNAS
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
INB
IRB
MEDSERVICE
MÚTUA DOS MAGISTRADOS
SULAMÉRICA
PETROBRAS
REAL GRANDEZA
UNAFISCO
UNIMED
VALE DO RIO DOCE

CENTRO DE RECUPERAÇÃO

Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ

Rua Elisio de Araújo, 263

Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354

CEP: 22783 - 360

CONSULTÓRIOS

Leblon - Rio de Janeiro - RJ

Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105

Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056

CEP: 22440-034

e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ