

Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT

Residential therapeutic services: new challenges for the organization of mental health practices in Cuiabá-MT

Servicios residenciales terapéuticos: nuevos desafíos para la organización de las prácticas de salud mental en Cuiabá-MT

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira^I, Marta Ester Conciani^{II}

RESUMO

Com a Reforma Psiquiátrica tornou-se visível uma demanda de cuidados até então inexistente de pessoas que após muito tempo de internação haviam se tornado "pacientes moradores" de hospitais psiquiátricos. Em Cuiabá-MT o descredenciamento de um hospital resultou na criação de 10 Residências Terapêuticas (SRT), atendendo 82 pessoas. Analisar a experiência de implantação e seus determinantes locais e nacionais, na sua relação com o movimento de Reforma Psiquiátrica foi o objetivo dessa investigação. Estudo documental, realizado a partir de documentos oficiais dos três níveis de gestão, informações da mídia local e trabalhos acadêmicos, no período 2000 a 2005. A análise dos dados resultou em duas categorias: o processo de gestão e a autonomia dos moradores. O descredenciamento do hospital e criação de SRT ocorreu por decisão de gestão municipal centralizada e a autonomia dos moradores é influenciada pelos mesmos instrumentos centralizadores. Os SRT podem representar, por um lado, um importante passo em direção à Reforma Psiquiátrica, por outro, na ausência de participação social, podem ser reduzidos à racionalização de custos e pouco efetivos para a reabilitação psicossocial dos moradores.

Palavras chave: Saúde mental; Gestão em saúde; Serviços de saúde mental; Atenção à saúde; Participação social.

ABSTRACT

With the Psychiatric Reform, a demand for the non existing care institutions became visible: the individuals who after a long time of internment in the hospitals became "resident patients" of psychiatric hospitals. In Cuiabá, a city in the state of Mato Grosso, the de-accreditation of a hospital resulted in the creation of 10 Therapeutic Residences (SRT), attending 82 individuals. The objective of this

documentary paper aimed at analyzing the implantation experience of local and national determinants of that movement and their relation with Psychiatric Reform. The data sources were the official documents in the three levels of management, information of the local media and academic papers, in 2000 and 2005. Two categories were noticed: the process of management and the autonomy of the inhabitants. The de-accreditation of the hospital and the SRT creation occurred by a decision from the centralized municipal administration. The inhabitants autonomy is influenced by the same centralizing instruments. The SRT may represent an important step towards the Psychiatric Reform and, on the other hand, in the absence of consumer participation, they might be reduced to the rationalization of resources and ineffective for the psychosocial rehabilitation of the inhabitants.

Key words: Mental health; Health management; Mental health services; Health care (Public Health); Consumer participation.

RESUMEN

Con la Reforma Psiquiátrica se ha tornado visible una demanda de cuidados que no habían antes: personas que después de mucho tiempo de internación, habían se tornado "pacientes moradores" de hospitales psiquiátricos. En Cuiabá, un hospital después de no estar más habilitado fue necesaria la creación de 10 Residencias Terapêuticas (SRT), atendiendo 82 personas. Analizar la experiencia de

^I Enfermeira, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Professora Associada da Faculdade de Enfermagem e Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Mental da UFMT. Cuiabá/MT. E-mail: alicegbo@yahoo.com.br.

^{II} Especialista em Saúde Mental, Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e da Secretaria de Estado da Saúde de MT e Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Mental da UFMT. Cuiabá/MT. E-mail: martaeconciani@yahoo.com.br.

implantación y sus determinantes locales y nacionales, en su relación con los movimientos de Reforma Psiquiátrica, es el objetivo de ese estudio documental. Las fuentes de datos fueron documentos oficiales de los tres niveles de gestión, informaciones de los medios de comunicación local y trabajos académicos, de 2000 hasta 2005. Destacamos dos categorías: el proceso de administración y la autonomía de los moradores. La no habilitación del hospital y la creación de SRT ha sucedido por decisión de administración municipal. La autonomía de los

moradores es influenciada por los mismos instrumentos centralizadores. Los STR pueden representar, por un lado, un importante paso en dirección hacia la Reforma Psiquiátrica, por otro, en la ausencia de participación comunitaria, pueden ser reducidos a la racionalización de costos y ineficaz para la rehabilitación psicosocial.

Palabras clave: Salud mental; Gestión en salud; Servicios de salud mental; Atención a la salud; Participación comunitaria.

INTRODUÇÃO

A partir da crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica, orientada pela Reforma Psiquiátrica, teve início a criação de novos dispositivos de cuidado psicosocial. Nesse processo foram instaladas estratégias de cuidado aos portadores de sofrimento mental objetivando a promoção da saúde mental, a reinserção social dos internados e a extinção progressiva dos manicômios.

Nesse movimento, além do objetivo de oferecer uma rede de atenção que fosse gradativamente substitutiva dos hospitais psiquiátricos, havia uma necessidade premente: como cuidar do grande contingente de pessoas que, ao longo de anos e décadas foram abandonados nos hospitais psiquiátricos e se tornaram “residentes” destas instituições, perdendo-se os vínculos familiares e sociais?

Ao longo de muitos anos de internação, esses pacientes tornaram-se moradores das instituições e foram se esgarçando os elementos constitutivos de sua identidade – não possuíam documentação pessoal, somente um prontuário, não re/construíram relações de contratualidade social, nem de vínculos afetivos, eram somente “pacientes” “objetos” de práticas institucionais de tratamento. Práticas essas discutíveis sob o ponto de vista de sua eficácia terapêutica ou de respeito à dignidade humana dos assistidos. Além disso, muitos deles sendo objeto, frequentemente, dos interesses lucrativos dos empresários da “indústria da loucura”⁽¹⁾ no setor de assistência psiquiátrica privada.

Denominou-se “indústria da loucura” o processo ocorrido após 1964, onde o governo

brasileiro expandiu o número de hospitais psiquiátricos privados e o número de leitos destes, através de políticas em que o Estado facilitava a implantação e o credenciamento desses hospitais na rede pública, ocasionando um aumento do número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos privados e, conseqüentemente, um aumento da lucratividade deste setor⁽¹⁾. Os hospitais psiquiátricos incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro e os custos globais da assistência psiquiátrica alcançaram, nesse período, níveis desproporcionais⁽²⁾.

No Brasil, a base legal para o cuidado dessas pessoas que permaneceram muito tempo internadas surgiu com a publicação da Portaria N° 106/2000 do Ministério da Saúde (MS), que estabelece a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que se caracterizam por ser um espaço destinado à reabilitação e reintegração do paciente na sociedade, promovendo a cidadania, a retomada dos laços sociais perdidos e a autonomia(F1). Antes dessa normatização já haviam experiências localizadas de espaços com essas características, denominados “lar abrigado” e “pensão protegida”⁽³⁾.

Em Cuiabá-MT, desde 1995, havia uma política de saúde mental aprovada no Conselho Municipal de Saúde (CMS) que previa a implantação de “lares abrigados”, como estratégia para a reintegração social de aproximadamente 100 pacientes que haviam sofrido os efeitos da longa permanência de internação (F2). Essa política, entretanto, não se efetivou até 2004, quando foi rompido o contrato de prestação de serviços do hospital

psiquiátrico privado, conveniado com a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS), onde se mantinha cerca de 360 leitos credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O objeto desse estudo é o contexto de implantação do SRT no Estado de Mato Grosso - já que a capital é o único município do Estado com esse dispositivo de cuidado. Analisar a experiência de implantação e seus determinantes locais e nacionais, na sua relação com o movimento de Reforma Psiquiátrica é o objetivo desse trabalho.

Trata-se de um estudo documental, realizado por meio da análise de documentos oficiais e acadêmicos. As fontes de dados foram Leis, projetos e portarias dos níveis de gestão municipal (Cuiabá), estadual (Mato Grosso) e federal; dados disponíveis no DATASUS no período compreendido entre 2000 e 2005, informações divulgadas em mídia impressa e *on-line* local, e trabalhos acadêmicos.

Os referidos documentos são apresentados no Quadro 1 e citadas no texto com a codificação F1 até F9:

MÉTODOS

Quadro 1: Documentos relacionados para pesquisa sobre a implantação do Serviço de Residência Terapêutica em Mato Grosso/MT. Cuiabá, 2007.

Fontes de dados (F)
(F1) Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004. disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
(F2) Rado MJS; Oliveira AGB; Santos JP, Vieira MAM, Andrade SMR, Gomes L. Proposta de política de saúde mental para Cuiabá. Documento aprovado no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, 1995. 15p. (mimeo).
(F3) Amorim TM. Crônicos ou reabilitáveis? Reflexões sobre a “construção” do paciente crônico. [monografia]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2005.
(F4) Ribeiro AB. Serviços Residenciais Terapêuticos: a trajetória de implantação no Brasil e no cenário matogrossense. [monografia]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2005.
(F5) Silva E. A inserção do serviço de residência terapêutica no município de Cuiabá: reflexões teórico-práticas. [monografia]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2005.
(F6) Cuiabá. Prefeitura Municipal. Saúde Mental. [serial on line] [cited 2007 mai 10]. Available from: URL: http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/saude/saude_mental.jsp
(F7) Brasil, Ministério da Saúde. Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. [serial on line] 2002 [cited 2005 nov 29]. Available from: URL: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=5103402604396
(F8) Mato Grosso. Ofício Nº 400//05 – CIAPS/SES/MT, de 11 de outubro de 2005 para o Ministério Público Estadual. Processo GEAP nº 001100-02/2005.
(F9) Mato Grosso. Ofício do Fórum de Saúde Mental de MT para o Ministério Público Estadual. Processo GEAP nº 001100-02/2005.

Buscamos uma reflexão crítica da reformulação do modelo assistencial local ancorada nas balizas teóricas de desinstitucionalização⁽⁴⁻⁵⁾ e nas premissas legais brasileiras, além das relacionadas à gestão no SUS. Consideramos também a historicidade do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil^(2,6), e em Mato Grosso⁽⁷⁻⁸⁾, além das normatizações do Ministério da Saúde a partir do ano 2000.

Após a identificação dos documentos, os dados foram classificados e analisados qualitativamente. Os temas que emergiram da análise de conteúdo⁽⁹⁾ foram: processo de gestão na organização dos SRT e autonomia dos moradores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para contextualizar os resultados apresentamos uma breve revisão teórica sobre a constituição do saber psiquiátrico fundado no princípio do isolamento e o processo atual de Reforma Psiquiátrica, que visa à reintegração social, além das diferentes concepções teórico-práticas dessa reintegração.

Do isolamento para a reintegração social – a mudança de paradigma

O campo técnico-científico psiquiátrico surgiu, no final do século XVIII, relacionando uma ciência classificatória e práticas sociais repressivas. O “objeto da competência psiquiátrica: a doença mental” é, desde as suas

origens, “não conhecível e freqüentemente incurável”. Ao adotar a perspectiva racionalista de identificação e delimitação do objeto – a doença mental – e buscar, com base na mesma lógica racional, a solução, a psiquiatria tornou-se uma “prática desconfirmadora deste paradigma”, haja vista a impossibilidade de definir o objeto e de curar, ou de reconduzir à normalidade⁽⁵⁾.

A partir dessa impossibilidade da psiquiatria em se adequar ao paradigma racional-positivista (doença-cura), mas, mantendo-se nele enquanto constituição teórica, ao longo do tempo, os hospícios se constituíram, sobretudo “como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social” existia na sociedade. O hospício, impossibilitado de cumprir seu suposto mandato de instrumento adequado para alcançar a “cura” da “doença mental”, produziu, entretanto, um outro resultado: os “doentes crônicos”⁽⁵⁾.

Compreendemos a existência de pessoas identificadas como “doentes crônicos” nos hospitais psiquiátricos brasileiros nas últimas décadas, relacionada ao modo como elas foram e são “tratadas” nos hospitais e não propriamente à evolução de suas “doenças”, pois, a existência dos hospícios, em diferentes lugares, esteve mais vinculada à exclusão social dos indesejáveis socialmente do que a um tratamento médico⁽¹⁰⁾.

Nesses espaços, a tecnologia psiquiátrica, mais do que se debruçar sobre a explicação ou recuperação de um “quadro psicopatológico”, visava a uma disciplina, ao estabelecimento de uma norma médica para os internados e para a sociedade e, nesse sentido, o internamento nos hospícios (isolamento dos “doentes” da sociedade) era proposto como meio indispensável para alcançar a “cura”⁽¹¹⁾.

Identificamos assim o *isolamento* como princípio fundador da ciência e das práticas psiquiátricas, e a função de “expurgo” social realizada pelos hospícios ao longo dos tempos. Isso posto, percebe-se a transformação dessa origem e história, à situação atual no campo da saúde mental que afirma a necessidade de “reinserção social” dos “doentes crônicos” e de criação dos SRT. O modelo médico-psiquiátrico apresenta nas suas raízes, a necessidade do

isolamento social e hoje afirmamos, por meio das políticas nacionais e recomendações de organismos internacionais (OMS e OPAS), a necessidade de inclusão social dos doentes mentais. É necessário refletir sobre esse paradoxo: inicialmente isolava-se para tratar; hoje, o tratamento tem por base a integração social.

Admitindo-se, no final do século XX, que mesmo com o avanço tecnológico da indústria farmacêutica, dos equipamentos diagnósticos e da pesquisa genética, a localização corporal da doença mental permaneceu indefinida, assim como a sua “cura” impossível⁽⁵⁾, partiu-se para um reordenamento teórico-assistencial. Esse reordenamento pressupõe a indissociabilidade das dimensões biológica, psicológica e sócio-cultural no processo saúde-doença mental.

Reconhecidos, mesmo que não consensualmente, os efeitos nefastos do isolamento-tratamento na vida dos internados e a função social do hospício de ser depositário dos indesejáveis em cada contexto histórico, atualmente busca-se a construção da atenção psicossocial. Essa, por meio de abordagem interdisciplinar – ciências da saúde, humanas e sociais – aborda o sofrimento mental numa específica história de vida que é simultaneamente individual e social, pois, sendo único o processo pelo qual cada pessoa realiza e simboliza a interseção das dimensões bio-sócio-psico-culturais, isso acontece num determinado tempo/espço, ou, num plano sócio-histórico. Desse modo, o enfoque assistencial não pode mais se abster das relações sociais, pelo contrário, visa a promoção da vida em todas essas dimensões.

Assim, chegamos à necessidade posta atualmente de desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico e, com ele, a construção de dispositivos de cuidado aos doentes mentais com características comunitárias, territoriais e com potencialidade de ampliação da autonomia e, entre eles, os SRT. Entretanto, esse movimento não acontece abstraído dos processos sociais que constituem a sociedade; a desinstitucionalização no campo psiquiátrico ocorre num contexto de políticas neoliberais, onde se reivindica um Estado mínimo, com redução drástica das garantias sociais e

trabalhistas. Essa tendência repercute em índices crescentes da população pobre e miserável que, aliados ao sucateamento da assistência social pública, resulta em aumento da demanda para os dispositivos residenciais em saúde mental, do tipo SRT⁽¹²⁾.

Nesse movimento de mudança paradigmática no campo psiquiátrico e de transformações sócio-econômicas características da mundialização do capital e de precarização do trabalho, se situam os SRT no Brasil e em Mato Grosso.

A constituição atual dos SRT tem origem numa interlocução de diversos atores – trabalhadores, usuários, gestores locais e federais – ao longo das últimas décadas, num contexto amplo de redirecionamento da política de saúde mental. Atualmente, tem como alicerce legal, um conjunto de Leis e portarias que garantem sua regulamentação e financiamento, das quais se destacam: Lei Federal Nº 10.216/2001 (F1), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, Lei Nº 10.708/2003 (F1), institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa de volta para casa), Portaria Nº 106/2000 do MS (F1) que introduz o SRT no âmbito do SUS e a Portaria Nº 1.220/2000 do MS (F1) que regulamenta a Portaria Nº 106/2000, para cadastro e financiamento no SIA/SUS das atividades do profissional Cuidador em Saúde.

De acordo com a Portaria GM Nº 106/2000 (F1), “entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social”.

Em seu Artigo 2º, essa Portaria define que os SRT constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o SRT, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos

naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidado em saúde mental.

Nos SRT o cuidado deve estar organizado em um Projeto Terapêutico que, segundo as diretrizes dessa Portaria, deve conter ações que favoreçam o desenvolvimento da autonomia dos moradores, em direção a recuperação e implemento de atividades da vida cotidiana e de criar novas bases sociais, políticas e comunitárias.

SRT – trajetória para a desinstitucionalização ou transinstitucionalização

Inicialmente consideramos necessário distinguir desinstitucionalização, transinstitucionalização e desospitalização, pois são conceitos que fundamentam a análise da potencialidade do SRT.

O processo de desinstitucionalização não se restringe à desarticulação do manicômio ou a criação de novos dispositivos para o tratamento. É preciso desconstruir/re-construir a relação da sociedade com a loucura⁽⁶⁾. “O processo de desinstitucionalização torna-se reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção de saúde e de reprodução social do paciente”⁽⁵⁾.

A desinstitucionalização trata de “criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades [...] não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: 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”⁽¹³⁾.

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. Já a desospitalização refere-se à retirada dos internos sem nenhuma outra medida, a simples “negligência social”⁽¹²⁾.

Em Cuiabá, até 2002, a rede de saúde mental era quase exclusivamente a internação, predominantemente em um hospital privado credenciado ao SUS. Em 2003 esse hospital possuía 360 leitos cadastrados e ocupados, muito embora houvesse uma deliberação do Conselho Municipal de Saúde de 1997 fixando em 200 o número de leitos⁽⁸⁾. Em 2003, além do número elevado de leitos, a pressão do prestador de serviços em rever a tabela SUS para o pagamento das AIH gerou uma série de debates impulsionados pela lógica financeira, que culminou com o descredenciamento desse hospital psiquiátrico do SUS e provocou seu fechamento. Esse fato interferiu significativamente no cenário da Reforma Psiquiátrica local, pois implicou na atenção aos moradores do hospital a partir da criação de 10 SRT, atendendo a 82 pessoas.

Ao analisar a organização dos SRT em Cuiabá, sua constituição e funcionamento, destacam-se duas categorias: o processo de gestão e a autonomia dos moradores.

O processo de gestão

Estudando a trajetória da política de saúde mental em Cuiabá constata-se que, em momentos pontuais, ocorreram mobilizações sociais, a partir da organização de trabalhadores dos serviços psiquiátricos e do ensino, que culminaram na definição de uma política de saúde mental municipal. No entanto, constata-se também que muito embora esses movimentos tenham tido, por um lado, uma significância política, por outro, todas essas iniciativas não foram capazes de ir além de um momento reivindicatório pontual. Assim, a sistematização de uma política de saúde mental em 1995, os encontros realizados em 1993 e 1994 e as deliberações da 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental em 2001, estiveram à margem das decisões da gestão no direcionamento da política local ou da organização das ações de saúde mental⁽¹³⁾.

Analisando a organização dos SRT em Cuiabá, percebemos que a conjuntura em que esse fato se deu possui as mesmas características de gestão em que outras ações no campo da saúde mental foram constituídas: a implantação do SRT se constitui como uma atitude isolada pautada em bases financeiras, a tomada de decisão de sua implantação não foi apoiada em análise do contexto político e epidemiológico no campo da saúde mental (F4, F5); “o que prevaleceu como determinante para o fechamento do Instituto de Neuropsiquiatria não foi a busca pela reestruturação da assistência e implantação de serviços substitutivos, mas sim interesses políticos e financeiros conflituosos que acabaram resultando com o rompimento do contrato” (F4).

Apesar da relevância que esse fato representou na definição de uma nova conformação das ações de saúde mental na rede municipal, quando analisado para além de sua aparência, observa-se que a transformação proposta é ainda um fenômeno relativamente desconhecido para o gestor. Ao consultar a página da Prefeitura Municipal de Cuiabá – Secretaria Municipal de Saúde na rede mundial de computadores encontramos que “O município reorganizou o modelo de assistência ao portador [de transtorno mental] e implantou um novo modelo de saúde mental, como Serviço Residencial Terapêutico. São casas inseridas na comunidade, com objetivo de tratar os portadores, idealizando o convívio familiar. Em Cuiabá existem 10 residências terapêuticas [...]” (F6). Essa informação carece de explicação sob vários aspectos: SRT é modelo de atenção em saúde mental? É uma “casa” com objetivo de “tratar”? Idealiza o convívio familiar ou promove o convívio social?

Essas questões remetem a análise às premissas apresentadas inicialmente: desinstitucionalização ou transinstitucionalização? Ao afirmar-se que “casas” de portadores de transtornos mentais podem ter o objetivo de “tratar”, em que medida se dá a crítica epistemológica do modelo médico-psiquiátrico que se pretende na Reforma Psiquiátrica, ou conforma-se um movimento restrito à transferência institucional?

Esse ato isolado da gestão – descredenciamento do hospital psiquiátrico – não vem contribuindo, por exemplo, para a reformulação do modelo assistencial local, pois não alterou a organização dos serviços substitutivos, uma vez que o município conta com um número de CAPS muito aquém do preconizado para seu porte populacional e se mantém a centralização dos serviços de atenção em torno do hospital psiquiátrico local, que expandiu significativamente o número de leitos de internação em um quantitativo não visível nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS). Além disso, o município, em situação de gestão plena do sistema municipal desde 1998, não gerencia as ações de assistência psiquiátrica e, dessa forma, todo o comando da assistência – capacidade de atendimento e definição de porta de entrada, entre outros -, é do gestor estadual, desrespeitando a recomendação de comando único municipal que possibilita planejamento local e participação social.

Enquanto as bases normativas e legais do movimento de Reforma Psiquiátrica buscam garantir que o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos seja irreversível, prevendo que os recursos financeiros originados pelo descredenciamento de leitos em hospitais psiquiátricos seja redirecionado para a atenção extra-hospitalar, em Cuiabá constata-se que a instalação de SRT não interferiu significativamente na diminuição de leitos nesses hospitais: Embora no banco de dados do DATASUS, em 2005, constassem 35 leitos psiquiátricos (F7), um registro da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso informava 182 leitos ocupados em Mato Grosso (sendo 100 em Cuiabá) (F8) e, numa terceira fonte, havia a informação de um número aproximado de 249 pacientes internados em novembro de 2005 (F9). Assim, dois aspectos se destacam: o número de leitos no hospital psiquiátrico público, depois do descredenciamento do hospital privado e após a instalação do SRT, vem aumentando e, os dados disponíveis nos sistemas oficiais de informação do SUS não retratam a realidade observada. Trata-se de outro dado que aponta para a compreensão de que se opera uma “mudança” – transinstitucionalização – e não uma crítica

transformadora – desinstitucionalização – no processo local de organização das práticas psiquiátricas.

Outro elemento a ser destacado refere-se à característica técnica desse ato. A constituição do SRT em Cuiabá teve por um lado uma característica de gestão e por outro uma condução técnica fragilizada de conteúdo político (F3): “O programa de Saúde Mental (PSM), implantado emergencialmente em novembro de 2004 em Cuiabá, tem como marca os dois *Workshops* que reuniram técnicos da Secretaria de Saúde do Município e do Estado, representantes do Conselho Municipal de Saúde, professores da UFMT e parceiros engajados na luta antimanicomial”.

Embora tenha havido discussão colegiada, essa não foi coletiva, pois não saiu da arena institucional; mesmo havendo dois encontros, esses foram conduzidos pelas instituições, em momentos pontuais e com predominância de técnicos. Essa característica não se assemelha ao marco do movimento de Reforma Psiquiátrica onde o ator e sujeito fundamental foi o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental⁽²⁾, organizado em um coletivo crítico e autônomo em relação às instituições que vinculavam esses trabalhadores a seus empregos.

Compreendemos a afirmação de envolvimento de “parceiros engajados na luta antimanicomial” dessa fonte (F3) também numa perspectiva de individualidades e sem representatividade ou repercussão dessas participações em grupos organizados, movimentos sociais ou representações profissionais, uma vez que não há nenhum registro nesse sentido. Quanto à participação de representantes do CMS nesse processo, observamos uma discordância em relação a outro estudo, onde os autores⁽¹³⁾ apontam que no período 2000-2005, no CMS de Cuiabá e no Conselho Estadual de Saúde (CES) de Mato Grosso “[...] a saúde mental [foi] pauta [de reuniões] apenas por necessidades técnicas associadas a aprovação de projetos para financiamento ministerial, como exigência cartorial da obrigatoriedade da homologação do CMS em processos de criação de unidades especializadas de atenção psicossocial (que nem

sempre se concretizaram) e ainda para convite de inauguração de serviços. Em 2003 ocorreu uma única exceção[...]. [mas] Após duas reuniões a discussão não repercutiu em mudanças e se esvaiu no rol de pautas reivindicatórias e cartoriais”.

A preponderância institucional na condução do processo de descredenciamento do hospital psiquiátrico e instalação de SRT em Cuiabá, ainda que tenha “permitido” uma mobilização de técnicos, não repercutiu na efetivação da integralidade e participação pressuposta no modelo psicossocial, onde a instituição é um espaço de interlocução onde o sujeito fala, participa de um diálogo, não há inquérito, nem monólogo⁽¹⁴⁾.

Também evidenciamos segundo a F3, que o fato de ter sido “permitida” uma condução técnica do processo de desocupação dos leitos, foi um elemento bastante valorizado pelos técnicos envolvidos, o que confirma o cenário centralizado da gestão.

Os gestores públicos locais de saúde, por meio de processos centralizados e pouco participativos e seguindo determinações nacionais, descredenciaram do SUS o hospital psiquiátrico local, o que resultou na instalação de 10 residências terapêuticas. Entretanto, esse fato não foi acompanhado de investimento na organização de rede de saúde mental comunitária e territorial que pudesse garantir a integração das ações de saúde mental no SUS em todos os níveis, conforme preconiza a política nacional de Reforma Psiquiátrica. Desse modo, apesar de significativo avanço na dimensão administrativa da Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso, o que é apontado inclusive em estudos que analisam esse processo no panorama nacional⁽¹⁵⁾, se limita à reorganização técnica e adequação às formas atuais de financiamento, sem o elemento central que possibilitaria a ruptura/transformação dos processos assistenciais segregadores característicos da psiquiatria asilar: a participação social. A crítica epistemológica da psiquiatria, dimensão intrínseca do processo de desinstitucionalização e substrato do movimento de Reforma Psiquiátrica, perde-se nesse movimento.

A “instituição” criticada no processo de desinstitucionalização é a “psiquiatria” e não o hospício em sua apresentação física⁽⁵⁾ e, portanto, a superação a se buscar não é somente a do espaço geográfico em que os doentes mentais foram/são confinados para tratamento, mas das inumeráveis estratégias de exclusão, que se iniciam com todas as formas de decidir pelo “outro”. Compreende-se que, numa dialética de transformação social, os processos se conformam mutuamente e, esse movimento local iniciado pela gestão, pode se constituir em potência de transformações em outras dimensões, entretanto, há que se abrir para além dos instrumentos técnicos, financeiros e administrativos, pois, sem participação e controle social, não se efetivam processos democráticos de gestão e nem tampouco Reforma Psiquiátrica.

Um estudo⁽¹⁵⁾ que analisa o processo de implantação de SRT no Brasil, aponta várias dificuldades relacionadas à gestão. No contexto mato-grossense, entre essas dificuldades, identificamos: rodízio de gestores que leva freqüentemente à descontinuidade das iniciativas; redes de atenção em saúde mental inexistentes ou incipientes para acolher SRT; incompatibilidade entre a burocracia característica da gestão da SMS e as exigências cotidianas das residências terapêuticas; falta de instrumentos que garantam o investimento dos recursos oriundos das AIH em outras ações de saúde mental, como os SRT; baixa interação entre gestores e técnicos.

Concordamos com esse estudo quando afirma que a implicação do gestor municipal é decisiva para a expansão ou não do SRT, além da necessidade de que se desenvolvam novas formas de gestão para superar a incompatibilidade entre a tradicional administração e a forma de acompanhamento requerida pelas SRT⁽¹⁵⁾.

Entretanto, além das dificuldades apontadas, consideramos que a participação e o controle social são fundamentais entre as mudanças requeridas para a consolidação desse dispositivo. Processos de gestão participativos e democráticos possibilitam a descentralização assistencial – criação de rede – que só se

realiza de fato, com descentralização também de poder.

Autonomia dos moradores

Vários estudos analisam os processos de subordinação e desumanização a que estão submetidos os "doentes mentais" ao adentrar os hospitais psiquiátricos⁽⁴⁻⁶⁾, inclusive no contexto mato-grossense⁽⁷⁾.

O longo período de institucionalização determina a perda progressiva da condição de sujeito: a diminuição das habilidades pessoais e sociais, da expressão individual, a vontade fica alheia/alienada, perdendo seu senso crítico, o interesse e o desejo de agir, torna-se um "alienado" de si mesmo e do mundo^(4,7). Essas condições são, muitas vezes, interpretadas como o agravamento ou a cronificação de sua "doença".

Entre os objetivos do SRT previstos na Portaria Nº 106/2000 do MS (F1), destaca-se o de "garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional" e, "promover a reinserção desta clientela à vida comunitária". Nessa Portaria está prevista também a elaboração de Projeto Terapêutico que seja "centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social" e tenha "como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários".

Portanto, o rompimento com a situação de subordinação institucional anterior e o processo de emancipação, no sentido de ampliar a autonomia pessoal, social e extinção da tutoria institucional é fundamental no projeto terapêutico de moradores das SRT.

No contexto estudado, o processo de desocupação de leitos do hospital descredenciado iniciou-se com a realização de um censo que identificou os "moradores crônicos". A partir do censo teve início um movimento de reinserção familiar daqueles

cujas famílias foram identificadas e para aqueles asilados há anos no hospital e desprovidos de vínculo sócio-familiar, foi providenciada a inclusão nas SRT (F3, F4, F5).

Dada a pontualidade desse movimento no processo histórico de organização da rede de atenção à saúde mental municipal, nesse momento as questões de saúde mental tomaram uma proporção jamais constatada em outras conjunturas. Houve um envolvimento entusiasmado de técnicos da SMS na concretização dessa experiência.

Entretanto, a mudança de governo municipal provocou alterações na equipe de condução da política local. Dessa forma, a pouca proximidade da gestão com a área técnica de saúde mental existente anteriormente não se sustentou e ainda, a fragilidade teórico-metodológica dos técnicos em torno da desinstitucionalização favoreceu a centralização da condução em torno de questões administrativas. As demandas de gestão mobilizaram de modo mais premente e todo o processo se restringiu a "construção" administrativa das residências, como locação de casas, contratação de cuidadores, garantia de alimentação, entre outros. Com uma equipe reduzida e precarizada nas condições de trabalho (grande parte contratada temporariamente) e nas relações de poder político, o processo de aprendizado técnico-político de construção desse novo dispositivo de cuidado foi praticamente ausente.

A dimensão assistencial, por si só complexa, num dispositivo inovador como esse, foi padronizada por atividades administrativas centralizadoras. Atividades de vida diária que mereceriam ser cuidadosamente re/construídas como componentes de um projeto terapêutico de resgate de autonomia dos moradores, como alimentação, tratamento/uso de medicamentos e circulação na cidade, foram reduzidas a um cuidado fortemente marcado pelo controle. Pode-se observar essa característica em situações, como por exemplo: a responsabilidade de fornecimento e preparo de alimentação é conduzida a partir do nível central, a SMS compra por meio de seus processos formais, semanalmente, a alimentação e entrega nas residências; em cada

residência foi instalada uma equipe de cuidadores que, diuturnamente, cuida/"tutela" os moradores no que se refere a todas as atividades diárias, inclusive na tomada de medicamentos, que é obrigatória; os portões das residências ficam trancados, a chave é de responsabilidade dos cuidadores e as visitas são ou não autorizadas pela equipe de nível central; os moradores circulam na cidade somente mediante agenda de atendimento clínico geral ou psiquiátrico, nos CAPS, ou em atividades sociais e culturais programadas pela equipe técnica central e em meios de transporte da SMS.

Ressaltamos que a saída do hospital psiquiátrico é sempre um ganho incomensurável para a qualidade de vida dos moradores do SRT. Certamente a condição de moradia nas residências terapêuticas oferece sempre melhores perspectivas de cuidado aos moradores do que a internação psiquiátrica, entretanto, concordamos com Vasconcelos⁽¹²⁾ quando afirma que os dispositivos de cuidado residencial existentes "têm um papel fundamental, de sistematização de experiências e de formação de um *know-how*" nessa modalidade de atenção que, pela característica inovadora, apresenta inúmeros desafios. Belini e Hirde⁽¹⁶⁾ também afirmam a necessidade de que essas experiências resultem em reflexões que promovam a consolidação desses novos dispositivos em saúde mental. Nesse sentido é que apresentamos essa reflexão.

É necessário ressaltar que o censo que avaliou o grau de autonomia dos pacientes internados e os direcionou para o SRT, considerou muitos dos atuais moradores do SRT impossibilitados de saírem do hospital, devido aos limites de autonomia pessoal. Entretanto, a equipe técnica na época, assumiu uma decisão política importante no sentido de ampliar esse limite de autonomia, comprometendo-se com o cuidado domiciliar inclusive àqueles que, pelos critérios estritamente técnicos não tinham essa condição (F3). Buscamos refletir sobre a necessidade de que essa decisão seja acompanhada de compromisso cotidiano de todos os envolvidos – gestores e trabalhadores – com a ampliação da autonomia pessoal e

social dos moradores, respeitados os diferentes graus de limitação dessa autonomia.

Ressaltamos também importantes aspectos resgatados no cuidado aos moradores, como as providências para a documentação pessoal – resgate de identidade social - que foram viabilizados para praticamente todos os moradores (F5) e suas conseqüências, como a possibilidade de auxílio financeiro pelos instrumentos de seguridade social que, por sua vez, se articulam com as dimensões subjetivas de resgate de identidade.

Entretanto, o ganho esperado no processo de desinstitucionalização, intrínseco à implantação de dispositivos residenciais de cuidado, embora tenha sido fortemente impulsionado, foi reduzido a aspectos identificados com a transinstitucionalização. Consideramos que a marca da centralização nas decisões da gestão e as bases meramente técnicas e esvaziadas de conteúdo político em todo o processo que envolveu o descredenciamento do hospital psiquiátrico e a implantação dos SRT, foram determinantes desse processo.

Assim, na emancipação dos moradores, diretamente relacionada à reabilitação psicossocial, observa-se uma forte influência dos mesmos instrumentos da centralização da gestão local. Em decorrência, as práticas assistenciais nos SRT observados, ainda reproduzem, muitas vezes, a rigidez e a formatação típicas da "padronização" hospitalar que se busca superar na Reforma Psiquiátrica.

CONCLUSÃO

Ao analisar a implantação das residências terapêuticas no contexto das políticas de saúde mental conclui-se que elas ocorreram inicialmente, em algumas regiões brasileiras, em conseqüência de mobilizações dos usuários e dos trabalhadores em saúde mental, indignados com o sistema manicomial. No cenário mato-grossense, elas ocorreram recentemente, como resultado de articulações de gestores que, amparados pela política nacional de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, e mobilizados por uma racionalidade administrativo-financeira (redução de custos com assistência psiquiátrica),

utilizaram esta estratégia para o descredenciamento de um hospital psiquiátrico privado que culminou com seu fechamento.

Apontamos a necessidade de investimento contínuo nessa racionalidade administrativo-financeira que, concretamente, reorienta o financiamento e prioriza as ações nos serviços comunitários de saúde mental, entretanto, não se pode reduzir a crítica dos hospitais psiquiátricos à transinstitucionalização.

Consideramos fundamental reconstituir o sentido de “movimento social complexo” da Reforma Psiquiátrica⁽²⁾, que articula várias dimensões. Entre essas dimensões, a organização de serviços, como a criação de SRT é fundamental, mas não suficiente. É preciso não negligenciar as demais, principalmente a epistemológica, que supera a visão racionalista doença-cura da psiquiatria e a sócio-cultural, na busca da construção de um novo lugar social para a loucura.

O incremento da dimensão política nos processos de gestão e de trabalho das equipes em saúde mental é fundamental e urgente. Cuidado e controle são duas dimensões muito próximas na assistência à saúde – é preciso que os trabalhadores se impliquem cotidianamente na análise de suas práticas, pois, ações de cuidado, fácil e rapidamente se transmitem em controle. O compromisso com a ampliação da autonomia requer autocrítica cotidiana.

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). A criação de rede de serviços por meio de instrumentos administrativos e financeiros, em governos centralizadores, deslocada até mesmo das instâncias formais de participação do SUS, resulta em tecnocracia que pouco contribui para o avanço da Reforma Psiquiátrica.

O SRT, na medida em que viabiliza o resgate de “gestos elementares”⁽⁵⁾ como: restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo (como o gosto e o capricho no cuidado com cabelos, dentes e roupas); reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais (não é mais preciso esconder o chinelo debaixo do colchão para não o perder ou

ser roubado, cada um tem o seu guarda-roupa onde guarda os seus pertences); reconstruir o direito e a capacidade da palavra; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis (com a obtenção de documentos), possibilita a emancipação dos moradores. Essa emancipação está posta, sempre, para trabalhadores de saúde mental e moradores das residências terapêuticas, como *possibilidade* a ser conquistada e ampliada cotidianamente.

A criação de SRT pode representar, por um lado, um importante passo em direção à Reforma 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 “aprisionada” como instrumento de gestão centralizada e reduzida à transinstitucionalização e racionalização financeira.

REFERÊNCIAS

1. Cerqueira LR. Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.
2. Amarante PDC, organizador. Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
3. Barros RDB; Josephson SC. Lares Abridados: Dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. Saúde em Debate. 2001;5(58):57-68.
4. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
5. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
6. Amarante PDC. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante PDC, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Eng Paulo de Frontim: NAU Editora; 2003. p. 45-66.
7. Oliveira AGB. A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá [dissertação].

[Florianópolis/Cuiabá]: Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal de Mato Grosso; 1998.

8. Oliveira AGB, Alessi NP. Superando o manicômio?: desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT; 2005.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

10. Cunha MCP. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. São Paulo: Paz e Terra; 1986.

11. Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

12. Vasconcelos EM. Dispositivos residenciais em saúde mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. *In*: Vasconcelos EM, organizador. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2002. p. 97-124.

13. Oliveira AGB, Conciani ME. A participação social na estruturação do modelo de atenção psicossocial: uma análise em Cuiabá/MT. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2007. Available from: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=845

14. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2000. p.39-62.

15. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):785-795.

16. Belini MG; Hirdes A. Projeto moradia São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto Contexto Enferm* 2006 out-dez; 15(4):562-9.

Artigo recebido em 02.08.07

Aprovado para publicação em 31.03.08