

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública
Subárea: Políticas Públicas e Saúde

A Proteção Social na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental: o Programa de Bolsa-Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ).

Marita Juncá Trindade Beaklini

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz com vistas a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Sarah Scorel

Banca Examinadora:

Titulares: **Nilson do Rosário Costa**
Pedro Gabriel Delgado
Sarah Scorel

Suplentes: **José Mendes Ribeiro**
Maria Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro, Agosto de 2001

Agradecimentos

A Sarah Escorel pelas muitas horas de dedicada orientação e pela possibilidade de discutir um tema ao mesmo tempo gratificante e “doloroso”, tão importante em nossas trajetórias de vida. A Nilson do Rosário Costa pelas estimulantes conversas, as “dicas” na realização do trabalho e a participação nas duas bancas examinadoras. A Domingos Sávio de Oliveira Alves, Paulo Amarante e José Mendes Ribeiro agradeço a disponibilidade, as referências bibliográficas e as informações. Aos amigos do Hospital de Jurujuba e do *NAPS Herbert de Souza*, em especial a Eduardo Rocha, pela gentileza e presteza com que concederam as entrevistas e os documentos indispensáveis à realização da pesquisa. Agradeço as muitas e interessantes intervenções nos Seminários Avançados de Lígia Giovanella e Gilberto Hochmann (não posso deixar de mencionar também Mendes e Paulo). Lígia, grata pela ajuda em um momento crucial do percurso. A Pedro Gabriel Delgado e Maria Tavares Cavalcanti pela disponibilidade de ler e discutir essa dissertação. A Maria Célia Vasconcelos, Agnaldo Zagne e José Carlos Baptista Vieira por minha liberação dos compromissos de trabalho e pelo incentivo. A Flávia Beaklini pela assessoria de informática e programação visual.

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de várias e diferentes maneiras colaboraram na viabilização desse trabalho.

A Otávio, Victor e Júlio.

A Mercedes e Ruy.

Resumo

As ações reformistas implementadas no subsetor Saúde Mental ocasionaram transformações no hospital psiquiátrico e trouxeram a necessidade de uma nova agenda de proteção social para um grupo excluído historicamente – os loucos, que percebidos como capazes e passíveis de convívio social devem ser apoiados e (re)inseridos. No setor saúde a municipalização e a descentralização deram aos governos locais autonomia e recursos para realizar novas ações do seu interesse.

A descentralização e a desinstitucionalização implementadas do município de Niterói/RJ ocasionaram propostas inovadoras como o Programa de Bolsa-Auxílio do Hospital de Jurujuba, um mecanismo de transferência direta de renda criado para dar suporte à política de saúde mental local.

A Bolsa-Auxílio constitui-se numa estratégia de intervenção do Programa de Saúde Mental na busca da melhoria da assistência e da qualidade de vida dos usuários da rede de serviços de saúde de Niterói. O presente estudo descreve e avalia o processo de formulação e implementação do Programa e alguns efeitos produzidos em seus beneficiários: se e de que maneira o Programa interferiu no processo de desinstitucionalização e na criação e (re)composição dos vínculos sociais dos bolsistas.

Na implementação os pontos críticos foram: pouca atuação sistematizada dos gerentes dificultando a visão global do programa; subaproveitamento dos recursos financeiros; ausência de instrumento formal de avaliação; critérios amplos, confusos e pouco difundidos e o desenho do Programa que propicia a permanência dos usuários. A Bolsa-Auxílio contribuiu para o processo de desinstitucionalização de seus beneficiários porque lhes conferiu autonomia, auto-estima, aumento de poder social e contratual, ampliação da rede social. e conhecimentos. A maior atuação do Programa foi na (re)criação dos vínculos simbólicos, na produção de uma percepção de validade social e individual por parte de bolsistas, técnicos e familiares.

Palavras Chaves: Reforma do Setor Saúde, Psiquiatria - tendências, Programas Governamentais Locais, Avaliação de Processo de Implementação, Inserção Social de Grupos Vulneráveis.

Abstract

The reforming actions implemented in the Mental Health Sector changed the role of the psychiatric hospitals and motivated the creation of a new agenda for the social protection of a group historically excluded – the psychological suffering persons. They were perceived as capable to become socially integrated, being supported and (re)inserted. In the health sector, the municipalization and decentralization gave the local governments autonomy and means to develop actions of their own interest.

The municipalization and the deinstitutionalization implemented in Niterói/RJ presented innovative proposals such as the “Bolsa-Auxílio” Program created by the Jurujuba Hospital, which transfers financial resources to the consumers of mental health policies.

The grant “Bolsa-Auxílio” is a strategy of intervention, created by the Mental Health Program, focused on the improvement of assistance and quality of life for the mental health care consumers of Niterói. This dissertation describes and analyses the process of formulation and implementation of the “Bolsa-Auxílio” Program and some of the effects seen in the beneficiaries. If (and how) the Program interfered in the process of deinstitutionalization and in the creation and (re)composition of social links in the consumers lives.

The critical points of the implementation were: low systematic participation of the managers; sailing in perceiving a global vision of the program; under employment of the financial resources; lack of formal means for evaluating the program; broad and mystifying criteria; and, the design of the program that stimulated the permanence of the patients. The “Bolsa-Auxílio” contributed to the process of deinstitutionalization of its beneficiaries because it gave them some autonomy, self-esteem, social and contractual power, increasing the social net and knowledge. The major consequence of the Program was the (re)creation of symbolic links, the production of a perception of social and individual value in the consumers, technicians and families’ minds.

Key Words: Health Sector Reform, Psychiatry-trends, Local Government Programs, Implementation Assessment, Social Insertion of Vulnerable Groups.



***“Na porta de um hospício
Há um letreiro em carvão:
Nem são todos os que estão
Nem estão todos os que são”***
(Sabedoria popular castelhana)

Sumário

Apresentação	1
Capítulo I – Exclusão dos loucos: continuidades e rupturas	10
• A Construção do Paradigma da Doença Mental: a ausência de sentido e a periculosidade	10
• O Campo da Exclusão Social	15
• A Desconstrução do Paradigma da Saúde Mental: a desinstitucionalização	24
• Algumas considerações sobre a análise dos processos reformistas e as conseqüências da desinstitucionalização	30
• O Objeto e a Metodologia	40
Capítulo II - O Contexto Político - Institucional da Saúde Mental no Município de Niterói	47
• Algumas considerações sobre a política de Saúde Mental no Brasil... ..	47
• Breve Histórico da Política de Saúde de Niterói	59
• Os caminhos da Saúde Mental no Município	66
Capítulo III - O Programa de Bolsa-Auxílio	75
• O Projeto Portaria	75
• A Implementação do Programa de Bolsa-Auxílio	78
> Projetos	85
> Comissão Gerenciadora	89
> Critérios de Inclusão e Retirada de Bolsistas	96
> Recursos Financeiros	99
> Avaliações	105
Capítulo IV – Os Bolsistas e o Programa	110
• Os Bolsistas e o Perfil do Grupo Selecionado	110
• A Percepção sobre o Papel do Programa de Bolsa-Auxílio na Desinstitucionalização de sua Clientela	125
• Os Vínculos Criados e/ou (Re)Compostos	129
Capítulo V – “Há um cais do porto para quem precisa chegar...”	148
Bibliografia	156
Anexos - Roteiros de Entrevistas	166

Apresentação

O presente trabalho descreve e avalia o Programa de Bolsa-Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói/RJ, em função da especificidade do processo de exclusão social dos loucos fundamentado no paradigma da doença mental e na sua ruptura traduzida na desinstitucionalização.

A opção por cursar o Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e pela subárea de concentração em Políticas Públicas e Saúde como área de interesse, alicerçou-se na tentativa de responder a questões e dilemas enfrentados ao longo de vinte anos de processo de trabalho, que influenciaram de maneira decisiva minha vida.

Médica da Universidade Federal Fluminense (UFF), onde obtive o diploma de graduação, desde 1992 fiz parte do Programa de Integração Docente-Assistencial na Área de Saúde, o que viria a ser determinante na minha vida profissional. Foi assim que estabeleci relações mais próximas com a Medicina Comunitária e os Projetos de Extensão dessa Universidade. Na ocasião fiz o curso de Especialização em Serviços de Saúde ministrado pela Pro-Reitoria de Extensão (PROEX)/UFF, iniciando o processo de conhecimento e reflexão sobre o movimento pela reforma do sistema de saúde brasileiro e sobre princípios como universalização, hierarquização e descentralização, integralidade e participação social.

Sendo também médica da Secretaria de Saúde, tive oportunidade de participar do "Movimento Sanitário" e do processo de Municipalização de Niterói, ocupando vários cargos administrativos na Fundação Municipal de Saúde (FMS) no período de 1989 a 1998, atuando na construção do SUS local. A dupla inserção, na "academia" e no "serviço", permitiu-me entender as duas dimensões de ação.

Meu primeiro contato com loucos e manicômios ocorreu em 1976 durante o curso de medicina. A disciplina de Psiquiatria tinha, na ocasião, como campo de estágio e desenvolvimento das aulas práticas o então Hospital Estadual Psiquiátrico, atual Hospital de Jurujuba. Na época o hospício era gerenciado em parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Universidade Federal Fluminense operacionalizada pela divisão em dois espaços físicos independentemente administrados. Do lado sob responsabilidade da Secretaria Estadual vi através de grades errantes vultos brancos, cobertos por grandes camisolões ou pijamas, ou figuras imóveis acoradas nos cantos e ainda camas próximas ao chão, sem colchões ou lençóis. No lado administrado pela UFF todas as camas tinham colchões e lençóis e as pessoas vestiam roupas hospitalares coloridas. Mas, continuavam presentes as grades, os gritos, as horríveis gargalhadas, as inúmeras portas trancadas a chave, os banheiros sem portas, a ausência de armários para guardar objetos pessoais e a impossibilidade de tê-los.

Anos mais tarde, em 1991, como diretora da Central de Internação e chefe da supervisão dos hospitais privados contratados pelo SUS conheci os outros dois hospitais psiquiátricos do município. Nunca havia lido Goffman, Foucault ou Basaglia mas o confinamento e a ausência de contratualidade das pessoas que ali se encontravam ficaram permanentemente marcadas por um fato ocorrido na ocasião. Vivemos num universo onde as relações de trocas são feitas a partir do valor que cada indivíduo possui dentro dele e isso vale para bens, para mensagens que transmitimos e para sentimentos. No manicômio os

bens que os loucos possuem são suspeitos, as mensagens não são compreendidas ou não têm importância e os sentimentos são estranhos ou desconsiderados, o que impossibilita qualquer troca social.

Das recentes obras realizadas em um dos hospitais psiquiátricos privados, apontadas pelos administradores, técnicos e pelo médico supervisor como muito boas, faziam parte a colocação de um teto gradeado na área de lazer em função da morte de um paciente ao tentar fugir, um pátio azulejado e com piso frio completamente vazio, e a construção de banheiros ainda sem portas. Na outra clínica, onde estavam e ainda estão a maioria dos leitos psiquiátricos de Niterói, fui conduzida para o espaço de recreação masculino da instituição. Vi então um enorme pátio pintado de branco onde estavam confinados aproximadamente cinquenta homens, coberto por um teto formado de grades e onde havia em um canto a direita e bem alto uma televisão impossível de ser vista por qualquer pessoa que lá estivesse. Ao entrarmos fui cercada por muitos rostos jovens e respondi muitas vezes às mesmas perguntas enquanto apertava mãos dos que se apresentavam: quem eu era, o que fazia ali e se sabia as horas. Ainda hoje me arrependo de não ter seguido o impulso que tive na ocasião de voltar com relógios e presentear alguns deles. Não lembro se na época era tão fácil adquirir relógios como hoje pelo seu baixo preço ou se meu impulso foi vencido apenas pelos argumentos de que provocaria brigas e agressões e de que minha atitude não lhes traria benefícios.

Pretendendo achar respostas a perguntas formuladas face ao adoecimento de um parente muito próximo assumi em 1991, a convite do diretor, a chefia do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Dessa maneira fui realmente inserida no mundo da Assistência à Saúde Mental e no seu processo de transformação. Acompanhei a abertura da enfermaria masculina, a criação de equipes multidisciplinares de recepção, tendo feito parte de uma delas por algum tempo e da reintrodução de garfos e facas, há muitos anos abolidos nos refeitórios das enfermarias de agudos.

Para melhor compreender as transformações que presenciava em meu ambiente de trabalho cursei, em 1997, o Curso de Especialização em Saúde Mental/ENSP, onde pude aprofundar um interessante processo de reflexão profissional e pessoal.

Meu contato com o Programa de Bolsa-Auxílio, e conseqüentemente os conhecimentos dele gerados durante meu trabalho no Jurujuba, ocorreu de duas maneiras. Dividi com bibliotecárias contratadas temporariamente as funções de monitora do Projeto Biblioteca por aproximadamente três anos. E ainda, de minhas funções fazia parte a elaboração de um boletim informativo direcionado aos técnicos que foi rapidamente substituído pela Oficina do Jornal que originou o Projeto JorNAPS. Da oficina faziam parte seis usuários sendo três deles incorporados ao Programa e dois entrevistados na presente pesquisa.

Nos encontros semanais dos participantes da Oficina do Jornal, ocorridos no Jurujuba, discutíamos os fatos relacionados ao hospital, as mudanças ocorridas e propostas na assistência à saúde mental e os fatos conjunturais que nos afetavam como pessoas e cidadãos. No Jornal as funções dos integrantes eram divididas: fotógrafo, repórteres (os que iam em busca da notícia e realizavam a entrevista), jornalistas (os que escreviam o texto da notícia), digitadores, revisores e programadores, sendo que alguns de nós exercíamos múltiplas funções. Achávamos que o trabalho ficava aquém do que deveria por não sermos profissionais da área e investimos na nossa capacitação por meio de cursos e

supervisão técnica. Na elaboração do jornal achávamos que os títulos dos artigos precisavam ser sugestivos e impactantes e um dos usuários protagonizou um episódio que gostaria de aqui registrar.

Durante um dos encontros, ao discutirmos direitos e benefícios motivados por algum fato agora esquecido, recebi a sugestão de usarmos o trecho de uma música do Herbert Vianna gravada pelo conjunto musical Paralamas do Sucesso que dizia que *“há um cais de porto para quem precisa chegar...”*.

Algum tempo depois, no curso de Especialização em Saúde Mental, pude ler um documento assinado por Franco Rotelli. O autor discutia o processo de reforma implementado na Itália a partir do um mecanismo – a Empresa Social – que para ele seria um instrumento de construção de sujeitos e de direitos. Não se tratava apenas de discurso sobre a (re)construção de subjetividades e de respeitar o direito das pessoas, mas de efetivamente haver um instrumento material e concreto de (re)construção dos “sujeitos-loucos” e dos seus direitos. Os dois episódios definiram a maneira com que passei a perceber a Bolsa-Auxílio e influenciaram minha escolha do Programa como objeto de estudo.

Na elaboração da dissertação encontrei um recorte de jornal com um artigo intitulado “Muito Doido”, de maio de 1994, período em que iniciei minhas atividades profissionais e minhas leituras relacionadas à área de Saúde Mental. Lembro-me de ter guardado o jornal por ter ficado sensibilizada com as fotos do artigo e porque os jornalistas¹ falavam sobre a grande transformação ocorrida no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, cenário da reportagem e naquele momento meu novo local de trabalho. Agora, ao visualizar seus rostos tenho sentimentos e percepções diferentes.

Conheço todos, sei seus nomes e identifico algumas características marcantes das histórias e trajetórias de vida de cada um deles. Sete são pessoas que viveram os últimos vinte ou trinta anos internados em hospitais psiquiátricos, dois já faleceram pois o manicômio seqüestrou anos de vida de muitos, oito residiam no Albergue do Jurujuba quando os conheci. Eles fazem parte do grande número de indigentes e crônicos produzidos pelo asilo, daqueles denominados por alguns autores de “pacientes psiquiatrizados” pela longa estadia nos hospícios. São os sem-razão, sem-nome, sem-qualificação, sem-cidadania, sem-família e sem-vínculos sociais. Um deles foi fotografado durante uma de suas internações e hoje faz tratamento ambulatorial.

A essas pessoas que representam centenas de outras confinadas por sua diferença presto minhas homenagens na contracapa desse trabalho.

O momento de término e entrega do estudo ocorre numa conjuntura muito especial. O primeiro ano do século XXI, quando para Stanley Kubrick o homem seria capaz de realizar uma verdadeira odisséia no espaço, é palco de significativos acontecimentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), compilando os dados referentes à saúde mental, divulgou em um relatório denominado “Cuidar sim, excluir não” que mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de perturbações mentais, neurológicas, problemas psicológicos ou relacionados ao uso abusivo de álcool ou drogas. Tais números, que representam 3% da população mundial, 10% da carga das doenças e 11% dos casos de incapacidade,

¹ Daher, D. et al., 1994. Muito doido. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15 de maio, Caderno Niterói, p.1.

levaram à escolha, pela primeira vez, do tema "Saúde Mental" para celebrar em 07 de abril o Dia Mundial da Saúde e o ano de 2001 como o Ano Internacional da Saúde Mental.

Especialistas da OMS mostram-se preocupados com um possível aumento do número de agravos na área de saúde mental nas próximas duas décadas. A dependência alcoólica atinge no mundo 140 milhões de pessoas e pode aumentar mais 14% até 2020. Já a depressão, quinta maior responsável pela carga mundial de morbidade², deverá ocupar o segundo lugar no mesmo ano. Os prejuízos financeiros, a pobreza e a falta de acesso aos medicamentos agravam os problemas e suas conseqüências tanto nos países ricos quanto nos pobres. Outro aspecto preocupante assinalado é que 25% dos países não consideram tais agravos como justificativas para aposentadorias e benefícios.

O documento ressalta que a falta de tratamento adequado pode converter-se em uma pesada carga para os países e informa que em 1999 as perdas econômicas ligadas à depressão situaram-se em 50.8 milhões de dólares. Muitos países não estão preparados para prestar a atenção necessária ao grave problema: 43% não têm políticas na área e 23% não contam com legislação sobre doenças mentais.

No relatório da OMS o Brasil é citado como um dos países em que houve avanços no tratamento por meio de programas inovadores e pela substituição de hospitais psiquiátricos por outras formas de atenção. E, ainda, estima que cerca de cinco milhões de pessoas que representam 3% da população brasileira necessitem de tratamento regular na área de saúde mental. O governo brasileiro anunciou que quer acabar com as longas internações que elevam os gastos no Sistema Único de Saúde (SUS) chegando a R\$ 450 milhões por ano e sanear a área psiquiátrica, considerada como o maior foco de fraude no sistema de saúde, realizando para isso auditoria em todos os manicômios e cadastrando as cerca de oitenta mil pessoas internadas.

Outro aspecto importante para o Brasil foi a aprovação, depois de onze anos de tramitação, da Lei da Reforma Psiquiátrica, que extingue os manicômios e propõe alternativas assistenciais, sancionada pelo Presidente da República na véspera do Dia Mundial da Saúde que teve a saúde mental como tema. Durante aproximadamente uma semana a Lei Paulo Delgado esteve nas páginas dos principais jornais do país, debatida por autoridades e especialistas da área de saúde. Todos eles, favoráveis à lei ou não, apresentaram o mesmo diagnóstico: o sistema brasileiro precisa mudar, as instituições psiquiátricas de grande porte de nada adiantam e a ênfase deve ser dada ao atendimento ambulatorial.

A nova lei esbarra na falta de infra-estrutura para atendimento ambulatorial e estabelece a realização de uma enorme tarefa pois o SUS gasta apenas 11% dos recursos financeiros no sistema extra-hospitalar. Dentre os pacientes internados 25% encontra-se no hospital psiquiátrico há mais de um ano. No Brasil onze estados da Federação já aprovaram leis propondo um novo modelo de atendimento à saúde mental.

² De acordo com as estimativas dos DALE (disability-adjusted life expectancy at birth ou "anos de vida ajustados pela incapacidade") de 1998, os episódios depressivos graves estão em quinto lugar. Os DALE constituem-se em um indicador elaborado pela OMS, Banco Mundial e Universidade de Harvard e medem o peso global de uma doença associando, de um lado, os anos de vida perdidos em conseqüência da morte prematura e, de outro, os anos de vida produtiva perdidos pela incapacidade resultante da doença.

Apesar das grandes transformações ocorridas nos anos 1990 no âmbito da saúde mental e no setor saúde como um todo, inclusive reconhecidas pela OMS, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira encontra obstáculos culturais, institucionais e políticos para sua viabilização. A I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada em julho de 2000, revelou que no país persiste um modelo anacrônico de atenção à saúde mental e reiterou a necessidade de providências urgentes em favor dos seres humanos que encontram-se abandonados e esquecidos atrás dos muros e grades dos manicômios brasileiros. A caravana fez parte de um projeto da Câmara dos Deputados que objetiva “*superar a dicotomia existente na política brasileira entre governantes e concernidos por suas decisões*” e criou um comitê que visitou instituições psiquiátricas em sete estados contando com representantes dos poderes legislativo, judiciário e executivo e com membros da sociedade civil. Das recomendações e sugestões encaminhadas ao Ministério da Saúde e às autoridades estaduais locais constavam a necessidade de posicionamento público a favor da reforma psiquiátrica brasileira e da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e de investimentos legais e operacionais por parte dessas autoridades.

O documento solicitava a convocação da III Conferência Nacional da área, supervisões, descredenciamento e interdições em manicômios de alguns estados da Federação, fortalecimento à criação de serviços ambulatoriais alternativos e substitutivos e lares protegidos, regulamentação do emprego da eletroconvulsoterapia (ECT), proibição de cirurgias neurológicas em pacientes psiquiátricos e transferência imediata de todos os dependentes químicos para centros de tratamento de natureza não psiquiátrica.

Propunha, ainda, que o Ministério da Saúde elaborasse uma política de atenção e suporte financeiro aos familiares de usuários dos serviços de saúde mental comprovadamente carentes. A medida permitiria que milhares de loucos fossem cuidadas no âmbito de suas relações familiares e desempenharia um relevante papel social ao amparar pessoas em situação de miséria.

À aprovação da Lei Paulo Delgado e ao Ano Internacional da Saúde Mental soma-se no cenário nacional a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental marcada para dezembro de 2001.

A III Conferência de Saúde Mental, entendida como um espaço específico e legítimo para discutir o processo implementado, deliberar diretrizes e trazer estratégias, que possibilita a ampliação da participação de usuários, familiares e diversas instâncias de controle social era uma solicitação dos profissionais da área de saúde mental desde 1993. Durante a realização da XI Conferência Nacional de Saúde o tema saúde mental foi de grande relevância para os delegados que, aproveitando o momento conjuntural e o momento político brasileiro favorável, induziram a convocação da conferência específica da área.

Em março de 2001 foi realizada a “Oficina de Inclusão das Ações de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família” em que foi elaborado um plano de ações que certamente ampliará o acesso aos cuidados da população de baixa renda face à prioridade de alocação de recursos conferida ao PSF pelo Ministério da Saúde. Está em curso também a viabilização de um instrumento de proteção social pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde que destina recursos financeiros para apoiar, por meio de complementação de renda, o processo de desinstitucionalização de loucos com longa permanência em hospitais, desamparados e/ou que perderam seus vínculos familiares. Essas pessoas

passarão a receber um bônus do governo para viabilizar sua sobrevivência e (re)inserção na sociedade. O bônus deverá ser instituído após regulamentação por parte do Ministério da Saúde.

As grandes mudanças operacionalizadas no campo da saúde mental fizeram surgir um complexo e desconhecido cenário, geraram incertezas e baixa clareza sobre as inovações propostas. Assim, estudos que envolvam avaliações de instrumentos destinados à proteção social e à (re)inserção dos loucos, como é o caso da presente pesquisa, podem ser de grande utilidade na orientação de ações como o bônus de apoio à desospitalização, de abrangência nacional.

...

O presente estudo objetivou descrever e avaliar o Programa de Bolsa–Auxílio do Hospital de Jurujuba, Niterói/RJ, criado para apoiar o processo de desinstitucionalização e a (re)inserção social de pacientes psiquiátricos desse hospital. A bolsa–auxílio remunera uma ocupação sem estabelecimento de vínculos trabalhistas e é concedida a usuários que estejam sob acompanhamento técnico. No estudo, avaliou-se o processo de formulação e implementação do Programa de Bolsa-Auxílio e ainda alguns efeitos gerados em seus beneficiários.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresento a abordagem teórico-metodológica do estudo constituída por: a) a construção histórica do paradigma da doença mental baseado nas relações de poder entre usuários, técnicos e instituições, que propiciaram o domínio dos profissionais sobre os usuários; b) as considerações sobre o campo da exclusão social e as especificidades do processo em relação aos loucos; c) a discussão sobre a desconstrução do paradigma da doença mental alicerçada no questionamento do modelo de atendimento autoritário e segregador que tinha o hospital como núcleo, na inversão dos papéis dos protagonistas e em ações que determinassem o retorno das relações de trocas sociais dos usuários e buscassem a autonomia e a (re)inserção social possíveis para esse grupo vulnerável. Apresento ainda algumas considerações sobre a análise de processos de desinstitucionalização implementados em outros países.

Na metodologia apresento o objeto e a maneira como foi viabilizada a pesquisa, que buscou analisar e avaliar a cadeia de implementação do Programa e responder se e como a Bolsa-Auxílio contribuiu para a desinstitucionalização e a (re)inserção social de seus bolsistas.

No segundo capítulo apresento o contexto político-institucional da área de saúde mental no Município de Niterói na época de formulação e durante o de implementação do Programa de Bolsa-Auxílio tentando apontar a permeabilidade do subsector saúde mental municipal às inovações propostas.

No terceiro capítulo descrevo e avalio o processo de formulação e de implementação do Programa a partir de: 1- a adequação entre a proposta inicial e o formato gerado; 2- os efeitos sobre os atores sociais envolvidos (resistências, adesões, alterações), a aprendizagem institucional, e as modificações do processo nos diferentes tempos; 3- os mecanismos que favoreceram ou refrearam o processo, a forma de organização da intervenção e da demanda, a aderência da proposta às condições do demandante, o perfil do gasto e a capacidade de mobilização dos recursos.

No quarto capítulo analiso as percepções dos entrevistados sobre os efeitos da Bolsa-Auxílio na desinstitucionalização e na criação e/ou (re)composição dos vínculos sociais de seus beneficiários.

O último capítulo discute as questões apresentadas anteriormente tentando apontar conclusões sobre o objeto estudado que possam servir de referência para futuras pesquisas e de subsídios para a formulação e implementação de instrumentos, projetos e programas na área de saúde mental que busquem a (re)inserção social dos loucos.

Capítulo I – Exclusão dos loucos: continuidades e rupturas

“Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não <há> espécies, não há raças de loucos; há só loucos” (Lima Barreto – Diário do Hospício. O Cemitério dos Vivos).

A Construção do Paradigma da Doença Mental: a ausência de sentido e a periculosidade

As relações tradicionais da sociedade com o louco derivaram do processo de construção do modelo psiquiátrico moderno. Foucault (1995) e Castel (1991a) mostraram que o nascimento da psiquiatria na era moderna transformou a loucura em doença mental e possibilitou a exclusão do louco da razão e da cidadania. Foi portanto um processo historicamente datado. A razão iluminista e seu discurso científico edificaram a figura da doença mental construindo a percepção de desrazão e periculosidade, o que determinou a maneira da sociedade compreender e lidar com a loucura.

Foucault analisou as condições históricas que possibilitaram a apropriação da loucura pelo saber médico, buscando entender a *“rede de relações entre práticas, saberes e discursos que vêm fundar a psiquiatria”* (Amarante, 1998:24). Para Machado, esse autor analisou as características, as dimensões e a importância da ruptura que ocorreu concluindo que *“depois dela, não é mais possível falar rigorosamente de doença mental antes do final do século XVIII”* (Machado, 1981:58). Analisando os saberes, as práticas de internamento e as instâncias sociais (família, igreja, justiça, medicina) relacionadas, e generalizando a análise às causas econômicas e sociais das mudanças ocorridas nas instituições, Foucault *“foi capaz de explicitar as condições de possibilidade históricas da psiquiatria”* (Machado, 1981:59).

O aprisionamento em asilos de mendigos, desempregados, loucos, doentes, desviantes e pessoas sem teto ocorrido no século VII, denominado por Foucault como o Grande Enclausuramento, buscava ocultar a miséria e a desorganização social decorrentes da crise econômica européia provocada pela mudança nos modos de produção. Com exceção de algumas doenças, a solução asilar oferecida e que se impunha, destinava-se àqueles que não se apresentassem socialmente integrados (Castel, 1991a). O que ocorreu foi a separação entre loucura e razão, baseada na ética moral e não na literatura médica.

“O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos” (Foucault, 1995:79).

O advento da nova ordem social, da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, do contrato social e da livre circulação de pessoas e mercadorias trouxe a necessidade de refletir sobre os

limites da liberdade impostas pelo absolutismo do Antigo Regime. O alienado não podia mais ser enclausurado, pois as novas normas proibiam a privação da liberdade sem garantias jurídicas. A razão iluminista e o racionalismo científico do século XIX passaram então a justificar a reclusão do louco como terapêutica e indispensável, sendo possível curá-lo com o isolamento, que o afastaria do mundo externo perturbador, das paixões irritantes e da exaltação das idéias, em um local apropriado: o asilo. De posse da loucura a psiquiatria construiu o hospício como lugar de tratamento e internou os “doentes mentais” separando-os do convívio social, para que pudessem ser tratados.

“A prática do internamento no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Enfim, em vez de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade” (Foucault, 1996:121).

A psiquiatria nascente vinculou seu destino ao da instituição total pela conjunção de razões técnicas e políticas, teve em Pinel³ um implementador e um gerente eficaz e humano e desenvolveu-se através do tratamento moral e da estratégia da ordem (isolamento, organização do espaço asilar, classificação nosográfica das doenças mentais e relação de autoridade entre médico e paciente). O gesto libertador de Pinel ao desacorrentar e classificar os loucos teria sido o momento fundador da Psiquiatria Moderna (Castel, 1991a). Assim, o asilo se tornou uma instituição que catalogou o louco, reduzindo a complexidade do fenômeno da loucura, agora transformada em doença mental, a um conjunto de sintomas e medicalizou a diferença em busca da cura.

“Essa transformação crucial no lugar simbólico da loucura na cultura ocidental remodelou os eixos antropológicos de sua existência histórica, pois deslocou a relação crucial existente no Renascimento entre as figuras da loucura e da verdade” (Birman, 1992:76).

A Psiquiatria teria desempenhado um outro importante serviço à sociedade moderna. O alienado por ser supostamente irresponsável, não era um cidadão de direitos e não estava inscrito no universo da razão e da vontade, estando fora das leis, das novas regras de convívio e do contrato social. Essa falha teria sido corrigida pela Psiquiatria ao se aliar ao Direito na construção da inimputabilidade criminal do louco que perdura até hoje. *“A psiquiatria era a garantia que salvava a legalidade”* (Desviat, 1999:17). O manicômio teria então diversas funções: 1- médica e terapêutica (questionada desde cedo pela massificação dos asilos e a vitória do organicismo); 2- social (refúgio para loucos pobres); e 3- proteção da sociedade de um grupo de pessoas cujo comportamento não seria aceito pela maioria, e que transitava no limite da legalidade (Desviat, 1999).

³ Philippe Pinel (1745-1826) com sua “tecnologia pineliana” foi o principal representante da figura do médico clínico que surgiu apenas a partir de 1793 (Castel, 1991a).

Construiu-se então um novo lugar para a loucura e uma nova maneira de percebê-la não só como desrazão e desordem, mas também como violência, que determinou seu banimento do convívio social e a perda dos direitos de cidadania. O louco passou a ser internado e medicalizado para ser curado, para ser protegido e para proteger a sociedade. O que determinou o estatuto especial do louco foi “*um conjunto de categorias jurídicas e morais que preexistem à vida civil do insano*” (Delgado, 1992:23). O modelo de relação estabelecido com o louco que possibilitou sua exclusão baseou-se nesse conjunto de categorias negativas: improdutividade, inculpabilidade, ausência de razão, possibilidade iminente de transgressão, inimputabilidade, incapacidade de convívio familiar e social e periculosidade. Mesmo sob o reinado das luzes o Iluminismo manteve essas pessoas nas sombras.

Goffman (1996:8), a partir de um estudo de campo em um hospital psiquiátrico, cujo objetivo era “*conhecer o mundo social do internado, na medida em que esse mundo é subjetivamente vivido por ele*”, cunhou o conceito de instituições totais. Nessas instituições se destacariam a carreira moral, a estigmatização ou a mortificação do eu e a ausência de trocas sociais.

“Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1996:11).

Na descrição do processo de “mortificação do eu” o autor revelou o caráter de violência dessas instituições. O interno perdia seus bens, sua aparência individual, o sentido de segurança pessoal, a privacidade, o respeito à reserva de informações sobre si mesmo e se encontrava sujeito a sanções por respostas e comportamentos (como apatia ou agressividade) considerados não satisfatórios. Os indivíduos eram despidos das condições que possibilitavam sua organização pessoal e a concepção de si mesmos, configurando grupos excluídos que tinham grande dificuldade em estabelecer vínculos com outros grupos sociais e/ou com a sociedade em geral (Goffman, 1996).

Para Basaglia nas instituições totais ou instituições da violência haveria “*uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*” (Basaglia, 1985:101). Para o autor, as sociedades “de bem-estar” não deveriam expor sua face de violência para evitar contradições que se voltariam contra elas e, por isso estenderam a concessão do poder aos técnicos “*que o exercerão em seu nome e continuarão a criar, através de novas formas de violência - a violência técnica - novos rejeitados*” (Basaglia, 1985:102). Assim, os técnicos perpetuaram a violência em ações aparentemente curativas. A exclusão do louco teria como causa, menos a doença do que a perda do poder contratual, tornando-o:

“Um homem sem direitos submetido ao poder da instituição, à mercê portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu” (...) “*tal exclusão ou expulsão da sociedade resulta antes da ausência do poder contratual do doente (ou seja, de sua condição social e econômica) que da doença em si*” (Basaglia, 1985:107).

A construção do saber científico sobre a loucura permitiu à psiquiatria a possibilidade de controle social, gerou efeitos segregadores e determinou práticas de violência que criaram e reproduziram diferenças estigmatizantes. O termo estigma foi definido como um atributo negativamente percebido inserido em uma linguagem de relações. A identidade social, formada por atributos percebidos como positivos ou negativos em oposição aos atributos do outro, pode revelar estranheza e medo a partir da construção de estereótipos sociais, agrupando portadores de características reconhecidas com negativas. Dessa maneira as percepções de improdutividade e de periculosidade foram associadas a todos os loucos “*Um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo*” (Goffman, 1974:13).

Para Birman (1992) a modalidade de cidadania do “doente mental”, denominada por ele de **cidadania tresloucada**, é marcada por um paradoxo estrutural. Com o surgimento da figura da doença mental foi atribuído ao louco o estatuto social de enfermo, com direito a tratamento e proteção do Estado, porém esse mesmo discurso autorizou sua exclusão, a destituição de seus direitos e de sua condição de cidadania plena. Para o conjunto de indivíduos a conquista da condição de cidadania plena instituiu um modelo universal de direitos, para os loucos instituiu um tutelado, centrado no Estado e na racionalidade médica.

Segundo Resende (1994), a construção da percepção sobre a loucura como doença mental iniciou-se no Brasil no século XIX na vigência de uma sociedade considerada pelo autor como “rural pré-capitalista” polarizada entre dois extremos: senhores e proprietários *versus* escravos, tendo entre eles uma massa crescente de inadaptados, sem trabalho definido ou sem trabalho algum. Essa massa, composta principalmente por negros, mulatos e mestiços, repelida pelo preconceito ou pela inexistência de empregos se “arrastaria” pela indigência, seria engrossada pelos loucos e incluída na rede de repressão à desordem, à ociosidade e à mendicância.

Para o autor, o processo de exclusão dos loucos acompanhou numa primeira fase os outros desadaptados e posteriormente reconheceu-se na loucura uma especificidade, o que fez com que fosse triada do conjunto de miseráveis em função de denúncias e apelos humanitários. Mas, apesar disso, seu destino foi paralelo aos marginalizados de outras naturezas: “*exclusão em hospitais, arremedos de prisões, reeducação por laboterapias, caricaturas de campo de trabalho forçados*” (Resende, 1994:36). A história e o trajeto da assistência psiquiátrica em nosso país se constituiria em volteios que se sucederiam sobre o mesmo tema: “*Exclusão, eis aí a palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje...*” (Resende, 1994:36). Coube à Psiquiatria um papel histórico que foi o de “*recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade brasileira*” (Resende, 1994:69).

Na atual sociedade brasileira “excludente, rígida e hierárquica”, os grupos sociais desprovidos de poder e de vocalização, mas portadores de identidade, como foi e ainda é o caso dos loucos, “*permaneceriam alvos preferenciais dos aparatos de controle, rotulação e reclusão*” (Costa & Tundis, 1994:12).

O Campo da Exclusão Social

Foucault, escrevendo no início dos anos 80, relacionou a noção de exclusão social a banimento, reclusão e expulsão e ao poder que os saberes exerciam sobre o corpo social. O termo que tinha um caráter subjetivo⁴ serviria para analisar as formas de distribuição do poder, as modalidades de controle social existentes, os efeitos segregadores e estigmatizantes de práticas não econômicas exercidas regularmente e “naturalizadas” pela sociedade (Foucault, 1991; 1996). Santos (1995) distinguiu a esfera socioeconômica (desigualdade social), da esfera sociocultural (questões simbólicas e morais) e situou na segunda esfera a exclusão social e seu grande teórico Michel Foucault (Santos *apud* Vêras, 1999).

Em meados dos anos 80, o termo exclusão social tornou-se corrente, ganhou um outro sentido e foi relacionado à perda do trabalho e à nova pobreza. Ocorreu uma passagem do campo subjetivo para o campo objetivo, pois passou a ser utilizado na crise da “sociedade do trabalho” e aos seus efeitos – o desemprego crescente.

Rosanvallon (1995) e Castel (1998) chamaram de “**nova questão social**” as grandes transformações ocorridas na esfera do trabalho no final do século XX. As mudanças, decorrentes do deslocamento do capital de setores da produção para os financeiros, fizeram surgir na França um grupo de desempregados de longa duração. A “nova questão social” poderia ser definida como um processo que se manifestou a partir do enfraquecimento da condição salarial em sociedades que construíram seu acesso aos direitos e à proteção social vinculados ao mundo do trabalho.

O debate acadêmico estabelecido em busca da categoria que melhor definiria e analisaria essa nova questão social – exclusão social, desqualificação social, desvinculação (desafiliação) social – apontou a crise do assalariamento e a diminuição de empregos como responsáveis por inviabilizar a principal via de constituição de solidariedades e de inserção nas “sociedades do trabalho” (Escorel, 1999b).

Rosanvallon (1995) identificou como causa a crise do Estado Providência de ordem filosófica nos anos 90, atribuída a causas econômicas nos anos 70 e de ordem ideológica nos 80. O autor identificou que a diminuição salarial dos trabalhadores se uniu a um “hiato” de solidariedade e propôs refundar o pacto social através de uma nova noção de direito social, o “direito à inserção” que deveria associar ajuda econômica e participação social (Escorel, 1999b).

Castel (1991b) cunhou o conceito de **desvinculação** para caracterizar a ruptura dos vínculos sociais. O autor criou uma hipótese que se destinava a dar conta da complementariedade que ocorreria entre o eixo de integração pelo trabalho – emprego estável, emprego precário, perda do emprego – e a densidade das relações familiares e de sociabilidade – inserção relacional forte, fragilidade relacional, isolamento social. O cruzamento dos dois eixos geraria quatro zonas de diferentes densidades relacionais: integração, vulnerabilidade, assistência e exclusão. A zona de assistência, destinada aos indigentes incapazes para o trabalho, caracterizava um grupo de “pobres merecedores” desvinculados do eixo do

⁴ Para Foucault o estatuto do louco foi conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma “percepção social” (Machado, 1981).

trabalho, porém com vínculos sociais coesos. A zona de vulnerabilidade era composta por aqueles que se encontravam vinculados a um dos

eixos, estando em processo de desvinculação no outro. Não haveria correlações mecânicas pois uma forte densidade relacional em um dos eixos poderia complementar a fragilidade do outro (Castel, 1998).

Paugam (1999) apontou três dimensões necessárias para se compreender o fenômeno da exclusão social: o conceito de **trajetória** que recupera a idéia de que exclusão é um processo; a questão da **identidade**, pois no processo ocorre a interiorização de aspectos negativos; e o fenômeno da **segregação no território** definido como a criação de espaços diferenciados para os menos favorecidos, que poderia ser analisado não só a partir de trajetórias individuais, mas também com base nas políticas operacionalizadas nesses espaços específicos (bairros operários, bairros para classes menos favorecidas, campos de refugiados, etc).

Nos anos 90 o termo exclusão social sofreu uma depuração conceitual e ganhou um novo sentido. Definido negativamente em oposição à inclusão, ou seja, o que falta ou o que não é, passou a significar que as pessoas não estão só sem trabalho e sem recursos, e incorporou questões como a sensação de isolamento dos indivíduos, o abalo do sentimento de pertencer à sociedade, a perda dos vínculos e da coesão social, a crise de identidade e a anomia (Fontes apud Escorel, 1999). Para Vêras, os anos 90 “*também reeditaram o conceito de exclusão como a não-cidadania, principalmente a idéia de processo abrangente, dinâmico e multidimensional*” (Vêras, 1999:23).

Para Oliveira (1997), a existência no Brasil de uma importante massa de mão-de-obra desqualificada (escravos inicialmente) trabalhando no setor informal, não daria conta de explicar a especificidade da exclusão social contemporânea, que um autor atento chamou de “**nova exclusão**”. Ao cunhar o conceito Nascimento (1994) teria levado em conta a formação de grupos sociais considerados: a) “desnecessários economicamente”, ou seja, os sem qualificação profissional que não atuariam mais como exército de reserva pois não teriam condições de ingressar no processo produtivo moderno e no circuito econômico tradicional e passariam a ser vistos como um peso econômico); b) os “politicamente incômodos”, responsáveis pelos erros e mazelas da política (p. ex. o pobre que alcançou o estatuto de eleitor) e c) os “socialmente ameaçadores”, vistos como transgressores da lei e bandidos em potencial. A exclusão moderna configuraria um grupo social economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador e portanto passível de eliminação física. “*É esse último aspecto que funda a nova exclusão social*” (Nascimento, 1994:44).

A nova questão social brasileira, surgida nos anos 90, foi percebida a partir da piora das condições de vida e caracterizou-se pelo crescimento da população de rua e da violência urbana, e pela mudança no perfil da pobreza que se tornou urbana e metropolitana (Escorel, 1999b).

Nascimento (1994) considerou a desigualdade econômica como parte integrante da sociedade moderna e de seu dinamismo, ao contrário da exclusão que significava um rompimento com as idéias fundadoras dessa sociedade que seriam a unidade, a universalidade e a mobilidade social.

Na tentativa de apreensão das interferências que os processos de desvinculação teriam sobre os indivíduos vulnerabilizados, Escorel⁵, estudou a população de rua da cidade do Rio de Janeiro e

⁵ As discussões sobre o conceito de exclusão social e suas dimensões de análise que se seguem baseiam-se na metodologia de abordagem e análise proposta por Escorel, apresentadas em dois textos da

articulando os trabalhos de Hannah Arendt e Robert Castel, elaborou um conceito e propôs uma metodologia de análise do fenômeno da exclusão social. Arendt identificou na *vita activa* três atividades: o labor (o metabolismo) que é a própria vida; o trabalho (a capacidade de construir o mundo em que vivemos) e a ação (a capacidade de agir e falar). Exclusão social seria um processo que teria como limite indivíduos reduzidos à sua preservação biológica e impossibilitados de exercer plenamente as potencialidades da condição humana.

Escorel estabeleceu uma análise dinâmica do processo incorporando os dois eixos de vinculação/desvinculação propostos por Castel - mundo do trabalho e dimensão sócio-familiar, e acrescentou outras três dimensões: a dimensão política (cidadania), a dimensão cultural (valores simbólicos) e a da vida. Em cada eixo existiriam entre duas situações polares (uma positiva - inserção, inscrição e integração e outra negativa – exclusão, desvinculação, ruptura) possibilidade de ocorrência de múltiplas e variadas outras situações.

No **mundo do trabalho**, as análises das trajetórias devem estar orientadas em duas direções: as condições de vida do trabalhador (rendimentos, poder aquisitivo, possibilidade de poupança, perspectivas de futuro, mobilidade social) e para a percepção do trabalho como sistema gerador de identidade, comportamentos e valores do trabalhador: “deve ser analisada a posição que o trabalhador ocupa tanto na estratificação socioeconômica quanto na estratificação simbólica (valorização social da função)” (Escorel, 2000:143).

Na **dimensão sócio-familiar** a inserção corresponde a vínculos familiares e sociais sólidos e estáveis. A fragilidade e precariedade nesse eixo levariam ao isolamento, à solidão e às dificuldades na mobilização de apoios financeiros e afetivos frente a situações de vulnerabilidade econômica ou política. No Brasil onde a cidadania não se expandiu e o trabalho formal não se universalizou, pois nunca houve uma situação semelhante à de quase pleno emprego europeu, a família e a comunidade mantiveram-se como o suporte das relações sociais.

No **âmbito político ou esfera da cidadania** faz-se necessário analisar a experiência, a capacidade de apreensão dos direitos, a igualdade no acesso e usufruto desses direitos. Esse eixo integra ainda a capacidade de representação na esfera pública e a ação política, tendo como limite positivo a cidadania social plena (Marshall, 1987). No outro limite, o negativo, estaria o território da infracidadania e ao longo do eixo ocorreriam as situações que revelariam a existência de uma cidadania fragmentada e aí se situariam os grupos sem vocalização e/ou sem poder de representação. As trajetórias de vulnerabilidade levariam à precariedade no acesso e no exercício dos direitos de cidadania e à incapacidade de representação na esfera pública.

Para Dahrendorf (1992) a cidadania não determinaria um tipo homogêneo de “tribo”, mas uma maneira de conviver com as diferenças e deveria ser entendida como prerrogativas, como acesso aos direitos.

Considerando-se que a noção de cidadania (obtenção de direitos) pode variar entre sociedades e entre membros de uma mesma sociedade, ao longo do eixo da dimensão política poder-se-ia observar as

autora: 1- Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social, de 1999 (pp. 75-82) e 2- Vivendo de Teimosos:

várias modalidades de cidadanias que coexistem no Brasil: 1- a **cidadania regulada** (Santos, 1979) definida e regulamentada pelo Estado sobre um sistema de estratificação ocupacional, onde a inscrição de direitos ocorreu num contexto de baixa institucionalização política; 2- a **cidadania concedida** (Sales, 1994) oriunda da cultura da dádiva brasileira, inicialmente com a escravatura, seguida pelo compromisso “coronelistas” e posteriormente pelos mecanismos de patronagem e clientelismo; 3- a **cidadania invertida** (Teixeira, 1994), que seria a concessão de benefícios justamente àqueles que não podem ser cidadãos e, 4- a **cidadania tresloucada** (Birman, 1992), que precisa “*reconhecer a diferença do universo da loucura frente ao da não loucura*” sem que isso implique no não reconhecimento dos seus direitos.

No eixo cultural ocorreriam as trocas de valores simbólicos. Seriam observados os processos de subjetivação, de representação social, da construção de identidades e da relação com os outros. Desvinculação poderia representar não encontrar um reconhecimento nas representações sociais, ou só ter o negativo: discriminação, estigmatização, criminalização, não reconhecimento, indiferença, negação da identidade ou identidade negativa, conformismo, naturalização e banalização.

Bourdieu (1998) usou a figura do contrabaixo, da peça de Patrick Süskind, e sua posição na orquestra para exemplificar a representação social sobre os papéis que os indivíduos desempenham na sociedade. Essa comparação mostrou a experiência dolorosa que podem ter as aqueles que, como o contrabaixista, ocupam posições inferiores, obscuras, marginalizadas dentro de um universo prestigiado (a orquestra), onde em algumas ocasiões o mais doloroso seria participar apenas o suficiente para comprovar seu papel inferior frente ao que está situado no mais alto nível. Além do papel em si existiria um juízo de valor sobre esse papel. São os valores culturais e simbólicos que marcam as diferenças entre os indivíduos.

Os estereótipos sociais permitiriam agrupar um conjunto de pessoas que tendo uma etiqueta seriam percebidas como portadoras de outras características negativas a ela associadas. Dessa maneira se configuraria o estigma que pode rotular como bandidos todos os habitantes da Cidade de Deus e do Morro do Cavalão, e como perigosos todos os loucos.

Reações radicais à diferença do outro se manifestariam por hostilidade e indiferença. A indiferença levaria a uma “naturalização” do processo o que faria com que se percebessem os “mendigos”, “pedintes” e “doidos” como parte da paisagem das grandes cidades. Já a hostilidade estaria dirigida a quem nos ameaça e que poderia justificar a eliminação física dos ameaçadores.

No **mundo da vida** (dimensão humana), as trajetórias de desvinculação incluiriam fenômenos relacionados à saúde/doença e à violência. Os pólos seriam a longevidade e a vida saudável (positivo) e a morte (negativo). Nesse eixo estariam enquadradas episódios de morbidade, diferenças na esperança de vida, gravidade das patologias, incidência de morbidade/mortalidade em determinados grupos sociais e ainda as iniquidades de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Os loucos configuram um grupo com vulnerabilidades e perda dos vínculos sociais devido aos longos períodos de afastamento, às características do sofrimento psíquico que os acomete e ao processo histórico de exclusão social de que foram vítimas.

moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: Burszty (org.) No Meio da Rua (pp.139-171), de 2000.

No eixo cultural, a percepção negativa construída pela sociedade sobre a loucura determinou a vulnerabilidade predominante e que ocasionou segregação e violência, criando e reproduzindo diferenças estigmatizantes. A exclusão do louco decorreu do seu lugar social e não de uma patologia. As noções de desrazão e periculosidade legitimaram o uso da violência sobre aqueles que a sociedade percebeu como ameaçadores e, possibilitaram incluir na massa de crônicos dos asilos: mendigos, arruaceiros, alcoólatras, crianças órfãs e deficientes, “*moças desvirginadas e desonradas*” (Resende, 1994:52) e estrangeiros como o “japonês”, internado no hospital de Jurujuba por atirar pedras nos transeuntes, que viveu e morreu isolado “*devido a dificuldade de se entender o que falava o paciente*” (Mouzinho & Carreteiro, 1996:6). E, ainda, o não reconhecimento da diferença dos loucos levou: à indiferença, ao conformismo, à naturalização e banalização que faz com que “doidos” circulem pelas ruas das cidades abandonados à própria sorte, devendo prover seu próprio pão e abrigo; ou, à manutenção de internações e de hospícios alicerçada na indignação de alguns profissionais sobre o abandono de que os loucos seriam vítimas após a alta dos hospitais psiquiátricos.

No âmbito político a perda do poder contratual traduziu-se na precariedade no acesso e no exercício dos direitos de cidadania e de representação na esfera pública. Tal processo determinou para alguns autores a não cidadania dos integrantes desse grupo vulnerável e, para outros autores, uma modalidade específica de cidadania – cidadania tresloucada. A noção de desrazão levada à vida civil ocasionou sua interdição. Os loucos integram o código civil brasileiro como “*absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil*” e portanto perderam seus direitos civis, o que justificou ao longo do tempo as atitudes violentas ocorridas. A interdição é viabilizada pela Justiça por meio da abertura de um processo e justificada como um fator de proteção aos portadores de sofrimento psíquico. Em função disso, os direitos sociais quando existiam encontravam-se ligados à condição de tutela dos insanos, o que levou à prática abusiva de tal procedimento por familiares de usuários para regularizar benefícios previdenciários. Isso foi devido à percepção de que a incapacidade para o trabalho estaria, em relação a esse grupo vulnerável, ligada à incapacidade civil.

Em relação aos direitos políticos o processo de redemocratização brasileiro trouxe grandes avanços no cenário nacional dos quais fizeram parte os loucos, a quem não é vedado o exercício eleitoral e a participação organizada.

No mundo do trabalho esses “sem-razão” e perigosos eram e ainda são vistos como incapazes. As vulnerabilidades das relações ocupacionais decorreram do fato de terem sido encerrados nos hospícios por muitos anos. Naqueles com curtos períodos de internação, ou mesmo com tratamentos ambulatoriais, as iniquidades no acesso à educação e ao mercado de trabalho e, ainda, a vulnerabilidade socioeconômica foram responsáveis pela deterioração das condições de vida. Nos asilos brasileiros predominantemente estiveram internados migrantes rurais desadaptados à vida urbana, desempregados e trabalhadores desqualificados e/ou com ocupações pauperizadas. Essas pessoas não tiveram no mundo do trabalho sistema gerador de identidade, comportamentos e valores do trabalhador nem a percepção da titularidade dos direitos associada. Os loucos, “economicamente desnecessários”, enquanto pessoas sem qualificação profissional e sem condições de ingressar nos circuitos de trocas; “politicamente incômodos” e “socialmente ameaçadores”, porque teriam contribuído para o crescimento da população de rua e da

violência urbana após terem sido abandonados por deficiência de suporte social à desinstitucionalização, integrariam e engrossariam o contingente dos novos excluídos.

Na dimensão sócio-familiar a fragilidade e precariedade nas relações sócio-familiares decorreram da deficiência de recursos econômicos, da própria percepção de incurabilidade e periculosidade atribuída aos loucos e, ainda, da busca por cuidados mais adequados. No Brasil onde a cidadania não se expandiu e o trabalho formal não se universalizou, pois nunca houve uma situação semelhante à de quase pleno emprego europeu, a família e a comunidade precisaram manter-se como o suporte das relações sociais. Acredita-se que parte da dificuldade na adesão dos familiares de usuários dos serviços de saúde mental à desinstitucionalização dos loucos seja devida: 1- ao desconhecimento dos atores e agências que deveriam arcar com tal responsabilidade; 2- ao descrédito no sistema de proteção social existente; 3- à não percepção sobre o direito a ter direitos; e, 4- à preocupação das famílias em arcar com os cuidados e o suporte econômico dessas pessoas, algumas delas egressas de uma vida inteira de permanência em manicômios.

No mundo da vida foram encerrados e submetidos a atos de violência, morreram precocemente, ou então foram abandonados à própria sorte, devendo conseguir pão e abrigo por conta própria, sob o olhar conivente da sociedade. Nessa dimensão situar-se-iam as internações compulsórias, os desqualificados atendimentos de emergência, a desigualdade de acesso e utilização dos serviços de saúde traduzidos pela precariedade e/ou má qualidade no atendimento a agravos clínicos e cirúrgicos tão comuns nesse grupo vulnerável.

Nos hospícios ocorreram imundície, superlotação, péssimas condições de hotelaria, alimentação inadequada, deficiência de pessoal, falta de assistência médica, baixa qualificação e excesso de força dos “atendentes”, agressões e maus tratos: uso de “camisas de força”, banhos frios, cordas, tiras, argolas, coleiras, mordanças e jejuns.

As altas taxas de mortalidade verificadas deveram-se a omissão: ligadas a causas clínicas como o beribéri por insuficiência de ingestão de vitamina C ou a suicídios. E, ainda, em alguns casos a morte violentas (assassinatos) por agressão de profissionais ou outros internos. Os asilos foram grandes fornecedores de cadáveres para faculdades de medicina. O aumento da esperança de vida ao nascer ocorrida no Brasil nos últimos anos certamente não incluiu os loucos dos manicômios, responsáveis pelos muitos anos de vida perdidos e potencialmente perdidos de seus habitantes mortos precocemente. Não existe um indicador para avaliar a perda pelos anos de improdutividade a que foram submetidos.

Os atos de violência física diminuíram na maioria dos hospícios. As agressões físicas e amarras restringem-se a poucas instituições. Entretanto tais práticas foram substituídas por uma forma de violência mais sutil existente nos hospitais psiquiátricos humanizados onde os loucos encontram-se ainda submetidos à tutela dos técnicos e integram o circuito da assistência social. E, ainda, fora dos muros das instituições de exclusão, nos muitos atos opressivos e/ou de descaso praticados contra os pobres “pseudo-cidadãos” brasileiros.

O fenômeno da exclusão social brasileira configuraria um processo dinâmico e com várias dimensões abrangendo as pessoas sem trabalho, sem recursos, isoladas, que perderam seus vínculos sociais e sua identidade. Teria na pobreza urbana e metropolitana seu fomento. O processo de exclusão

dos loucos apresenta especificidades, pois constituem um grupo vulnerável característico pelos muitos anos reclusos e o sofrimento psíquico que apresentam, integrando também o grupo social economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador que configura a exclusão moderna.

A Desconstrução do Paradigma da Saúde Mental: a desinstitucionalização

A noção de desinstitucionalização surgiu e se delimitou nos processos de reestruturação socioinstitucional das sociedades européia e americana após a Segunda Guerra Mundial. Confundiu-se com a história da constituição dos Welfare States e com a maturação das democracias nos países centrais. Para Barros (1994b) foi nesse espaço que os “técnicos do saber prático” ocuparam um espaço crescente na organização e administração da vida social geridos por critérios científicos e de racionalidade. A redefinição política e econômica do pós-guerra exigia uma reorganização institucional e ética. Nesse cenário de grande desenvolvimento dos movimentos civis sob o princípio da solidariedade, e de maior tolerância e sensibilidade com as minorias, pois o bem-estar deveria atingir a todos, inclusive os loucos, os manicômios com seus deserdados sociais provocaram revolta e passaram a ser comparados aos campos de concentração. Teorias sobre a sociologia das instituições psiquiátricas, relatos sobre as condições desumanas dos pacientes nos asilos, e críticas ao papel custodial da Psiquiatria surgiram em diversos países, mostrando os efeitos deletérios das internações prolongadas na evolução e no prognóstico dos transtornos psíquicos.

As propostas para resolução do problema, implementadas nos diferentes países, possuíam algumas bases comuns, mas se diferenciaram nas respostas práticas desenvolvidas. *“As características sociopolíticas de cada país - e, mais concretamente de seu sistema sanitário -, juntamente com o papel outorgado ao manicômio, iriam diferenciar os movimentos de reforma psiquiátrica”* (Desviat, 1999:23).

As políticas de saúde mental tanto na Europa quanto nos Estados Unidos propunham a mudança do modelo assistencial de internação e segregação, para uma proposta de intervenção no território que seria realizada mais eficazmente por meio de serviços comunitários. Duas possibilidades foram discutidas. A primeira privilegiava a criação de centros comunitários de atenção, deslocando para estes a ênfase anteriormente dada ao manicômio, acreditando que seu enfraquecimento viria como consequência lógica. A segunda, desenvolvida na Itália, defendia a necessidade de criar condições que possibilitassem desmontar o hospital psiquiátrico partindo de seu próprio interior. Além disso, a reforma do atendimento comunitário exigia a criação de um sistema de saúde universal e equitativo, descentralizado e participativo; uma organização unitária de serviços e a integração dos três níveis de atenção (educação para a saúde, assistência e reabilitação), com um financiamento próprio e que atendessem às populações e não apenas aos “doentes”, ou seja, o que se tem denominado como Sistema Nacional de Saúde (Desviat, 1999).

O termo desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos, na década de 60, em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, para designar os processos de desospitalização e retorno para a comunidade de todos os institucionalizados. Para Barros (1994b) no processo de reorganização

social americano, a doença, a miséria, a pobreza e a marginalidade perderam seu caráter privado e passaram a ser problemas públicos, constituindo-se em terreno de investimento produtivo rumo ao desenvolvimento social. Essa prática teria determinado a passagem de perspectiva do “custodialismo” ao assistencialismo. Os pobres e desviantes saíram de sua anomia e passaram a ser os beneficiários e consumidores da assistência social entrando no circuito da dependência. “*Essa é a dupla face da assistência: circuito do direito e, também, circuito da dependência*” (Barros, 1994b: 172).

Nos Estados Unidos, a desinstitucionalização que tinha bases preventivistas teria se constituído em um processo de desospitalização e racionalização de recursos, e na criação de centros comunitários voltados para as populações consideradas de risco, ou seja, passíveis de adoecimento. O resultado do processo norte-americano foi de ampliação da clientela sem propostas de ações efetivas destinadas sequer à clientela já existente. As populações não se vinculavam a nenhum dos serviços e não tiveram suas necessidades atendidas nos serviços que freqüentavam, algumas vezes girando de uma instituição a outra ou num entra e sai contínuo na mesma instituição, constituindo-se dessa maneira uma situação conhecida como fenômeno da porta giratória (*revolving door*). A psiquiatria teria se tornado uma instituição difusa no território que não transformou os paradigmas fundantes do manicômio então humanizado.

A Reforma Psiquiátrica Italiana foi responsável pela mais enfática crítica à psiquiatria como prática de segregação e violência e se tornou um expoente internacional no processo de reforma psiquiátrica. Propunha a **desinstitucionalização** como sinônimo de desconstrução. Configurava-se operacionalmente como um processo de desmontagem no interior das estruturas manicômias realizado ao mesmo tempo no plano do conhecimento, desconstruindo concepções científicas, técnicas e administrativas. Negava a humanização do manicômio identificando-o como lugar de segregação, violência e morte que devia ser negado e superado:

“o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício - a doença - da existência dos pacientes e do corpo social, construindo sob essa separação artificial aparatos científicos, legislativos, administrativos, todos referidos à doença” (Basaglia *apud* Barros, 1994b: 176).

A **instituição negada** na experiência italiana “*era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’ à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’*” (Rotelli, 1990:90).

Para os italianos o objeto da psiquiatria deve ser o “*sofrimento psíquico ou a existência-sofrimento*” (Rotelli, 1990:90), suas relações com a sociedade e o papel de técnico devem estar centrados na reprodução social ocorrida em serviços que efetivamente substituíssem o manicômio. A ação terapêutica somente ocorreria a partir de uma relação de reciprocidade real tornada possível pela liberdade do doente que colocaria o técnico e o louco num mesmo plano (Barros, 1994b).

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi deflagrado por profissionais da área de saúde mental que solicitavam tanto melhores condições de trabalho como melhores condições de assistência aos pacientes. Esse movimento, constituído a partir do final dos anos setenta do século XX,

nasceu parcialmente no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, sendo ambos inspirados na Reforma Italiana, mas tomou seu próprio caminho: introduziu a saúde mental na agenda de debates; propôs transformações éticas, políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura e introduziu a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas. O Movimento da Reforma Psiquiátrica alicerçou-se em uma crise de legitimidade do conhecimento técnico. Os reformadores brasileiros do subsetor de saúde mental estabeleceram um consenso acerca da agenda a ser implementada e situar-se-iam dentro da noção utilizada pela ciência política de “**comunidade epistêmica**” ou de especialistas, onde as funções de uma rede de profissionais com proficiência e competência reconhecidas em uma área em particular se afirmariam ao postular conhecimentos relevantes a determinadas áreas específicas de políticas (Haas,1992).

As novas mudanças propostas e desenvolvidas na área de saúde mental buscavam estabelecer, na prática, os direitos de cidadania e representação e estavam voltadas para um tipo de cidadania, a cidadania plena. O debate sobre o resgate, ou a construção dessa cidadania, apontava para a necessidade de revisão do contrato social moderno e da legislação sobre a loucura colocando em escrutínio o ideal de cura. Assim, “*o projeto universalista do contrato social, entre sujeitos da razão e da vontade, seria insuficiente para encontrar um lugar para a cidadania tresloucada*” (Costa, 1998a:11).

O processo reformador implementado fez com que os loucos, até então excluídos, entrassem na esfera pública apresentando para a sociedade novas questões que exigiam direitos a serem formulados ou modificados.

“O conceito da interdição não se modificará através de correções de textos e ritos legais. O edifício rígido da tutela só poderá mover-se com a contestação ativa, criativa e contraditória do pressuposto da incapacidade civil do louco de todo o gênero. Processo do qual deverá nascer a afirmação positiva dessa cidadania paradoxal, e que vem, com grandes dificuldades, constituindo-se na marca ética das experiências mais significativas da psiquiatria brasileira nesse início dos anos 90” (Delgado, 1992b :110).

Para Amarante (1997), a desinstitucionalização surgiu então como estratégia prática de negação da psiquiatria como construção ideológica e na desmontagem dos aparatos que se edificaram sobre o conceito de doença mental. A Reforma Psiquiátrica trazia como principal objetivo transformar as relações que a sociedade e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental buscando a superação do estigma, da segregação e da desqualificação e procurando estabelecer com a loucura uma relação de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. Nesse contexto foi um processo de construção de reflexões e transformações que ocorreram simultaneamente nos campos assistencial, cultural e conceitual (Amarante, 1997).

No campo conceitual a experiência de sofrimento mental passou a ser percebida na sua complexidade não mais restrita à simplificação de “doença” e o que estava em escrutínio não era o manicômio, mas a loucura. No campo cultural a loucura não era mais percebida como ausência de obra e nem todo louco era percebido como perigoso e violento podendo portando retornar ao convívio social, para isso se fazendo necessário apoiá-lo e (re)inseri-lo.

No campo assistencial a Reforma Psiquiátrica ao determinar uma mudança nos paradigmas que definiam o campo da saúde mental – deixando de considerar o louco como objeto para percebê-lo como sujeito e desmontando o manicômio – exigiu a possibilidade do surgimento de inovações orientadas para a superação do modelo assistencial tradicional através da construção de uma **clínica ampliada** (Goldberg, 1994) e da criação de **dispositivos substitutivos**: CAPS (Centros de Atenção Psicossocial)⁶ e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial)⁷.

Na prática da nova clínica ampliada deve-se levar em conta, além dos cuidados oferecidos por uma equipe multidisciplinar, os direitos fundamentais de qualquer cidadão (liberdade, alimentação, educação, etc.), assim como enfocar as questões jurídicas que perpassam o campo da psiquiatria. Faz-se necessária a interlocução entre a Justiça, no que diz respeito aos direitos civis do louco, e a Saúde Mental com sua proposta de cidadania plena para esse grupo excluído. O papel da equipe multidisciplinar deslocar-se-ia então da tutela para a facilitação da autonomia.

A Reforma Psiquiátrica trouxe a possibilidade de vida civil ativa e a autonomia pessoal como critérios de eficácia terapêutica. Nesse sentido Delgado⁸ (2001) destacou a importância da utilização da noção de “**autonomia possível**” como elemento norteador do processo de (re)inserção social dos loucos. Tal noção vem sendo utilizada em documentos de políticas públicas do Estado do Rio de Janeiro e pelo Instituto Franco Basaglia⁹ objetivando tentar inseri-la na revisão do código civil, para permitir a introdução da interdição parcial do louco. No art. 5 do código civil brasileiro (estatuto da incapacidade civil) encontram-se os “menores”, que crescem; os “surdos-mudos”, que aprendem a se comunicar; os loucos e os “ausentes”, que permaneceriam. “*Tal é o estatuto dos cidadãos loucos: não a ausência de cidadania, porém a cidadania dos ausentes*” (Delgado, 1992:36). Em oposição ao “absolutamente incapaz” do código civil haveria a idéia de autonomia possível, progressiva, em processo.

A (re)inserção social deve ser então entendida como um processo de restituição do poder contratual do usuário visando ampliar sua autonomia, aqui entendida como a capacidade de um indivíduo gerar normas e ordens para a sua vida, de acordo com as situações que enfrente. Essa contratualidade do usuário seria primeiramente estabelecida pelas relações com os profissionais que os atendem por meio de projetos práticos mediados por eles (Kinoshita, 1996).

Os novos serviços têm suas diretrizes de ação e área de abrangência no **território**, entendido como “*conjunto de saberes e práticas políticas, sociais e culturais num determinado contexto histórico*” (Amarante, 1997:171). Assim, a trajetória do louco deve ser do manicômio à cidade, intermediada por esses dispositivos.

⁶ Centro de Atenção Psicossocial: nome emprestado aos centros existentes na Nicarágua onde atuam equipes multidisciplinares em tarefas de prevenção, tratamento e reabilitação e CAPS: sigla criada por pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, São Paulo/SP (Goldberg, 1996).

⁷ Regulamentados pela portaria do Ministério da Saúde nº 189 de 19 de novembro de 1991, os dispositivos substitutivos constituem estruturas intermediárias entre o hospital e a comunidade que devem propiciar a atenção integral exigida, evitando a exclusão e a cronificação. Recebem a denominação de NAPS os serviços territoriais que funcionam 24 hs, sete dias por semana.

⁸ Pedro Gabriel Delgado, comunicação pessoal – 19 de abril de 2001.

Os NAPS seriam a estrutura mais complexa na escala de equipamentos por “*onde passam as definições estratégicas e as iniciativas de respostas*” (Amarante, 1997), devem possuir leitos de apoio para assistência e acompanhamento de situações de crise e funcionar 24 horas, constituindo-se em modelos realmente substitutivos ao manicômio. As propostas assistenciais diferenciadas implementadas nesses novos serviços em todo o Brasil, devem considerar a singularidade de cada usuário e a qualidade de vida das pessoas.

Assim, a questão central da desinstitucionalização poderia ser traduzida como o processo contínuo de desconstrução das instituições de exclusão e sua substituição por inovações que incluam a assistência, a emancipação, a integração social, o protagonismo e a salvaguarda dos direitos dos usuários.

Algumas considerações sobre a análise dos processos reformistas e as conseqüências da desinstitucionalização

Nos países em que foram operacionalizadas reformas na área de saúde mental a desinstitucionalização estruturou-se dentro da construção dos *Welfare States*¹⁰ de acordo com o tipo de proteção social e do modelo de atenção à saúde mental implementados. A política de redução de leitos psiquiátricos, a alocação de pacientes cronicamente institucionalizados em programas comunitários e o desenvolvimento de equipamentos que pudessem substituir as internações psiquiátricas foram componentes centrais nas políticas de saúde mental dos vários países, mas variaram muito nas respostas obtidas.

Fagundes (1998), em revisão bibliográfica sobre experiências de desinstitucionalização desenvolvidas nos diversos países e descritas por vários autores, concluiu que os resultados do tratamento extra-hospitalar poderiam ser superiores ao hospitalar, para a ressocialização tanto de institucionalizados quanto para agudos, desde que conduzido criteriosamente, com planejamento prévio e análise das especificidades locais, e associado a suporte social.

Os trabalhos realizados apontaram para as dificuldades metodológicas: amostras pequenas e heterogêneas, adoção de medidas inconsistentes e imprecisas, não utilização de medidas amplas de resultados que incluíssem aspectos clínicos, sociais e econômicos e dados de utilização dos serviços (Anderson *et al. apud* Fagundes, 1998). São poucos os estudos prospectivos em larga escala que avaliaram a transferência dos cuidados hospitalares psiquiátricos para os serviços comunitários. O mais

⁹ Organização de representação de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares de reconhecimento nacional, com sede no Instituto Philippe Pinel, Rio de Janeiro/RJ.

¹⁰ Para analisar comparativamente os Estados de Bem-Estar Social foram criadas tipologias, sendo as mais utilizadas as de Titmuss (1974) e de Andersen (1985). A primeira define três modelos: residual, meritocrático e institucional-redistributivo. A segunda é considerada mais abrangente por definir como critério o grau de democratização alcançado pelo capitalismo. Seriam também três os modelos da tipologia proposta por Andersen: liberal (Estados Unidos, Austrália, Canadá e Suíça) onde as políticas sociais teriam como alvo os mais pobres e os sem condição de acesso aos bens de mercado; conservador (Alemanha, Áustria, França e Itália) nos quais as ações do Estado estariam vinculadas ao desempenho dos grupos protegidos e os direitos e deveres ao *status* e à ocupação e não à condição de cidadania; Estados de Bem-Estar social democratas que se assemelhariam ao institucional-redistributivo de Titmuss e que seriam inclusivos e caracterizados pela integralidade e universalidade das políticas sociais.

longo estudo foi realizado em 269 pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, com média de 16 anos de evolução e seis anos de internação, oriundas de um hospital de Vermont/EUA, acompanhados por 32 anos. Os resultados positivos, não esperados pela equipe, mostraram que 55% apresentaram nenhum ou tênues prejuízos (Harding *et al. apud* Fagundes, 1998).

Okin (1995) analisou o processo reformista implementado entre 1978 e 1993, que propiciou a transferência de pessoas do Hospital Estadual de Northampton, Massachusetts/EUA para cuidados comunitários. O autor concluiu que os gastos executados com assistência comunitária de qualidade e suporte social foram menores e que poucos pacientes foram transferidos para as *nursing homes* (idosos, dementes e inválidos) evitando a transinstitucionalização. Para o autor esse estudo possibilitou testar os limites da desinstitucionalização e evidenciou que cuidados comunitários proporcionariam melhoria na qualidade de vida de muitas pessoas. A experiência teria demonstrado que uma clara visão, vontade e suporte político, um catalisador poderoso (no caso uma decisão judicial), recursos suficientes e criativamente empregados em serviços específicos projetados para pessoas severamente acometidas possibilitaram o sucesso da proposta.

Outro estudo discutiu as reformas operacionalizadas nos primeiros 18 meses após a aprovação da Lei da Reforma de Saúde Mental em Kansas/EUA (Rapp & Moore, 1995) que: designou os centros comunitários de saúde mental como porta de entrada do sistema, transferiu fundos dos hospitais estatais realocando quase o dobro dos recursos anteriores nos serviços alternativos, alocou leitos-dia nos hospitais estatais referentes a cada centro e diversificou os serviços de assistência hospitalar prestados. Os autores evidenciaram que a transferência de fundos estatais dos hospitais para centros de saúde mental diminuiu as internações, manteve os gastos constantes e proporcionou melhoria na qualidade de vida e ampliação do envolvimento dos usuários com severo e persistente acometimento mental em atividades educacionais e vocacionais.

A literatura sobre a desinstitucionalização destaca o estudo realizado no Reino Unido, o Projeto TAPS (Team for the Assessment of Psychiatric Services) operacionalizado a partir de 1985. A equipe de avaliação tinha como meta acompanhar o fechamento dos dois hospitais envolvidos, planejar um programa comunitário e inicialmente operacionalizar a alocação de 1000 pessoas, comparando os resultados obtidos com os dos pacientes que permaneceram internados. O *follow up* realizado um ano após seu início (Leff *et al.*, 1996 *apud* Leff & Trieman, 2000) mostrou que a maioria dos beneficiários apresentou resultados positivos. Entretanto outros autores apontaram a necessidade de outros estudos com um corte temporal mais longo pois a maioria das pessoas analisadas eram oriundas de vinte anos de institucionalização nos manicômios (O' Driscoll & Leff, 1993 *apud* Leff & Trieman, 2000). Foi então desenvolvido por Leff & Trieman (2000) um estudo prospectivo avaliando os resultados em três pontos no tempo (momento inicial, um ano e cinco anos) envolvendo os mesmos oito parâmetros do estudo anterior, comparados a escalas específicas: dados pessoais e histórico psiquiátrico; estado mental (Present State Examination- PSE); problemas de comportamento social (Social Behaviour Schedule - SBS) complementados por avaliação da obtenção de habilidades básicas da vida diária (Basic Everyday Living Skills Schedule- BELS); morbidade e tratamentos (Physical Health Index – FHI); atitudes do paciente frente aos cuidados recebidos e o ambiente (Patient Attitude Questionnaire- PAQ); o grau de restrição dos

beneficiários frente às situações da vida cotidiana (Environmental Index – EI) e extensão e qualidade das redes sociais desenvolvidas (Social Network Schedule – SNS). Os autores concluíram que os cuidados comunitários aumentaram a qualidade de vida dessas pessoas e envolveu um bem planejado e adequado programa de provisão de recursos.

Comparando-se os resultados obtidos aos do primeiro ano, entre os 523 pacientes (97% do grupo inicial pois 126 haviam morrido durante os cinco anos) não ocorreram mudanças no estado clínico ou nos seus problemas sociais. Entretanto houve ganhos nas habilidades domésticas que incluíam limpeza de espaços pessoais e áreas comuns, compra e preparo de alimentos, principalmente no primeiro ano, e nas comunitárias, ampliados ao longo do tempo. Os indicadores das habilidades comunitárias eram o acesso a instalações públicas (correio, cinemas e *pubs*) e o aprendizado de como usá-las. Essa sessão incluía também o uso de transportes públicos e a habilidade de acessar benefícios da seguridade social.

Em relação à (re)criação de redes sociais o Projeto TAPS utilizou três variáveis numéricas - total de contatos sociais nos meses prévios, contatos com pessoas consideradas amigas e com confidentes – definidas nos três momentos do estudo. Depois de cinco anos o tamanho das redes sociais, ampliadas durante o primeiro ano com a inclusão de novos amigos, não mudou. Apesar disso o número de confidentes tornou-se maior ao longo dos cinco anos analisados. Outras variáveis analisadas incluíram regras e normas a serem cumpridas, desejo de permanecer nas moradias na comunidade, sucesso do medicamento utilizado, etc., permitiram concluir que sentiam-se vivendo mais livremente e que a grande maioria desejava permanecer morando no mesmo lugar. Ao que poder-se-ia acrescentar que a liberdade foi terapêutica (Mauri, 1983).

Tomando por base a desinstitucionalização como a desconstrução do aparato manicomial a análise das reformas implementadas no subsetor de saúde mental em alguns países evidenciou algumas dificuldades e erros. Para Desviat (1999), ao contrário do que esperavam os reformadores, ocorreu a persistência de cronicidade, a insuficiência ou a completa inadequação dos programas alternativos propostos e foram colocadas em pauta novas causas de exclusão social, algumas relacionadas ao próprio processo de desinstitucionalização e outras às reformas do setor saúde que estariam sendo implementadas sem levar em conta princípios de equidade e justiça social .

A existência de um grande número de deserdados sociais produzidos pelos asilos; o abandono e a mediocridade da vida das pessoas liberadas das instituições e das pessoas que passaram por instituições com orçamentos menores e piores condições de atendimento; a deterioração dos hospitais psiquiátricos que apesar de terem seus leitos reduzidos, mantiveram um núcleo duro à desinstitucionalização; e, acima de tudo, a falta de resposta dos novos serviços à “nova cronicidade” que ultrapassou atendimentos ambulatoriais, foram as questões que deveriam ser respondidas pelos reformadores. Ficou claro que o déficit de suporte social por insuficiência de recursos econômicos e de atendimento, e pela ausência de projetos na área, levaram à falta de autonomia e de relações sociais, ao abandono, à deterioração da qualidade de vida, à indigência, à mendicância e à criminalização. Não era possível desinstitucionalizar os loucos sem as condições necessárias e nem podiam deixá-los onde estavam.

A nova cronicidade seria devida a dois fatores: a) a não disponibilidade de uma rede territorializada de serviços, que transformou as pessoas em consumidores crônicos das emergências, e b)

a “cronificação” dos novos serviços, que criados para romper com um passado tido como produtor de cronicidade, apenas aboliram as formas de exclusão asilar criando suas próprias cronicidades, através de atuações ritualizadas e estereotipadas. A “**nova cronicidade**” causou o aparecimento dos “**novos deserdados sociais**”, que teriam constituído a primeira geração de um significativo número de pessoas com distúrbios psiquiátricos graves, nunca institucionalizados, e que independentemente do acesso aos serviços de saúde e sociais, tiveram sua (re)inserção prejudicada por usarem impropriamente os recursos disponíveis (Desviat, 1999). Esses “novos deserdados sociais” engrossariam o número dos “socialmente ameaçadores” e “politicamente incômodos”.

A percepção de abandono atribuído ao processo de desinstitucionalização gerou críticas ferozes, centradas nas fantasias ou no medo das pessoas, no aumento da mendicância e da criminalidade que teriam ocorrido com os pacientes psiquiatrizados.

Estudos realizados entre os *homeless* buscaram explicações para o significativo aumento de pessoas que habitavam as ruas das grandes metrópoles e apontaram subsídios para relacionar o *status* de saúde mental dessa população à sua situação de rua. Hamid *et al.* (1993) postularam que a grande dificuldade na realização desses estudos era devida a: múltiplas definições atribuídas à situação de moradia nas ruas (*homelessness*), métodos de seleção das amostras que superestimaram a parte mais visível dessa população e presença de morbidade psiquiátrica. O fato de basearem-se em classificações diagnósticas em vez de priorizar a avaliação de incapacidades de acesso e necessidades inviabilizou políticas mais efetivas.

Nos Estados Unidos, com um sistema caro e tão pouco solidário onde foram poucas as reformas e apenas em alguns estados, a figura dos *homeless* foi atribuída aos loucos desinstitucionalizados. Nesse país foi marcante o aparecimento de um “*grande número de crônicos nas ruas, aumentando o já elevado número de pobres abandonados à própria sorte*” (Desviat, 1999:24). Slagg *et al.*(1994) estudaram os desabrigados de Chicago e observaram que mais de 70% tinha algum transtorno mental identificado: 16% apresentavam dependência ao álcool e 12% a drogas. Zlotnick & Robetson (1996) observaram que desabrigados com transtorno mental tinham menos habilidades para procurar trabalho, ficando mais isolados socialmente. Outro estudo realizado acompanhou durante 18 meses americanos sem teto e com problemas mentais que tiveram passagem por abrigos e concluiu que 40% apresentavam abuso e dependência de substâncias químicas (Caton *et al.*,1993).

Prabuck *et al.* (1995) demonstraram que nos EUA 29-40% dos moradores de rua eram veteranos de guerra com seqüelas psiquiátricas. O autor estudou a eficácia de um programa de (re)inserção social para essa população e observou resultados positivos com melhora do quadro clínico dos beneficiários.

Em relação ao que ocorreu em outros países, Teesson & Buttrich (1993) demonstraram que 25% dos australianos do sexo masculino que viviam em abrigos eram esquizofrênicos, 36% preenchiam critérios para abuso de substâncias e 40% apresentavam danos cognitivos.

Ao contrário do postulado por alguns autores, que afirmavam que o movimento dos desospitalizados era dos hospitais britânicos para as prisões, não se verificou um aumento da criminalidade ligado ao processo de desinstitucionalização (Dayson apud Fagundes, 1996). Ao contrário,

o que ocorreu foi um aumento dos atos violentos praticados contra os egressos dos hospitais psiquiátricos (Dell' Aqua, 1995).

Experiências internacionais mostraram que o convívio comunitário de usuários com grave comprometimento mental – cronicamente institucionalizados, novos “deserdados sociais” (Desviat, 1999) ou “novos candidatos” à cronicidade (Fagundes, 1998) – foram bem sucedidas quando possibilitaram programas que incluíram recursos assistenciais suficientes e qualitativos associados a mecanismos de suporte social.

Atentos à proteção social necessária para respaldar as experiências de desinstitucionalização alguns países adotaram moradias mais ou menos “protegidas”, programas de geração de renda, reabilitação psicossocial e serviços sociais. A Itália incentivou a obtenção de pensões sociais e aposentadorias e criou subsídios governamentais para usuários e familiares após a alta hospitalar e retorno deles ao convívio familiar. No início dos anos 70 encontravam-se internados no Hospital Psiquiátrico San Giovanni, localizado em Trieste, 1101 pacientes. Em 1977 estavam ainda no manicômio 436 pessoas sendo que 346 delas eram hóspedes, residentes nos grupos apartamentos¹¹ (Barros, 1994a). No período, um terço das pessoas desospitalizadas recebia algum tipo de benefícios e 20% era completamente dependente deles (Mauri, 1983). Tais recursos objetivavam “*contribuir para a melhoria da qualidade de vida, estimular a autonomia pessoal e criar condições para que fosse possível reentrar no universo das trocas sociais*” (Barros, 1994a). Durante os primeiros anos de reforma os subsídios repassados aos triestinos, aumentaram cerca de 15 vezes demonstrando a intenção de uma política social aos usuários. Eram calculados a partir de um “mínimo vital” e em função do custo de vida. A partir de 1977 foram substituídos pelas pensões por invalidez (Toresini & Trebiciani, 1991). Na Espanha todos os pacientes egressos de instituições psiquiátricas receberam auxílio financeiro (Delgado, 2001)¹². Estados Unidos e Inglaterra adotaram preferencialmente programas residenciais.

O panorama da desinstitucionalização não foi homogêneo. Em alguns países ocorreu a superação dos hospitais psiquiátricos. Em muitos eles permaneceram. Em muitos outros ainda as estruturas asilares somaram-se a outras instituições de segregação dos “diferentes” da sociedade: orfanatos, instituições para crianças e adolescentes infratores, asilos que são verdadeiros depósitos para anciãos, hospitais para crônicos.

Em vários outros o acesso a cuidados dignos é uma questão de possibilidade econômica ou simplesmente não está efetivamente garantido ou ainda os serviços públicos são inexistentes ou muito precários. Praticamente em todos os países o forte e qualificado papel dos serviços privados na área social pode tornar-se hegemônico.

Na França, as políticas de saúde mental incluíam leitos em hospitais gerais, serviços ambulatoriais, lares abrigados e de adoção e, o pagamento de uma pensão menor que um salário mínimo aos portadores de quadros mais severos (Castel & Mangen *apud* Fagundes, 1996). Mesmo assim as

¹¹ A reforma operacionalizada em Trieste reorganizou os pavilhões do Hospital San Giovanni, criando as primeiras casas-famílias ou grupos de apartamentos, em número de cinco e com duzentas pessoas cada, que representaram o primeiro núcleo de vida autônoma. Num segundo momento os usuários passaram a viver com suas famílias ou em residências subsidiadas na comunidade (Barros, 1994a).

reformas comunitárias não teriam se constituído em um marco para a sociedade francesa centralizada e com seu sistema de saúde liberal. A organização sanitária francesa que associava a medicina liberal com um forte setor hospitalar público e um sistema de seguros médicos com 99% da população associada, prestava uma assistência fundamentalmente curativa e predominantemente hospitalar (Desviat, 1999).

Kovess (1995) avaliou que houve diminuição de leitos e de reinternações, efetiva substituição dos cuidados hospitalares pelos ambulatoriais mas muitos pacientes, principalmente os que apresentavam quadros clínicos mais graves, permaneciam aguardando alta hospitalar. Fortes pressões políticas locais teriam bloqueado o processo reformista francês. Na zona rural, muitas vezes, os manicômios eram os maiores empregadores da região, não permitindo a alocação de recursos no cuidado extra-hospitalar.

O atendimento por especialidades (adolescentes, idosos, dementes, dependentes, químicos, etc.) e por faixas etárias provocou uma cisão no campo da psiquiatria, em detrimento de uma universalidade na percepção dos problemas (Desviat, 1999). Na opinião de Rotelli:

“a experiência francesa de setor não pode ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos normais e cada vez mais distantes do tratamento das situações de loucura” (Rotelli apud Amarante, 1998).

Na Espanha, que realizou mais tardiamente sua reforma, foi promulgada uma lei geral da saúde que na área de saúde mental preconizava o desenvolvimento de serviços comunitários e a diminuição das internações que caso necessárias deveriam ser realizadas em hospitais gerais. Algumas regiões como Astúrias e Andaluzia implementaram modificações significativas e outras, como a Catalunha não conseguiram por interferência de instituições privadas (OPAS apud Fagundes, 1996).

Mesmo onde, do ponto de vista quantitativo, existiam diversos serviços alternativos, os direitos e sobretudo o poder dos usuários muitas vezes foi inexistente. O Serviço Nacional de Saúde inglês reformado e sua lógica de concorrência estaria adotando medidas discriminatórias, em razão da maior ou menor rentabilidade dos pacientes, tendo perdido muito de sua solidariedade e universalismo (Desviat, 1999).

Mesmo quando as instituições totais foram superadas e os serviços estruturados, não ocorreram políticas integradas em favor dos grupos vulneráveis e os novos serviços não foram capazes de dar respostas de qualidade às diversas formas de sofrimento. A Reforma Italiana caracterizou-se pela existência de legislação nacional (a Lei 180) e por diversas experiências locais bem sucedidas.

Nos últimos 10 anos foram desenvolvidas na Itália muitas experiências de (re)inserção e de treinamento e retorno ao trabalho, acessíveis a todos os usuários dos serviços de saúde mental. As cooperativas implementadas empregam 200 trabalhadores em “desvantagem”, pagando salários de mercado e 100 jovens trabalhadores de meio período com salários financiados pelos governos regionais

¹² Pedro Gabriel Delgado, comunicação pessoal – 20 de agosto de 2001.

(Dell' Aqua, 1995). Apesar disso, em alguns lugares “o problema da internação prolongada foi substituído pelo da assistência prolongada nos territórios” (Desviat, 1999:92).

A “nova questão” social trouxe a necessidade de propostas de inovação no acesso ao mercado de trabalho para aqueles com maior dificuldade face às vulnerabilidades apresentadas. Dentre essas propostas encontrar-se-ia a Empresa Social, produtora de oportunidades de valorização em comparação com a situação pré-existente e redutora de insucessos sociais (Leonardis *et al.*, 1995). O autores apontaram como diferenças entre Empresa Social e trabalho assistido: a natureza e o significado do trabalho, agradável, estético, propiciando extrair prazer do salário e do produto da atividade; a variação da percepção da importância do trabalho na assistência pela transformação do estatuto das relações entre técnicos e usuários; e, finalmente o papel do trabalho na construção de solidariedades.

Inicialmente voltadas para oferecer novos postos de trabalho para pessoas com sofrimento psíquico, tiveram seu escopo ampliado para todos os considerados em desvantagem de acesso ao mercado, envolvendo também jovens, deficientes físicos, trabalhadores sem qualificação desempregados ou inseridos em ocupações pauperizadas. Essa têm sido a maior tendência no Reino Unido (Ellis, 1998) e na Espanha (Viorreta, 1998). Na Itália ocorreram também políticas ativas viabilizadas por parcerias de trabalho somando pessoas não em desvantagem aos “incapacitados”, o que determinou maior eficiência e produtividade e, permitiu a permanência dessas empresas no mercado (Condello, 1998).

Para Rotelli (2000), os vinte anos de trabalho desenvolvidos em Trieste poderiam ser traduzidos na Empresa Social, que se constituiu no próprio processo de desinstitucionalização, no desmantelamento do aparato manicomial e sua substituição por uma rede de serviços e de relações que possibilitaram o encontro físico entre norma e desvio pelo contato de usuários, técnicos e membros da sociedade. Viabilizada por uma organização de usuários, técnicos da área de saúde mental, profissionais de outras áreas (engenheiros, *designers*, fotógrafos, etc.), intelectuais e, ainda, pessoas que têm consciência da necessidade de inovações também no mundo do trabalho, possibilitou a outras muitas pessoas a não entrada na violência sutil da assistência social. Da empresa social de Trieste fazem parte: 1- uma rede de 30 cooperativas com atividades tais como: loja de frutas e verduras, transporte e mudanças, jardinagem, limpeza e manutenção, bar, restaurante, salão de cabeleireiro, administração de hotel, centro de produção de vídeos, laboratório de *design*, rádio e editora; 2- uma rede de moradias subsidiadas e 3- uma rede de centros de saúde mental.

O Canadá desde 1962 operacionalizou uma significativa diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, um aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a concomitante implantação de serviços comunitários e um aumento de profissionais ligados ao subsetor. Mas, mesmo assim, o modelo canadense seria uma psiquiatria psicodinâmica e humanista, comunitária, produto de um cruzamento da psiquiatria de setor francesa com a norte-americana mantendo características resistentes à noção de desconstrução do aparato manicomial (Desviat, 1999). O Projeto “Melhores Práticas em Saúde Mental” (Health Canadá, 2001) avaliou a situação da assistência aos canadenses portadores de sofrimento psíquico. Foram descritas várias atividades consideradas inovadoras facilitadas pela presença de: bases conceituais claramente articuladas, amplo envolvimento dos *stakeholders*, vontade e visão política, infraestrutura, realocação de fundos e profissionais de saúde dos manicômios para os centros comunitários,

redução do estigma, capacitação profissional e parcerias fora do sistema de saúde. A provisão de moradias e o suporte à (re)integração laboral constituíram elementos chave dos melhores projetos desenvolvidos localmente.

No Brasil, com o processo de redemocratização nos anos 80, passou-se a enfatizar o papel do Estado de operar mudanças redistributivas e equalizadoras através das políticas sociais. Estas teriam assumido então o papel de transformadoras das condições de vida da população, lugar antes ocupado pelas expectativas de mudanças estruturais. Tal fato ocorrido em um país de desigualdades marcantes, sem tradição universalista de concessão de direitos e sem uma definição precisa do que fosse realmente uma política social fez com que a opção entre equidade (justiça) e eficiência (administração da escassez de recursos) criasse um verdadeiro dilema que levou realmente a “escolhas trágicas” (Santos, 1999). As políticas sociais não contemplaram os loucos ou quando o faziam estavam relacionadas à tutela e à percepção de deficiência.

A mudança operacionalizada na área de saúde mental determinou uma tendência de inversão do modelo de cuidado hospitalar para o ambulatorial e algumas ações no cenário nacional no sentido de ampliação de acesso aos direitos sociais. No país, mesclam-se experiências reformistas locais exitosas¹³ como as implementadas em Santos (São Paulo), Betim (Minas Gerais), Bagé (Rio Grande do Sul), Belém (Pará), Angra dos Reis (Rio Janeiro) e Quixadá (Ceará) com “*locais onde as violações mais comuns aos direitos humanos são praticadas*” ainda existentes em muitos estados brasileiros (Primeira Caravana dos Direitos Humanos, 2000). E, ainda, outros onde “*a instituição total era o próprio leito*” (Almeida, 2000)¹⁴.

Desinstitucionalizar os loucos significaria também a implementação de políticas emancipatórias, projetos e instrumentos de suporte à (re)inserção social que conduzam à autonomia e ao retorno das relações sociais, condições necessárias à qualidade de vida de pessoas segregadas por sua diferença ao longo dos últimos duzentos anos.

No mundo, as medidas políticas e econômicas ocorridas nos últimos anos enchem de incerteza o futuro dos cidadãos, dos novos serviços de saúde mental e das redes de proteção social e nos interrogam sobre a continuidade dos movimentos universalistas e solidários existentes. Faz-se importante ressaltar que mesmo em países com sistemas universalistas de proteção social, bons serviços de saúde e com sólidos programas de suporte social e complementação de renda, a desinstitucionalização dos loucos foi prejudicada em função da inexistência do entendimento de que para tal faz-se imprescindível a desconstrução de saberes e práticas ligados ao modelo manicomial, (re)produtor da tutela e da exclusão social.

¹³ Amarante, P., comunicação pessoal, junho de 2001.

¹⁴ A autora refere-se a adultos confinados ao leito por seis anos em um quarto conhecido como “berçário” localizado no Centro Educacional Deolindo Couto, instituição privada destinada a crianças com deficiência mental no Rio de Janeiro, interdita judicialmente. A desinstitucionalização implementada fez parte do Projeto *De volta à Cidadania*, operacionalizado em parceria entre instituições judiciárias e de assistência.

O Objeto e a Metodologia

A implementação das ações reformistas na área de saúde mental brasileira provocou mudanças no hospital psiquiátrico e trouxe a necessidade de uma nova agenda de proteção social para um grupo excluído historicamente – os loucos. Tal mudança determinou um grau de incerteza e a existência de baixa clareza sobre a real necessidade dessa população vulnerável.

Ao mesmo tempo, as mudanças ocorridas no setor saúde brasileiro nas duas últimas décadas permitiram inovações na organização e gestão de serviços no nível local. A municipalização das ações de saúde, aqui entendida como o processo de descentralização das decisões político - administrativas e do financiamento garantindo a autonomia do nível local para formular e implementar políticas, constituiu um passo importante na busca da melhoria da qualidade de vida da população (Muller Neto, 1992). A municipalização ao propiciar o deslocamento da arena de formulação de políticas para o nível local deu às prefeituras autonomia e recursos para realizar novas ações que fossem do seu interesse. Dentre as inovações implementadas no Município de Niterói decorrentes tanto do processo de municipalização quanto das propostas reformistas da área de saúde mental, situa-se o Programa de Bolsa-Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, unidade da Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ.

A bolsa-auxílio é um programa criado para apoiar o processo de desinstitucionalização e a (re)inserção social de pacientes psiquiátricos do município. A política de saúde mental de Niterói tem como diretrizes principais conferir assistência integral aos seus usuários e o fim dos manicômios. A bolsa-auxílio remunera uma ocupação sem estabelecimento de vínculos trabalhistas e é concedida a usuários que estejam vinculados ao acompanhamento do corpo técnico do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

O programa foi implementado em Niterói, município com uma trajetória própria de permeabilidade às transformações e de propostas inovadoras desde a época do Projeto Niterói (1982). Algumas dessas inovações determinaram mudanças nas organizações institucionais. Foi o que ocorreu no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, uma unidade de expressiva centralidade na saúde mental municipal, permitindo que o hospital capturasse a oportunidade e ampliasse suas funções.

Niterói teve especificidades dentre as quais a continuidade da gestão local (Prefeitura e Secretaria de Saúde) que também ocorreu na área de saúde mental. Há doze anos a administração pública tem uma mesma diretriz ideológica, partidária e governamental.

A bolsa-auxílio é um mecanismo de transferência direta de renda como outros (bolsa-escola e renda mínima) que buscam propiciar autonomia e qualidade de vida e que se distinguem dos benefícios em espécie como a cesta de alimentos. O Programa resultou de uma mobilização dos usuários participantes, do diálogo deles com o poder local de saúde, e foi produto de uma coalizão estabelecida entre clientela e o então secretário municipal de saúde. Portanto, não foi fruto da intervenção direta da gerência municipal. O gestor local determinou recursos específicos e vem executando gastos públicos ao propor uma alternativa de proteção social a um grupo historicamente excluído.

O estudo realizado obteve dois produtos: 1) a descrição e a avaliação do processo de formulação e da cadeia de implementação do Programa apontando o contexto político-institucional em que surgiu, objetivos, bases teóricas, propostas, estratégias, aprendizado técnico gerado e principais marcos que se constituíram em obstáculos ou facilitadores de sua formulação e implementação; 2) a análise dos efeitos produzidos pela Bolsa-Auxílio em relação a dois aspectos: se e de que maneira o Programa interferiu no processo de desinstitucionalização e na criação e (re)composição dos vínculos sociais dos bolsistas.

Para a realização da pesquisa considerou-se como processo de implementação o momento de criação do programa, seu desenvolvimento e alguns efeitos produzidos, adotando a abordagem que considera como início do processo de implementação o momento da transformação da política em programa, ou seja, quando uma autoridade cria as condições para tal segundo a abordagem de Pressman e Wildavsky *apud* Perez, 1999.

Foram também consideradas três dimensões no modelo de análise do processo de implementação. A primeira trata da adequação entre a proposta inicial e o formato final do programa; a segunda analisa os efeitos sobre os atores (resistências, adesões, alterações), as organizações (aprendizagem institucional) e as modificações do processo ocorridos nos diferentes tempos; a terceira refere-se ao que propiciou ou travou o processo de implementação (o perfil do gasto público, a forma de organização da intervenção, a organização da demanda e a aderência do bem ou serviço às condições específicas do demandante (NEPP *apud* Perez, 1999; NEPP/Unicamp, 1999).

A chamada *hierarquia de credibilidade* dos informantes, ou seja, quando se opta por informantes dos níveis superiores de uma organização que parecem “saber mais”, foi evitada “*entrevistando-se todos os envolvidos e comparando-se as versões*” (Becker *apud* Goldenberg, 1997). Para isso trabalhou-se com atores sociais dos níveis de direção, de execução e beneficiários do Programa (Lobo, 1999). A pesquisa consistiu na realização de análise das fontes documentais existentes e na obtenção de depoimentos e entrevistas complementares com informantes qualificados.

A escolha de um estudo de caso fundamentou-se na intenção de apreender as diversas interações do objeto, sua totalidade e complexidade possibilitando maior penetração na realidade social (Goldenberg, 1997).

O corte temporal do estudo inicialmente foi de 1993 a 1999. Ao longo da pesquisa, em função da reordenação do Programa ocorrida nos últimos meses do ano de 1999, optou-se por ampliar o período até outubro de 2000.

As fontes documentais encontradas foram variadas e numerosas, mas algumas, que se encontravam em péssimo estado de conservação, não puderam ser utilizadas.

A opção por entrevistas semi-estruturadas que orientaram uma “*conversa com finalidade*”, facilitaram a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação e permitiram maior conhecimento do objeto (Minayo, 1996). As entrevistas¹⁵ forneceram ainda dados que não possuíam registro e permitiram selecionar alguns dos usuários a serem entrevistados.

¹⁵ Os roteiros foram elaborados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As entrevistas com membros da Comissão de Gerenciamento e com os profissionais permitiram analisar se as regras de distribuição utilizadas situaram-se dentro de um ideário de equidade. Sabe-se que não existe uma teoria consensualmente aceita que possa oferecer critérios operacionais de equanimidade e por isso adotou-se aqui a orientação da Constituição Brasileira que considera equidade como igualdade no acesso aos serviços de saúde e, no caso, ao benefício (Travassos, 1997).

As 22 entrevistas realizadas permitiram perceber o pensamento dos selecionadores e implementadores em relação a qual deveriam ser o papel e os objetivos de um programa social que buscasse efetivamente a (re)inserção social do louco e, também, a percepção dos implementadores, selecionadores e beneficiários em relação ao sucesso do Programa.

Para isso foram três os grupos entrevistados: o primeiro grupo foi composto por técnicos gerentes e não-gerentes. Como gerentes foram entrevistados: Eduardo de Carvalho Rocha, Coordenador de Saúde Mental do município e diretor do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba; Maria Paula Leal, membro da comissão de Gerenciamento desde o início do Programa até o término da pesquisa; Márcia Giusti, Sandra Fonseca e Tânia Marins, que estiveram na Comissão Gerenciadora desde sua criação e que se retiraram dela. Assim, foram preenchidos os critérios de multidisciplinaridade, posição na hierarquia do hospital e tempo no Programa.

O primeiro grupo foi composto também por três técnicos não-gerentes: um que ainda faz parte do Programa desde a sua criação; um que nunca fez parte mas indicou usuários e um terceiro que não participou e nunca indicou usuários. Do grupo de entrevistados fez parte ainda outro técnico com papel de liderança, auxiliar na parte administrativa e supervisora de três projetos do Programa de 1995 até o primeiro semestre de 1998, e que posteriormente foi membro da comissão de gerenciamento. Ocorreram problemas na seleção dos três técnicos não-gerentes em relação aos critérios propostos e optou-se então por dispensar o critério de multidisciplinaridade para esse grupo, o que possibilitou entrevistar mais técnicos sem vinculação com a implementação do programa.

Partindo-se da hipótese que indivíduos mais organizados teriam maior percepção dos direitos de cidadania plena, a realização de entrevistas com participantes da Associação Cabeça Firme (ACF)¹⁶ permitiu saber se os mesmos conheciam o programa, se participavam dele de alguma maneira, o tipo de pensamento que possuíam em relação à função do Programa e como avaliavam seu desenvolvimento. O critério foi válido para os grupos de familiares e de bolsistas.

As entrevistas do segundo grupo composto por cinco familiares, em lugar dos quatro propostos inicialmente, permitiram perceber as mudanças ocorridas nas relações familiares e sociais relacionadas de alguma maneira à inclusão dos bolsistas no Programa de Bolsa-Auxílio. Do grupo faziam parte dois subgrupos: familiares de bolsistas e de usuários não integrantes do Programa. Um segundo critério utilizado foi a participação dos familiares na Associação Cabeça-Firme. Para o primeiro subgrupo a proposta era de dois familiares de bolsistas, um com participação na ACF e outro não. Os familiares foram selecionados em uma lista composta por nomes indicados pelos técnicos entrevistados. Optou-se pelos mais indicados, mantendo-se os critérios propostos na metodologia.

Ocorreram dificuldades na operacionalização dos critérios de elegibilidade dos familiares de bolsistas. Os oito bolsistas do grupo selecionado não tinham parentes próximos com vinculação à ACF. Dois deles haviam perdido há muito tempo seus vínculos familiares, cinco nunca tiveram familiares vinculados à ACF, um familiar de bolsista que tivera contato com a associação já falecera. Optou-se então por entrevistar um familiar de bolsista fora do grupo selecionado que pertenceu à ACF.

Entrevistou-se dois familiares de bolsistas que nunca pertenceram à ACF ao invés de um único inicialmente previsto porque um familiar não compareceu à entrevista marcada por motivo de viagem. Ao retornar, entrou em contato com a pesquisadora cobrando a realização da entrevista que foi feita e incluída na pesquisa.

Para o subgrupo de familiares de não bolsistas a proposta de entrevistar um familiar que pertenceu e outro que não pertenceu à ACF foi operacionalizada sem dificuldades.

Do terceiro grupo fizeram parte oito bolsistas. O primeiro critério utilizado para a seleção foi o beneficiário estar ou não no programa em 1999; o segundo o motivo da saída do programa e o terceiro ter pertencido/pertencer ou não à Associação Cabeça-Firme. O primeiro critério selecionou dois bolsistas. O segundo critério, que permitiu selecionar os outros seis, foi subdividido em bolsistas considerados (re)inseridos (dois), bolsistas retirados por inadaptação (dois) e bolsistas que saíram espontaneamente (dois).

Não podendo contar com informações dos Livros de Atas dos Projetos por estarem em mau estado de conservação, a seleção dos bolsistas foi feita dentre os indicados pelos técnicos entrevistados. Foram sugeridos os mesmos bolsistas por motivos diferentes, o que permitiu concluir a existência de diferentes percepções sobre o processo. Apontamos ainda como problemas ocorridos: a) dois bolsistas da seleção inicial não foram entrevistados por estarem em crise, um deles internado; b) dos dois selecionados segundo o critério de terem saído espontaneamente, um havia reingressado no Programa na época da entrevista e o outro solicitava retorno, mas, como essas informações foram obtidas na entrevista, optou-se pela manutenção dos dois bolsistas no grupo, e d) um dos selecionados recusou-se a ser entrevistado. Acredita-se ser importante ressaltar que a entrevista com um dos considerados (re)inseridos, que residia em outro estado, foi viabilizada por correio eletrônico. As perguntas foram enviadas para o endereço eletrônico do bolsista e as respostas foram recebidas pela pesquisadora da mesma maneira.

No capítulo II será apresentado o contexto político-institucional da área de saúde mental no Município de Niterói durante a formulação e o processo de implementação do Programa de Bolsa-Auxílio.

¹⁶ A Associação *Cabeça Firme* é uma organização de participação e representação dos usuários dos serviços de saúde mental e familiares do Município de Niterói.

Capítulo II - O Contexto Político - Institucional da Saúde Mental no Município de Niterói

“A Reforma Psiquiátrica, ou é uma batalha travada de município em município, ou vamos perdê-la. Porque é lá, sobretudo nas quatro ou cinco centenas de municípios que têm a chamada gestão plena, que vamos poder fazer avançar este processo independentemente das variações das políticas federais ou estaduais” (Capistrano, 2000).

Algumas considerações sobre a política de Saúde Mental no Brasil

A assistência psiquiátrica brasileira teve como marco institucional, a criação do Hospício de Pedro II inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, com capacidade para receber 350 pessoas. Ao abrir já abrigava 144 pacientes e um ano depois estava com todas as vagas ocupadas. Este foi o impulso inicial para que nos anos seguintes fossem abertas em todo o país diversas instituições destinadas a receber loucos. Durante um século, estes asilos constituíram praticamente o único tipo de assistência oferecida pelo Estado em termos de cuidado ao doente mental.

“Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los” (Resende, 1994:39).

Localizado na Praia de Charitas, em Niterói-RJ e subordinado ao Serviço de Assistência aos Psicopatas (SAPS), o antigo Hospital Estadual Psiquiátrico que ficou conhecido desde a época de sua inauguração, em 1953, como “Hospital de Jurujuba”, nome que adotou oficialmente a partir de 1999, foi concebido para ser um “hospital-modelo”. Capital do antigo Estado do Rio de Janeiro, Niterói, teria então o seu hospício, não necessitando mais recorrer aos existentes em outros locais para dar conta das necessidades de assistência psiquiátrica da população fluminense. Construído em uma área de difícil acesso na época, isolado do centro urbano, era *“destinado a guardar, por trás de seus muros altos e cinzentos, figuras uniformizadas que representavam a doença, o medo, o contágio, o anormal, o perigoso, a ameaça da ordem social: os loucos”* (Mouzinho, & Carreteiro, 1996:9).

Jurujuba, então vinculado à concepção organicista da loucura, contava com todos os recursos já utilizados pela Psiquiatria e também com as práticas clínicas e cirúrgicas da Neurologia, representando assim um avanço ao reunir, em um só estabelecimento, todas as possibilidades que a ciência médica dispunha para o tratamento da loucura. Além das atividades clínicas, segundo documentos da época, os médicos plantonistas desempenhavam atividades tipicamente policiais ocupando-se com a *“recaptação dos fugitivos, dando batidas no hospital e fora dele”* e fazendo a *“vigilância e a ronda noturna”* (Mouzinho & Carreteiro, 1996:10). Era constituído por: 1- quartos-fortes, cubículos usados para castigar os pacientes que não respeitassem as regras da instituição e para receber os loucos que eram ali trancados no ato da

internação despídos para “evitar o suicídio por enforcamento com as próprias vestes”; 2- centro cirúrgico; 3- enfermaria de neurologia e 4- enfermarias psiquiátricas masculinas, femininas e infantil, classificadas por médicos e funcionários como pátio dos agitados, pavilhão das crianças, isolamento, enfermaria dos calmos e enfermaria dos sórdidos e 5- o isolamento, que era destinado aos pacientes internados que sofriam das mais variadas moléstias infecto-contagiosas (Mouzinho & Carreiro, 1996).

Resende (1986) atesta que ao fim da década de 50 do século XX, os hospitais públicos estavam superlotados, sem condições físicas e técnicas para atender a clientela composta basicamente por indigentes. Sobre o Hospital de Jurujuba, baseando-se em relatório do então diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, doutor Edmundo Maia, escreve: “a mesma situação experimentava o Hospital Psiquiátrico de Niterói que não podia manter tantos doentes naquele exíguo espaço” (Resende, 1986:54). Ao contrário do que ocorria na Europa e EUA desde o fim da Segunda Guerra, onde a substituição do enclausuramento pelos cuidados comunitários para os que sofriam de transtornos mentais era a meta na organização dos serviços de saúde, o Estado brasileiro mantinha-se alheio às novas propostas de assistência no campo da saúde mental e somente nas décadas seguintes – 1960/1970 – iniciar-se-iam mudanças neste campo a partir de uma intervenção oficial. Nesse período, as precárias condições dos hospitais públicos reservados aos sem vínculos previdenciários, traduzidas pela superlotação e falta de recursos, e a ideologia dominante, fizeram florescer a contratação de leitos psiquiátricos privados. As internações seguiram a mesma tendência: em 1965 a rede privada internou 35000 pessoas e em 1970, 90000 e o tradicional perfil nosológico com maior número de internações devido a esquizofrenia mudou, surgindo proporções expressivas de neuróticos e alcoolistas (Resende, 1986).

Para Alves (1996) desde a década de 70 a necessidade de mudança, aqui entendida como inflexão no modelo assistencial que supere a centralidade do hospital psiquiátrico no cuidado de pessoas com transtornos mentais, fazia parte tanto da agenda de certos segmentos sociais como o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e a Associação Brasileira de Psiquiatria, quanto dos órgãos governamentais: os Ministérios da Saúde e da Previdência Social.

Em 1972, o Ministério da Saúde emitiu um documento onde recomendava a diversificação e regionalização dos serviços e condenava a prática da assistência centrada no grande hospital, propunha alternativas à hospitalização integral além de ações dirigidas aos egressos e aos crônicos, visando a (re)inserção social. O processo de transformação iniciado nos anos 1970 tomou força na década seguinte.

Em 1980 o Ministério da Saúde redigiu o documento "Diretrizes para a área de Saúde Mental" (DINSAM/MS, 1980) no qual preconizava: a substituição do modelo assistencial custodial por um modelo mais abrangente; a ampliação do enfoque exclusivamente organicista para uma abordagem multicausal do transtorno mental; a integração das ações de saúde mental às ações desenvolvidas na rede de serviços de saúde, com a criação de unidades intermediárias entre a internação e o ambulatório tradicional; a ênfase no tratamento extra-hospitalar; a limitação do período de internação; a promoção da reintegração familiar e social do doente; a articulação dos sistemas formal e informal de cuidados de saúde; a promoção de estudos epidemiológicos e pesquisas operacionais que norteassem a prática assistencial e a participação de vários segmentos da sociedade na discussão, avaliação e

operacionalização das mudanças requeridas. Nas diretrizes estavam os principais pontos que viriam orientar a política pública de saúde mental nos anos seguintes.

O modelo privatizante implementado em todo o setor saúde e não apenas no subsetor saúde mental contribuiu significativamente para a crise institucional e financeira da Previdência social deflagrada no início dos anos 80. Para saná-la foram introduzidas medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado ao lado de medidas de reorganização do setor público. Foi então implantado o processo de Co-gestão dos hospitais (1980) operacionalizada em parceria entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, uma nova modalidade de convênio onde as ações eram custeadas pelo primeiro e planejadas e avaliadas pelo segundo. Em 1982 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Assistência Médica no âmbito da Previdência Social (CONASP) elaborou um plano de reorientação da assistência à saúde que ficou conhecido como o “Plano do CONASP” do qual fez parte como primeiro documento uma proposta de mudança na área de saúde mental.

O "Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária" (MPAS/CONASP,1982) propunha uma reforma de base na assistência prestada tendo como objetivo a criação de formas de assistência alternativas ao internamento em manicômios. Entre os princípios orientadores do novo modelo assistencial estavam a prestação da assistência em ambiente predominantemente extra-hospitalar, com a indicação de internação integral apenas quando estritamente necessário, a utilização de equipe multiprofissional e a inclusão da assistência psiquiátrica numa estratégia de atenção primária de saúde, com integração, regionalização e hierarquização dos serviços.

Para a implantação do modelo desejado foram feitas propostas que visavam a maior integração programática entre os órgãos federais, estaduais e municipais tendo por meta a elaboração de programas de saúde mental adequados às diversas regiões. Paralelamente deveria ser criada uma rede de recursos extra-hospitalares - hospitais-dia, hospitais-noite, ambulatorios, oficinas e pensões protegidas - e ser instituída a atividade de supervisão técnica. Este documento referia ainda a necessidade do desenvolvimento de um programa intenso de capacitação de recursos humanos que se adequasse às novas estratégias da Saúde Mental.

Depois surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) desenvolvidas entre 1983/1986, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)/1987-1988 e finalmente o Sistema Único de saúde (SUS).

O SUS permitiu a passagem do modelo de cidadania regulada (Santos, 1979), até então vigente, para um modelo de tendência universalista e de ampliação do acesso aos cuidados de saúde. A Constituição de 1988 inaugurou a atual orientação descentralizadora do setor saúde que se constituiu em alternativa para reverter a baixa qualidade da gestão pública social, redefinir as prioridades das ações estatais e ampliar a autonomia local (Costa *et al.*, 1999). No que tange à seguridade social, estendeu a cidadania, conferindo direitos sociais a todo o povo brasileiro, superando-se por força de lei o

particularismo do acesso corporativizado aos benefícios¹⁷. As reformas implementadas no setor saúde encontraram, contudo, dificuldades para sua operacionalização em busca de um padrão institucional redistributivo, surgindo fenômenos como o da universalização excludente¹⁸ (Faveret, 1990) e de racionamento dos serviços (Vianna, 1991).

No final da década de oitenta o quadro da assistência psiquiátrica era deplorável com custos financeiros e sociais elevados. Em 1990 realizou-se em Caracas, Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A conferência produziu a chamada “Declaração de Caracas” que propunha: 1º- a superação do hospital psiquiátrico como serviço central da atenção em saúde mental; 2º- a humanização dos hospitais psiquiátricos; 3º- a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Alguns fatores estruturais foram determinantes para a implementação de uma mudança na política de saúde mental, pelo nível federal, a partir de 1991 e dentre eles poder-se-ia destacar: a transferência do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que com sua cultura hospitalocêntrica e privatista havia propiciado um enorme aumento de hospitais psiquiátricos, para o Ministério da Saúde e, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 que apontava para a construção de um sistema de saúde universalista dentro dos parâmetros do Estado de Bem-Estar Social¹⁹.

Segundo Alves *et al.* (1993, 1994) a implantação da política de reestruturação da assistência psiquiátrica no país enfrentou dificuldades decorrentes de alguns aspectos: o modelo sofreu grande influência de modelos estrangeiros, tornando-o em muitos aspectos inadequados à nossa realidade; a implantação não foi precedida de um estudo da demanda, não se baseou em critérios preestabelecidos e não adequou a oferta às reais necessidades da população. Além disso, a avaliação das ações tinha um caráter meramente administrativo, utilizando indicadores inadequados para o monitoramento das ações e do real benefício recebido pela população alvo. Outros aspectos importantes apontados pelos autores estavam relacionados às dificuldades econômicas dos países capitalistas que recorreram a organismos internacionais e teriam sido pressionados para operacionalizarem redução e controle dos gastos com as

¹⁷ Draibe (1988) classificou o modelo de proteção social brasileiro como meritocrático-particularista, onde o conservadorismo levou ao corporativismo e à hierarquização dos benefícios sociais. Até a década de 80 os direitos sociais ficaram restritos à vinculação ao Sistema Previdenciário. A modalidade de cidadania brasileira era a cidadania regulada (Santos, 1979) que, consolidada na década de 30 do século XX, teve suas raízes em um sistema de estratificação ocupacional considerando cidadãos apenas aqueles que tivessem ocupações reguladas e definidas por lei.

¹⁸ A universalização excludente diz respeito ao fato de que apesar das idéias “publicizantes” e universalistas dos reformadores, o sistema de saúde brasileiro teria um formato estrutural mais residual do que universal. Os setores de classe média, melhor remunerados e com maior capacidade de vocalização, estariam gradativamente deixando de ter o sistema público de saúde como referência e passando a constituir clientela para o subsistema privado, movimento esse permitido pelo surgimento e difusão de mecanismos de financiamento que determinaram um aumento da autonomia do setor privado. A saída desses grupos com maior poder de pressão teria como consequência o enfraquecimento do sistema e a perda da qualidade dos serviços prestados.

¹⁹Leis 8.080 "que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes" e 8.142 "que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde".

áreas sociais. Como resultado, investiu-se pouco na formação profissional e na melhoria de recursos materiais, como por exemplo, em novos dispositivos de atenção alternativos à internação manicomial.

Os autores ressaltaram que para a ocorrência de mudanças significativas na assistência psiquiátrica no país tornava-se necessário aliar, ao objetivo primeiro da desospitalização, novas diretrizes que apontassem para a tomada de responsabilidade sobre todas as esferas de vida da clientela, assim como aumentar a ênfase na participação da comunidade, na melhoria do acesso ao cuidado, na continuidade dos tratamentos, na integração dos serviços e no desenvolvimento de estruturas intermediárias de cuidado ao paciente grave e de dispositivos de reabilitação psicossocial.

As principais dificuldades eram o financiamento setorial, aliado à forte cultura manicomial ainda bastante enraizada entre profissionais de saúde e população e à morosidade do processo de descentralização da gestão do SUS. No início dos anos 90 duas medidas importantes favoreceram a mudança. A primeira²⁰ ampliou e diversificou os procedimentos da Tabela do SIH/SUS e SIA/SUS, o que possibilitou o financiamento de estruturas tipo CAPS/NAPS, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais; e a segunda²¹ estabeleceu as condições para o funcionamento das novas estruturas e hospitais, permitindo o fechamento de serviços hospitalares precários. Assim, a inclusão das ações sanitárias consideradas essenciais na área, fizeram proliferar serviços substitutivos e apontaram para o fim da hegemonia do hospital psiquiátrico no país (Alves, 1996).

Apesar das dificuldades enfrentadas ocorreram transformações na última década do século XX ocasionadas pelas ações do Estado na área de Saúde Mental. No início da década de 1990, o sistema público de saúde financiava exclusivamente internações nos 88.425 leitos dos 313 hospitais psiquiátricos próprios e contratados. Existiam no Brasil dois ou três serviços que ofereciam internações parciais (hospital-dia) e que eram financiados exclusivamente com recursos municipais ou estaduais.

Em 1998 já haviam 232 CAPS/NAPS aos quais se destinavam 5% dos investimentos do SUS na área psiquiátrica (cerca de 21 milhões de reais) e 256 hospitais credenciados com 72.752 leitos que recebiam 95% dos recursos financeiros (432 milhões de reais) (SPS/MS, 1999). Em 2000, existiam 55.868 leitos (43966 privados contratados ao SUS e 11902 leitos públicos) em todo o Brasil e 265 CAPS (MS/CSM, 2000). Mesmo mantendo a disparidade na destinação de recursos e na relação leitos/dispositivos ambulatoriais considerou-se de grande importância os avanços ocorridos nos anos 90 traduzidos pela diminuição dos leitos hospitalares e pela criação e credenciamento dos novos tipos de serviços.

“Reduzir para qualificar o cuidado hospitalar e ampliar e potencializar a rede comunitária substitutiva são as duas faces da melhoria de qualidade do Sistema e vai requerer a participação de todos os setores interessados onde esperamos que a boa prática e a tendência mundial de cuidados comunitários (Canadá, Inglaterra, França, Itália, Cuba e outros) possam prevalecer” (SPS/MS 1999).

²⁰Portaria nº 189/91 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS que altera o financiamento das ações de saúde mental.

²¹Portaria nº 224/92 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS que regulamenta o funcionamento dos serviços de saúde mental.

Para Alves (1999) o processo foi de mudança e não de desmantelamento, de caráter progressivo vagaroso, porém determinado da substituição, não devendo gerar apreensão e sim confiança e esperança.

“A mobilização social em torno da Reforma Psiquiátrica no Brasil, evidenciada desde a apresentação do Projeto Paulo Delgado no Parlamento, passando pelas diversas conferências de Saúde Mental²² a partir de 1991, até a participação das entidades de profissionais, de usuários e familiares nas vitórias dos hospitais, e, sobretudo, a aglutinação em torno dos novos serviços, demonstra a vitalidade do processo brasileiro. Hoje, o Município habilitado a ser o gestor da saúde, dispõe de instrumentos mais eficazes para a oferta de serviços mais adequados” (Alves, 1999:23).

No documento “Por uma Política de Saúde Mental” (SPS/MS, 1999) foram preconizadas medidas que visavam a implementação efetiva da política ministerial: a garantia da distribuição de psicofármacos essenciais nos estados e municípios, em prol da eficácia dos tratamentos e continuidade de cuidados ambulatoriais; o apoio para equipar e qualificar pessoal de 48 Centros de Atenção Psicossocial no país, privilegiando iniciativas voltadas à infância e adolescência, abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) e transtornos mentais severos, e também de 14 centros de tratamento AIDS/drogas, através do Programa DST/AIDS; e, a introdução do bônus incentivo para o Programa de Reabilitação Assistida²³.

Além disso, no documento, o Ministério da Saúde ratificou o apoio a ações em desenvolvimento: a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)²⁴; a criação dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental no âmbito do SUS²⁵, a lei de criação das Cooperativas Sociais²⁶ para pessoas em desvantagem e grupos vulneráveis e a aprovação pelo Senado do Substitutivo ao Projeto de Lei de Saúde Mental.

A LOAS determinou que a assistência social fosse operacionalizada por meio dos benefícios de prestação continuada, de benefícios eventuais, de programas e de serviços. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário mínimo mensal para a pessoa portadora de deficiência (incapacitada para a vida independente e para o trabalho) e para o idoso com 70 anos ou mais mediante comprovação de não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida pela família. Para Faleiros a lei reconheceu a assistência como política pública de seguridade social não contributiva, direito do cidadão e dever do Estado tendo como um dos objetivos “a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiências e a promoção de sua integração à vida comunitária” (Faleiros, 1998:2).

Os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental constituem-se em modalidades substitutivas da assistência à portadores de transtornos mentais egressos de internações de longa permanência que não possuam suporte social, e a portaria que os criou permite que a cada transferência

²²O autor se refere à II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1993 e às conferências estaduais e municipais realizadas.

²³ O programa seria destinado a pessoas internadas cronicamente em condições de viver na comunidade tendo suporte clínico e social (moradia, trabalho e apoio financeiro mensal) garantidos.

²⁴ Aprovada em 07/12/1993 regulamenta os artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988.

²⁵ Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.

²⁶ Lei nº 9867 de 10 de novembro de 1999.

de um usuário de hospital especializado para um dos dispositivos ambulatoriais haja descredenciamento do leito, e realocação do recurso da AIH para os tetos orçamentários do estado ou do município.

“Os serviços de residência terapêutica/moradias assistidas, bem sucedidos em diferentes cidades do país; as cooperativas de trabalho para pessoas em desvantagem (com lei já aprovada em maio de 1999); a garantia de renda mínima para usuários e família[s] através de bonus-benefício, LOAS ou projetos mais abrangentes que tramitam no Senado; e, a existência de escritórios de advocacia para a cidadania e direitos humanos em algumas cidades brasileiras, indicam um modelo de cuidados técnico e social adequados” (SPS/MS 1999).

Até abril de 2001 a legislação que vigorava no Brasil e regulava as questões relacionadas aos loucos era datada de 1934²⁷. Do Código Civil Brasileiro constam artigos que incluem os “loucos de todo o gênero” no grupo dos possuidores de incapacidade civil e que necessitam de curatela e portanto precisam ser interditados e tutelados.

O projeto de lei de autoria do deputado federal Paulo Delgado²⁸ buscava a reversão desse quadro jurídico pois propunha modificar radicalmente o caráter compulsório da internação psiquiátrica e promover a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por estruturas que possibilitassem atenção integral. A primeira proposta feita por Delgado em 1989 e só aprovada pela Câmara em 1991, permaneceu por nove anos no Senado, onde foi bastante modificada devido à forte oposição dos proprietários de casas de saúde e de familiares de usuários dos serviços de saúde mental, recebeu um substitutivo que alterava substancialmente o projeto original aprovado em 1999 e retornou à Casa de Origem, a Câmara dos Deputados, onde foi rediscutida e votada.

Em 27 de março de 2001, depois de 11 anos de tramitação a Lei da Reforma Psiquiátrica²⁹ foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República em 06 de abril de 2001. A lei aprovada, ao contrário da proposta original de Delgado que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos, é dúbia a esse respeito. No entanto, foram possíveis retirar alguns pontos constantes do Substitutivo do Senado que retrocediam o processo: foi revogado o Artigo 4º que permitia ao governo federal financiar a contratação ou financiamento de leitos privados ou a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos em regiões onde não existisse estrutura assistencial adequada; mantido o Artigo 5º que determina que a internação em qualquer de suas modalidades (hospital psiquiátrico, hospital geral ou NAPS) só seria indicada quando os recursos extra-hospitalares fossem insuficientes embora no parágrafo 3º fosse vedada a internação em instituições com características asilares e, ainda, alterou artigos e parágrafos relacionados às internações compulsórias estabelecendo a necessidade de comunicação da internação à autoridade judicial o que possibilitará a discussão da validade da internação realizada. Para

²⁷ Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934 que dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos bens dos Psicopatas.

²⁸ Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 8 de 1991 (nº 3.657/89, na Casa de Origem) dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

²⁹ Projeto de Lei nº 3.657-D de 1989 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Delgado (2001) a reversão do dinheiro repassado pelo SUS às unidades hospitalares para os novos serviços seriam o centro dessa lei o que faz com que sua regulamentação pelo Ministério da Saúde necessite ser precisa e clara, evitando que a desospitalização brusca produza abandono por meio de altas desassistidas.

Nos últimos anos, ocorreram mudanças institucionais significativas na área de Saúde Mental brasileira, como a desospitalização dos doentes e a promoção da atenção domiciliar e comunitária, ocasionadas pela busca de melhor qualidade da atenção, pela necessidade de redução de custos e para controle de fraudes pelos prestadores privados

do SUS. O modelo alternativo consistiu em prover as famílias, os hospitais e ambulatorios e a própria comunidade, de meios de lidar com o paciente psiquiátrico e promover o seu retorno ao convívio social.

“A experiência de construção dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) no Município de Santos (SP) a partir de 1989 é ilustrativa do novo sentido dado a atenção aplicada ao campo da saúde mental. A atenção à saúde mental no Brasil caracterizou-se na década de 80 pela situação de calamidade física e moral dos pacientes internados e pela falência terapêutica do enfoque psiquiátrico organicista. Os problemas emergenciais comumente identificados nos asilos públicos e privados têm sido a hiperlotação, falta de pessoal, violência com o uso de eletrochoque e celas fortes, orientação para a internação, etc.” (Costa e Ribeiro, 1998:11).

Os NAPS implantados no Município de Santos tinham como diretrizes: 1- garantia do direito ao Asilo; 2- disponibilidade; 3- inserção no território; 4- prioridade aos projetos de vida e 4- processo de valorização, com o estímulo à autonomia dos usuários nas atividades cotidianas (abrir e lidar com conta bancária, alugar um imóvel, etc.), em busca de caminhos de (re)inserção social.

“Essas experiências têm influenciado várias gestões locais que assumem a agenda da desinstitucionalização dos pacientes internados pela reconstrução dos direitos de cidadania, pela criação de alternativas substitutivas ao manicômio e pela transformação cultural da discriminação, estigma e exclusão em relação às pessoas com sofrimento psíquico. A execução da política dá-se por uma coalizão de profissionais, burocratas e associação de doentes e familiares no âmbito da política pública” (Costa e Ribeiro, 1998:12).

A nova lei propõe um modelo de atendimento centrado na cidadania, desinstitucionalizando o cidadão e sua família, oferecendo serviços hospitalares somente na fase aguda e atendimento em centros de atenção psicossocial, casas-abrigo, hospitais-dia, etc.. Isto implicou que, além do redirecionamento de recursos para a criação dos novos serviços, o Ministério da Saúde necessitasse elaborar uma política específica de suporte social aos usuários e seus familiares repassando a essas pessoas um percentual do que o ministério gasta com o pagamento das diárias hospitalares.

O processo reformista da saúde mental determinou, ao longo dos anos, a percepção entre técnicos, gestores, usuários e familiares de que era preciso reverter a injustiça, a dívida social impagável, com as pessoas internadas por longos anos nos hospícios. A injusta dívida era consequência de políticas públicas que não incluíam os loucos em seus benefícios sociais. Dessa maneira surgiu a proposta do Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que propunha o redirecionamento dos recursos financeiros destinados aos hospitais: metade do gasto mensal por paciente iria para ele ou sua família e a outra para a secretaria de saúde do município que viabilizaria a provisão de cuidados extra-hospitalares aos seus municípios. Seriam considerados elegíveis pessoas internadas há cinco anos ininterruptos ou dez anos com pequenos intervalos que pudessem ser beneficiadas com cuidados fora do hospital.

Para Alves (1994), pelo seu ineditismo e complexidade (coordenação e execução conjunta pelos três níveis gestores do SUS, com responsabilidades e competências reguladas por portarias) o PAD

deveria ter normas rígidas de inclusão e exclusão. Só poderiam pleitear ingresso os municípios possuidores de rede de cuidados ambulatoriais e/ou leitos psiquiátricos em hospital geral em funcionamento comprovado e Conselho Municipal de Saúde que deveria fiscalizar o cadastramento da clientela. E ainda, não seria compulsório pois o interessado optaria, a família original ou substituta aceitaria e o poder público municipal se responsabilizaria por prover os cuidados ambulatoriais adequados. O Programa promoveria a (re)inserção social de pessoas excluídas por longos anos do convívio social e redirecionaria os recursos existentes para a criação de serviços ambulatoriais, induzindo uma modificação de percepção por parte dos gestores, das famílias e da sociedade.

Em 1994/1995 a solicitação de criação de uma nova rubrica orçamentária para viabilização do Programa foi encaminhada à Assessoria Jurídica do Ministério da Saúde. Para Schechtman³⁰ (2001) a inviabilização do PAD pela área jurídica justificada pela impossibilidade de repassar recursos do SUS para pessoas físicas e pela existência de outros setores encarregados da Assistência e da Seguridade Social consideradas mais adequadas à resolução de tais questões, na verdade ocorreu pela existência de uma identidade ideológica de seus membros com o setor privado. O ex-coordenador membro atual da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde informou que o momento político é outro o que possibilita a discussão da extensão do bônus de apoio à desospitalização que vem ocorrendo em outros programas do Ministério ao Programa de Saúde Mental.

O bônus de apoio à desospitalização, que se destina a pacientes crônicos em condições de viver na comunidade, encontra-se em vigor desde 1998 para os Programas de Hanseníase e Tuberculose. Remunera com R\$ 100,00 os pacientes que recebem alta por estarem curados e com R\$ 150,00 os que se dispõem ao tratamento supervisionado, que consiste em receber e tomar a medicação sob o olhar de técnicos do Programa. Os recursos estão sendo repassados pelo Fundo Municipal de Saúde, integram o teto orçamentário local e podem ser utilizados pelos municípios nas ações de seu interesse após aprovação pelos Conselhos de Saúde locais³¹.

Em relação ao Programa de Saúde Mental o bônus encontra-se em processo de regulamentação por parte do Ministério da Saúde.

Breve Histórico da Política de Saúde de Niterói

Niterói é um município de médio porte da região metropolitana do Rio de Janeiro. Com uma área de 130 km² e uma população de 450.364 habitantes em 1999 que representavam 3,36% da população do Estado do Rio de Janeiro e 0,29% da população brasileira - é o quinto município mais populoso do estado e o 31º do Brasil. Sua população reside toda em área urbana e se distribui em 48 bairros agrupados pela Prefeitura em 5 regiões: das Praias da Baía (a mais populosa e densa); Norte, com o menor crescimento populacional apesar do grande aumento da população favelada; Pendotiba, que apresenta grande crescimento e valorização imobiliária nas duas últimas décadas; Oceânica (a maior do município) que

³⁰ Comunicação Pessoal de Alfredo Schechtman, ex-coordenador nacional de Saúde Mental no período 1996/1997 e membro da atual Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

desde a década de 70 é o vetor de crescimento urbano e Leste, com área de 18,19 km² e apenas 5.220 habitantes. O abastecimento de água cobre 75,6% dos domicílios, o esgotamento sanitário está presente em 65,7% das casas e 86% das moradias são atendidas pela coleta domiciliar de lixo.

O fato de Niterói ter sido até 1974 a capital do antigo Estado do Rio de Janeiro e de ter se constituído como uma área residencial para a classe média contribuiu para que se destaque hoje entre as maiores cidades brasileiras, sendo a de maior renda média - 7,4 salários mínimos - e com maior percentual de chefes de domicílio com rendimento mensal acima de 20 salários mínimos. Isto não diminuiu as desigualdades sociais presentes na cidade: existem no município 43 favelas concentradas principalmente no bairro do Fonseca (região Norte) e no Morro do Estado (região de Praias da Baía). A exemplo do que ocorre em outras áreas metropolitanas a população favelada de Niterói cresceu em ritmo acelerado (3,7% ao ano) bastante superior à média de crescimento do município (0,64% ao ano), correspondendo, em 1999, a 6,6% da população da cidade.

Os niteroienses convivem com as vantagens e as desvantagens do *status* metropolitano num território marcado pelas desigualdades e pela metropolização da pobreza (PMN/SMST, 1999). Segundo a classificação do PNUD a cidade ocupou em 1998 a 15^a posição no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal que leva em consideração em seu cálculo a longevidade, a educação e a renda dos habitantes (PMN/SMCT, 1999). Ocorreu uma mudança do perfil epidemiológico da população de Niterói nos últimos anos, com diminuição da mortalidade infantil e aumento da mortalidade acima dos 50 anos, com ligeiro predomínio do sexo masculino. Em 1998, as principais causas de mortalidade foram, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório (acompanhando os índices das regiões Sul e Sudeste); alternando-se entre o segundo e terceiro lugar estavam câncer e causas externas (acidentes de trânsito, afogamentos, intoxicações, quedas, violências interpessoais, etc.). Estas últimas constituíam a principal causa de morte entre 2 e 49 anos de idade (COBS/FMS, 1999).

Durante muitos anos a cidade concentrou estruturas políticas e administrativas que permaneceram mesmo ao perder seu *status* de capital em 1975, com a fusão ao antigo Estado da Guanabara. A concentração de equipamentos públicos é bem visível no caso da saúde, contando com grandes hospitais e unidades ambulatoriais, estaduais e federais, com capacidade para atender uma população muito maior que a do município.

No setor saúde, a partir de 1977, o município construiu uma história muito particular fazendo com que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deixasse de ser a “secretaria da morte”, que contava apenas com um posto de saúde e era responsável pelo serviço funerário, evoluindo para um novo formato e projeto. Nesse ano, a então Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social iniciou o desenvolvimento do Plano de Ação 1977-1980, que propunha a implantação de uma rede de unidades de atenção básica de saúde. Em 1979 existiam cinco unidades com previsão para mais sete.

Para Silva Jr. (1999) Niterói foi pioneiro em uma experiência de municipalização de políticas de saúde com a introdução do modelo de atenção primária³². No município a vitória da oposição (MDB),

³¹ Comunicação pessoal de Lucia Vicentino, Coordenadora Estadual do Programa de Tuberculose.

³²Entende-se por atenção primária: “Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas

também ocorrida em outras prefeituras, significou a oportunidade de acesso de setores progressistas às áreas de saúde e educação. Em maio de 1978 os municípios de Niterói, Campinas e Londrina promoveram o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do país realizado em Campinas (Escorel, 1999a). Em 1979, o município sediou o II Encontro de Secretários Municipais de Saúde, um importante evento nacional (Muller Neto, 1992).

Fazia-se imprescindível a criação de uma rede básica de atenção e a organização da rede assistencial existente, evitando o paralelismo e a desarticulação intra e interinstitucional. Os serviços de saúde prestados à população eram desenvolvidos pelo INAMPS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e pela Universidade Federal Fluminense (UFF) por intermédio do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Na perspectiva de integração e articulação setorial, em 1980, surgiu a preocupação de aproximar a Universidade da realidade dos serviços de saúde, permitindo que o ensino se encontrasse com a prática no cotidiano do processo de trabalho. Como resultado dessas discussões surgiu em 1982 o Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde (PIDAS), envolvendo as Faculdades de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Engenharia, Educação e outras, numa perspectiva intersetorial e de valorização das ações de integração ensino-serviço-sociedade. No mesmo ano esse programa aliou-se ao “movimento sanitário” de Niterói na construção de uma articulação política ampla voltada para a reformulação do sistema de saúde local (Silva Jr., 1996).

No mesmo período, como já foi dito, discutia-se nacionalmente a “crise da Previdência” e criava-se o CONASP buscando formas alternativas para reduzir os gastos e a dívida previdenciária. Nesse contexto surgiu o Projeto de Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Saúde de Niterói – o Projeto Niterói, pioneiro no desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde no nível nacional. Iniciou-se assim uma experiência de articulação interinstitucional envolvendo órgãos federais, estaduais e municipais para planejar, acompanhar e avaliar as ações de saúde locais. Em seus objetivos gerais, o projeto deveria promover a extensão da cobertura de serviços de saúde à população da área programática do projeto, com posterior aumento de abrangência para os municípios vizinhos. Deveria também aumentar a eficiência e eficácia das ações de saúde do setor público, promover a integração docente-assistencial e desenvolver estudos e pesquisas de planejamento, execução e avaliação para melhor distribuição de recursos financeiros, humanos, técnico-administrativos e materiais.

Entre as metas específicas para Niterói estava a viabilização de uma administração conjunta do Projeto Niterói, integrando os programas médico-odontológicos e farmacêuticos de todos os órgãos públicos (municipais, estaduais e federais). Ainda pretendia implantar quatro níveis de assistência à saúde com complexidade crescente de resolução de problemas: unidades de atendimento básico em bairros (nível primário), apoiadas pelos serviços de Pronto-Atendimento Médicos (PAM's) do INAMPS e Centros de Saúde (nível secundário) e, por fim, atendimento hospitalar (níveis terciário e quaternário, este último a cargo do Hospital Universitário Antônio Pedro). O Projeto Niterói já trazia muitas idéias que na

famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação” (OMS, 1979).

segunda metade da década de 80 seriam moeda corrente nas discussões pela transformação e reforma do setor saúde (Moysés, 1989).

Ao assumir em 1989, o novo prefeito convidou o então coordenador do Projeto Niterói para assumir a Secretaria de Saúde incorporando assim os princípios do Projeto à política oficial do município. Nesse mesmo ano iniciou-se o processo de municipalização de serviços com a assinatura do convênio SUDS/SMS. A gerência municipal ficou responsável pelas unidades básicas, a vigilância epidemiológica e a vigilância e fiscalização sanitária até então sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. No ano seguinte, a Secretaria Municipal assumiu as unidades de nível secundário do INAMPS (PAM's), o Hospital Estadual Psiquiátrico (depois Hospital Psiquiátrico de Jurujuba) e o Laboratório Regional de Saúde Pública Miguellote Viana, ambos da SES. Também passaram para responsabilidade municipal as atividades de supervisão, controle e avaliação da rede filantrópica e privada conveniada e contratada do INAMPS.

Em 1990, foi criada a Fundação Municipal de Saúde que surgiu da necessidade de um espaço institucional diferenciado, com maior autonomia, que pudesse desenvolver uma infra-estrutura administrativa ágil e uma nova cultura organizacional de base municipal (Moysés, s/d). O Secretário de Saúde ocupa também o cargo de Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. No ano de 1991 o Hospital Pediátrico Getúlio Vargas Filho da SES e o Hospital Cirúrgico Orêncio de Freitas do INAMPS passaram à gerência do município.

Para operacionalizar os preceitos das lei orgânica de 1990 foram criadas as Normas Operacionais Básicas que impulsionaram e regulamentaram a descentralização, e são:

“orientações específicas e pactuadas, emanadas pelo Ministério da Saúde (MS) e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, visando a repartição orçamentária entre níveis de governo, a atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial” (Costa et al., 1999).

A NOB 1/91 criou a figura dos estados e municípios habilitados ao SUS e estabeleceu incentivos de acordo com a observância de criação de fundos e o funcionamento de conselhos de saúde. Em 1993, seguindo resoluções da IX Conferência de Saúde, a NOB 1/93 estipulou regras mais claras de transferência de recursos, mecanismos de controle e avaliação, de pactuação política e níveis progressivos de gestão local do SUS e *“representou um divisor de águas marcante na política sanitária dos anos 90”* (Costa et al., 1999:39). Teve ainda o mérito de instituir diferentes níveis de gestão (incipiente, parcial e semiplena) e estabelecer as comissões intergestores. A NOB/96 constituiu-se em uma estratégia de ampliação da responsabilização e de consolidação do pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde dos municípios. Ela redefiniu: os papéis das esferas de governo apontando para uma direção única; os instrumentos gerenciais para que estados e municípios superassem o papel de prestadores de serviços e assumissem o papel de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento de forma a diminuir a remuneração por prestação de serviços e aumentar os repasses fundo a fundo com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; a prática de acompanhamento,

controle e avaliação superando os mecanismos centrados no faturamento; e, os vínculos dos serviços com os usuários de forma a privilegiar uma efetiva participação e controle social (Costa *et al.*, 1999).

No ano de 1995 Niterói atingiu a condição de gestão semiplena (NOB/93) e, em 1996, fazia parte do pequeno grupo (2,6%) dos municípios brasileiros nessa modalidade de gestão. Em dezembro de 1998, pela então vigente NOB/96 estava entre os 267 municípios da região sudeste e os 471 municípios brasileiros que atingiram a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal³³, na qual o gestor municipal se responsabiliza por oferecer à sua população as ações básicas de saúde e pela assistência de média e alta complexidade (Costa *et al.*, 1999).

Segundo Costa, Silva e Ribeiro (1999), desde a criação do SUS, ocorreu o crescimento, em escala nacional, da oferta da atenção pública com ganhos relativos para os grupos de menor renda e certa democratização do acesso e da utilização dos serviços de saúde. O crescimento do papel dos governos locais teve também como efeito importante a redução das funções da União na oferta direta de serviços de atenção à saúde.

A municipalização acarretou grande mudança no quadro funcional da saúde, pois Niterói, que tinha 950 profissionais, passou a gerir e controlar 6.848 servidores oriundos dos governos federal e estadual. Por um lado a absorção destes funcionários permitiu a concretização do projeto de gestão única da saúde e por outro lado criou áreas de tensão, tanto pela resistência dos profissionais ao novo modelo de funcionamento, quanto pelas diferenças salariais existentes entre os técnicos das três esferas de governo.

A partir da municipalização, foram também criados o Fundo Municipal de Saúde³⁴ e o Conselho Municipal de Saúde, que possibilitam a execução da política de financiamento das ações e serviços da Fundação Municipal de Saúde.

...

Em 1989 foi eleito um novo governo municipal composto por uma ampla articulação partidária de centro esquerda, em torno do candidato do Partido Democrático Trabalhista (PDT), que assumiu a Prefeitura com ampla aprovação popular (52% dos votos válidos). Em 1992 o prefeito elegeu seu candidato como sucessor e, no período seguinte, voltou a eleger-se estabelecendo assim 10 anos de continuidade político-administrativa (Quadro A).

A continuidade política da gestão municipal também ocorreu na área de saúde em que o mesmo secretário ocupou o cargo de 1989 até 1998, quando assumiu a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. A mudança de secretários não ocasionou um processo de ruptura, pois o secretário municipal que assumiu em 1999 pertencia ao quadro de gestores da Fundação Municipal de Saúde (Quadro A).

O fato de Gilson Cantarino O'Dwyer (Secretário Municipal de Saúde entre 1989-1998 e Secretário Estadual de Saúde desde 1999), além de dirigente municipal, ter sido liderança estadual e nacional do

³³ Niterói atingiu a condição de Gestão Semiplena do Sistema Municipal (NOB 1/96) em novembro de 1998.

³⁴ As receitas que compõem esse Fundo são provenientes das fontes 00 (orçamento municipal), fonte 02 (repasse do SUS), fonte 03 (arrecadação de taxas de serviços funerários), fonte 09 (taxas de fiscalização sanitária e higiene) e de convênios específicos da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

setor saúde presidindo o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)-RJ, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), contribuiu para o desenvolvimento da municipalização do setor saúde operacionalizada em Niterói.

A Secretaria de Saúde, que vem se estruturando a partir da estratégia de ampliação da rede básica de atendimentos e da regionalização e hierarquização dos serviços em nível de complexidade de oferta, contava em 2000 com quatorze Unidades Básicas de Saúde, cujas ações são articuladas às seis Policlínicas Comunitárias e em um nível mais complexo às três Policlínicas de Especialidades existentes. A rede hospitalar era composta por doze hospitais integrados ao SUS – sete contratados, um conveniado e quatro próprios.

Em 1992 foi criado o primeiro módulo do Programa Médico de Família desenvolvido a partir de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Niterói e associações de moradores legalmente constituídas, cujas funções eram complementar a rede de saúde, atuar como “porta de entrada” preferencial do sistema proposto e proporcionar assistência integral e continuada à população adscrita.

Ao contrário das Unidades de Saúde de primeiro nível de atenção onde existem médicos das especialidades básicas, da equipe básica do Programa Médico de Família fazem parte um médico generalista e um auxiliar de enfermagem responsáveis por dar assistência a 200 ou 250 famílias (cerca de 1000 a 1200 pessoas) cadastradas. As equipes básicas recebem supervisão de profissionais das mais diversas formações oriundos da rede municipal ou contratados pelo programa. Os módulos articulam-se à rede de saúde pelas Policlínicas Comunitárias, de Especialidades e pelos Hospitais mas o Programa possui Coordenações Regionais próprias. Em 2000 existiam quinze módulos do programa alocados em áreas carentes, que cobriam aproximadamente 10% da população do município.

As Unidades Básicas de Saúde desenvolvem diferentes ações integradas de atenção à saúde da criança, da mulher, do idoso, do adolescente além de outros programas, entre eles o Programa de Saúde Mental. A rede enfrenta dificuldades decorrentes não só da carência de recursos financeiros e humanos, mas também de aspectos estruturais, como por exemplo, a maciça demanda de utilização do sistema por cidadãos de municípios vizinhos, principalmente de São Gonçalo. Tal fato se deve à capacidade instalada das unidades de saúde e aos recursos existentes na cidade decorrentes de sua trajetória e de sua antiga condição de capital do estado.

Os caminhos da Saúde Mental no Município

A proposta de reorientação da assistência psiquiátrica em Niterói inseriu-se, desde o início dos anos 1980, na reforma do sistema de saúde implementado na cidade. Os anos 1960-1970 haviam produzido dois efeitos: a indigência asilar também ocorrida no Hospital de Jurujuba, então com 700 leitos, e o aumento do número de leitos psiquiátricos contratados, seguindo os critérios privatizantes da época. No final da década de 1970 existiam 400 leitos contratados em clínicas privadas.

Para a operacionalização do Projeto Niterói, então em implementação, foram organizados diversos grupos de trabalho e entre estes, em 1983, o Grupo de Trabalho de Saúde Mental. Este GT elaborou um documento no qual diagnosticava os principais problemas da rede, constatando que a oferta de tratamento aos pacientes psiquiátricos centrava-se prioritariamente na internação hospitalar. Para mudar esta realidade propunha-se a constituição de equipes de saúde mental nos postos e centros de saúde e também a criação de uma unidade de emergência psiquiátrica; a regionalização dos serviços e da demanda; e, o treinamento de recursos humanos nas unidades, sob a coordenação da Universidade Federal Fluminense. Posteriormente foi elaborado um programa de saúde mental cujas diretrizes apontavam para a criação de uma rede assistencial que desse suporte às práticas alternativas à internação psiquiátrica. Para a fixação deste modelo de assistência extramuros tornava-se necessário o desenvolvimento de ações que tentassem impedir a perda do vínculo do usuário com a comunidade. Para isto tornava-se necessário treinar recursos humanos e alocar recursos materiais, com o objetivo de construir serviços que pudessem atender principalmente a população de egressos das internações psiquiátricas, escolhidas como alvo preferencial para a implantação da nova estratégia de atendimento.

Em 1988 o Grupo de Trabalho de Saúde Mental do Projeto Niterói definiu um Plano de Ação Trienal que tinha por objetivo a implantação no município de Niterói do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Tomando por base o Programa de 1983, o plano mantinha as diretrizes de desospitalização com ênfase no desenvolvimento de recursos extra-hospitalares. Para tal propunha o funcionamento de um pólo psiquiátrico em um serviço geral de emergência e a criação de três enfermarias destinadas ao atendimento de crises, sendo estes serviços integrados à rede ambulatorial. Seriam também instituídas atividades de supervisão programática e supervisão integrada, além da informatização do sistema (GTSM/PN, 1988).

Em 1989, foi criada a Coordenação do Programa de Saúde Mental e incorporados alguns membros do GTSM/PN na supervisão programática. Este grupo estabeleceu um cronograma de reuniões semanais em nível distrital, encontros mensais em nível central e implantou o trabalho de recepção e triagem em toda a rede.

A criação do NAPS de Jurujuba em 1989, dirigido principalmente ao atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos graves, situava-se entre as inovações organizacionais propostas como equipamento substitutivo ao hospital psiquiátrico pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, pois promovia a desinstitucionalização e buscava a (re)inserção social de seus usuários. A experiência do NAPS serviu para que fossem iniciadas outras experiências de cuidados diários em centros de atendimento de nível secundário em Niterói³⁵.

Os efeitos da nova política de saúde mental puderam ser sentidos no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, unidade estadual municipalizada em 1990: na significativa diminuição dos leitos, na utilização de parte de sua área para a construção de um Centro Integrado de Ensino Público (CIEP), um módulo do

³⁵ No município de Niterói existem três serviços de saúde mental instalados nas unidades de saúde da rede (Policlínica Comunitária Santa Rosa, Policlínica Comunitária Carlos Antônio da Silva e Unidade Básica da Engenhoca) e um centro de convivência, a Casa do Largo.

Programa Médico de Família e uma creche comunitária, e nas mudanças programáticas, estratégicas e do modelo assistencial que resultaram na criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Como outra inovação, acompanhando o desenvolvimento no cenário nacional, destacou-se em 1990 o surgimento da Associação Cabeça Firme, movimento de participação e representação de usuários dos serviços de saúde mental e familiares, sediada no Hospital de Jurujuba até 1998 e que teve assento no Conselho Municipal de Saúde de Niterói como membro efetivo de 1996 a 1999.

“Na última década houve um crescimento significativo da participação dos familiares no debate sobre as mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil. Surgiram inúmeras associações de pacientes e familiares pelo Brasil afora, as associações contra e a favor das transformações propostas pelo Movimento de Reforma brasileira. Familiares e usuários ganharam assento na Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. O poder de negociação política desses grupos, neste processo, tem aumentado paulatinamente e lhes confere um lugar de atividade, em oposição à passividade de outrora” (Delgado apud Souza, 1999:14).

Para Rocha e Fonseca (1999) a municipalização permitiu a unificação da gestão e a aproximação dos serviços, implementando uma coordenação única com a responsabilidade de articular um plano de ações que priorizou a capacidade instalada dos serviços públicos, visando substituir gradativamente as internações pela integralidade das ações nos serviços locais e priorizando os grupos vulneráveis.

Os mesmos objetivos estavam presentes no documento elaborado em 1991 pela Coordenação do Programa de Saúde Mental, no qual era referida a necessidade de introduzir na rede assistencial diversos níveis de intervenção tanto para usuários quanto para o pessoal técnico. Uma avaliação da Coordenação, realizada nesse mesmo ano, concluiu pela continuidade dos seguintes objetivos: a) intensificação das reformas do Hospital de Jurujuba; b) definição de seu perfil assistencial: serviços múltiplos contemplando um ambulatório regionalizado, enfermarias de agudos de curta permanência, um albergue, um NAPS e uma futura enfermaria de crises; c) definição dos territórios de abrangência das equipes dos Centros de Saúde em relação aos Distritos Sanitários criados pela Secretaria de Saúde; d) estímulo à diversificação dos dispositivos assistenciais tanto hospitalares quanto extra-hospitalares (oficinas terapêuticas, grupos de convivência, procedimentos tipo NAPS); e) investimentos no serviço de emergência do Centro Previdenciário de Niterói (CPN)³⁶, inclusive com reativação dos leitos de observação, que estavam ociosos por falta de pessoal; e, f) criação de grupos de recepção e triagem para usuários dos ambulatórios.

Para Figueira (1989) a experiência de centralização da assistência psiquiátrica de crise no Serviço de Emergência do PAM-CPN, realizada nos anos de 1985/1986, que se mostrara fundamental para o controle e avaliação das indicações de internações, foi abortada por resistência de setores públicos e privados envolvidos na assistência psiquiátrica em Niterói, inviabilizando a mudança da uma assistência manicomial, prestada principalmente pela rede privada. E, ainda, em decorrência de demissões,

³⁶ Unidade do ex-INAMPS onde se situava uma das enfermarias de emergências psiquiátricas do município e a Central de Internação, que na ocasião autorizava e encaminhava as internações psiquiátricas realizadas nos hospitais privados contratados. A outra enfermaria estava no Hospital de Jurujuba.

aposentadorias e licenças ocorridas contava-se com um pequeno contingente de profissionais na rede o que impossibilitava a manutenção de equipes de psiquiatras plantonistas em dois pólos distintos (no hospital psiquiátrico e no posto de assistência geral). Apesar disso, até 1995, o CPN centralizou a triagem das internações psiquiátricas no município. A coordenação de saúde mental considerava não haver uma boa articulação entre o Hospital de Jurujuba, os serviços de saúde mental das unidades da rede e a equipe de médicos psiquiatras do CPN; este mantinha seu funcionamento alheio ao restante do trabalho realizado na rede.

Ocorreu então a transferência do pólo de triagem do CPN para o Hospital de Jurujuba, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e, em outubro de 1995 foi criado no Hospital de Jurujuba o serviço de “Porta de Entrada”. Foram então reunidas as equipes de plantonistas do antigo serviço de emergência geral às do hospital psiquiátrico e ainda contratados novos profissionais. A enfermaria de emergência psiquiátrica no PAM-CPN foi fechada. O Serviço de “Porta de Entrada” era uma enfermaria de doze leitos, destinada ao acolhimento de pacientes por um período idealmente curto, onde se procedia à avaliação e tratamento de situações de crise e ao encaminhamento de casos que necessitassem de um tempo maior de internação para outros setores do Jurujuba ou para os hospitais privados contratados. Em setembro de 1997, a direção do Hospital de Jurujuba desmembrou o Serviço de “Porta de Entrada” em três diferentes serviços: Serviço de Recepção Integrada (SRI), que passou a contar com uma equipe multidisciplinar para a avaliação das situações de crise que chegavam ao hospital, Serviço de Internação Mista (SIM) enfermaria de admissão para a internação de casos oriundos do SRI, e o Serviço de Álcool e outras Drogas (SAD), especializado no atendimento de dependentes químicos.

Para Silva Filho *et al.* (1998), dentre as mudanças ocorridas na rede destacaram-se a mudança do perfil das internações no município: o HPJ, antes responsável por apenas uma pequena parcela das novas internações do município, passou a absorver cerca de 75% da demanda, repassando, portanto uma pequena parcela à rede contratada. No período janeiro-agosto de 1995 o número total de autorizações de internações psiquiátricas (AIHs) do município manteve-se em torno de uma média de 720 AIHs/mês e no período seguinte (agosto/95 a setembro/96) caiu para cerca de 500 AIHs/mês. No mesmo período o número de AIHs das clínicas contratadas decresceu e o HPJ passou da média de 95 AIHs/mês para 174 AIHs/mês. Outro ponto a destacar foi a diminuição do tempo de internação no Serviço de “Porta de Entrada” do Jurujuba: o tempo médio de internação foi de 2,9 dias para os pacientes alcoolistas, o tempo máximo para os psicóticos foi de 3,7 dias (87% permaneceram de cinco a sete dias no setor), mas os autores destacaram que encontraram pacientes com até 54 dias de permanência.

Em 1998, 72% das internações realizadas foram devidas às dependências químicas, causa esta que modificou o perfil de internações por distúrbios psicóticos até então característico do Hospital de Jurujuba. Entre setembro de 97 e fevereiro de 98, cerca de 82% dos atendimentos do SRI tiveram encaminhamento ambulatorial, 13,7% foram encaminhados para internação no Jurujuba e 4,6% à rede contratada. Entre os vinte e dois casos de internações prolongadas seis foram diretamente atribuídos à falta de suporte social, *“porém pode-se questionar se outros tantos casos não teriam falta de suporte social e familiar conjugados a outros fatores de gravidade que determinaram sua internação”* (LAPSO, 1999).

Ainda em 1998, foi realizado um levantamento dos atendimentos do Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI) do Hospital de Jurujuba, com vistas a traçar um perfil da clientela, determinar o motivo dos atendimentos e conhecer o serviço ao qual estava adscrito o paciente. O estudo evidenciou que grande parcela dos atendimentos era destinada à pacientes que faziam tratamento ambulatorial na rede de Niterói, inclusive no Jurujuba, e procuravam o serviço de emergência na vigência de situações que poderiam ou deveriam ser resolvidas no nível ambulatorial.

Em setembro de 1999, 80,7% dos atendimentos foram encaminhados para o ambulatório, 15,6% foram internados no HPJ e 3,7% foram internados na rede contratada. Nesse ano, o perfil das internações diferia um pouco nas duas clínicas privadas contratadas: na Casa de Saúde Alfredo Neves (CSAN), existia um maior número de pacientes com internações de curta permanência (o tempo de internação era menor que um ano): 35% dos pacientes encontram-se na clínica há menos de 3 meses, enquanto na Casa de Saúde Niterói (CSN) apenas 6% encontrava-se na mesma situação. A CSAN tinha um percentual de 42% pacientes com internações de longa permanência enquanto a CSN tinha 85% de seus pacientes internados há mais de um ano. Portanto, foi possível concluir que técnicos e gerentes da casa de Saúde Alfredo Neves demonstraram maior permeabilidade às mudanças na área. Ainda no mesmo ano, o perfil dos diagnósticos dos pacientes internados nas duas clínicas contratadas mostrou maior percentual de psicóticos e onze usuários de álcool internados há mais de um ano (3 pacientes na CSAN e 8 na CSN). Os diferentes perfis indicam que o trabalho de desospitalização e (re)inserção teria características peculiares em cada instituição (Carvalho, 1999).

Em 2000, o município dispunha de 346 leitos para internação psiquiátrica: 120 leitos em cada uma das duas clínicas privadas contratadas pelo SUS - Casa de Saúde Niterói (CSN) e Casa da Saúde Alfredo Neves (CSAN) - e 106 leitos no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Dos 346 leitos psiquiátricos³⁷ existentes no município de Niterói, 225 estavam destinados a internações de longa permanência, com pacientes internados há bem mais do que um ano. Desses leitos, 190 eram privados contratados pelo SUS (110 na Casa de Saúde Niterói e 80 na Casa de Saúde Alfredo Neves) e 35 eram do Hospital de Jurujuba. A maioria dos usuários desses leitos encontrava-se em situação asilar, era oriunda de outros municípios e há muito tempo perdera completa ou parcialmente seus vínculos familiares e sociais.

No mesmo ano o Hospital de Jurujuba era composto por: 1- Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI), referência para todos os casos psiquiátricos agudos do município, com 5 leitos de observação; 2- Serviço de Alcoolismo e Drogas, referência para todos os casos de dependência química do município, com 12 leitos; 3- Serviço de Internação Mista, com 4 a 6 leitos destinados a internações mais prolongadas de pacientes de ambos os sexos; 4 - Serviço de Internação Feminina com 48-50 leitos para casos agudos que necessitem de internações mais prolongadas; 5 - Albergue e Serviço de Internação de Longa Permanência (SILP), abrigando 35 pacientes sem suporte social residentes no hospital; 6- Oficinas Integradas, constituem o Hospital-dia onde são realizadas diversas atividades dirigidas aos usuários egressos de internações recentes que mantêm vínculos de dependência com o hospital; 7-

Quadro A - Gerência da Prefeitura, da Secretaria de Saúde e da Área de Saúde Mental e do Programa de Bolsa-Auxílio do Município de Niterói

ANO	Prefeito	Secretário de Saúde	Coordenador de Saúde Mental e Diretor do HPJ	Comissão Gerenciadora do Programa de Bolsa-Auxílio
1989	Jorge Roberto Silveira			Márcia d' Almeida Pache Faria - Maria Tavares (PROJETO PORTARIA)
1990				
1991				
1992				
1993	João Sampaio	Gilson Cantarino	Eduardo Rocha	Maria Paula Leal - Tânia Marins - Márcia Giusti - Maria Tavares - Eduardo Rocha.
1994				
1995				
1996	Jorge Roberto Silveira	Agnaldo Zagne		Maria Paula Leal - Tânia Marins - Márcia Giusti - Sandra Fonseca
1997				
1998	Jorge Roberto Silveira			Maria Paula Leal - Tânia Marins - Márcia Giusti - Sandra Fonseca
1º semestre 1998				
2º semestre 1998				
1º semestre 1999				
1º semestre 1999	Jorge Roberto Silveira	Agnaldo Zagne		Maria Paula Leal - Marli Lefniczki - Márcia Giusti - Sandra Fonseca
2º semestre 1999				
2000				Maria Paula Leal - Marli Lefniczki - Eliane Oliveira Reis - Maria Cecília Faria

Ambulatório que atende usuários com transtornos psiquiátricos maiores³⁸ e um pequeno número de dependentes químicos; e, 8- Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) *Herbert de Souza*.

Em 1998 o NAPS/Jurujuba mudou para novas instalações físicas e passou a se chamar NAPS *Herbert de Souza*, mas permaneceu ligado administrativamente ao hospital. A equipe do NAPS desde a sua criação aspirava que o serviço fosse autônomo do hospital psiquiátrico e com leitos para atendimentos de crise, o que não se concretizou e ainda constituem metas para 2001.

Em um documento de avaliação a Coordenação de Saúde Mental (1999) diagnosticou que as principais modificações da rede de saúde mental no período 1992/1999 foram: a construção do serviço de emergência, a reforma das enfermarias do para adaptação aos parâmetros da Psiquiatria IV³⁹ e a implantação da enfermaria de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas em Jurujuba; a implantação do *NAPS Herbert de Souza* na região Centro; a reforma do ambulatório da Engenhoca; o credenciamento do programa de Residência Médica em Psiquiatria; a implantação do Serviço de Saúde Mental na Região Leste e a modificação do perfil dos ambulatórios integrando modalidades de atenção diária e referência regionalizada.

Esse documento ressaltava que ainda era incipiente o desenvolvimento de outras ações consideradas prioritárias pelos gestores locais, tais como o projeto de ressocialização dos pacientes internados em regime de longa permanência, a criação de lares abrigados, os projetos de trabalho assistido e de implementação de medidas de controle e avaliação das clínicas contratadas. Para a Coordenação de Saúde Mental, o funcionamento dos serviços foi prejudicado por carências estruturais: número insuficiente de psiquiatras e outros profissionais (ainda não adequado às estimativas populacionais), escassez de recursos materiais e inadequações nas áreas físicas; insuficiência na qualificação técnica dos profissionais para o enfrentamento adequado da demanda existente; falta de planejamento e de definição programática nas unidades de serviço e resistências à adesão ao modelo proposto. Para enfrentar estas dificuldades, a Coordenação propôs a criação de Núcleos de Atenção à Saúde Mental (NASM), regionalizados e integrados às Policlínicas Comunitárias⁴⁰: que teriam como função:

“responder pela execução das ações de saúde mental definidas para aquele território, segundo as prioridades apontadas pelo seu perfil epidemiológico, e que contribuam decididamente para que a atenção aos grupos de maior vulnerabilidade⁴¹ seja efetiva e prioritariamente realizada no nível local, com integração dos recursos humanos e materiais” (CSM/Niterói, 1999).

³⁷ Rocha, E., coordenador de Saúde Mental de Niterói e diretor do hospital de Jurujuba, comunicação pessoal, fevereiro de 2001.

³⁸ Incluem-se nesse grupo os portadores de distúrbios psicóticos e neuróticos graves.

³⁹ Portaria nº 224/92 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS que regulamenta o funcionamento dos serviços de saúde mental.

⁴⁰ Policlínica Comunitária Santa Rosa (NASM Santa Rosa), Policlínica Comunitária Dr. Aureliano Barcelos (NASM Jurujuba), Policlínica Comunitária Carlos Antônio da Silva (NASM Centro), Policlínica Comunitária Dr. Renato Silva (NASM Engenhoca), Policlínica Dr. José Francisco C.N. Filho (NASM Largo da Batalha) e Policlínica Comunitária de Itaipú (NASM Itaipú).

⁴¹ Os grupos de maior vulnerabilidade considerados pelo documento são psicóticos, usuários de álcool e drogas e crianças com transtornos psicóticos. Isto corresponde à recomendação do Ministério da Saúde que enfatiza o apoio às iniciativas voltadas para o atendimento de usuários de substâncias psicoativas, transtornos da infância e adolescência e transtornos mentais severos (CSM/MS,1999).

Esses núcleos deverão responsabilizar-se pela execução integral dos projetos assistenciais e de reabilitação psicossocial em sua região, devendo, portanto, realizar a recepção, acolhimento, tratamento psiquiátrico e psicossocial dos cidadãos de sua área de abrangência. Os NASMs ainda não estão instituídos oficialmente e encontram-se em fase inicial de implementação.

Nos últimos vinte anos Niterói vem apresentando importantes esforços de mudanças na área de Saúde Mental mais perceptíveis na década de 1990 em consonância com as propostas de mudança dos gerentes locais e dos reformadores do subsetor de saúde mental nacionalmente. As mudanças no Hospital de Jurujuba foram: a (re)ordenação dos antigos espaços hospitalares, a criação do NAPS, de um lar protegido (o Albergue) e de um hospital-dia (as Oficinas Integradas) e a diminuição do número de leitos e de sua utilização. Ocorreram também supervisões sistematizadas nas clínicas privadas contratadas; construção de uma rede de serviços territoriais por meio do investimento nos serviços de saúde mental existentes nas unidades de saúde locais, da saída do NAPS para constituir-se em unidade independente e da construção de um novo serviço (a Casa do Largo); investimento na capacitação de profissionais da área; criação de estruturas gerenciais regionalizadas (os NASMs) e propostas de apoio social como a Bolsa-Auxílio. Tais esforços contribuíram para a melhoria da assistência prestada aos munícipes e demonstraram a permeabilidade do subsetor local às orientações reformistas da área de Saúde Mental.

Capítulo III - O Programa de Bolsa-Auxílio

*“Há uma luz no túnel dos desesperados
Há um cais do porto pra quem precisa chegar...”
(Lanterna dos Afogados - Herbert Vianna)*

O Projeto Portaria

Entre as mudanças ocorridas em Niterói desencadeadas pela municipalização e por influência dos preceitos da Reforma Psiquiátrica situavam-se o Projeto Portaria e o Programa de Bolsa-Auxílio.

No final de 1992, tendo em vista a necessidade de contenção de despesas, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói resolveu suspender a contratação de uma firma de vigilantes que prestava serviços às unidades de saúde do município, cabendo a cada unidade sua adequação à nova situação. No Hospital de Jurujuba, os vigilantes eram responsáveis pela abertura dos portões automáticos do hospital.

Na ocasião o NAPS/Jurujuba discutia o processo de desinstitucionalização e a criação de um “tecido de vida”⁴² para os usuários dos serviços de saúde mental de Niterói. Alguns desses usuários eram egressos de sucessivas internações hospitalares e décadas de permanência em manicômios. Buscavam-se soluções que dessem conta da complexidade do fenômeno da loucura, o que colocou os técnicos frente a novas questões, entre as quais ocupava papel preponderante o processo de (re)inserção social desses usuários.

Em face de tais questões o diretor do hospital, Eduardo Rocha, tendo a chance de refazer o contrato com os vigilantes, propôs a utilização dos recursos financeiros para viabilizar um programa de trabalho para os usuários. A proposta foi discutida e aceita pela equipe técnica do NAPS que sugeriu desenvolver o programa de bolsas inicialmente com os usuários desse setor. Surgiu assim o Projeto Portaria.

A seleção dos beneficiários foi feita considerando a estabilidade do quadro clínico, as necessidades econômicas, a capacidade de executar a tarefa e o interesse em participar do projeto (D’Almeida e Cavalcanti, 1994).

⁴² A expressão era utilizada pelos profissionais do Hospital de Jurujuba referindo-se ao produto das trocas sociais impossível de ocorrer no manicômio.

A espinha dorsal do projeto eram reuniões realizadas semanalmente e registradas em livros de ata, onde a avaliação do processo era realizada. Nos encontros semanais eram discutidas as questões geradas por essa nova frente de trabalho e de trocas sociais: as relações entre os usuários e deles com a instituição, com os funcionários, com a população que visitava o hospital, com seus familiares; a relação com o dinheiro recebido, a utilização do mesmo e ainda todos os assuntos referentes à portaria. As reuniões eram abertas a todos os interessados, inclusive aos não participantes do projeto. Se alguém precisasse discutir qualquer assunto referente à portaria, deveria realizá-lo nesse *fórum*. A determinação era válida para gerentes, funcionários, pacientes, visitantes e familiares.

Tais reuniões tinham poder deliberativo e caráter decisório sobre os aspectos surgidos: o ingresso no projeto, a escala de horário semanal (a divisão por turnos, inclusive nos finais de semana), a avaliação do desempenho ao longo da semana, possíveis faltas e suas causas, aumento salarial e de carga horária, o pagamento da semana anterior (sendo sempre enfatizado que não se tratava de vínculo empregatício); a permissão de acesso a pessoas estranhas ao hospital, a fuga de pacientes durante o plantão, justificativas para se ausentar da portaria; questões referentes ao espaço físico da guarita (luz, limpeza, cadeira, vidro, proteção contra chuva, higiene pessoal, etc.), o conserto do mecanismo automático do portão; assuntos relacionados aos bolsistas como a usuária que mora sozinha com a filha e que precisa deixá-la com alguém para trabalhar; o usuário que chega alcoolizado ou drogado para iniciar seu plantão, os problemas, as picuinhas e as reivindicações (D’Almeida e Cavalcanti, 1994).

A remuneração provinha de verbas remanescentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) destinadas ao Hospital de Jurujuba. Por decisão da direção do hospital essa verba que não era utilizada desde a municipalização do serviço em 1990, passou a pagar as despesas de manutenção e o salário dos vigilantes.

O cálculo inicial da remuneração foi feito a partir do salário dos vigilantes e, posteriormente, passou-se a utilizar como base o salário mínimo. A frequência era encaminhada mensalmente à Fundação Municipal de Saúde que liberava os recursos e providenciava o pagamento ao Jurujuba. Os bolsistas recebiam semanalmente, no dia da reunião e seu pagamento era viabilizado por dois voluntários que descontavam o cheque no banco. Cada participante assinava um recibo. As escalas diárias de horário de

trabalho eram divididas em três turnos de 4 horas. O Projeto funcionava apenas durante o dia. O número de turnos semanais por participante variava de um a quatro dependendo do número de usuários no projeto naquela semana. A carga horária semanal trabalhada era definida pelo usuário e pela equipe técnica. Os horários descobertos que sobrassem eram sorteados entre os interessados.

Uma das maiores preocupações dos responsáveis era a repercussão do projeto entre os funcionários do hospital. Expressões como: *“é absurdo não se ter mais segurança no hospital”, “liberdade demais”, “o portão ficará desprotegido”, “pacientes agora receberão dinheiro da direção do hospital”*, eram ouvidas pelos corredores (D’Almeida e Cavalcanti, 1994). Cabe ressaltar que a nova atividade gerou aprendizado sobre muitos aspectos. Alguns deles, aparentemente corriqueiros numa relação de trabalho, geraram a necessidade de respostas que até então não faziam parte da clínica tradicional. Não era esperado que pessoas *“com tão alto grau de comprometimento”* conseguissem executar as tarefas desenvolvidas no projeto. Por isso, o forte engajamento de usuários com transtornos psicóticos e neuróticos graves gerou uma percepção positiva e abriu novos horizontes que possibilitaram a criação do programa de Bolsa-Auxílio.

Em abril de 1993, a direção do Hospital de Jurujuba encaminhou ao Secretário de Saúde um documento⁴³ onde solicitava recursos financeiros para custear a ampliação de um projeto de trabalho assistido⁴⁴ que já vinha sendo desenvolvido pelo NAPS.

O documento esclarecia que tal projeto situava-se entre as atividades de ressocialização de pacientes psiquiátricos intermediando a vinculação semiprofissional dos usuários com algumas atividades laborativas e que era assistido pelo corpo técnico do Jurujuba. Os recursos solicitados seriam utilizados em gastos com transporte, alimentação e remuneração pelo trabalho produzido.

No documento o Projeto Portaria era avaliado como responsável pela criação de um vínculo diferenciado na relação do paciente com a instituição e sugeria que ele fosse estendido a outros setores do Hospital de Jurujuba e no futuro à rede de serviços de saúde mental municipal. E, ainda, o trabalho assistido era definido como fundamental dentro de um projeto terapêutico e ressocializante de pacientes psiquiátricos,

⁴³ Comunicação Interna nº 046/93, de 05/04/1993.

⁴⁴ Os projeto de trabalho assistido são vinculados a uma maior necessidade de suporte dos técnicos da área, enquanto que os protegidos implicam em maior autonomia dos usuários.

usualmente marginalizados quer por sua própria condição subjetiva quer pelo mercado de trabalho. Propunha ainda que o projeto de Trabalho Assistido fosse vinculado a um sistema de bolsas que remunerasse entre dois terços e meio salário mínimo, de acordo com a especificidade da atividade desenvolvida.

O projeto Portaria, iniciado em de 1º de fevereiro de 1993, subvencionado pelo hospital e sem uma clara definição administrativa por parte da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, funcionou durante cerca de oito meses. Nesse período, os portões do Jurujuba foram abertos por 21 usuários do NAPS. Dentre eles quatorze, considerados integrados ao projeto, foram posteriormente integrantes do Programa de Bolsa-Auxílio.

A Implementação do Programa de Bolsa-Auxílio

Em fins de 1993, a direção do Hospital de Jurujuba não dispoñdo mais dos recursos financeiros provenientes da SES, decidiu suspender o pagamento destinado ao Projeto Portaria. Tal decisão não foi aceita pelos usuários integrantes e candidatos ao projeto que, assessorados por técnicos do NAPS, iniciaram um processo de mobilização dentro do Hospital de Jurujuba em busca de mais adesões e realizaram um ato público.

Na ocasião, por meio de uma carta entregue pelos usuários ao secretário municipal de saúde, foi encaminhada uma proposta de manutenção e regulamentação das bolsas. A solicitação foi aceita pelo secretário que regulamentou o programa por meio de uma portaria⁴⁵ que considerava a necessidade de normatizar a implementação de um programa de apoio aos pacientes psiquiátricos por meio da concessão de bolsa-auxílio sem vínculo empregatício e em caráter semiprofissional. Para receber essa bolsa o paciente deveria estar vinculado ao acompanhamento do corpo técnico do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e apresentar frequência atestada por um técnico supervisor. O valor mensal seria atribuído conforme o número de horas trabalhadas, que deveria estar de acordo com critérios técnicos que privilegiassem o projeto terapêutico dos pacientes.

A portaria estabelecia também um teto financeiro para o programa de dez salários mínimos mensais distribuídos entre os participantes de acordo com os critérios acima expostos.

⁴⁵ Portaria n.º 798/93 de 31/12/93.

Com o intuito de detalhar os mecanismos técnicos de implementação do Programa, a direção do Hospital de Jurujuaba constituiu e designou⁴⁶ uma comissão de gerenciamento que tinha como funções: “a) receber e analisar as propostas apresentadas; b) cuidar da necessária adequação dos projetos aos planos terapêuticos dos pacientes; c) acompanhar e propor alterações na condução dos projetos”. A primeira comissão era composta por um técnico que havia coordenado o Projeto Portaria e por quatro gerentes da unidade. Em sua primeira reunião realizada em 20 de janeiro de 1994 a Comissão de Gerenciamento propôs algumas normas preliminares:

- só poderiam participar pacientes ligados ao Hospital de Jurujuaba, independentemente de sua modalidade de atendimento (internação ou ambulatorial);
- deveria haver indicação terapêutica para tal;
- todas as propostas de projetos dos setores deveriam ser apresentadas por escrito à comissão que as analisaria e discutiria com os técnicos interessados;
- todo projeto apresentado deveria designar um supervisor, responsável pelo acompanhamento do paciente e do projeto;
- a obrigatoriedade de reuniões periódicas entre os supervisores e a comissão para discussão do desenvolvimento do projeto;
- os projetos que necessitassem de monitor (responsável por ensinar o trabalho a ser desenvolvido) deveriam realizar encontros periódicos entre os monitores e os supervisores.
- as propostas dos projetos poderiam ser encaminhadas a qualquer membro da Comissão Gerenciadora do Programa de Bolsa-Auxílio.

A primeira composição da comissão foi logo modificada. Para os integrantes da segunda comissão gerenciadora ficou a responsabilidade de analisar o desenvolvimento do Projeto Portaria e elaborar um novo projeto que deveria nortear a implementação do Programa de Bolsa-Auxílio. Esse projeto nunca foi escrito.

As normas e resoluções definidas pela comissão foram divulgadas para os técnicos e usuários oralmente, pois nunca foram redigidas em documentos.

⁴⁶ Memorando nº 01/HEPq (Hospital Estadual Psiquiátrico) de 20/01/94.

Objetivando perceber o desenho gerado pelo processo de implementação de ações no Programa de Bolsa-Auxílio, construiu-se um quadro que apresenta o movimento de técnicos, usuários e projetos (Quadro B).

Chamam a atenção alguns aspectos que poderiam constituir obstáculos ao acesso dos usuários às bolsas:

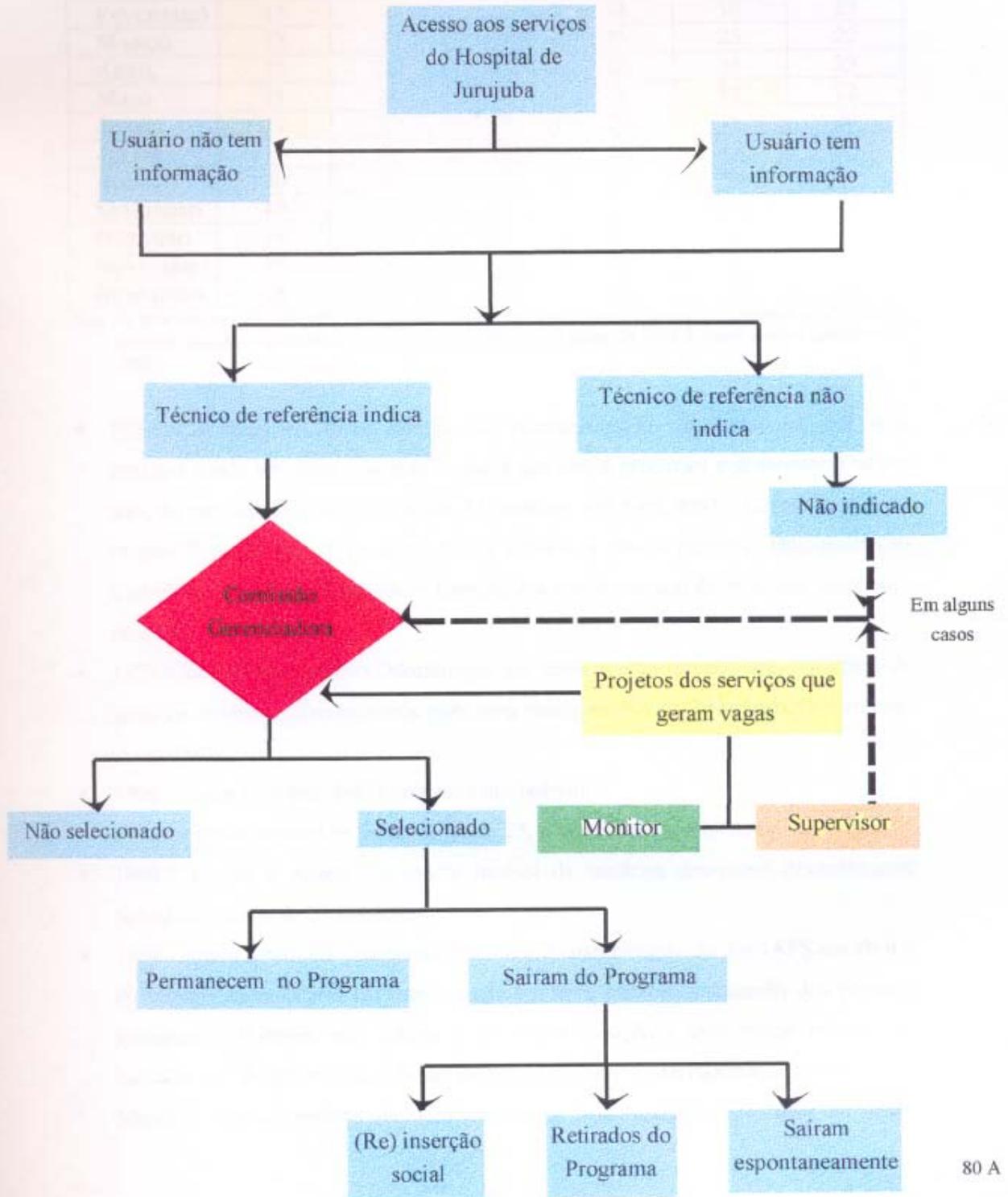
- a necessidade dos técnicos disporem de informação sobre a existência, a função e o sucesso do Programa;
- a percepção dos técnicos sobre o desenvolvimento do Programa e sobre sua importância no projeto terapêutico do paciente;
- a possibilidade de veto dos técnicos;
- a centralidade da comissão gerenciadora e sua capacidade de veto, pois é a instância de definição de quais projetos e quais usuários passariam a integrar o Programa e ainda de quais usuários seriam retirados ou seriam considerados (re)inseridos.

Possíveis obstáculos decorrentes da necessidade de informações dos usuários, da percepção da validade e do sucesso da bolsa-auxílio por parte dos técnicos, decorrentes de suas bases teóricas, foram contornadas por usuários e supervisores ao criarem um mecanismo alternativo de acesso.

No Quadro B estão representados os dois mecanismos de acesso, um formulado no início do funcionamento do Programa, no qual os bolsistas deveriam ser indicados por seus técnicos de referência; e outro, o alternativo, criado por supervisores e usuários, que ocorria de duas maneiras: a) quando o usuário interessado procurava espontaneamente um supervisor e era por ele indicado, e b) quando um supervisor se interessava na indicação do usuário e buscava a concordância dos técnicos de referência do usuário. O segundo caminho, ocasionalmente, promoveu acesso de interessados que não possuíam a concordância de seus terapeutas.

Ao longo dos sete anos analisados do Programa (1994-2000) ocorreram muitas variações. Projetos se incorporaram, foram extintos, se fundiram ou substituíram outros projetos. Ocorreu ainda uma grande flutuação do número de usuários. Os Quadros C e D e o Gráfico 1 objetivaram mostrar as variações ocorridas e evidenciar a existência de grandes marcos que balizaram a análise realizada:

Quadro B - Fluxo do Programa de Bolsa - Auxílio do Hospital de Jurujuba



QUADRO C –BOLSISTAS NO PROGRAMA DE BOLSA – AUXÍLIO (1994 –1999)

ANO MÊS	1994	1995	1996	1997	1998	1999
JANEIRO	13	23	19	24	19	19
FEVEREIRO	13	16	21	24	19	23
MARÇO	13	20	22	25	25	22
ABRIL	15	20	17	25	23	23
MAIO	11	21	22	25	14	22
JUNHO	11	22	25	24	12	20
JULHO	18	21	23	27	13	32
AGOSTO	20	23	23	28	10	29
SETEMBRO	19	20	23	29	13	26
OUTUBRO	19	23	18	26	21	25
NOVEMBRO	19	20	24	25	25	32
DEZEMBRO	18	18	28	26	24	28

Nota - A área amarela foi utilizada para realçar os períodos com menor número de bolsistas do Programa: período inicial (1º semestre de 1994) e o período de mudança do NAPS, entre maio e setembro de 1998.

- 1994 - o Programa Bolsa-Auxílio foi regulamentado, era composto por dois projetos, sendo um deles o projeto Portaria que fora o precursor e já acontecia há um ano; no período existiam em média 13 usuários por mês, sendo 12 integrantes do Projeto Portaria. No 2º semestre foram criados 4 novos projetos: Documentação Científica, Memória, Recepção e Cantina e a média mensal de bolsistas aumentou para 18.
- 1995 - foi extinto o projeto Odontologia que tinha apenas um bolsista, o número de usuários elevou-se discretamente para uma média mensal de 20 bolsistas e manteve-se constante.
- 1996 - surgiu o projeto Biblioteca com um bolsista.
- 1997 - a média mensal de usuários foi de 23, a mais elevada até então.
- 1998 - janeiro a março - a média mensal de usuários decresceu discretamente ficando em torno de 21 bolsistas.
- 1998 - abril a setembro - no período ocorreu o aparecimento do JorNAPS em abril e do Projeto Ambulatório em julho; ainda em abril ocorreu a extinção dos projetos Recepção e Portaria, este último o de maior duração e com maior número de bolsistas no Programa; e, a fusão de dois projetos - Documentação Científica e Memória - em um projeto que continuou como Documentação Científica em Julho.

Quadro D – Projetos do Programa de Bolsa- Auxílio (1994 – 2000)

Ano / Projetos	1994				1995				1996				1997				1998				1999				2000					
	1ºT	2ºT	3ºT	4ºT	1ºT	2ºT																								
Portaria																														
Odontologia																														
Doc. Científica																														
Memória																														
Recepção																														
Cantina																														
Biblioteca																														
JorNAPS																														
Ambulatório																														
Biblioteca NAPS																														
Alimentação NAPS																														
Limpeza NAPS																														
Oficinas Integradas																														
Reprografia																														
Cantina NAPS																														
Recepção NAPS																														

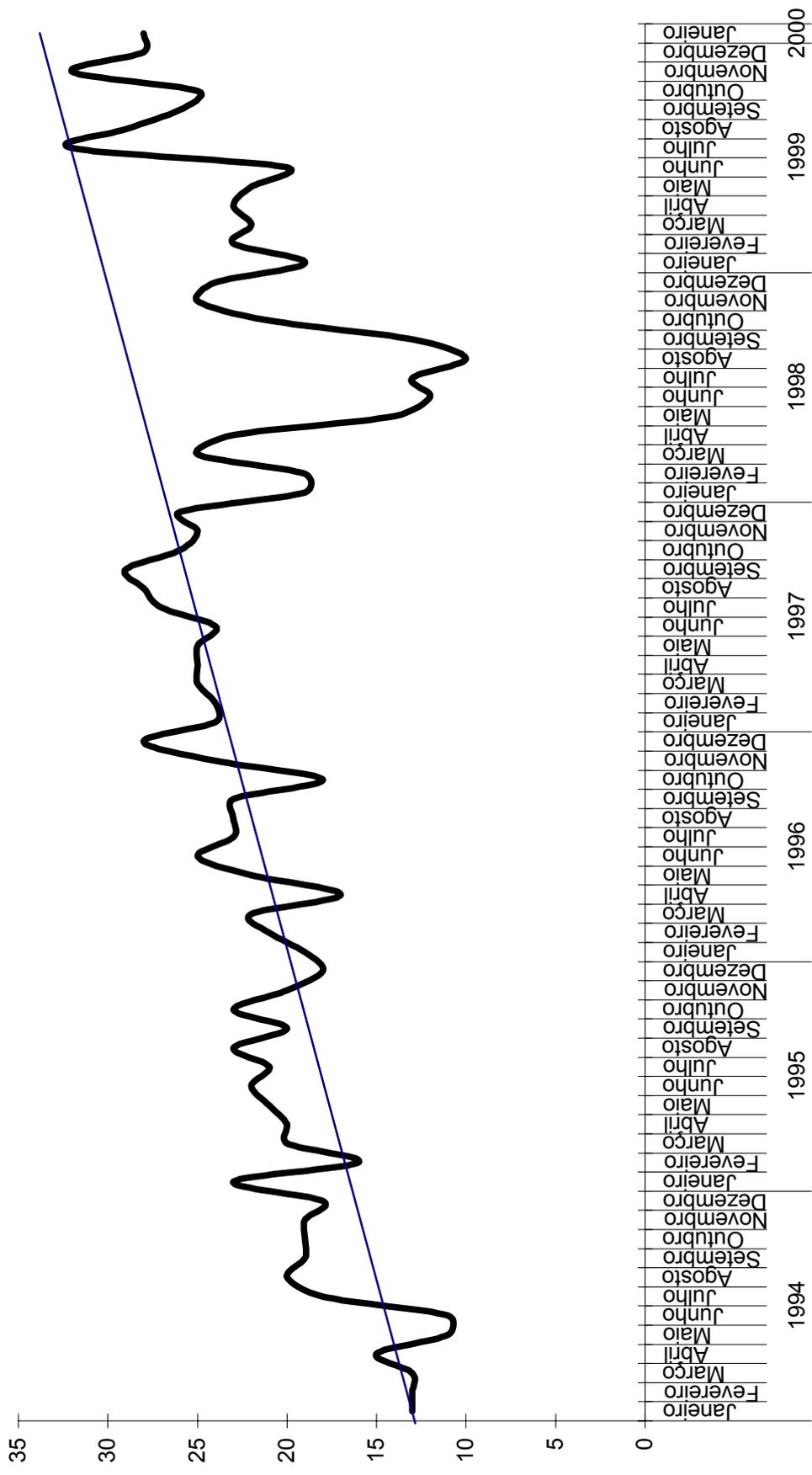
Fonte: Projetos escritos, atas do Programa de Bolsa-Auxílio, listagens das horas trabalhadas pelos bolsistas.

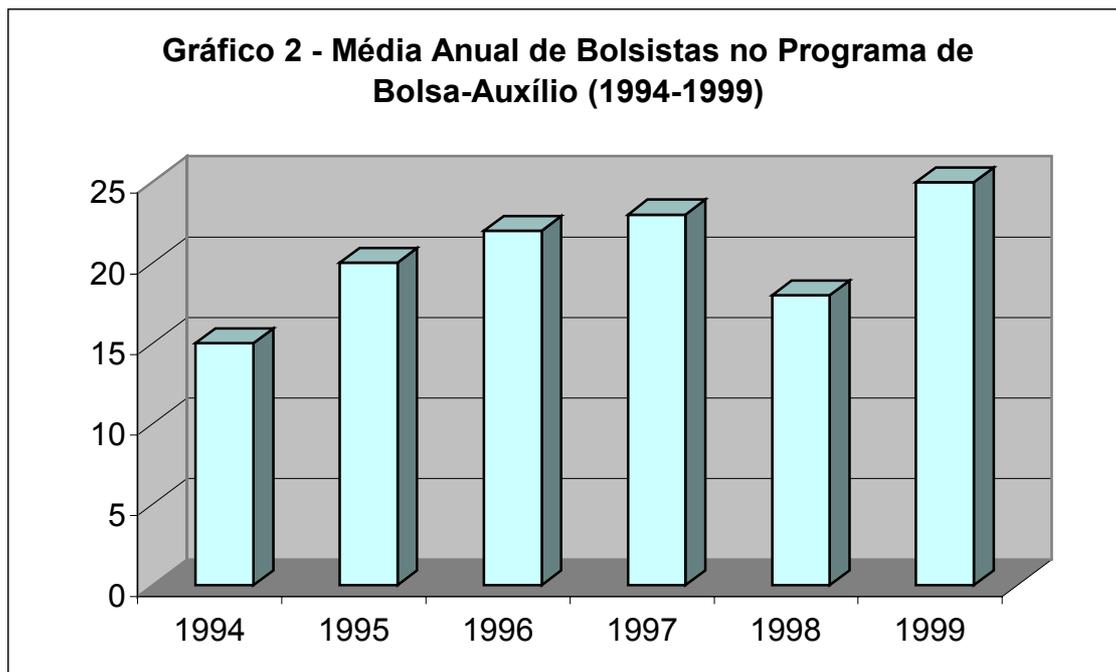
O número de bolsistas foi reduzido drasticamente, retornando aos patamares do início do Programa (média mensal de cerca de 13).

- 1998 - outubro a dezembro - surgiram novos projetos: Biblioteca/NAPS; Alimentação/NAPS e Limpeza/NAPS; e, o número de bolsistas retornou ao patamar médio de cerca de 23 bolsistas por mês.
- 1999 - foram incorporados 4 novos projetos: Oficinas Integradas, Reprografia, Cantina/NAPS e Recepção/NAPS; o projeto Ambulatório até então vinculado ao Documentação Científica conseguiu sua autonomia, e o número de bolsistas aumentou para a média mensal de 25.
- 2000 – outubro – foi suspenso o Projeto Reprografia pela saída dos dois bolsistas que dele faziam parte. Com isso ocorreu a inversão do quadro apresentado até então de maior número de projetos desenvolvidos no Jurujuba. O NAPS passou a ser responsável por seis e o Jurujuba por cinco projetos.

No Gráfico 1 percebe-se a grande flutuação do número mensal de participantes pela incorporação e saída de bolsistas. Essa flutuação foi ocasionada pelo gerenciamento do programa e por características próprias do grupo: extinção de projetos com incorporação de bolsistas em outro projeto; dificuldade de cumprimento de algumas normas, como horário; demora na adaptação e na criação de laços; participação experimental de bolsistas em mais de um projeto e ser ocasional; saída definitiva de bolsistas e desligamento temporário dos participantes que estivessem em crise. Desde o Projeto Portaria o desligamento temporário significava a não remuneração.

Gráfico 1 - Fluxo Mensal de Bolsistas Atuantes no Programa de Bolsa-Auxílio (1994/1999)





O Gráfico 2 mostra a média anual de bolsistas no Programa destacando-se a queda do número de bolsistas ocorrida em 1998. Nesse ano ocorreu a mudança das instalações físicas do NAPS para uma casa em outro bairro da cidade. A mudança fez ressurgir uma antiga aspiração da equipe do NAPS de constituir uma unidade independente do Hospital de Jurujuba, tornando-se um serviço realmente substitutivo, com leitos e com possibilidade de dar cobertura às necessidades de internação dos usuários.

O processo de adaptação de técnicos e usuários às exigências da proposta de independência e à gerência da nova casa com sua estrutura totalmente diferenciada gerou muitas expectativas e conflitos. As mudanças no Programa representaram também menos recursos financeiros para vários usuários que integravam os projetos que estavam sendo extintos. E, ainda, técnicos e usuários enfrentaram a rejeição inicial da comunidade à instalação de uma “casa de loucos no meio de pessoas normais” (“os malucos vêm aí”, “cadê os malucos?”).

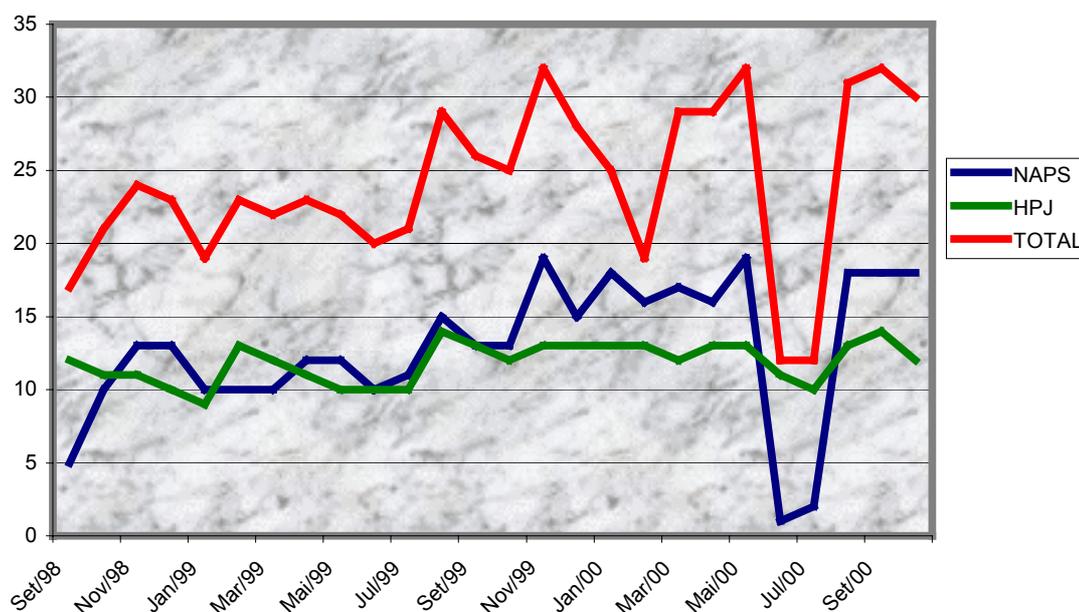
Chamou a atenção o fato de que a maioria dos técnicos gerentes e não-gerentes, exceto a ex-coordenadora do NAPS e um dos técnicos também atuante no novo serviço, não terem identificado as alterações ocorridas em 1998 e 1999, necessitando de esclarecimentos sobre fatos e datas.

Sobre 1998 praticamente todos os gestores tiveram a mesma percepção. A mudança do NAPS, um dos setores que sempre desenvolveu projetos, provocou uma mudança no Programa. Houve um

período de latência e depois a reorganização do Programa. A mudança foi provocada pela extinção de alguns projetos e dentre eles o Portaria. Tânia Marins, terapeuta ocupacional, ex-coordenadora do NAPS e ex-membro da Comissão de Gerenciamento (CG) atribuiu o ocorrido ao fato de que: “em 1998 os técnicos supervisores integrantes de quatro das cinco frentes de trabalho existentes eram integrantes da equipe de assistência do NAPS, bem como a maioria dos bolsistas”.

Houve uma relação direta entre a mudança das instalações do NAPS e a grande diminuição de projetos e de bolsistas ocorrida em 1998. Essas mudanças ocasionaram a necessidade de reordenamento ocorrida no Programa. Cinco dos sete programas surgidos após agosto de 1998 estavam vinculados às necessidades da nova estrutura.

Gráfico 3 - Relação de Bolsistas Vinculados ao NAPS e ao Hospital de Jurujuba - setembro/1998 e outubro/2000



Foi possível perceber que ocorreu uma inversão do número de bolsistas a partir de agosto de 1999 e um aumento de integrantes do Programa que se aproximou do maior patamar até então apresentado. Assim, o NAPS voltou a ter o maior número de usuários no Programa, cerca de 18 entre o total de 30-32 bolsistas nos três últimos meses analisados. O pico inferior que ocorreu em junho/julho de 2000 foi ocasionado pela adesão dos bolsistas do NAPS à greve dos funcionários municipais de saúde de Niterói em solidariedade ao movimento dos profissionais.

Projetos

A leitura dos textos dos projetos revelou justificativas e objetivos diversos, alicerçados na percepção dos técnicos sobre o fenômeno da loucura e sobre as intervenções julgadas mais adequadas por esses profissionais. Os documentos iniciais ressaltavam a necessidade de mão de obra no serviço ou setor, embora nem sempre todas as vagas fossem preenchidas. Existiam algumas justificativas de projetos baseadas em discursos de reabilitação pelo trabalho em sua linha mais tradicional. Outras vezes, as justificativas eram fundamentadas em questões como: possibilitar ações onde ocorressem trocas sociais outras que não as ocorridas no espaço doméstico e na vizinhança, desenvolver habilidades “*que a doença fez cair em desuso*” (fala de um usuário durante uma reunião do projeto Recepção), e necessidade de oferecer atividades mais elaboradas que exigissem maior responsabilidade porque existiam usuários capazes de desempenhá-las. O Projeto JorNAPS, único que não partiu de uma necessidade de mão de obra do setor proponente, colocou como objetivo principal a promoção de atividades a partir do interesse dos usuários do NAPS e, em termos específicos, estimular a criação e produzir um canal de comunicação impresso. Em relação aos bolsistas é possível afirmar que a bolsa-auxílio certamente produziu conhecimentos e habilidades de maior grau de elaboração e de concentração relacionadas às diversificadas funções desempenhadas, e às novas relações estabelecidas com os funcionários do Hospital de Jurujuba e do NAPS.

Percebe-se nos documentos que alguns projetos tiveram origem a partir da demanda dos próprios bolsistas, como o projeto Biblioteca/NAPS, e outros surgiram a partir dos esforços de supervisores mais atuantes no processo. Essas observações reforçaram a importância da percepção ideológica e conceitual dos técnicos da área de saúde mental do Hospital de Jurujuba em relação à reformulação do paradigma da doença mental, do que é considerado terapêutico, e o significado de (re)inserir os usuários.

No extinto Projeto Odontologia o bolsista organizava agendas e prontuários, recebia os clientes, realizava serviços externos e era responsável pela limpeza do material utilizado. Em dois outros projetos também extintos, Portaria e Recepção, o bolsista era responsável pelo controle dos portões do Jurujuba, pelo acolhimento e

identificação dos visitantes, pela distribuição das normas escritas para as visitas aos pacientes nas enfermarias, pela guarda dos pertences dos visitantes e pela garantia de que as visitas ocorressem dentro das normas estabelecidas.

Os bolsistas do antigo Projeto Memória, depois incorporado ao Projeto Documentação Científica, auxiliavam na organização do “arquivo-morto” do Hospital de Jurujuba, digitando os dados necessários aos registros. Os outros bolsistas do Projeto Documentação Científica, que depois da fusão ficou conhecido como “Arquivo”, retiram, entregam, recebem e guardam os prontuários, controlam o protocolo e atendem o telefone.

Os bolsistas do Projeto Ambulatório viabilizam a entrega dos prontuários ao Serviço de Ambulatório e sua devolução ao arquivo do Hospital. O bolsista do Projeto Biblioteca desenvolvido no Jurujuba, deve atuar como auxiliar de Biblioteca: atender o público; controlar o empréstimo de livros, periódicos, teses e catálogos; arquivar as fichas; auxiliar na organização do material da biblioteca. O do Biblioteca-NAPS também deve realizar controle de empréstimos e ainda a organização do espaço físico.

Na Reprografia as funções eram de controle das solicitações e do pagamento; reprodução de documentos; fazer encadernações, capas de prontuários e carteiras para pacientes e manutenção da ordem no local de trabalho.

O JorNAPS contava com colaboradores fixos, os bolsistas, e possibilitava a participação de interessados. As funções dos bolsistas eram: auxiliar na organização da pauta de matérias; coleta de material para a reportagem; confecção de textos; digitação; auxílio na diagramação; fotografar e encaminhar as fotos para revelação; montagem dos exemplares e distribuição.

No Projeto Oficinas Integradas os bolsistas atuavam junto com os técnicos como monitores das oficinas desenvolvidas: culinária, bijuteria, desenho, reciclagem, do corpo, do saber, de vídeo, reportagem, “grupão” (reunião de todos os técnicos e usuários) e atividades livres (bingo, jogos, música). A oficina de culinária gera renda através da venda dos produtos que é dividida entre vendedores, confeccionadores (os que trabalham) e oficineiros (que organizam a oficina), que têm o compromisso de repor o material e/ou investir em outras oficinas segundo decisão dos participantes. Os bolsistas também participavam das visitas domiciliares realizadas e no acompanhamento de usuários que necessitassem solicitar benefícios previdenciários;

viabilizar documentos e passe livre nos transportes; realizar movimentos bancários (abertura de contas, saques em bancos eletrônicos, etc.).

Os bolsistas do Projeto Recepção-NAPS, além do controle de entrada e saída das pessoas devem prestar informações e esclarecimentos acerca do NAPS, organizar marcações das atividades, orientar os familiares, datilografar ofícios e documentos de suporte às oficinas e realizar serviços externos (xerox, entrega de documentos aos órgãos da FMS/Niterói). Os bolsistas dos Projetos Alimentação e Limpeza do NAPS auxiliam na realização dessas atividades básicas e essenciais para o funcionamento do serviço.

Nos Projetos Cantina e Cantina-NAPS os bolsistas, entre outras atividades, exercem a função de caixa (receber o pagamento e providenciar o troco), mas sem realizar a contabilidade diária que ficava a cargo dos monitores.

Faz-se importante ressaltar que as funções desempenhadas pelos bolsistas não eram diferenciadas das atividades exercidas por técnicos e servidores dos serviços em que os projetos do Programa foram implementados. Algumas delas exigiram grandes responsabilidades, habilidades e conhecimentos específicos prévios e recém adquiridos; todas eram cruciais para o funcionamento dos serviços, não se constituindo em terapias de ocupação de tempo livre, de lazer ou passatempo. Não se tratava também de atividades de treinamento de aptidões, capacidades e habilidades no sentido “ortopédico” clássico da terapia ocupacional de reabilitar funções físicas e mentais perdidas.

Em todas as fontes consultadas as funções de monitor (orientador da tarefa) e de supervisor (responsável pelo acompanhamento técnico do paciente) estão bem demarcadas, e foi perceptível a existência de uma hierarquia que subordinava o monitor ao supervisor.

A monitoria podia ser desempenhada por qualquer profissional da instituição, inclusive os de nível médio, não exigindo formação na área de saúde mental. O mesmo não acontecia com a supervisão que só era exercida por profissionais de nível superior e com formação especializada.

Ao longo da implementação ocorreu uma grande diversificação de pessoas que mantiveram contato com o Programa e tiveram a oportunidade de conviver e trabalhar

com os bolsistas. A mudança das instalações físicas do NAPS, tomada como eixo divisor no Programa, tornou possível definir dois períodos.

No período de 1994 até o fim do 1^o semestre de 1998, as atividades de supervisão foram exercidas dez técnicos sendo: 50% terapeutas ocupacionais, 30% psicólogos e 20% por outros profissionais (uma médica e uma assistente social). A partir do 2^o semestre de 1998 até 2000 o quadro mudou: dos 11 supervisores, 63,6% eram terapeutas ocupacionais, 18,2% eram psicólogos e surgiu uma novidade em relação aos outros profissionais participantes, pois os 18,2% restantes ficaram sob a responsabilidade de uma técnica de enfermagem do NAPS e de uma economista.

Em relação aos monitores o quadro foi ainda mais diversificado. Exerceram a função de monitores no período todo cerca de 25 pessoas: funcionários administrativos ligados à recepção, ao arquivo e ao ambulatório; uma odontóloga; dois médicos; duas sociólogas; um administrador; auxiliares de serviços diversos com funções na cozinha e de limpeza; cooperativados⁴⁷ que prestam serviços gerais com funções de recepção, vigilância e limpeza e um comerciante. O processo ampliou também a convivência dos bolsistas com muitos outros técnicos, funcionários e ainda pessoas que ocasionalmente se relacionaram com o Hospital de Jurujuba e o NAPS, como foi o caso de duas bibliotecárias que prestaram serviços temporários e assumiram a monitoria do bolsista da Biblioteca por cerca de um ano.

Outro fato interessante foi a monitoria exercida pelos próprios bolsistas que ocorreu nos Projetos Cantina e Oficinas Integradas. A maior autonomia desses bolsistas pode ser interpretada como marcadora da passagem da modalidade de trabalho assistido para a de protegido. Nas Oficinas Integradas a monitoria exercida pelos bolsistas é estimulada e bem avaliada pelos técnicos do setor. Já no Projeto Cantina, que funciona desde 1994, os bolsistas-monitores ocasionaram muitos problemas no controle financeiro, com *déficit* de dinheiro na prestação de contas.

O Projeto Cantina tentou ainda a junção das funções de monitoria e supervisão. Esses monitores-supervisores seriam gerentes ou técnicos ligados ao Programa oriundos do Albergue e do NAPS que desenvolveriam suas funções em um rodízio semanal. Essa proposta também não foi considerada exitosa. Um terceiro modelo que funcionou a

⁴⁷ Os serviços de manutenção do NAPS Herbert de Souza estão terceirizados e são realizados por uma Cooperativa de Serviços Gerais. Alguns funcionários dessa cooperativa exercem a monitoria de projetos ligados ao NAPS.

partir de 1999 consistiu na terceirização da Cantina em função da necessidade de uma administração eficaz no gerenciamento da produção e dos gastos, não conseguida nas experiências anteriores. Foi feito então um acordo com um comerciante do bairro que se interessou e que passou a responder pela administração e pela infra-estrutura da Cantina desde que mantivesse o espaço de trabalho para bolsistas. Nesse caso a monitoria passou a ser exercida por ele e por seus auxiliares.

Chamou a atenção o fato dos gerentes mencionarem que os monitores atribuíam sucesso ao usuário no Programa quando este freqüentasse assiduamente e quando as tarefas fossem bem feitas. Em caso negativo isso criaria um impasse com o técnico de referência e pressão do monitor para substituição do bolsista. Acredita-se que isso é devido à pouca percepção dos monitores sobre as características do grupo vulnerável e sobre a situação do bolsista considerado como um funcionário. Também revela a ineficiência do programa em inserir melhor os monitores, que geralmente não são técnicos da área de saúde mental.

Comissão Gerenciadora

A Comissão Gerenciadora é analisada como uma arena política decisória que possibilita maior discussão e pactuação das ações entre os interessados na medida em permite a participação de gerentes, técnicos de referência e supervisores. Para a análise utilizou-se o conceito de Lowi (1964) de “arenas reais de poder”. Para o autor cada arena tenderia a desenvolver estruturas, processos, elites políticas e relações entre grupos de interesses particularizados e a política seria função direta das capacidades de unidade, associação e barganha entre indivíduos, grupos e associações de interesses tendo como alvo as decisões alocativas (Costa, 1998b).

Os gerentes informaram que na comissão sempre existiu alguém responsável pelos aspectos administrativos e outras pessoas encarregadas pelos técnicos (adequação da solicitação de inclusão de usuários e projetos): *“...ouvir de quem estaria indicando o porquê da indicação, pensar qual seria a melhor bolsa, a carga horária para essa pessoa, enfim, ver a parte mais técnica, mais relacionada com o tratamento”* (Sandra Fonseca, psicóloga, diretora técnica do Hospital de Jurujuba e membro da CG). Era preciso também acompanhar o Programa, verificar o número de integrantes e o que estava acontecendo, acompanhar supervisores e monitores e discutir com estes, cuidar para que todos esses elementos fossem permanentemente avaliados e revistos.

Tânia Marins, terapeuta ocupacional e membro da CG, avaliou que essa comissão obedeceu à uma lógica compartimentalizada no tratamento dos aspectos relacionados ao Programa que, somada à *“diversidade de entendimentos acerca dessa frente de trabalho ofertada aos usuários”*, contribuiu para a não periodicidade e a reduzida frequência de encontros. A ex-gerente do NAPS avaliou que a Comissão não cumpriu sua função primordial que era de promover discussões acerca da proposta, auxiliando na formulação das bases político-ideológicas do Programa e declarou: *“Durante o período em que participei da comissão constatei que a escuta das questões levantadas pelos supervisores ou monitores eventualmente convocados para reunião geral, nem sempre estiveram asseguradas” (...)* *“Quero dizer ainda que acho da maior importância que haja uma representação dos usuários na composição da comissão de gerenciamento do projeto”*.

Nos sete anos de funcionamento do Programa analisados a Comissão Gerenciadora reuniu-se irregularmente e documentou esporadicamente as discussões e deliberações. Não foram localizados livros de atas ou documentos institucionais da comissão exceto três registros de reuniões ocorridas entre julho de 1999 e outubro de 2000, postos à disposição da pesquisadora. A maioria das informações foi obtida por meio de entrevistas. Apesar da existência de muitos livros de atas das reuniões dos projetos estes não forneceram dados sobre o desempenho da Comissão Gerenciadora. A leitura dos livros que estavam em bom estado indicou que todos os projetos faziam reuniões, mas com frequência muito variável. Projetos com maior número de usuários tenderam a realizar mais reuniões. O mesmo aconteceu com outros projetos que apresentaram mais problemas como o Cantina. Projetos pequenos e estáveis como a Biblioteca não tiveram suas reuniões registradas. Os mais recentes possuem menos registros.

Foi possível observar que a comissão só se reunia quando havia pressão dos técnicos na demanda de novos projetos ou de novos usuários interessados, ou no caso de problemas que ocorressem nos projetos em funcionamento ou ainda em função de reavaliação da adequação e aproveitamento da carga horária destinada aos projetos e definida para os bolsistas.

No início do Programa ficou estabelecida a centralidade da Comissão que definia projetos, usuários e carga horária. Para isso era necessário que os projetos

detalhassem as atividades do bolsista, o que permitia determinar qual usuário teria perfil para qual projeto. Os nomes do monitor e do supervisor também eram informados nos projetos. Ao longo da implementação da bolsa-auxílio tais arranjos passaram a ser feitos pelo supervisor o que ocasionou a entrega de projetos “prontos” inclusive com a seleção dos candidatos já realizada, ou seja, os projetos informavam também o nome dos futuros bolsistas.

Uma outra adequação permitiu ao supervisor discutir com o técnico de referência a vinculação, o relacionamento e o aproveitamento do usuário, ou se os problemas ocorridos podiam ser contornados ou não. Os supervisores passaram a poder definir a permanência ou retirada dos bolsistas. Em algumas ocasiões o referendo da Comissão para tais atitudes foi apenas formal.

No Quadro A foram registradas as variações da composição da Comissão de Gerenciamento ocorridas no período estudado. A segunda Comissão Gerenciadora não sofreu mudanças de 1994 até o primeiro semestre 1998.

No segundo semestre de 1998 ocorreu a saída de um dos membros que exercia função de gerente do NAPS e a entrada de uma técnica que havia atuado como supervisora de vários projetos durante os últimos cinco anos e que também auxiliava na organização administrativa do Programa. Em 1999 houve a saída de dois membros que tinham integrado a Comissão desde sua criação e a entrada de dois gerentes: um atuava no Jurujuba há um ano e o outro era recém-chegado.

Os gerentes declararam que as trocas ocorridas na Comissão de Gerenciamento em 1998 e 1999 foram ocasionadas pela: necessidade de corrigir o desgaste dos profissionais, falta de tempo dos técnicos envolvidos e falta de mobilização de novas pessoas para integrarem o Programa. Márcia Giusti, enfermeira, ex-diretora administrativa do Jurujuba e ex-membro da CG, explicou que *“ocorreram alterações dos personagens que não influenciaram no desempenho da Comissão como um todo”*.

Segundo Eduardo Rocha, Coordenador de Saúde Mental de Niterói e diretor do Jurujuba, as mudanças permitiram a entrada de outras pessoas com maior disponibilidade na tentativa de reverter os problemas existentes e *“para poder acompanhar de perto o Programa”*. Para o coordenador, na ocasião havia uma certa insatisfação por parte dos usuários e, a percepção por parte dos gestores da desnecessária manutenção do projeto Portaria porque *“o hospital contava com porteiros contratados que desempenhariam melhor a função”*. Os usuários também estariam interessados em outras atividades. O diretor do hospital esclareceu que à reorganização do Programa provocada pela saída do NAPS somou-se a criação das Oficinas Integradas, hospital-dia ligado ao Jurujuba, que apresentaram outros projetos de

bolsas. A tradicional lentidão das mudanças no serviço público e as especificidades da unidade teriam contribuído para a demora da reestruturação ocorrida.

A saída de Márcia Giusti foi motivada por seu desligamento da Direção Administrativa e da unidade. Para Sandra Fonseca (psicóloga responsável pela direção técnica do Jurujuba) a saída de Márcia Giusti trouxe conseqüências pois a ex-gerente foi a “animadora” das ações e a pessoa que mais cobrava as reuniões da Comissão de Gerenciamento. A troca de Sandra Fonseca pela Coordenadora do Ambulatório foi atribuída ao grande número de usuários desse serviço no Programa, fato que já ocorria anteriormente.

Em relação a Tânia Marins, seu desligamento da Comissão foi justificado pela mudança do NAPS, pois a organização do novo serviço gerou necessidade de maior disponibilidade da gerente. Pouco tempo depois a ex-gerente, convidada a se retirar do cargo de confiança que exercia, desvinculou-se da chefia do NAPS após um processo conflituoso, arrastado e traumático para a equipe da unidade.

A terceira composição da Comissão de Gerenciamento operacionalizou um reordenamento do Programa diminuindo a carga horária de certos projetos e realocando-a em projetos novos ou na ampliação de horário de alguns já existentes.

Em julho de 1999 a comissão definiu o percentual de distribuição dos recursos do Programa⁴⁸: 60% para o Hospital de Jurujuba e 40% para o NAPS e também a carga horária por projeto apresentado ou em desenvolvimento. Em outubro de 1999 o NAPS definiu e promoveu a redistribuição dos recursos que dispunha em função da criação do Projeto Recepção. Essa reordenação não foi discutida com a Comissão que por sua vez não efetivou medidas contrárias.

O Quadro III.1 e os Gráficos 4 e 5 mostram que ocorreu a sub-utilização dos recursos pelo Hospital de Jurujuba e pelo NAPS. O período novembro/1999 a outubro de 2000 foi escolhido porque representou um ano a partir da última redistribuição dos recursos do Programa até o término do corte da pesquisa.⁴⁹

QUADRO III.1 – PERCENTUAL DE UTILIZAÇÃO DA CARGA HORÁRIA DEFINIDA (NOVEMBRO/1999 - OUTUBRO/2000)

LOCAL	CARGA HORÁRIA TOTAL DEFINIDA	CARGA HORÁRIA UTILIZADA	% DE CARGA HORÁRIA UTILIZADA
HOSPITAL DE JURUJUBA	894 (60%)	757	85%
NAPS	595 (40%)	334	56%
TOTAL	1489 (100%)	1091	73%

Fonte: Ata de reunião da Comissão Gerenciadora de 09/07/1999.

⁴⁸ Bolsa-Auxílio – Reunião do dia 09/07/1999.

⁴⁹ Em relação aos anos anteriores a utilização dos recursos foi discutida a partir dos dados financeiros e pode ser consultada nas páginas 94 a 100 dessa pesquisa.

Listagens das horas trabalhadas pelos bolsistas nos projetos do Programa.

O Hospital de Jurujuba utilizou 85% da carga horária definida pelo Programa de Bolsa-Auxílio a ele atribuída enquanto que o NAPS aproveitou um pouco mais do que a metade (56%). O NAPS utilizou apenas 22% e o Jurujuba 51% da carga horária total do Programa. Em média, 27% dos recursos financeiros não foram aproveitados no período.

Gráfico 4 - Percentual de Utilização da Carga Horária Total - Programa de Bolsa-Auxílio (Novembro/1999 - Outubro/2000)

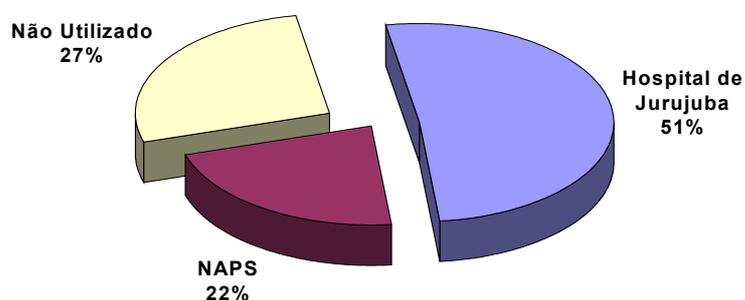
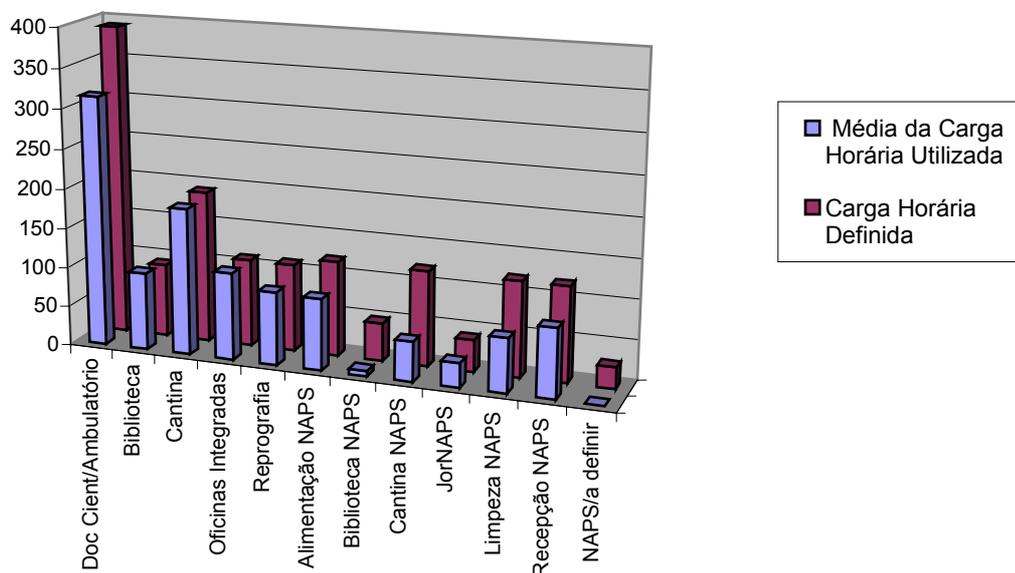


Gráfico 5 - Relação entre Carga Horária Definida e Média da Carga Horária Utilizada Agosto/1999 a Julho/2000



O Gráfico 5 mostra que no período entre agosto de 1999 e julho de 2000 a maioria dos projetos não fez uso da carga horária definida, exceto os Projetos Cantina, Oficinas Integradas e Reprografia que se aproximaram do previamente estabelecido e o projeto Biblioteca que ultrapassou o teto.

O pior aproveitamento foi nos projetos do NAPS. Acredita-se que as dificuldades na organização e manutenção da nova estrutura foram causas importantes para o baixo desenvolvimento dos projetos do NAPS.

Outro fator importante seria o fato de que o NAPS, apesar de tentar, não se organizou como unidade independente na medida em que não recebe recursos descentralizados e tenha permanecido sem coordenação oficial desde março de 1999 até o término da pesquisa. No período a coordenação foi exercida oficiosamente. O serviço recebe medicamentos e alimentação do Jurujuba, e depende de recursos viabilizados pelos níveis centrais para realização de obras (pinturas de paredes, vazamentos) ou para pagamentos de pequenos consertos necessários (desentupimento de chuveiros, conserto da bomba-d'água, etc.). Os primeiros itens vendidos na Cantina do NAPS foram comprados por meio de doações financeiras de técnicos e familiares dos usuários da unidade. Até o término da pesquisa (outubro de 2000) o serviço aguardava verbas ou

providências para a realização de uma obra destinada a melhorar fisicamente os espaços destinados aos Projetos Cantina-NAPS e Biblioteca-NAPS.

Chamou a atenção ainda a estabilidade da organização do Projeto Oficinas Integradas, desenvolvido no Hospital de Jurujuba, que utilizou integralmente os recursos disponíveis divididos entre seus dois bolsistas-monitores remunerados com valores fixos. Esse arranjo inovou na forma de pagamento, pois não utilizou para cálculo as horas efetivamente trabalhadas aproximando-se assim da idéia de salário. Tal arranjo foi possível pela estabilidade do quadro clínico dos bolsistas e acredita-se que tenha influenciado o bom desempenho deles no projeto.

Em outubro de 2000⁵⁰ a Comissão Gerenciadora decidiu limitar a carga horária máxima individual dos bolsistas em 60 horas mensais e ainda, que seria permitido o afastamento de bolsistas por motivo de doença/internação com conhecimento do supervisor e sem desligamento do projeto, durante o período máximo de 30 dias.

Acredita-se que isso decorreu da preocupação da Comissão com a “cronificação” do processo, que faria com que o bolsista não procurasse outras alternativas, e da percepção da necessidade de dispor de mais horário livre para atividades terapêuticas. Tal decisão provocou cortes nos pagamentos recebidos por alguns bolsistas chamando a atenção o corte de cerca de 35% da carga horária do bolsista da Biblioteca, de grande estabilidade no Programa. O bolsista em questão apresenta deficiências motoras em membros superior e inferior direitos e dificuldades na fala em decorrência de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), o que praticamente impossibilita sua (re)inserção no mercado de trabalho. A passagem de uma etapa de baixa normatização para outra em que foi operacionalizado um rígido critério promoveu prejuízos tais como a diminuição dos ganhos financeiros e a instabilidade do quadro clínico que o corte certamente ocasionou dadas as especificidades da clientela.

Aponta-se como fato interessante a resposta dada pela Comissão à demanda de um bolsista que reclamou sobre o aumento da quantidade de trabalho sem que houvesse

⁵⁰ Comissão de Bolsa-Auxílio. Ata de Reunião, 23 de outubro de 2000.

aumento salarial correspondente⁵¹. A Comissão atribuiu a reclamação ao aumento de responsabilidade exigido pela nova função e optou por retirar da bolsista o novo compromisso. Acredita-se que decisões baseadas em critérios tão subjetivos deveriam apenas ser tomadas com mais cautela e subsidiadas por ações tais como o atendimento da solicitação de melhoria salarial e a real avaliação da existência de sobrecarga de trabalho.

Crítérios de Inclusão e Retirada de Bolsistas

A análise das informações dadas pelos técnicos não-gerentes, pelos familiares e pelos bolsistas permitiu a conclusão que todos eles ignoravam os critérios de inclusão e de desligamento de usuários e projetos. Foi enfatizada pelos familiares a dificuldade de alguns usuários em estabelecer vínculos e que, muitas vezes, o bolsista entrava em crise, abandonava o projeto e tinha dificuldade de retornar.

Os gerentes esclareceram que o principal critério de inclusão no Programa seria sempre clínico e baseado no benefício que a ocupação traria para o tratamento do usuário: *“O que vai fazer diferença é que lugar o trabalho vai ocupar para ele, o que a inserção desse usuário na bolsa de trabalho vai trazer para ele. A indicação não pode passar só pelo simples fato dele não fazer nada, não querer fazer nada, não ter estilo para nada, não descobrir do que é capaz”* (Márcia Giusti). Chamaram a atenção ainda para a dificuldade de estabelecer critérios gerais dada a especificidade da clientela: *“Não acho que a gente tenha critérios generalizadamente colocados, nem vejo como ter. Eu acho que na saúde mental, quando se trata de sujeitos é sempre individual...”* (Sandra Fonseca). E, esclareceram que o diagnóstico não influiria, nem as situações de crise seriam motivo de veto. A comprovação de carências financeiras por si só não constituiu critério de inclusão.

A enfermeira ex-diretora administrativa, Márcia Giusti, relatou que desde o início a principal discussão se deu em torno de considerar como critério a carência de recursos.

Tânia Marins, a terapeuta ocupacional que coordenou o NAPS, defendeu que o principal critério deveria ser o interesse do usuário em inserir-se no projeto. Este critério seria mais objetivo e protagonizado pelos usuários. Dada a precariedade das condições financeiras da maioria dos usuários seria necessário considerar as condições de necessidade. *“Não entendo que se possa estabelecer qualquer aspecto ‘técnico’ como*

⁵¹ Comissão Gerenciadora. Ata de Reunião, 30 de Outubro de 2000.

critério de exclusão do Projeto. Diagnosticar como ‘inelegível’ ou ‘inadequado’ o usuário que pleiteia alguma inserção, é transferir para ele a responsabilidade que cabe ao serviço de oferecer à clientela outras possibilidades de atenção no sentido da participação produtiva” (Tânia Marins).

Para a psicóloga e diretora técnica do Juruçuba, Sandra Fonseca: *“A necessidade financeira pode[ria] até ser uma indicação da bolsa para alguém que, em um determinado ponto do tratamento, não tenha possibilidade de ganho fora. Embora muito pequeno [o recurso] pode significar algum outro passo... Não dá para generalizar...”*

Os técnicos não-gerentes relataram que a seleção considerava as características do projeto e o interesse, a aptidão para a atividade a ser exercida e as características do usuário.

Foram vários os motivos que provocaram a saída dos bolsistas: empregos, funções temporárias ou movimentos pessoais de organização não necessariamente na esfera do trabalho. A retirada dos bolsistas deveu-se a erros na avaliação inicial dos usuários ou porque os projetos foram extintos (Rocha, Leal, Giusti e Fonseca).

Os gerentes não lembravam de projetos rejeitados e sim da necessidade de refazer vários deles por apresentarem justificativas pautadas na necessidade de mão de obra “maquiada” com os objetivos da bolsa. Nesse sentido Leal exemplificou com o Projeto Odontologia, criado no início do Programa, que na verdade atendia os interesses do técnico que o propôs e não os da instituição como deveria ser. Tal fato teria prejudicado o bolsista inclusive na vinculação posterior a outros projetos.

Um aspecto interessante foi levantado por Sandra Fonseca em relação ao que significaria (re)inserção social para esse grupo vulnerável. Embora a gerente não se considerasse capaz para responder se a Bolsa-Auxílio teria influenciado na (re)inserção social dos usuários devido à ausência de instrumentos de avaliação e às dificuldades de conceituar com clareza o significado de inserção social, ela afirmou que não se tratava de estar curado ou de conseguir um emprego, mas de ser aceito pelo que é e como é: *“A inserção social tem que contar com uma coisa que eu acho perfeita - a discriminação positiva. Quer dizer que ninguém tá inserido da mesma maneira que o outro. A inserção das pessoas no mundo foi sempre extremamente complicada. As mulheres fizeram parte da minoria não inserida. Os negros e os índios [que] têm suas especificidades, [também]. [A inserção do] paciente psiquiátrico, com psiquiátrico colado no nome têm que ser discriminadamente positiva”.*

Para a ex-coordenadora do NAPS, Tânia Marins *“falar de inserção seria sempre pisar no terreno das contradições algumas vezes apresentadas pela trama social”* referindo-se a ocasiões em que problemas nas relações entre técnicos, servidores, usuários e familiares envolvidos causaram efeitos negativos nos usuários.

Analisando-se o acesso em função do nível de divulgação da Bolsa-Auxílio foi possível perceber que, ao ser mencionado o Programa, os quatro familiares não o identificaram e só perceberam depois que se tratava da “bolsa-trabalho”, como era conhecido. Entre os dois familiares de não-bolsistas: um soube

pelos técnicos do NAPS em reuniões com os familiares e o outro conhecia o Programa desde seu início pois seu filho fora convidado mas não aceitara: “*Ele é arredio, não consegue assumir compromisso sem ficar angustiado. Tudo que se coloca como compromisso, dever [o torna] muito ansioso. Problema sério...*” (Familiar 1/ não-bolsista/ ACF). O primeiro referiu que a filha estava em tratamento no NAPS desde sua mudança em 1998 mas que não houvera convite para participação no Programa.

Os três familiares de bolsistas tiveram conhecimento através dos próprios usuários: “*através da minha filha ser convidada a fazer parte do programa para trabalhar na portaria e na cantina*” (Familiar 3/ bolsista/ACF); “*sei que ele trabalhava no Projeto Memória e que todos gostavam muito dele*” (Familiar 5/ bolsista/ não ACF); e um dos familiares solicitou a entrada da filha: “*ela ficava muito sem fazer nada. Eu vi os pacientes no Jurujuba trabalhando, [e] pensei que minha filha podia tá trabalhando também, fazendo alguma coisa. Então conversei com Tânia. Não foi na portaria, porque ela não ficava no lugar, não parava, e ali [era preciso] ficar. Foi [no] arquivo e depois na cantina.*” (Familiar 2/ bolsista/ não ACF).

Sete dos oito bolsistas do grupo selecionado estiveram vinculados ao NAPS no período seguinte às internações iniciais e um recebeu assistência direta no ambulatório. Cinco, dos sete inicialmente ligados ao NAPS, foram incentivados por técnicos do setor e um solicitou sua entrada ainda quando internado e já em processo de vinculação ao então hospital-dia (serviço de atenção diária). Chamou a atenção o fato de quatro deles atribuírem o incentivo ao mesmo profissional médico e, ainda, o usuário inicialmente do ambulatório ter referido que sua indicação ocorrera contra o veto do técnico de referência. Os outros dois tiveram inserções em períodos posteriores e ambos foram estimulados por médicos que os acompanhavam.

Recursos Financeiros

Durante todo o período de existência do Programa de Bolsa-Auxílio a fonte dos recursos financeiros foi a linha de crédito e estava incluída no item salários de presos e internados⁵² na rubrica de pessoa jurídica⁵³. Acredita-se que a disponibilização dos recursos foi assim realizada em função da normatização da Fundação Municipal de Saúde de Niterói e não deve ser atribuída a possíveis percepções estigmatizantes sobre a clientela do Programa. Os recursos devem ser viabilizados da forma possível, pois somente a possibilidade e a continuidade de ações que objetivem (re)inserir estigmatizados permitirão à sociedade conviver e conhecer tais pessoas.

Do início do Programa, em janeiro de 1994, até abril de 1998 as listagens com os valores destinados aos bolsistas eram encaminhadas à Superintendência de Administração e Finanças (SUAF) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói

⁵² Lei nº 3274 de 2/12/75.

⁵³ Rubrica 3.1.3.2 da Portaria SOF nº 8 de 04/02/85/Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

(FMS/SMS/Niterói) que realizava os pagamentos. A SUAF empenhou os recursos para os anos de 1994 e 1995 de acordo com a solicitação feita pelo Hospital de Jurujuba por meio de processos. De janeiro de 1996 à março de 1998 a análise das fontes fornecidas por essa superintendência revelou que o empenho era feito no início do ano utilizando valores um pouco mais elevados que os gastos efetuados no ano anterior. Quando necessário os técnicos da SUAF viabilizaram o empenho dos recursos extras e efetuaram os pagamentos. Portanto, os recursos existiam e estavam disponíveis quando necessários.

A partir de março de 1998, o movimento financeiro e os pagamentos passaram a ser de responsabilidade do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. A descentralização da gestão financeira do Programa teve como objetivos agilizar a liberação dos recursos e facilitar a parte administrativa antes realizada por um órgão do nível central responsável pela movimentação financeira de toda FMS/ Niterói, evitando o recorrente atraso dos pagamentos e permitindo maior autonomia dos implementadores. Os bolsistas sempre receberam através de cheques nominiais, assinando recibos das quantias pagas.

Em relação à disponibilização dos recursos financeiros, Eduardo Rocha, o médico coordenador de Saúde Mental de Niterói e diretor do Jurujuba, informou que não houve limitação pois o repasse do teto financeiro do Programa ao Hospital de Jurujuba foi realizado pela SUAF regularmente. Portanto, o projeto não deixou de crescer por falta de recursos. Durante muito tempo a verba prevista foi maior do que a dispendida. Há inclusive a disposição do atual Secretário Municipal de Saúde em ampliar os recursos para que outros projetos sejam realizados.

Além da remuneração os bolsistas do Programa têm direito à alimentação durante o período trabalhado. Quantas e quais refeições eram definidas pela direção do hospital e dependia do número de horas trabalhadas. Os bolsistas ligados ao NAPS e às Oficinas Integradas tinham direito às refeições correspondentes ao horário das atividades desenvolvidas nesses setores independentemente de participarem ou não do Programa. Os bolsistas ligados ao Albergue recebem alimentação integral porque são residentes.

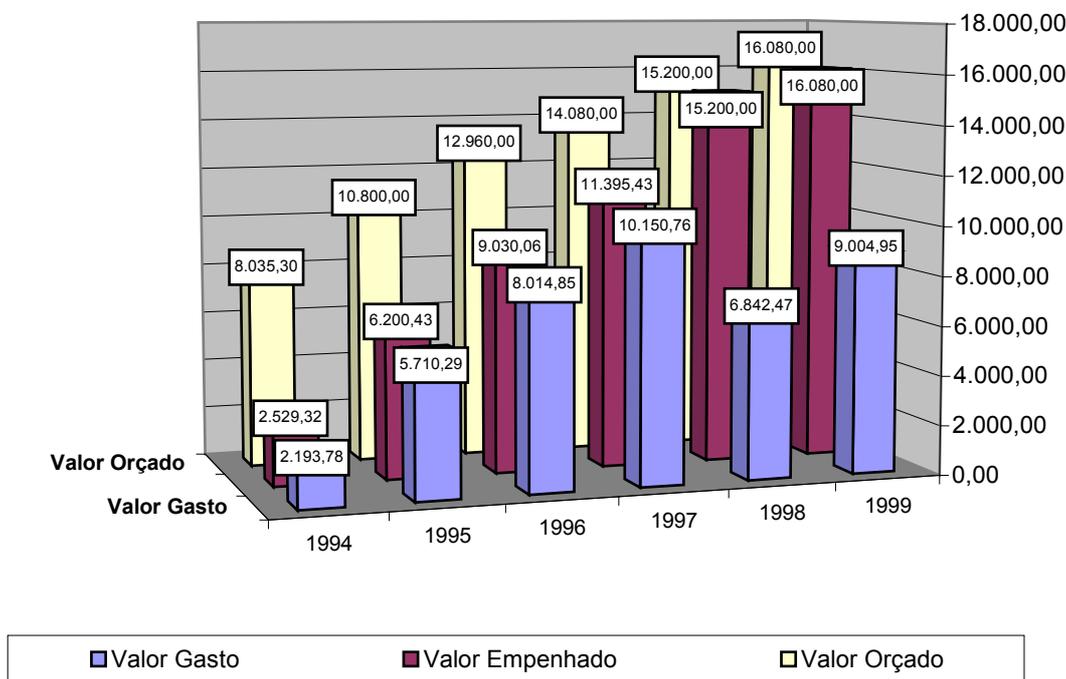
O cálculo das horas trabalhadas instituído nos primórdios do Programa permaneceu o mesmo. Utilizava como base o salário mínimo vigente, a carga horária mensal total de 150 horas e remunerava apenas às horas efetivamente trabalhadas. O valor da hora trabalhada era obtido dividindo-se o salário mínimo por 150 (ou multiplicando-se o salário por 0,0067).

O Gráfico 6 mostra os recursos financeiros existentes e os gastos anuais repassados aos bolsistas no período de 1994 a 1999 e evidencia-se a sub-utilização dos recursos financeiros do Programa de Bolsa-Auxílio.

Os valores orçados em reais foram obtidos pelo somatório dos salários mínimos vigentes⁵⁴ multiplicados por 10 (teto mensal =10 salários) e multiplicados pelos meses do ano em que estiveram em vigor; os empenhados e pagos foram fornecidos pela Superintendência de Administração e Finanças (SUAF/FMS/Niterói). Observou-se que os valores pagos foram inferiores aos empenhados, e não se aproximaram do teto financeiro. No ano de 1998 o gasto, que vinha aumentando, foi muito menor e voltou a elevar-se em 1999, embora sem retornar ao patamar de 1997, mantendo o padrão de distanciamento do teto financeiro do Programa.

A análise das fontes permitiu concluir que os técnicos (gerentes e não-gerentes) desconheciam o baixo percentual de utilização dos recursos financeiros do Programa.

Gráfico 6 - Recursos Financeiros do Programa de Bolsa-Auxílio (em reais)

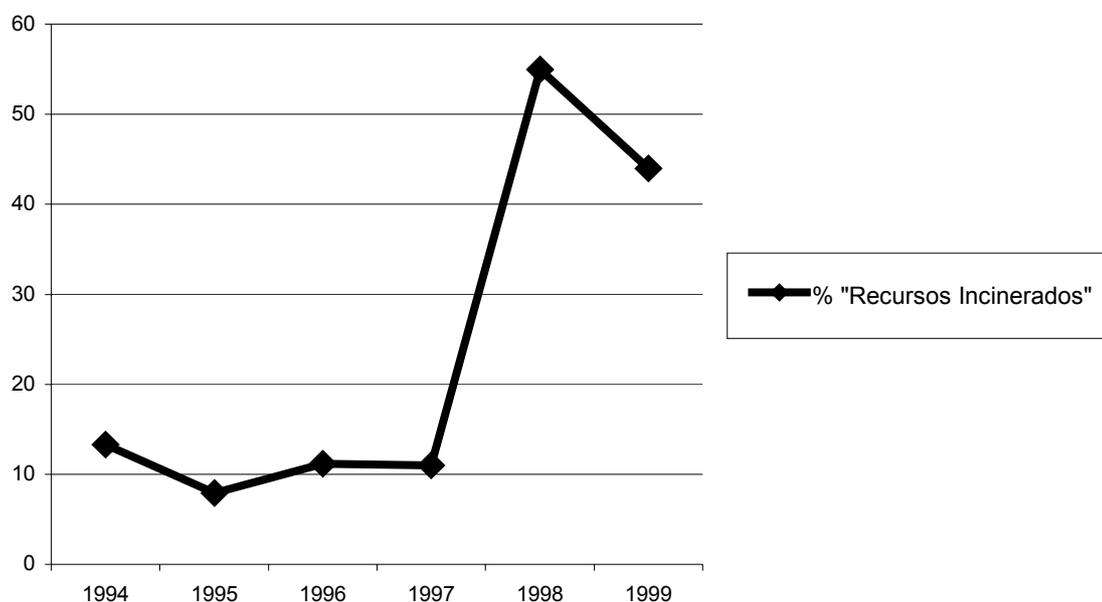


⁵⁴ Os valores dos salários mínimos foram obtidos no site de indicadores econômicos www.calculos.com recomendados à pesquisadora pelo Jornal Gazeta Mercantil.

Os recursos foram dolarizados na intenção de analisá-los em moeda mais estável. Para o cálculo utilizou-se a cotação média anual do dólar comercial (valores convertidos para reais)⁵⁵ para o período 1994-1999, fornecida pela Fundação Getúlio Vargas. A dolarização mostrou que em relação aos recursos existentes o teto de 1999 (US\$ 8860,97) era 1,39% menor que o de 1996 (US\$ 8985,54) e que os valores repassados aos bolsistas em 1999 (US\$ 4.962,23) eram aproximadamente 20% menores que os pagos em 1995 (US\$ 6.224,32), mostrando a queda no poder aquisitivo desses usuários pela desvalorização da moeda nacional.

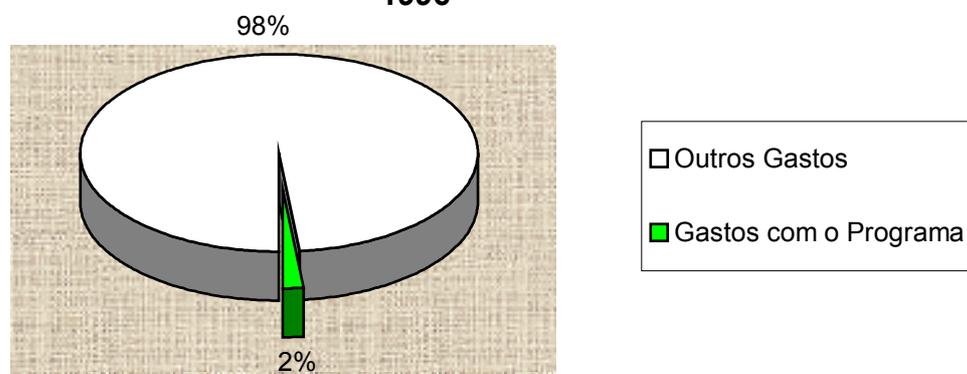
O Gráfico 7 mostra os percentuais dos “recursos incinerados” pelo Programa, ou seja, os valores que foram empenhados mas não foram executados. Em 1994, 1996 e 1997 ficaram próximos aos 11%, em 1995 significaram 7,9%, em 1998 ocorreu um significativo aumento atingindo 55% e queda para 44% em 1999. Nos dois últimos anos ocorreu um acentuado desperdício de recursos pelo Programa de Bolsa-Auxílio demonstrando que a descentralização dos recursos não contribuiu para a melhoria do gerenciamento do Programa.

Gráfico 7 - Percentual de Recursos Gastos em Relação aos Valores Empenhados (1994-1999)



⁵⁵ http://fgvdados.bgv.br/bf_download.asp

Gráfico 8 - Relação entre o Percentual de Gastos com o Programa de Bolsa-Auxílio e Gastos Realizados pelo Hospital Psiquiátrico de Jurujuba 1996



O Gráfico 8 representa o percentual dos gastos com o Programa em relação ao gasto total do Hospital de Jurujuba em 1996. A escolha do ano de 1996 deveu-se ao fato de ter ocorrido nesse ano o maior percentual de gastos com o Programa como demonstrado no Quadro III-1. O ano 2000 não foi incluído por tratar-se de período ainda não concluído quando do término do estudo (outubro/2000), porém foi possível verificar uma tendência semelhante dos anos anteriores.

QUADRO III.2 - GASTOS TOTAIS DO HOSPITAL DE JURUJUBA E GASTOS COM O PROGRAMA DE BOLSA-AUXÍLIO

GASTOS EXECUTADOS EM R\$	ANO DE EXERCÍCIO			
	1996	1997	1998	1999
TOTAL DE GASTOS JURUJUBA	472.306,35	777.236,64	718.877,13	665.063,86
GASTOS COM O PROGRAMA	8.014,85	10.150,76	6.842,47	9.004,95
% GASTOS PROGRAMA/TOTAL	2%	1,3%	1%	1,3%

Fonte: Relatórios Anuais de Gestão do Hospital de Jurujuba

Objetivando maior percepção em relação aos valores monetários envolvidos nas tentativas de suporte social aos usuários de baixa renda, relacionou-se os custos de duas internações no Jurujuba a dados fornecidos por duas diferentes fontes uma oficial, o Ministério da Saúde e outra acadêmica, uma dissertação de mestrado em Economia da UNICAMP (Baltazar *apud* Alves, 2000). O Ministério da Saúde informou que o gasto

médio mensal do SUS com um paciente internado em hospital psiquiátrico é de R\$ 700,00, e de R\$ 280,00 com um paciente sob cuidados ambulatoriais (NAPS/CAPS) (MS, 1999). Os valores referentes ao Hospital de Juruçuba foram calculados utilizando o valor das diárias do Serviço de Longa Permanência (SILP)/Albergue⁵⁶. As internações foram de dois bolsistas do grupo pesquisado devidas à descompensação do quadro clínico relacionada a problemas de moradia e acarretaram em gastos semelhantes aos destinados ao tratamento de crises. As internações não teriam sido realizadas se os bolsistas tivessem suporte social.

Uma das bolsistas, Amparo, esteve internada por 30 dias em agosto de 1999 e a

⁵⁶ As diárias do SILP foram obtidas nos Relatórios Anuais de Gestão do Hospital de Juruçuba.

outra, Helena, durante todo o ano de 1998. A dissertação consultada forneceu o valor dos gastos de três lares abrigados sendo dois no Rio de Janeiro: Instituto Philippe Pinel (IPP)/Ministério da Saúde e Instituto Municipal de Assistência a Saúde Mental Juliano Moreira (IMAS)/Secretaria Municipal de Saúde-RJ e, outro em Campinas: Instituto Cândido Ferreira (ICF), durante os dois primeiros anos de funcionamento.

Os gastos com a internação de 30 dias, ocorrida em agosto de 1999, foram obtidos multiplicando-se a média das diárias do mês de agosto de 1999 por 30. No período, a internação custou para o Hospital de Jurujuba R\$ 645,20 (Custo Direto)⁵⁷ e R\$ 910,80 (Custo Total)⁵⁸ e a unidade desembolsou R\$ 570,20 para pagamento da Bolsa-Auxílio. Dividindo-se o custo direto da internação mensal pelo valor da hora trabalhada na época multiplicado pelas 60 hs estipuladas pela Comissão como carga horária máxima no Programa, teria sido possível remunerar cerca de doze novos usuários. Utilizando-se o valor mensal do custo total seriam 17 pessoas.

Os lares abrigados, que constituem dispositivos de apoio social na área de saúde mental, não implicam necessariamente em menores gastos e nem deveria ser assim, pois têm como objetivo possibilitar qualidade de vida aos deserdados sociais produzidos pelos manicômios. Relacionando os valores dos serviços ambulatoriais que referem-se a custo/cliente/mês com os custos totais da internação mensal no Jurujuba, a economia de recursos seria enorme.

IPP/RJ	IMAS/SMS-RJ	ICF/ Campinas
(1º ano) R\$ 939,00 ⁵⁹	R\$ 536,31	R\$ 535,62 ⁶⁰
(2º ano) R\$ 813,00		

A comparação com o custo direto aproxima os custos da internação mensal aos lares protegidos mas é bastante inferior (cerca de R\$ 200,00) ao valor do gasto médio mensal fornecido pelo Ministério da Saúde.

A diminuição do valor dos custos mensais do lar abrigado do Instituto Philippe Pinel no segundo ano ocorreu em função dos recursos humanos, pela diminuição do número e do salário dos cuidadores de nível médio e dos encargos administrativos, com

⁵⁷ O cálculo do custo direto engloba despesas com pessoal, com material de consumo e despesas correntes (água, luz, etc.) diretamente ligados aos serviços, no caso ao SILP.

⁵⁸ No cálculo do custo total soma-se ao custo direto do setor o % dos outros centros de custos.

⁵⁹ IPP/RJ (1º e 2º anos) e IMAS/Jacarepaguá - Não incorporam custos agregados (medicamentos e administração geral)

manutenção do aluguel, alimentação e tarifas públicas. Chama a atenção o menor gasto de dois dos dispositivos, principalmente o de Campinas que incorporou custos agregados.

Tomando-se como referência os valores anuais calculados baseados na internação ocorrida no Jurujuba em 1998 e relacionando-os com os outros valores disponíveis a economia propiciada pelos dispositivos residenciais seria de R\$ 12.461,60 (65%) se considerados o custo total da internação e os menores valores executados nos serviços ambulatoriais e, de cerca de R\$ 7.000,00 (37%) em relação ao maior valor informado. Considerando-se o custo direto e os menores valores das residências terapêuticas a economia seria de cerca de 40%.

Internação Hospital de Jurujuba	Dispositivos Residenciais Terapêuticos
R\$ 18.888,60 (CT)	IPP - R\$ 11.916,00 (1º ano)
R\$ 10.606,50(CD)	R\$ 9.756,00 (2º ano)
	IMAS - R\$ 6.437,72
	ICF - R\$ 6.427,00

Considerado-se o valor total executado em 1998, a Bolsa-Auxílio utilizou no ano recursos que corresponderam a até cerca de 50% do custo da internação anual de apenas um usuário no Hospital de Jurujuba. Distribuindo-se a diferença durante o ano de 1998 teria sido possível disponibilizar cerca de R\$ 750,00 mensais para auxílio à bolsista internada. Com os mesmos valores dessa internação anual o Programa poderia remunerar mensalmente 60 hs trabalhadas para cerca de 25 novos bolsistas.

Avaliações

Técnicos, gerentes e familiares avaliaram positivamente a Bolsa-Auxílio. Os gerentes fundamentaram sua resposta no fato de alguns usuários terem encontrado uma forma de vinculação social alternativa à institucionalização. E, ainda, pelo Programa ter possibilitado gerar um critério de valor ao trabalho, representado pelo dinheiro recebido, além da possibilidade dada ao usuário de percorrer um circuito bem diferente da cidade. Foi consenso a positividade gerada pelo engajamento de alguns usuários, com limitações geradas pelo adoecimento ou pela institucionalização, a um processo de

⁶⁰ Incorpora alguns custos (medicamentos, parte administrativa e lazer).

tratamento e de reabilitação, que representou um elemento muito importante na estabilização de seus quadros clínicos.

O principal aspecto positivo na execução do programa foi a percepção gerada entre bolsistas e servidores da unidade de que os usuários poderiam ocupar o lugar de um funcionário do hospital, desenvolvendo atividades não esperadas em alguém com “doença psiquiátrica”, pois eram *“tão capazes de trabalhar quanto qualquer pessoa”* (Márcia Giusti).

Os problemas apontados pelos gerentes foram a não realização de avaliações periódicas globais do programa, o pequeno número de profissionais envolvidos e o acúmulo de muitas funções por gerentes e supervisores. A avaliação realizada restringia-se aos projetos e à participação dos usuários. A Comissão não se reuniu com a frequência necessária e ainda não produziu instrumentos para avaliar o trabalho, *“ficando no meio da mesma maneira que em tantas outras situações e apagando incêndio”* (Sandra Fonseca). *“A comissão chegou a escrever algumas coisas do tipo ‘reavaliar projetos de três em três meses’ mas não se definiram critérios e nem se chegou a escrever um documento ou elaborar instrumento para isso”* (Márcia Giusti).

Na medida em que os supervisores do programa também desempenham funções de técnicos nos setores, segundo Sandra Fonseca, eles não têm disponibilidade para acompanhar bolsistas e monitores e ainda conversar ou discutir com o técnico de referência do usuário. Teriam sido feitas tentativas para interessar outros técnicos em fazer parte do Programa e também convites para ocupar funções na Comissão de Gerenciamento, sem sucesso. Tais fatos impediram o desenvolvimento do Programa institucionalmente e não permitiram seu avanço para novas formas de resolver o problema tais como propostas de trabalho assistido (Eduardo Rocha).

Um dos técnicos entrevistados, médico que indicou usuários, salientou que os papéis desempenhados pelos monitor, supervisor e técnico de referência ficaram muito misturados necessitando definir os limites de intervenção. Essas fronteiras opacas são mais problemáticas pelo fato dos técnicos de referência não participarem das reuniões de avaliação dos bolsistas. Acrescentou que a bolsa seria uma transição entre a hospitalização e a vida fora do hospital e que os técnicos deveriam ter, ao mesmo tempo, atitudes de acolhimento do usuário e de estímulo ao seu desligamento do hospital. O ideal seria *“um trabalho voltado para fora para o usuário não ficar ligado exclusivamente ao hospital”*.

Os familiares apontaram a baixa remuneração recebida pelos bolsistas como principal dificuldade: *“É pouco, acho que é R\$ 24,00. Eu saio com ela. Adora comprar, dar presente”*(Familiar 4/ bolsista/ não ACF). Mesmo assim todos salientaram que significou acréscimo na renda familiar.

Como limite à implementação do Programa ocorreu o fato do Hospital de Jurujuba ter grande parte de seus técnicos vinculados ao serviço por meio de contratos temporários e serem sucessivamente trocados, permanecendo por no máximo dois anos no Hospital e no Programa. Nesse aspecto a Bolsa-Auxílio constituiu-se em uma proposta de criar vínculos que não dá estabilidade ao profissional que a desenvolve. E, ainda, *“a peculiaridade dos usuários serem psicóticos exige sempre considerar que os*

projetos terão que ser muito pontuais, dentro de uma temporalidade muito particular, porque seria insuportável para alguns usuários receber demandas excessivas de mais aperfeiçoamento, mais produtividade, mais rentabilidade e mais produção” (Eduardo Rocha).

Como aspecto negativo um dos técnicos apontou a expectativa dos pacientes e alguns técnicos de que o Programa resolveria tudo, que com R\$ 50,00 o usuário voltaria para casa ou até tivesse uma casa, enfim, que *“pudesse dar conta da vida dele”* (Técnico 2, médico que indicou usuários).

Gerentes, técnicos e familiares entrevistados avaliaram que o Programa deveria ser estendido a mais bolsistas e aos usuários de toda a rede. Para isso foram sugeridos: aumentar as vagas, aumentar o acesso (extensão de cobertura), abranger a todos os serviços de saúde da rede ambulatorial e, também, no sentido de estabelecer parcerias com outras instituições e grupos sociais. Todos concordaram ainda sobre a necessidade de se proceder a uma avaliação do Programa e dos efeitos da Bolsa-Auxílio sobre seus beneficiários que subsidiaria a ampliação da proposta.

O Coordenador de Saúde Mental, Eduardo Rocha, relatou intenção em estimular a participação de atores de outras áreas de atuação para que a bolsa não fique apenas sob a chancela e a tutela dos profissionais de saúde, ampliando assim as relações e o suporte técnico a novas atividades e ocupações. Para o diretor do Jurujuba, envolver outras instituições governamentais e não governamentais de outras áreas e a sociedade civil, interessadas na parceria ou na subvenção de projetos, seria fundamental.

Márcia Giusti propôs uma ampliação que caracterizou como primária, operacionalizada por uma mudança na Portaria de criação do Programa vinculando-o às unidades da rede de saúde mental do município e a repartição dos recursos financeiros entre as unidades. Mas postulou que a solução mais adequada seria criar programas independentes gerenciados pelas próprias unidades e mais simplesmente administráveis.

Percebem-se como pontos críticos a ausência de uma visão global do Programa, a forma de gerência financeira implementada e o fato dos critérios de elegibilidade não serem muito claros para todos e não haver consenso dos técnicos em relação a eles.

A ausência de atuação sistematizada da Comissão Gerenciadora ocasionou baixa clareza e a não observância dos critérios de inclusão e retirada do Programa. Possibilitou ainda que supervisores desempenhassem funções de veto e aprovação que deveriam ser discutidas pela Comissão, enquanto arena política decisória, face às características da clientela e às diferentes percepções existentes sobre o próprio fenômeno da loucura, sobre o tipo de desinstitucionalização a ser ou não implementada e a forma adequada de implementação do Programa. A observação não coloca em dúvida a competência e o empenho desses técnicos e baseia-se no fato de perceber a perda da possibilidade de maior pactuação das ações entre os interessados.

Em relação à gerência dos recursos financeiros acredita-se que o sistema de cálculo implementado que remunerava as horas trabalhadas por meio de percentuais do salário mínimo, diferente do proposto inicialmente de partes fixas (dois terços ou $\frac{1}{2}$ salário), dificultou muito. O pagamento por horas efetivamente trabalhadas, que provocou a grande flutuação de bolsistas no Programa, contribuiu para a perda de visibilidade sobre os recursos financeiros e conseqüentemente para a não utilização dos valores disponíveis para a Bolsa-Auxílio.

Mas, sustenta-se que a baixa operacionalidade dos recursos financeiros teve como principal causa a ausência de mecanismos de avaliação que abrangessem todo o Programa.

Acredita-se ainda que um salário melhor promoveria maior integração às funções desenvolvidas por parte dos bolsistas e que a manutenção de pessoas por tempo prolongado demais ou a “cronificação” no Programa seria evitada com maior investimento na profissionalização e nas possíveis integrações ao mercado de trabalho existente. E ainda, que a irregularidade dos valores pagos tenha até contribuído para a piora do quadro de alguns bolsistas que contavam com a bolsa-auxílio para sobreviver.

A saída da coordenação do NAPS da Comissão Gerenciadora contribuiu para a divisão que ocorreu no Programa. A partir de 1999 a Bolsa-Auxílio é operacionalizada como dois programas independentes, o do Hospital de Juruçuba e do NAPS *Herbert de Souza*, reproduzindo os problemas apontados. O desestímulo e o desinvestimento na Bolsa-Auxílio por parte dos profissionais do novo serviço ocorreram em função das necessidades mais urgentes na atribulada organização da nova estrutura. Isso somado à baixa atuação da Comissão de Gerenciamento permitiu a demora da reorganização da parte do programa que ficou vinculada ao NAPS.

Dessa maneira preocupa a proposta que vem sendo discutida pela estrutura regional de coordenação da área saúde mental à qual o NAPS *Herbert de Souza* está vinculado, o NASM-Centro. Essa regional discute a implementação de uma coordenação local da bolsa-auxílio e pretende otimizar os recursos financeiros do NAPS incluindo usuários de outra unidade de saúde da região. Reforça-se que essa interessante iniciativa deva ser implementada sem detrimento de uma estrutura que coordene todo o Programa.

Capítulo IV – Os Bolsistas e o Programa

“E eles se deram conta de que as necessidades das pessoas com distúrbios mentais não são fundamentalmente diferentes das do resto: moradia digna, trabalho, renda fixa, amigos, vizinhos receptivos e tudo o mais” (Maltzman apud Desviat, 1999).

Os Bolsistas e o Perfil do Grupo Selecionado

No grupo selecionado⁶¹ estavam:

AMPARO, 48 anos, prolixa e ansiosa, não lembra dos pais, pois a mãe faleceu quando ela estava com menos de dois anos e o pai estava sempre longe trabalhando. Foi criada pelos avós. Nascida no Nordeste, lá viveu grande parte de sua vida acompanhando e trabalhando com o avô em fazendas. Trabalhou na colheita de feijão e arroz durante anos e lembra que aos sábados iam à cidade em visita a determinadas casas, onde cada criança recebia sobras de comida e roupas usadas. Teve 24 irmãos (4 mulheres e 20 homens) sendo ela e um irmão, com o qual viveu em São Paulo, os mais velhos. Dos outros não teve mais notícias. Não completou o primeiro grau e diz ter sido expulsa do colégio por apresentar crises convulsivas. Registrou-se novamente em outro estado, aumentando a idade para poder trabalhar em uma fábrica mas não foi aceita porque apresentava crises convulsivas e não tinha condições de se tratar: *“Naquela época só se tratava quem tinha dinheiro, né minha filha. Pobre que vivia trabalhando não tinha essas coisas e eu fiquei o resto da vida sem tratamento, trabalho vai, trabalho vem ...”* Solteira, teve dois companheiros e um filho com cada um. Foi abandonada na primeira gravidez e o outro, alcoólatra, desapareceu quando a segunda filha tinha três anos. Perdeu os dois filhos, o menino aos sete meses e a menina atropelada aos quatro anos de idade. Sua incursão no mundo do trabalho na cidade grande também foi muito acidentada. Foi copeira em São Paulo, onde morava no emprego e visitava raramente o único irmão com quem mantinha contato e a filha que morava com ele. Aos 23 anos esmolou nas ruas da capital paulistana por dois anos após perder a filha. Já em Niterói/RJ teve empregos informais ou com carteira assinada como operadora de máquinas em indústrias de transformação de plásticos e de alimentos, mas sempre recebendo baixos salários. Por essa inserção no mercado de trabalho aposentou-se por invalidez em 1994. A primeira internação ocorreu em 1991 levada por uma amiga com quem veio para o Rio de Janeiro, em busca de uma vida melhor. Foi internada no Jurujuba por desajuste situacional e depressão neurótica. Entre 1992 e 1994 ocorreram oito internações também no Jurujuba. As internações foram ocasionadas por quadros convulsivos predominantes associados à depressão e histeria, havendo no

⁶¹ Os nomes atribuídos aos bolsistas são fictícios e alguns fatos foram modificados objetivando proteger o anonimato dos usuários.

prontuário relatos de “hospitalismo”⁶², abandono, pobreza, tentativa de suicídio, abuso de álcool, fraturas por agressão e necessidade de hospitalização por não ter quem dela cuidasse. Moradia sempre foi um grande problema para Amparo. Há quatro anos a casa que havia construído desabou após ter sido condenada pela Defesa Civil. Em 1998 esteve internada por 40 dias no Albergue do Hospital de Jurujuba por não ter onde ficar. Mora na periferia de Niterói em uma casa cujo aluguel de R\$ 200,00 é pago pelo IFB, superior a sua renda mensal de R\$ 151,00, e acrescenta que “*uma casa de verdade precisa ter pelo menos quatro cômodos: sala, quarto, cozinha e banheiro*”.

HELENA, maranhense, solteira, 34 anos, poderia ser definida como uma pessoa muito meiga e agradável. Alegou saber que a mãe faleceu de parto e o pai de câncer. Na sua certidão de nascimento constariam informações falsas, segundo ela, sobre ser filha de pai desconhecido. Relembrou ainda que apanhava muito e que não estudou porque não foi matriculada em um colégio. Veio para o Rio de Janeiro morar e trabalhar como doméstica para uma família, onde sofreu maus-tratos. Não recebia salário e permaneceu assim até o primeiro surto em 1992. Ficou internada no Jurujuba durante quatro meses por não ter onde e com quem morar. A família então responsável por ela, pressionada, construiu um cômodo na Região dos Lagos, onde Helena morou por seis meses, trabalhou como acompanhante sem carteira assinada e abandonou o tratamento. Isso a levou a uma segunda internação após o que, por intermédio de um técnico que a acompanhava, foi morar como acompanhante não assalariada de uma viúva com problemas emocionais. Após cinco anos saiu por solicitação do irmão de sua “benfeitora” que considerou problemática a manutenção desse arranjo. Durante esse tempo voltou a estudar, mas não conseguiu terminar o primeiro grau. Há três anos a família de Helena foi localizada e ela pode conhecer uma irmã que morava e trabalhava na Baixada Fluminense. O projeto de morarem juntas não foi viabilizado porque não conseguiram conciliar os recursos que tinham com os gastos necessários. Ocorreu então uma nova crise. Assim tornaram-se flagrantas as duas questões que perpassaram toda sua trajetória de vida: a necessidade de um local para morar e a necessidade de transformá-lo em um lar. Uma solução temporária foi dada pela instituição e ela passou a residir no Albergue do Jurujuba, onde ficou por um ano. Atualmente solucionou a questão morando mais distante, em município vizinho, dividindo as despesas e a constituição do lar com a irmã mais nova e uma amiga que também veio do Maranhão.

SÍLVIA, 44 anos, pernambucana, na entrevista parecia deprimida. Aos 3 anos de idade sofreu queimaduras necessitando de múltiplos enxertos e responsabilizou a mãe pela falta de cuidados, passando a perceber o pai, a quem foi muito ligada, como herói, pois ele a salvara de uma morte horrível. Morou na Região dos Lagos onde não completou o primeiro grau e casada retornou a Pernambuco, pois tinha a promessa de uma casa e uma vida melhor. Suas expectativas não se concretizaram e ela voltou com as duas filhas para o RJ. Teve vários empregos e problemas para permanecer em todos, por estar fazendo ora tratamento no serviço de cirurgia plástica ora tratamento psiquiátrico. Em 1990, o pai de Sílvia foi assassinado durante um roubo. Foi casada, desquitada, divorciada e viúva: separou-se do 1º marido; abandonou o 2º companheiro porque bebia; enviuvou do 3º que também bebia e morreu afogado. Deste sente falta até hoje, pois “*era boa pessoa e companheiro*”. Na ocasião da entrevista estava se separando

⁶² Frequentes internações por dependência do suporte hospitalar.

do 4º companheiro porque ele também bebia. Tem duas filhas e cinco netos. Mora com uma das filhas e dois netos em casa própria construída para ela pelos pais. Iniciou tratamento ambulatorial em 1986. Cerca de sete anos depois, em 1993, com o diagnóstico de depressão neurótica e histeria e, contrariamente à orientação do terapeuta que a acompanhava, foi internada no Jurujuba onde permaneceu por dois meses, “*aprendendo no melhor lugar como ser realmente louca*” (depoimento da técnica de referência). Foi internada ainda por duas vezes em 1995 com o mesmo diagnóstico. Sua vinculação ao Programa ocorreu em Julho de 1994, já aposentada por invalidez, quando foi indicada por um dos profissionais que a acompanhava e vetada por outro preocupado com a possibilidade de “hospitalismo”. Para esse segundo profissional o veto se justificava devido a usuária ter família, moradia, possibilidade de conseguir emprego e recursos da aposentadoria.

BIBI, que na entrevista mostrou-se muito simpática, alegre e comunicativa, tem 37 anos, é natural do RJ, solteira, tem seis irmãs bem mais velhas e sobrinhos-netos com 20 anos. Sua intenção era fazer o curso de Medicina, mas não passou no exame vestibular. Tentou então o curso de Nutrição e foi aprovada em uma universidade particular. Pretendia depois pedir reingresso para Medicina. Era difícil pagar a faculdade e ela solicitou crédito educativo. Iniciou o tratamento em 1992 e um ano depois precisou trancar a faculdade por estar em crise, voltando a estudar em 1995. Em 1996 foi internada no Hospital de Jurujuba com o diagnóstico de esquizofrenia. Segundo relato em prontuário ela jogou a sobrinha de três anos pela janela do 14º andar. Chegou ao Jurujuba com escolta policial para não ser linchada pela população, lá permaneceu por 30 dias e depois foi transferida para o Manicômio Judiciário onde permaneceu por um ano. Foi libertada após absolvição em julgamento e entregue à tutela da mãe. Desde então voltou a residir no mesmo local com a família. Segundo ela ao solicitar a pensão deixada pelo pai recebeu resposta negativa porque “*se eu faço faculdade eu não sou maluca*”. Sua participação no Programa lhe permitiu comprar um guarda-roupa e pagar R\$ 25,00 mensais do crédito educativo à Caixa Econômica. Em 2000, tentando retornar ao que lhe era mais importante, a faculdade, prestou exame vestibular para o curso de Nutrição em universidade pública, mas não conseguiu pontos suficientes para ingressar. Suas esperanças voltaram-se então para o próximo concurso vestibular.

THEREZINHA, natural do RJ, 36 anos, solteira, na entrevista encontrava-se deprimida, forneceu dados desconexos e fez uso freqüente de palavras no diminutivo. Não conheceu o pai, mas soube que ele bebia, batia na mulher e nas filhas e abandonou a família. O padrasto, que faleceu de câncer em 1990, foi seu verdadeiro suporte familiar. Teve 15 irmãos (nove por parte do padrasto e cinco do pai), alguns muito mais velhos, com a maioria dos quais conviveu superficialmente. Duas irmãs cuja convivência foi maior contribuíram pouco para sua auto-estima. Sempre morou com os pais em casa própria e se ressentiu muito com a perda do padrasto que era “*o cabeça da casa, o chefe de família, o que fazia tudo*”. Segundo o técnico de referência, mora com a mãe que a infantiliza e é muito influenciada por uma irmã que freqüentemente adota atitudes oportunistas em relação a ela. Estudou até o segundo ano do curso clássico (2º grau), não teve uma profissão e nunca trabalhou, exceto em campanhas políticas em épocas de eleições. Recebe “benefício do INPS” (possivelmente da LOAS) que é integralmente incorporada ao orçamento doméstico. Diagnosticada como esquizofrênica, iniciou o percurso no hospital psiquiátrico aos 17 anos. Desde então apresentou uma média de duas internações anuais no Jurujuba.

JESUS, solteiro, 45 anos, nasceu no RJ e reside com a mãe com quem divide as despesas. Sempre muito deprimido atribui esse estado à doença e à medicação que faz uso. A família residiu um tempo na Bahia depois do pai “*que também era doente mental*” ter “*vendido a casa para comprar passagem*” e retornou ao RJ quando Jesus tinha 2 anos porque o pai havia falecido envenenado ao comer um baiacu. Terceiro filho entre quatro irmãos, foram todos colocados em instituições de apoio, pois a mãe viúva precisava trabalhar. O mais novo nunca se adaptou e foi criado por uma tia materna. Jesus foi internado na então FUNABEM aos três anos e lá permaneceu por 10 anos. Nesse período frequentou bons colégios conveniados, prática da instituição na época, e manteve contato durante certo tempo com pessoas que conheceu e que, inclusive, o ajudaram a conseguir emprego. Terminou o segundo grau e trabalhou como montador em uma hidroelétrica por cinco anos, recebendo um bom salário. Pediu demissão quando iniciaram os sintomas. Trabalhou no mercado formal em empregos de baixa remuneração e depois no mercado informal como ambulante e fotógrafo. Foi aposentado em 1993. A fotografia teve grande importância em sua vida. Em suas fases maníacas tinha muita iniciativa e lembrou emocionado: “*Conheci a mãe do Caetano Veloso quando fui fotografá-lo. Tenho a foto que tirei com ele e ela*”. Sua primeira internação ocorreu em 1990, no Jurujuba. Ainda em 1990 foi internado em duas ocasiões por tentativa de suicídio. Entre 1992 e 1997 foi internado seis vezes em fase maníaca.

JORGE, 36 anos, natural do RJ, solteiro, estava muito agitado durante a entrevista e informou ter saído há menos de um mês de uma internação. Estudou até o segundo ano do curso de Psicologia. Antes disso fez cursos técnicos de contabilidade, administração, direito e desenho de arquitetura. Trabalhou como bancário e está aposentado desde 1994. Foi ainda garçom e guardador de carros em estacionamentos: “*Sempre trabalhei, não dava pra viver com R\$ 150,00 [da aposentadoria]*”. Morou com a mãe grande parte de sua vida e estudou ajudado pela madrinha que sempre o apoiou muito. Conviveu com pais biológicos, namorados da mãe, padrasto, madrasta e a madrinha. Aos 25 anos de idade, após averbação de paternidade solicitada por ele, o nome do pai foi incluído em seus documentos. Por algum tempo assinou os sobrenomes da mãe, do pai e da madrinha. Dos quatro irmãos relacionou-se bem apenas com uma irmã por parte de mãe com o segundo parceiro. Qualificou seus relacionamentos amorosos como muito complicados, inclusive o namoro com uma ex-bolsista do Programa e a atual convivência com outro usuário também bolsista. Tem um filho que é criado pela avó materna. Em 1989, depois de quinze anos de tratamento, ocorreu sua primeira internação no Jurujuba. Diagnosticado como portador de Transtorno de Humor foi internado outras oito vezes entre 1992 e 2000. Tentou morar sozinho durante três anos, pois “*tinha a pensão do INPS e ganhava mais R\$300,00 como garçom*” mas não conseguiu. Há 3 anos sua mãe faleceu deixando-o sem casa e sem pensão, que ficaram para o padrasto. No momento, disputa judicialmente com o padrasto os bens deixados pela mãe.

MAGNO, solteiro, 38 anos, nasceu em Minas Gerais. Foi o quinto filho de seis irmãos e morou em Niterói com a mãe e os irmãos desde os 11 anos. Iniciou o curso de Física mas não terminou. Aos vinte anos desinteressou-se da namorada, faculdade e amigos; aos vinte e quatro voltou-se para a religião como solução dos seus problemas. Esquizofrênico e usuário de drogas ilícitas., foi internado por quatro vezes em uma clínica psiquiátrica privada. Aos vinte e nove anos foi internado no Hospital de Jurujuba “*por ter quebrado a perna do gato da família*” (sic). Entre 1991 e 1993 foi internado outras seis vezes,

sendo cinco no Jurujuba. Após o falecimento da mãe, ocorrido em 1994, ele, então com 32 anos, passou a residir com um irmão e uma irmã que “*têm sérios problemas com drogas*” (sic), o que tornou muito difícil a convivência entre eles. O relacionamento com o irmão melhorou depois que este presenteou-o com um computador para que pudesse trabalhar. Desde 1999, após falecimento do pai, o que inviabilizou os planos de morarem juntos, Magno retornou a Minas Gerais e assumiu o gerenciamento dos negócios da família.

No grupo selecionado houve predomínio do sexo feminino, pois foram cinco as entrevistadas. Entre elas quatro eram solteiras e uma viúva. Os três homens eram solteiros e apenas um possuía parceiro fixo com quem morava. No perfil de transtornos mentais dos bolsistas entrevistados chama a atenção que metade é portadora de Esquizofrenia, o que os incluiria nos grupos de maior vulnerabilidade por sua fragilidade e maior dificuldade em vincular-se. Um deles também era usuário de drogas ilícitas ampliando sua situação de vulnerabilidade em relação ao processo clínico apresentado. Do restante 25% eram portadores de distúrbios bipolares e 25% situar-se-iam entre os neuróticos graves. Em relação ao tempo de sofrimento psíquico definido como o tempo decorrido desde a primeira internação: dois tinham um tempo de evolução entre 10 – 11 anos, quatro entre 8 – 9 anos, um aproximadamente sete e outro menos de cinco anos.

QUADRO IV.1 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES DOS BOLSISTAS SELECIONADOS ANTES E DEPOIS DA VINCULAÇÃO AO PROGRAMA DE BOLSA-AUXÍLIO

Bolsistas	Número de Internações											
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Amparo				2	6	1				1		2
Jesus		2	1	2	2			1	1			
Therezinha			2	3	2	3	2	2	1		1	1
Jorge	1			1	1		1	1		1	1	3
Silvia					1	2						
Bibi								1	1			
Helena				2						1		
Magno	3	4	3	2	2							

Fonte: Prontuários Médicos e banco de dados do Hospital de Jurujuba

Notas: 1- a área amarela representa o período do bolsista no Programa. Jesus que havia solicitado sair em dezembro de 1999 retornou em agosto do ano seguinte; 2- os números em vermelho indicam internações por causas estritamente sociais.

O Quadro IV.1 construído a partir das internações ocorridas anualmente e das trajetórias dos bolsistas permite observar dois momentos, antes e depois da vinculação à Bolsa-Auxílio. Sua análise revela que em relação a seis bolsistas ocorreu a diminuição do número de internações depois da participação dos usuários, sugerindo uma ação positiva do Programa. Amparo, com sua trajetória de quadros convulsivos, depressão e histeria associados a abandono, pobreza e abuso de álcool, apresentou após 1998 uma regressão aparente. A primeira internação, que teve duração de um dia e foi devida a um quadro clínico (Pneumonia), ocorreu próxima a sua retirada, a revelia, do Programa. Em 2000, já fora da Bolsa-Auxílio, as duas internações tiveram como causas problemas de moradia e ausência de suporte familiar e social: a primeira durou 24hs e a segunda trinta dias. Jesus foi internado em 1996 e 1997 por

problemas clínicos no Serviço de Recepção e Intercorrências onde permaneceu apenas por 24hs nas duas ocasiões. Sílvia, Bibi e Magno mostraram uma trajetória positiva em relação a internações e intercorrências após sua participação na Bolsa-Auxílio. Em relação a Helena a internação referente a 1998 durou um ano e foi também devida a problemas de moradia. Amparo e Helena “moraram” no Albergue, serviço semelhante a um lar protegido, que por fazer parte da estrutura do Hospital de Jurujuba tem a permanência de seus residentes paga por recursos hospitalares. Retirado em 2000, Jorge permaneceu no Programa por aproximadamente um ano e apresentou maior número de internações durante seus últimos meses na Bolsa-Auxílio. Nesse período ocorreram problemas de gerenciamento do projeto Reprografia que causaram a saída dos dois bolsistas e a suspensão do projeto. O pouco tempo de participação do beneficiário e os problemas de gerenciamento do projeto do qual fazia parte constituíram obstáculos à análise realizada. Apenas Therezinha, apesar de apresentar uma diminuição do número de internações nos três últimos anos de permanência na Bolsa-Auxílio, manteve um padrão de internações anuais por distúrbios psiquiátricos mesmo fora do Programa.

QUADRO IV.2 - PERFIL DAS TRAJETÓRIAS DOS BOLSISTAS NO PROGRAMA DE BOLSA-AUXÍLIO

Bolsistas/Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Helena					Doc. Científica			
Amparo	Documentação Científica, Recepção e Cantina					-		
Sílvia	Cantina				-			
Bibi	-				Alimentação-NAPS e Cantina-NAPS			
Therezinha	Portaria e Documentação Científica					Limpeza-NAPS e Cantina-NAPS		-
Jesus	Memória e Cantina				JorNAPS		-	JorNAPS
Magno	Doc. Científica e Cantina				JorNAPS			-
Jorge						Reprografia		-

Fonte: Entrevistas e relações mensais de participação e pagamento dos bolsistas.

O Quadro IV.2 mostra que os oito participantes do Programa tiveram trajetórias muito variadas em termos de tempo, participação em projetos e da possibilidade de adquirir conhecimentos. Faz-se importante ressaltar que sete bolsistas do grupo selecionado tiveram contato com o contexto de grandes mudanças operacionalizadas no Hospital de Jurujuba entre 1989 e 1994 e acredita-se que tal experiência influenciou positivamente na percepção dos direitos de todos eles e na participação social de alguns. Dentre as mudanças situar-se-iam a criação do NAPS, o mais antigo dispositivo da reforma psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro e um dos mais antigos do país, ao qual estiveram vinculados. E, ainda, a Associação Cabeça-Firme e o Projeto Portaria. Quatro bolsistas fizeram parte do projeto que originou o Programa de Bolsa-Auxílio.

Em relação à idade e a possibilidade de trabalho todos eram adultos jovens em idade produtiva no momento da entrevista: três usuários tinham entre 40-50 anos e cinco situavam-se na faixa de 30-40 anos.

Em relação à vinculação ao mercado de trabalho e a obtenção de benefícios previdenciários: quatro deles (50%) estiveram antes do Programa vinculados ao mercado de trabalho formal e foram aposentados por invalidez. Após a Bolsa-Auxílio, dois deles continuaram a trabalhar no mercado informal, somando esses ganhos aos da aposentadoria e aos da bolsa. Dos outros quatro: três trabalharam no mercado informal e dentre eles dois recebem a LOAS e um nunca recebeu nenhum benefício. O último bolsista nunca trabalhou e não recebia benefícios previdenciários de qualquer espécie.

Sobre a percepção dos direitos de cidadania e o exercício dos direitos políticos utilizou-se a participação eleitoral⁶³ como indicador. Em relação à organização, vocalização e capacidade de se representar na esfera pública, outro aspecto dentro da dimensão política, os indicadores foram a participação da ACF⁶⁴ e/ou outros grupos de interesses. Configuraram-se quatro grupos visualizados no Quadro IV.3: 1- houve exercício do voto e participação da organização local e de outras: composto por dois bolsistas que participaram da diretoria da ACF por vários anos; 2- votou, participou da organização local e não participou de outras: com dois bolsistas, um deles também ex-membro da diretoria da associação local; 3- votou e nunca esteve organizado em grupos de interesses: o maior grupo, com três integrantes sendo que um deles declarou ter anulado o voto; e, 4- não votou na última eleição, participou da organização local e não participou de outras: um bolsista que não lembrou das eleições anteriores. O exercício dos poderes políticos foi realizado por cerca de 88% dos bolsistas enquanto que a participação organizada ficou restrita a metade deles. A maioria era muito jovem e teve seu processo de adoecimento concomitante com o início da vida pública.

QUADRO IV.3 – BOLSISTAS SEGUNDO EXERCÍCIO DO VOTO E PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE INTERESSES

Bolsista	Exercício do voto (1990-2000)	Participação em organizações de interesse	
		ACF	Outros grupos
Amparo	Sim	Sim	Sim
Jesus	Sim	Sim	Sim
Therezinha	Sim	Sim	Não
Jorge	Sim	Sim	Não
Silvia	Sim	Não	Não
Bibi	Sim	Não	Não
Helena	Sim	Não	Não
Magno	Não	Sim	Não

Quatro dos cinco bolsistas exerceram funções na diretoria da organização local. Amparo foi vice-presidente durante 8 anos, Jesus e Magno exerceram a função de segundo tesoureiro, o primeiro por três

⁶³ Sabe-se que a memória eleitoral geralmente é pequena e por isso nas entrevistas foram incluídos nomes de candidatos nacionais e locais e fatos ocorridos, associando-os às datas das eleições realizadas: Presidência da República em 1990, 1994 e 1998, governo do estado do Rio de Janeiro em 1998 e Prefeitura de Niterói em 1992, 1996 e 2000.

⁶⁴ No momento das entrevistas nenhum dos bolsistas e dos familiares entrevistados participava da ACF.

mandatos e o outro durante dois anos e Jorge foi membro do Conselho Fiscal durante cinco anos. Os efeitos dessa participação foram perceptíveis em suas trajetórias.

Na sociedade moderna, na maioria das vezes, o trabalho é o vínculo primordial que permite a construção de identidade e de projeto de vida. A análise das trajetórias no eixo ocupacional aqui apresentada foi orientada segundo a posição que o bolsista teria ocupado na estratificação socioeconômica e segundo a melhoria dos rendimentos e do poder aquisitivo decorrentes do Programa.

As atividades desempenhadas pelos bolsistas no mercado de trabalho⁶⁵ encontram-se no Quadro IV.4, organizadas por ramo de ocupação e atividades desenvolvidas. A maioria das atividades foi no setor de comércio e serviços; alguns bolsistas desenvolveram atividades que exigiram qualificação e que foram abandonadas devido ao próprio processo da loucura ou em função de aposentadorias precoces por invalidez. A maioria não retornou às atividades desenvolvidas no mercado de trabalho formal e nem aos patamares salariais anteriores, trabalhando no que fosse possível. Apenas um apresentou mudança positiva ao assumir o papel de administrador dos negócios da família, pois anteriormente desenvolvia trabalhos ocasionais de digitação. A mudança significou maior autonomia, contratualidade e responsabilidade do bolsista. Duas outras bolsistas jamais estabeleceram vínculos ocupacionais pois uma nunca trabalhou e a outra foi cabo eleitoral na campanha de um político, não conseguindo o mesmo tipo de trabalho em outras ocasiões. As duas informaram diversas tentativas para conseguir trabalho certamente dificultadas pela ausência de capacitação profissional, somada à vulnerabilidade do quadro clínico apresentado. A Bolsa-Auxílio não contribuiu para a melhoria das chances de (re)inserção ocupacional dos bolsistas do grupo selecionado.

QUADRO IV.4 – PARTICIPAÇÃO DOS BOLSISTAS NO MERCADO DE TRABALHO (ATIVIDADES REFERENTES A OCUPAÇÕES ANTERIORES E ATUAIS)

Ramo de Ocupação	Atividades referentes a ocupações anteriores e atuais	Bolsistas						
		A	H	S	T	Jesus	M	Jorge
Comércio e Serviço	Emp. domésticos	X	X	X				
	Garçom							X
	Ambulantes					X		
	Lojistas					X		
	Cabo eleitoral				X			
	Fiscal de loja					X		
	Hidroelétrica					X		
	Manobrista							X
Indústria de Transformação	Ind. alimentos	X						
	Ind. Plásticos	X						
	Ind. Vestuários			X				
Administrativo	Bancário							X
	digitador						X	

⁶⁵ A sistematização dos dados baseou-se na estrutura proposta por Brant, 1994.

Agropecuária	Trabalhador em colheita e safra	X						
Empregadores e Proprietários	Proprietário de Posto de Gasolina						X	
Artesanais, Artísticas e Desportivas	Fotografia					X		

O Quadro IV.5 apresenta os valores mensais médios recebidos pelos bolsistas durante o tempo que permaneceram no Programa. A média foi calculada em função das planilhas orçamentárias e só foram considerados os meses em que os bolsistas efetivamente estiveram no Programa. A tabela informa ainda para efeito de comparação os salários mínimos vigentes.

QUADRO IV.5 – MÉDIA MENSAL EM REAIS (R\$) DOS VALORES RECEBIDOS PELOS BOLSISTAS

Bolsistas	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Amparo	23,47	21,31	27,70	55,02	38,93	-	-
Helena	29,51	75,38	75,54	74,89	45,75	53,73	64,37
Sílvia	49,79	42,98	54,66	63,40	46,40	-	-
Bibi	-	-	-	-	42,87	40,80	54,39
Therezinha	9,66	9,63	15,17	14,87	17,53	11,94	-
Jesus	9,77	42,38	47,85	52,66	54,27 / 6,82*	10,26	14,68
Magno	11,74	38,40	59,91	39,15	9,31	15,13	-
Jorge	-	-	-	-	-	55,50	63,10
Salário Mínimo	64,69	100,00	112,00	120,00	130,00	136,00	151,00

Fonte: Listagens de horas trabalhadas pelos bolsistas.

* O bolsista foi retirado dos dois Projetos que integrava passando a ter carga horária reduzida em função da nova atividade.

Os valores foram irrisórios. Para Amparo, Sílvia, Jorge, Therezinha, Jesus e Jorge a bolsa significou renda adicional, pois recebiam benefícios da previdência. Também para Magno, que tinha suporte familiar, representou renda complementar. Para Helena significou sobrevivência entre 1993 (Projeto Portaria) e julho de 1998, pois foram os únicos recursos financeiros recebidos por ela no período. A partir de agosto de 1998 passou a receber o benefício da LOAS. Entre 1995 e 1997 ela recebeu o equivalente a 2/3 do salário mínimo vigente. No período 1998-2000 ocorreu uma significativa diminuição do dinheiro recebido por Helena que pode ter sido motivado pela bolsista já não depender dos recursos da bolsa para sobreviver e, portanto, pôde trabalhar menos horas ou pela diminuição obrigatória da carga horária dos bolsistas implantada pela Comissão Gerenciadora da Bolsa-Auxílio. Em 1998 foi possível perceber a drástica diminuição dos valores pagos a Jesus que passou a receber 1/9 da renda anterior, em função das adequações realizadas pelo Programa após a mudança do NAPS.

Em abril de 1998, quando o salário mínimo era R\$ 120,00, foi possível realizar um corte, pois na época sete dos oito bolsistas estavam no programa e, relacionar o valor recebido da Bolsa com outros recursos. Faz-se necessário lembrar que os bolsistas também recebiam alimentação nos períodos de atividade da bolsa e de atividades no NAPS e que a maioria possuía passe-livre nos ônibus de Niterói, condicionado à sua condição de deficiente. Não foram incluídos recursos de trabalhos ocasionais.

QUADRO IV.6 - PERFIL DE RENDA DOS BOLSISTAS EM ABRIL/1998 EM REAIS (R\$)

Bolsista	Bolsa-Auxílio	Previdência	Outras rendas	Total
Amparo	29,60	120,00 ^a	-	149,60
Helena	43,20	-	-	43,20
Sílvia	63,20	120,00 ^a	-	183,20
Bibi	44,80	-	-	44,80
Therezinha	22,80	60,00 ^b	-	83,20
Jesus	44,80	120,00 ^a	20,00 ^c	164,80
Magno	12,00	-	-	12,00
Jorge	-	-	-	-

Legenda: ^a Aposentadoria; ^b Pensão; ^c CPV

Em abril de 1998, Amparo e Jesus faziam parte da Cooperativa da Praia Vermelha (CPV)⁶⁶. Amparo teve uma participação mais militante, viajando com os recursos da cooperativa para eventos do Movimento da Luta Antimanicomial. Jesus participou desde o início na produção e na comercialização dos produtos da Cooperativa, mas nos dois últimos anos dedicou-se apenas às vendas.

No final de 1998, Amparo passou a ter seu aluguel pago pelo Programa SOS –Direitos do Paciente Psiquiátrico⁶⁷.

Para Delgado, o programa constitui-se em uma “clínica dos direitos” cujo objetivo principal seria o bem estar e o benefício do usuário e é implementado através de “*uma clínica do direito à casa, à comida, à roupa lavada, a não sofrer violência e também a não ser interdito. É um direito não ser interdito*” (Delgado *apud* Souza, 2000:9). Dentro dessa filosofia o Instituto Franco Basaglia implementa ainda dois programas de trabalho protegido, remunerados por bolsas⁶⁸.

⁶⁶ A cooperativa, que se constituía em um “*espaço de renda e de saúde para os usuários*”, estruturou-se e opera no Instituto Philippe Pinel, em parceria com o Instituto de Psiquiatria/UFRJ e o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Com a assessoria da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da COPPE/UFRJ atua na capacitação de mão-de-obra, na organização do processo de trabalho e na educação para o cooperativismo. A CPV integra-se econômica, social e politicamente ao Fórum de Cooperativas Populares do Grande Rio (Monnerat, 1999). Os cooperados podem trabalhar nas atividades de produção e de venda, recebendo percentuais do que produzirem e venderem e de acordo com os dias e horas trabalhados.

⁶⁷ O Programa SOS-Direitos do Paciente Psiquiátrico do Instituto Franco Basaglia existe há 10 anos, é viabilizado com a cooperação da Secretaria de Justiça e “*visa receber, encaminhar, e acompanhar denúncias e casos de violação dos direitos de cidadania, propiciando a discussão e a resolução dos mesmos*” (Souza, 2000:3).

⁶⁸ Um programa interno, menos estruturado, possui três bolsistas que recebem entre R\$ 90 e R\$ 200,00; e, outro, mais estruturado, implementado nos CAPS da cidade do Rio de Janeiro, viabilizado por um convênio de cooperação técnica entre o IFB e a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro no qual a renda dos bolsistas situa-se entre R\$ 90,00 e R\$ 120,00.

A análise das listagens dos valores pagos pelo Programa e das informações orais permitiu algumas considerações sobre os bolsistas agrupados pelos critérios de elegibilidade para as entrevistas. Entre os considerados (re)inseridos: 1- Magno apresentou uma grande estabilidade no Programa e saiu em novembro de 1999 para administrar os negócios do pai após seu falecimento e 2- Jorge manteve o mesmo padrão apesar de ter sido bolsista durante um período menor e na época da entrevista encontrava-se em processo de desligamento. Cabe ressaltar que Jorge foi indicado como (re)inserido apesar de fazer parte ainda do Programa e que isso só foi percebido pela pesquisadora na entrevista.

No grupo dos que saíram espontaneamente Jesus sempre foi estável. Chamou a atenção a queda dos valores recebidos pelo bolsista entre março de 1998 e novembro de 1999 quando saiu do Programa. O bolsista retornou em 2000 e acredita-se que a diminuição dos valores recebidos foi responsável por seu afastamento temporário. Therezinha, a outra integrante, participou de 1993 (Projeto Portaria) a fevereiro de 2000 e recebeu os mais baixos valores entre os bolsistas selecionados pois a carga horária atribuída sempre foi muito baixa nos quatro projetos em que participou.

Do terceiro grupo, os retirados do Programa, fizeram parte Sílvia, que nunca mais trabalhou, e Amparo, que investe todo seu tempo e disponibilidade pessoal no movimento da Luta Antimanicomial e depende do benefício fornecido pelo IFB como complementação de renda.

No quarto grupo estavam Helena e Bibi, bolsistas que permaneceram no Programa. As bolsistas nunca participaram do mercado formal de trabalho. Helena nunca recebeu salário apesar de trabalhar informalmente e Bibi nunca trabalhou.

Recursos financeiros são comumente analisados utilizando-se a denominada linha de pobreza, que demarcaria o mínimo de renda imprescindível para a alimentação e para outras necessidades pessoais básicas; e, linha de indigência ou linha da fome, que representaria a renda mínima mensal necessária para satisfazer as necessidades alimentares imprescindíveis à sobrevivência (CME/CN,1999).

Para a análise do perfil de renda dos bolsistas optou-se por não utilizar as linhas de pobreza e indigência, que são estimadas a partir das necessidades nutricionais. Utilizou-se então o patamar proposto pelo Programa de Garantia de Renda Mínima⁶⁹ de 2,6 salários mínimos por adulto jovem que hoje corresponderiam a R\$ 392,60, relacionando-se os valores recebidos pelos bolsistas no ano de 2000.

Quadro IV.7 - Perfil de Renda dos Bolsistas do Grupo Selecionado em 2000 e *Déficit* em Relação ao Patamar Proposto pelo Programa de Renda Mínima

Bolsista	Bolsa-Auxílio	Previdência	Outras rendas	Total	Diferença
-----------------	----------------------	--------------------	----------------------	--------------	------------------

⁶⁹ No Brasil, o debate político sobre a garantia de uma renda básica incondicional iniciou-se em 1991 com o projeto de lei do senador Eduardo Suplicy que propunha o Programa de Garantia de Renda Mínima. O programa visa garantir renda mínima a pessoas adultas, maiores de 25 anos, cujos rendimentos mensais sejam inferiores a 2,6 salários mínimos através da complementação dos rendimentos brutos do beneficiário em valor equivalente a 30% da diferença, apurada mensalmente entre os rendimentos e o limite estipulado. Podem chegar até 50% também da diferença de acordo com a disponibilidade de recursos para o programa. O projeto foi aprovado no Senado e encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados. Pelo menos 35 cidades do país implementaram programas de renda mínima com contrapartidas por parte das famílias: manter os filhos de 7 a 14 anos freqüentando a escola ou os adultos inserirem-se em programas de emprego.

Amparo	-	151,00 ^a	170,00 ^d	321,00	71,60
Helena	64,37	151,00 ^c	-	215,37	177,23
Sílvia	-	151,00 ^a	-	151,00	241,60
Bibi	54,39	-	-	54,39	338,21
Therezinha	-	75,50 ^b	-	75,50	317,10
Jesus	14,68	151,00 ^a	25,00 ^e	190,68	201,92
Magno	-	-	acima de 453,00*	acima de 453,00*	+ 150,00
Jorge	63,10	151,00 ^a	-	214,10	178,50
Legenda:	^a Aposentadoria;	^b Pensão,	^c LOAS,	^d SOS/IFB,	^e CPV
	* Renda estimada pela pesquisadora				

O Quadro IV.7 mostra que apenas um deles encontrava-se acima do patamar proposto e portanto estaria fora da clientela do Programa de Renda Mínima. Entre os sete restantes três receberam aproximadamente a metade do valor, e os outros quatro estariam em situação de indigência não fosse o suporte familiar que possuíam e os benefícios como alimentação e transporte gratuito que receberam. Considerando-se os recursos financeiros dos bolsistas cinco fariam parte do contingente de pobres e os dois restantes enquadrar-se-iam na população miserável do país.

Outra maneira de analisar os rendimentos seria a partir da proposta de Figueiredo *et al.* (1990). Os autores postulam que trabalhadores que recebessem menos de um salário mínimo teriam rendas miseráveis e situar-se-iam portanto na linha de indigência. Valores > 1 salário mínimo e < 3 salários mínimos os incluiria no contingente dos trabalhadores de baixa renda. Durante todo o período analisado os valores pagos pelo Programa aos bolsistas foram inferiores ao salário mínimo vigente. Em abril 1998 e no ano de 2000 o Programa, associado a outras rendas, contribuiu para a passagem de três bolsistas da miserabilidade à pobreza.

A bolsa-auxílio representou uma renda adicional de pouca importância no enfrentamento das vulnerabilidades econômicas e sócio-familiares dos bolsistas do grupo selecionado. Mas, foi de importância capital para a sobrevivência daqueles que tinham a pobreza como agravante.

A Percepção sobre o Papel do Programa de Bolsa-Auxílio na Desinstitucionalização de sua Clientela

As avaliações dos entrevistados referiram-se a três aspectos: trabalho e rendimentos, produção de autonomia e capacidade de responder a novas demandas.

Gerentes e técnicos percebiam o Programa de Bolsa-Auxílio como uma estratégia de intervenção do programa de Saúde Mental na busca da melhoria de qualidade de vida dos usuários dos serviços da rede de saúde de Niterói. Tratava-se de repensar o trabalho como elemento de organização da sociedade, de reprodução social, capaz de promover uma inclusão participativa, produtiva e a cidadania dos usuários. Os técnicos não-gerentes acrescentaram que a bolsa buscava promover a (re)inserção dos bolsistas sem

impor exigências acima de suas possibilidades (Técnico 3, psicóloga que nunca indicou usuários para o Programa e Técnico 2, médico que indicou usuários).

Apesar de não ter sido criado pela gerência de Saúde Mental municipal, para Eduardo Rocha, o Programa de Bolsa-Auxílio insere-se na política de Saúde Mental do Município de Niterói por tratar-se de um programa criado e regulamentado por meio de uma portaria da secretaria de saúde, havendo toda anuência do secretário na manutenção e extensão da Bolsa-Auxílio para as outras unidades.

Os técnicos e a ex-coordenadora do NAPS, consideraram que o Programa de Bolsa-Auxílio não tinha relevância na política de Saúde Mental do município, visto que não representou um conjunto de ações acessíveis para o conjunto dos usuários dos serviços ambulatoriais que compõe a rede de saúde, pois foi concretizado apenas para o Hospital de Jurujuba e o NAPS.

O Programa contribuiu para o processo de desinstitucionalização de seus beneficiários porque lhes conferiu autonomia, auto-estima, aumento de poder social e contratual, e ampliação da rede social dos usuários que participaram das bolsas. *“Os bolsistas tiveram que responder a demandas que não as clássicas institucionais de internação e de tratamento”* (Eduardo Rocha, Coordenador de Saúde Mental).

“É importante sinalizar que a primeira desinstitucionalização que ocorre através de um projeto dessa natureza é aquela que se dá com relação aos ‘sintomas’, que sofrem um deslocamento. A pluralidade dos usuários [passou a ser] reconhecida e valorizada. Isso é reinscrever o usuário no corpo social” (Tânia Marins, ex-coordenadora do NAPS).

“Acompanhei uma paciente com crises muito graves e a equipe nunca poderia supor que essa pessoa pudesse um dia além de se recuperar, trabalhar. Após a atuação na bolsa ela se apresenta como uma pessoa bem sucedida, reconhecida e que faz projetos para o futuro. O reconhecimento e o dinheiro ganhos dão a ela uma capacidade de (re)inserção muito grande pois vive sozinha. A bolsa foi o elemento definitivo na medida em que ela comprovou a competência em algo que não conhecia. Há um ano e meio é elogiada e reconhecida por exercer essa função”(Técnico 3, psicóloga, que nunca indicou usuários).

Em relação a (re)inserção laboral, Sandra Fonseca avaliou que não existem registros efetivos de que o Programa teria permitido que alguém conseguisse emprego externo até porque no Brasil o desemprego é muito grande e há maior dificuldade por parte de uma *“parcela da população que tenha um handicap como esse”*.

A interferência do Programa de Bolsa-Auxílio na assistência prestada pelo Hospital de Jurujuba aos seus pacientes foi avaliada por gerentes, familiares e técnicos entrevistados como positiva em relação ao tratamento e ao envolvimento do usuário com o seu tratamento. Evitou a re-internação dessas pessoas, gerou responsabilidades (frequência, horário) e organização pessoal (estar bem arrumado e bem tratado), atuou como facilitadora na (re)constituição de vínculos sociais e na construção de relações de trabalho, propiciou aprendizado, contribuiu para que seus beneficiários tivessem uma vida agradável e oportunidades, determinou valor social (sentir-se útil e ter funções) e mudanças na relação entre técnicos e usuários.

Márcia Giusti apontou como decisiva essa interação dos bolsistas com os técnicos e funcionários dos serviços pois *“as portas das enfermarias estavam abertas, os pacientes começaram a circular, mas as portas do setor administrativo continuavam fechadas”*. Com a Bolsa-Auxílio as portas dos setores

administrativos puderam ser abertas por técnicos, funcionários e bolsistas tornando mais próxima a relação entre eles. E, ainda: *“A gente que conhece o período da psiquiatria anterior a essa oferta de laços sociais pela reforma psiquiátrica, sabe que isso marca uma diferença entre o olhar para o paciente como alguém que pode ter uma vida razoavelmente agradável, com alguma possibilidade ou considerar o paciente excluído mesmo de qualquer oportunidade”* (Técnico 3).

Porém, o Coordenador de Saúde Mental e Diretor do Jurujuba, Eduardo Rocha, considerou que para haver certeza de que a mudança foi ocasionada pela bolsa-auxílio seria necessária uma avaliação de cada bolsista utilizando parâmetros de avaliação tais como: número de internações e de intercorrências emergenciais, estabilização do paciente, diminuição da medicação, etc.. E, Sandra Fonseca acrescentou que a bolsa deveria ser vista como mais um dispositivo, uma possibilidade a ser utilizada pelo tratamento e acrescentou: *“Atrapalhar, nunca achei que tivesse atrapalhando coisa nenhuma”*.

Em relação aos rendimentos a maioria dos familiares entendia a Bolsa-Auxílio como ajuda para os mais necessitados e avaliou como muito baixos os valores recebidos pelos bolsistas. Apenas um não avaliou negativamente os baixos recursos: *“Não importa o tanto que der para eles ganharem desde que façam alguma coisa, que digam assim: é um trabalho que eu tenho. Puxa, eu acho isso muito bom! Porque as mães e os pais não sabem como lidar com isso. Eu não saberia, meu Deus como é que eu vou botar meu filho para trabalhar? Mas se ele tem uma orientação e alguém diz que o seu filho pode trabalhar também, pode ganhar um dinheirinho...”*(Familiar 4/ não bolsista/ não ACF).

Para o técnico 4, supervisora há cinco anos e membro da CG há dois anos e meio, a única intervenção do município em termos de renda para os loucos foi a Bolsa-Auxílio e acrescentou: *“Eu acho que alguns pacientes poderiam estar trabalhando [fora] como Helena e como aquela do computador, a Amália. Eles [a gerência da FMS] poderiam dar uma chance. Entrar em contato conosco, fazer uma avaliação e colocar os selecionados para trabalhar em algum lugar da Fundação”*.

Em relação a novas demandas, Eduardo Rocha salientou que *“a experiência abriu uma perspectiva de trabalho e de relação com um trabalho com certo nível de responsabilidade profissional, que deu frutos para além da bolsa-auxílio”*, citando o trabalho de reciclagem desenvolvido nas Oficinas Integradas, mais independente e que tenta se organizar como uma cooperativa onde os integrantes dividem e administram o dinheiro.

Técnicos e gerentes concluíram que a Bolsa-Auxílio deveria integrar o Programa de Saúde Mental da cidade como complementar a alternativas de trabalho assistido. A Bolsa-Auxílio atenderia a uma determinada parcela que precisasse de um cuidado maior enquanto o trabalho assistido forneceria mais autonomia. A solução seria investir em parcerias para desenvolver experiências de trabalho assistido.

Eduardo Rocha e Sandra Fonseca relataram que Niterói vem discutindo a viabilização de duas experiências de trabalho assistido em parcerias com a Companhia de Limpeza de Niterói (CLIN) e com a subsecretaria regional da Prefeitura. Com a CLIN a equipe de Saúde Mental seria responsável pelo suporte técnico aos usuários que trabalharem na limpeza das ruas, estes receberão por meio de uma verba repassada para a Fundação e serão supervisionados por técnicos da companhia. Com a secretaria regional a parceria seria na construção civil (vagas de pedreiros, serventes de obra, pintores, etc.).

Em relação à construção de redes de apoio social aos loucos desinstitucionalizados, consideradas imprescindíveis por todos os entrevistados, gestores e técnicos mencionaram: 1- discussões sobre a viabilização de trabalhos assistidos; 2- estímulo à criação de novas cooperativas e apoio às existentes; 3- regulamentação e estímulo à política municipal de concessão de passe livre nos transportes fornecido pela Secretaria de Cidadania e Promoção Social; 4- investimentos em outras iniciativas de geração de renda como as oficinas de produção semi-artesanal nas unidades de saúde (*silk screen*, fabricação de molduras para quadros, reciclagem e culinária) e os bazares permanentes.

Apenas um dos familiares entrevistado desconhecia outras iniciativas de trabalho voltadas para pacientes psiquiátricos: *“Em Niterói não, mas conheço no Rio. Remunerado só a Cooperativa da Praia Vermelha da qual a Associação Cabeça Firme fez parte da construção”* (Familiar 3/ bolsista/ ACF). Os outros citaram o passe livre e problemas na utilização do benefício: *“Já escrevi carta para a associação e a federação de ônibus porque eles rejeitaram o passe livre do meu filho que se desloca muito e disseram que não era o caso. Se a deficiência não é visível, não falta uma perna... Com todo aparato burocrático, atestado médico, perícia médica, mesmo assim eles resistem”* (Familiar 1/ não bolsista/ ACF).

“Minha filha não tem prática com dinheiro. Ela tem dois passes: de Niterói e de São Gonçalo, mas tem medo do motorista dizer não, você não pode entrar. Pra motorista deficiência é ter uma perna quebrada, uma cabeça toda torta ou a pessoa tem que estar babando, ou estar falando um monte de asneiras para eles acharem que é uma deficiência. Já imaginou a minha filha ficar jogada no meio da rua por que não pode pegar o ônibus?” (Familiar 4/ não bolsista/ ACF).

Salienta-se as transformações nas percepções que ocorreram entre técnicos e familiares decorrentes do processo de reformas implementado. Em relação aos técnicos as diferenças de idéias e ações ocorreram e continuam a ocorrer fundamentadas nas diversas bases conceituais e culturais que instrumentalizam suas ações e suas percepções sobre a Reforma Psiquiátrica

Os Vínculos Criados e/ou (Re)Compostos

Os oito bolsistas do grupo entrevistado manifestaram impressões positivas sobre o Programa. Os efeitos sobre os usuários foram percebidos diferentemente pelos três grupos de entrevistados. E, ainda, houve discordância por parte dos técnicos sobre o que realmente atribuir ao Programa em função da inexistência de um instrumento de avaliação.

O mundo da vida

Gerentes e técnicos chamaram a atenção para as formas particularizadas com que os bolsistas utilizam o dinheiro mas, para eles, com algum tipo de responsabilidade: *“Eu sei de alguns que decidem toda vez que recebem tirar um dia para, por exemplo, entrar num restaurante para comer um prato que gostam de comer”* (Eduardo Rocha).

“E tem também a questão sexual. Um deles dizia que nunca tinha tido uma namorada, que nunca tinha saído com uma mulher. [Com a bolsa] ele teve dinheiro para pagar uma mulher para sair

com ele e mudou. Hoje está totalmente diferente” (Técnico 1, psicóloga, supervisora do programa desde sua criação).

Salientaram ainda a utilização da bolsa como elemento estimulador do tratamento de usuários, o que explicaria a permanência no Programa de bolsistas em crise: *“existe um usuário que participa desde o início e cuja frequência ao NAPS diminui muito quando ele não está na bolsa”* (Técnico 1).

As gerentes Márcia Giusti, Sandra Fonseca e Maria Paula Leal citaram dois bolsistas fora do grupo selecionado para contextualizar as particularidades do conceito de (re)inserção nesse grupo vulnerável. As características apresentadas pelos dois contribuíram para sua manutenção na bolsa e, apesar disso, foram considerados (re)inseridos pelas gerentes pois teriam conseguido maior autonomia e melhoraria na qualidade de vida. Chico, uma figura conhecida que já participou de muitos projetos, tem dificuldades pelo retardo mental apresentado e Estevão, há cinco anos no Programa, é portador de seqüelas físicas motoras e afasia. Em contraposição a eles, as gerentes citaram um terceiro personagem, um ex-bolsista que trabalha fora, mas que não se incluiria no grupo dos inseridos pois têm crises constantes, a última inclusive inviabilizou sua entrevista para esse trabalho: *“... não está na bolsa, está trabalhando fora. É alguém que conseguiu passar por uma etapa e que está trabalhando. Está desinstitucionalizado mas não (re)inserido”*(Márcia Giusti).

As gerentes lembraram ainda de efeitos considerados como negativos para alguns usuários. Maurício, morador da Barra da Tijuca, que não recebeu recursos financeiros suficientes para pagar seu transporte e que recebe assistência no Rio de Janeiro. Outro problema foi protagonizado por Carlos, que se locomovia por meio de cadeira de rodas e que teve uma oferta para uma bolsa na administração. *“Verificou-se que isso não tinha nenhum efeito sobre ele, que não queria aquele trabalho. Querer é meio forte para paciente psiquiátrico. Ele não conseguiu ficar e acabou não estando em nenhum”* (Márcia Giusti).

Para Amparo, a militante que a casa caiu, e Helena, a que busca um lar, as carências sócio-econômicas interferiram enormemente em suas trajetórias de vida e em seus processos saúde/doença.

A pobreza representou para Amparo a impossibilidade de tratamento e muitas internações, os recursos inicialmente recebidos pelo Programa foram usados para sobreviver e na construção da uma casa que desabou. As internações praticamente desapareceram.

Na tentativa de sair de uma situação por ela definida como “indigna”, Helena procurou a bolsa cheia de esperanças. Para isso trabalhou os sete dias da semana: *“Ganhava mais do que o salário mínimo porque todo mundo tinha preguiça de vir trabalhar quando chovia. Eu vinha trabalhar, nunca tive medo de trabalho, sempre trabalhei”*.

Bibi relatou uma grande mudança na organização pessoal após o Programa: *“Eu tenho que acordar mais cedo... Tenho responsabilidade de acordar as seis horas da manhã, pois eu pego na bolsa às oito. Acordo cedo para deixar tudo arrumado e venho trabalhar”*.

Magno, o jornalista e homem de negócios, considerou positiva sua inserção na bolsa e a reorganização pessoal ocorrida: *“Quanto a minha casa, nunca tinha tido uma casa que fosse minha, hoje tenho uma só para mim. E consigo dirigi-la”*. (...) *“Minha*

vida mudou. Aprendi a me ocupar. Aprendi também a trabalhar. Todos os projetos em que participei me faziam bem. No Jornal gostava do que escrevia. No Projeto Portaria gostava de trabalhar e ficar ali sentado abrindo a porta para quem passava. Na Cantina achei que minha participação poderia ser maior. Com mais liberdade de administração”.

Sobre a trajetória de Magno no programa os técnicos supervisores acrescentaram: *“Durante esse processo fica nítido para os supervisores da bolsa que o usuário tenta reconstruir sua vida utilizando as experiências vividas na bolsa de trabalho, na sua vida diária”* (Prontuário 23/05/96).

A influência da Bolsa-Auxílio na vida dessas pessoas poderia ser traduzida na diminuição do número de internações, das intercorrências emergenciais e da estabilização do quadro apresentado pela maioria dos bolsistas do grupo selecionado após sua vinculação.

A dimensão sócio-familiar

Os técnicos chamaram a atenção para a importância do Programa na (re)constituição dos vínculos familiares dos usuários por gerar importantes mudanças na relação do usuário, algumas vezes a partir da contribuição financeira que este passa a dar dentro do cenário familiar, ainda que de maneira simbólica. *“A bolsa teria conferido um valor social ao paciente sem recursos financeiros e a seus familiares ao estabelecer um laço onde a pessoa seria valorizada”* (Técnico 3, psicóloga que nunca indicou usuários). *“Eu acho fundamental é a mudança que a gente vê no comportamento do usuário, na forma como ele lida com a família... Um compra leite para o filho, outro compra uma sandália e isso é super importante para eles. Afinal de contas foi feito com o esforço deles”* (Técnico 1, psicóloga supervisora do programa há 6 anos).

A importância da família na melhoria da qualidade de vida dos bolsistas foi salientada pela assistente social coordenadora do Albergue, Maria Paula Leal, que usou como exemplo o apoio oferecido a Magno, o jornalista e homem de negócios. A técnica considerou esse apoio muito significativo, apesar de surgir após vários anos na bolsa foi motivado pela participação do usuário no JorNAPS, O irmão de Magno presenteou-o com um computador e ainda uma quantia mensal, o que possibilitou ao bolsista trabalhar com digitação.

Para Magno, sua participação no programa teria sido bem vista pela família: *“acho que eles gostaram muito da minha participação. Fiquei mais amigo das pessoas. O relacionamento no trabalho é diferente de amizade. E gostei muito deste tipo de relacionamento. Fiz um grande amigo na Portaria que foi o Leonardo”.* Sobre a reorganização pessoal ocorrida após a Bolsa-Auxílio que o tornou mais aceito por familiares e amigos acrescentou: *“acho que foi ali que comecei a gostar de trabalhar e de dinheiro. Nunca fui um grande desorganizado quanto as finanças mas, vendo de hoje, o passado nas bolsas foi muito positivo”.*

Bibi, a universitária, alegou que o programa teria ajudado no tratamento, melhorado seu relacionamento com as pessoas: *“eu era assim muito trancada, não conversava com ninguém, agora já converso mais”*. Com a família as relações também melhoraram, só um pouco. Sobre como utiliza o dinheiro da bolsa declarou: *“Eu compro as minhas coisas, não preciso ficar pedindo dinheiro toda hora a minha mãe. Por que eu não gosto de ficar pedindo coisas aos outros. Com o dinheiro da bolsa na época que passou Titanic eu fui assistir. Ontem fui ao shopping de Botafogo”*.

Sobre a bolsista um dos técnicos-não gerentes declarou que o Programa *“mudou tudo na vida dela. Ela passou a questionar a vida pessoal, a vida emocional, sexual, tudo. Possuía uma pensão mensal do governo, mas esse dinheiro fica com a irmã com quem mora. Então ela começou a conseguir esse dinheiro[da bolsa], [trabalhando] com responsabilidade e a pensar em outras coisas que podia comprar”* (Técnico 1, psicóloga supervisora do programa há 6 anos).

Eduardo Rocha relatou a existência de um usuário que guarda o dinheiro da bolsa recebido durante todo o ano para visitar os familiares que moram em outro estado.

Para alguns bolsistas como Helena, a que sempre buscou um lar, o Programa ajudou a ter amigos entre os quais situou os técnicos do NAPS: *“Eu costumava dizer que depois fiquei maluca é que eu fiquei feliz, pois antigamente eu era uma concha, uma ostra, muito humilhada, as pessoas debochava[m] de mim. Não tinha amigas e tinha baixa estima. Me ajudou a entrar no colégio também. Ajudou a conviver com as pessoas”*.

A bolsista realizou parcialmente seu desejo no último ano morando com a irmã e uma amiga juntando os rendimentos da bolsa, da LOAS e os dois salários mínimos que suas companheiras recebem: *“nós três dependemos uma[s] da[s] outra[s], nenhuma de nós pode morar sozinha porque o salário não dá. Eu gostaria de ter minha casa, de construir família, ter alguém... Na minha vida eu nunca tive, fui tratada a ferro e fogo. Nunca tive ninguém que me desse carinho, afago, um beijinho”*.

Therezinha, a menina dos diminutivos, apontou que não foi bom ter abandonado a bolsa pois ela teria melhorado o seu modo de viver e teria propiciado outras oportunidades de conhecer e lidar com as pessoas lá dentro: *“eu conheci muita gente, eu tenho muitas amigas na bolsa. Nós freqüentávamos os museus...”* Mas, em relação à família: *“eu acho que não melhorou não, mas tá havendo uma mudança, uma melhorzinha pequenininha”*. Acrescentou que o dinheiro que recebe da Previdência não é suficiente. Com o dinheiro da bolsa compra pequenas coisas pessoais que gosta muito, sabonete e shampoo, e relatou orgulhosa: *“ajudei minha mãe, comprei um armário pra ela”*.

Helena, Therezinha e Bibi não (re)estabeleceram relações amorosas: *“Eu não quero namorado, os que eu arranjei foi só pra perturbar minha vida”* (Helena). *“Não era boa coisa não, fumava maconha, foi só problema...”* (Therezinha).

Para Jorge, o dos quatro sobrenomes, a bolsa não teria influenciado nas relações com a família. Já com vizinhos e amigos: *“Ajudou. Melhorou tudo. Porque eles viram que eu tava produzindo. Porque todo mundo me encarava como trabalhador”*.

Para Silvia, a modista “psiquiatrizada”, a bolsa teria influenciado na (re)composição dos vínculos sociais: *“O diálogo foi bom, eu me dava bem com todo mundo. Eu fiz muita[s] amizade[s]. E pegava um*

dinheirinho bom também que regulava o meu orçamento. A convivência com o público foi muito importante pra mim. Eu fiquei mais ativa. Ia na cooperativa, conheci o Canecão...”

A usuária, que teve sua indicação para a bolsa não referendada pelo técnico que a acompanhava, fez parte dos bolsistas retirados do Programa. Maria Paula Leal considerou que a bolsista fez uma utilização “oportunista” da bolsa pois poderia ter encontrado trabalho fora da instituição caso tivesse procurado. Segundo Sandra Fonseca e Márcia Giusti, desde o início, a usuária não preenchia os critérios de elegibilidade: *“as pessoas se dividiram a respeito. Quem era diretamente responsável pela direção do tratamento contra-indicava, achava que isso estava reforçando o hospitalismo. Outra parcela, que estava acostumada com uma relação mais social com essa usuária, defendia que ela participasse”* (Sandra Fonseca). A não indicação da técnica de referência foi reforçada pelas gerentes e a dependência caracterizada como hospitalismo que gerou atitudes oportunistas, e foi a causa da retirada da bolsista.

Para Jesus, o fotógrafo, o Programa não alterou sua relação com as pessoas e explica: *“...é um problema meu, com a minha doença... tenho uma dificuldade imensa de memória que dificultava no trabalho. Minha relação com as pessoas não melhorou porque é sempre a mesma coisa, sou introspectivo, então decididamente, não ajudou muito”*. Em relação à mãe com quem vive e divide as despesas a bolsa não teria ajudado: *“porque a bolsa é muito insignificante. Moro eu e minha mãe, ela precisa porque ela é aposentada e ganha salário também”*.

Para a mãe de Jesus: *“Acho que o trabalho ajudou. Ele aprendeu muita coisa lá no Projeto Memória. Ajudou a ficar mais ativo, mais esperto. Ele gosta de tudo organizado e nunca faltou a um compromisso. E acrescentou: “O dinheiro é pouco mas ajuda”*.

Os outros dois familiares de bolsistas fora do grupo selecionado informaram que a participação deles no Programa melhorou muito a maneira como se relacionaram com a família, com os amigos, com os vizinhos; produziu mais autonomia em relação à alguns aspectos da vida: *“Ela é uma menina. Ficava em casa vegetando, o pai achava que não fazia nada direito, com higiene. Tinha medo de sair de casa. Ultimamente estou achando que ela está muito bem, ela cozinha, faz limpeza, consegue receber uma visita em casa, sai sozinha... esse aprendizado foi [conseguido] aqui no programa”* (Familiar 2/ bolsista/não ACF).

Mas não auxiliou no retorno aos estudos. A mãe de uma bolsista relatou que apesar da filha ter vontade de estudar, que teria que ser a noite por causa da idade dela, não foi possível: *“tive medo de colocá-la para estudar porque ela [tinha] crises... principalmente à noite [pois] eu vou ter que ir levar e buscar.”*

Entre os familiares o Programa possibilitou experiências que propiciaram um novo olhar sobre os bolsistas: *“Os familiares que aprenderam, com as próprias práticas psiquiátricas, que o seu familiar doente deveria ser internado, isolado, desconsiderado enquanto cidadão, podem aprender uma outra forma de lidar com o mesmo, vislumbrando suas potencialidades, suas dificuldades e, enfim, uma outra trajetória de vida que não a da institucionalização.”* (Amarante, 1997:176)

O mundo do trabalho

A análise será prioritariamente sobre a contribuição do Programa de Bolsa-Auxílio à valorização social do trabalho e da função exercida. A melhoria das condições de vida dos bolsistas em função dos recursos recebidos foi trabalhada no início do capítulo. Todos os bolsistas mencionaram a baixa remuneração recebida como problemática.

Apesar da necessidade financeira não influenciar na seleção dos bolsistas, os técnicos não-gerentes consideraram que a remuneração da bolsa foi de grande importância em suas vidas porque gerou autonomia na medida em que permitiu que tivessem oportunidades de realizar pequenos mas importantes desejos. Maria Paula Leal, assistente social, coordenadora do Albergue e membro da CG acrescentou que: *“a questão financeira tem uma influência na condição de vida das pessoas como um todo, porque faz diferença você dar condições para pessoas que não tem nenhuma. A possibilidade de comprar o seu maço de cigarro já faz uma diferença grande”*. Um dos técnicos relatou que *“o trabalho da bolsa-auxílio [possibilitou] dinheiro a quem tinha uma restrição real, concreta. E por isso acabou tendo um papel crucial na vida dos bolsistas”* (Técnico 4, terapeuta ocupacional, supervisora e membro da CG)

No entender de Jorge, o mais novo bolsista do Programa, sua participação teria gerado uma mudança em seu estatuto de assistido, pois antes era apenas beneficiário da Previdência, para a de trabalhador: *“Mudou. Eu. Minha visão do trabalho, saber que eu sou capaz de trabalhar, executar uma tarefa. Antes eu me achava um inválido como estava escrito na carteira de trabalho e agora eu não aceito essa de inválido. Eu não ia para uma bolsa, ia para o meu trabalho. Porque ali é o meu trabalho.”*

O ponto negativo para o bolsista foi que com o tempo ele teria ficado sobrecarregado. Ele e outro bolsista eram responsáveis por toda as demandas de fotocópias do hospital de Jurujuba e, também, por demandas particulares dos técnicos, funcionários e residentes. Trabalhavam em um espaço muito pequeno, ficando sozinhos a maior parte do tempo e tendo que atender a demanda, habitualmente concomitante. Acrescentou que o Programa poderia valorizar um pouco mais os usuários.

Sandra Fonseca, psicóloga, Diretora Técnica e ex-membro da CG, buscando esclarecer o ocorrido, lembrou que algumas indicações falharam, que o bolsista pode não ter sido bem avaliado, o desempenho de monitores e supervisores pode não ter sido a contento. Acrescentou que no caso o problema não ocorreu em função dos bolsistas. O Projeto Reprografia foi interrompido e os bolsistas, inclusive Jorge, saíram pela ausência de um monitor disponível para os usuários pois a função era desempenhada pela Diretora da Divisão de Administração, que teria organizado o trabalho: *“A Bolsa-Auxílio precisa de acompanhamento. Os pacientes foram avaliados e testados mas colocados em um lugar que tem uma grande produção de atividades e não tem funcionário para fazê-las. O que aconteceu foi que eles ficaram sós e muito exigidos.”*

Bibi, a universitária, considerou que o trabalho gerou aprendizagem, responsabilidade, uma grande mudança na rotina de vida e algum dinheiro no final do mês. A bolsista fez várias tentativas sem sucesso de entrada no mercado de trabalho: *“Tentei retornar à monitoria, vagas em loja, comércio, escritório. Não consegui nada. Muita gente. Todo mundo quer trabalhar. Datilógrafo. Não digito. Não tenho dinheiro para fazer coisa no computador”*.

Em relação a Magno a validação gerada pelo fato de trabalhar foi marcante. O ex-bolsista atribuiu a importância do Programa ao trabalho desenvolvido dando maior valor à experiência criativa desenvolvida por ele: *“O programa foi muito bom para mim. Tive a oportunidade de trabalhar apesar dos médicos não acharem este o objetivo [dele]. Acho que eles viam mais como terapia, que até hoje não sei para que servia.... Desde o [início] tenho trabalhado. O Jornal foi uma delícia. Tanto na parte do computador quanto na mais artística. Desde que ingressei na Universidade para fazer o curso de física que muita gente me acha uma pessoa mais científica. No jornal consegui aprender uma pouco de arte e isto foi muito bom.”*

Sobre Magno, os técnicos relataram ter ocorrido uma trajetória que somou aprendizados e relações: *“Era um usuário muito grave que montava o jornal. Foi fazendo cursos e se envolveu muito com o projeto. Quase um repórter mesmo, fez um jornal para o condomínio. Houve um ganho clínico”* (Técnico 1, psicóloga supervisora do programa desde seu início).

Outra bolsista, Therezinha, a dos diminutivos, acrescentou que o programa objetivaria: *“fazer um trabalho pra gente se aprimorar melhor, fazer as coisas melhor, se abrir para fora, porque tá muito difícil emprego aí fora”*. Mas ao mesmo tempo informou: *“Eu tentei trabalhar, eu procurei emprego, mas não consegui achar. Casa de família, farmácia, loja, na Câmara Municipal, fiz uma ficha no Moinho Atlântico e até uma prova no INPS e não me chamaram”*. Sobre as tarefas que desempenhou: *“Aprendi muita coisa, conheci muita gente aqui dentro. Também aprendi a lidar com dinheiro. O cheque da bolsa eu dou pra descontar e uso o cartãozinho pra tirar o dinheiro do INPS. Eu sei a minha senha”*.

Amparo reforçou a importância dada à função de trabalhadora ao se colocar como alguém que auxilia os outros nessa busca: *“Eu acho o Programa de Bolsa-Auxílio muito importante porque ajudou também na experiência.”* Não voltou a estudar mas fez cursos oferecidos pela Cooperativa da Praia Vermelha e alguns cursos no IFB.

A percepção de Helena sobre a validade do trabalho foi baseada no aprendizado ocasionado: *“Aprendi muita coisa, a organizar por exemplo, essa parte que eu fiz lá em cima (Projeto Memória) me ajudou muito no arquivo aqui em baixo, por que eu já sabia mexer com números, com carta, ficha de um paciente... [descobri] que já sabia manejar aquilo mas não me dava conta”*. A bolsista tem planos de se capacitar mas dificuldades em viabilizá-los: *“Eu pretendo fazer curso de computador e até tô vendo. Mas agora eu, minha irmã e a nossa amiga estamos querendo mudar de onde moramos, cheio de infiltração e vazamentos. [O dono] nem liga, vai lá pegar o dinheiro e vai embora”*.

Sobre sua renda acrescentou: *“Eu gostaria que alguém se responsabilizasse, criasse um meio de remunerar melhor as pessoas, melhorasse [minha] vida, que me desse mais valor Eu tenho trinta e quatro anos e gostaria de ter minha casa, nem que [fosse] um quatinho e um banheiro, uma sala, sei lá, queria ter um emprego, me bancar sozinha.”*

Reivindicou também seu reconhecimento como trabalhadora: *“Se eu pudesse queria, como eu já tenho bastante tempo de casa, que alguém assumi[sse] dizendo num documento que [tenho] capacidade*

para exercitar a função e já trabalhei aqui [por] tanto tempo. Mas ninguém assume isso...” E, relatou a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e seu medo de tentar: *“tô procurando um bico sem carteira assinada lá perto mesmo da minha casa. Balconista, caixa. Mas, a partir do momento que eu abri a boca e disser que sou doente mental, a porta fecha pra mim”*. Isso nunca aconteceu mas: *“Nem precisa [por] que já tá na cara de todo mundo. Não é bem o medo, é por causa da humilhação.”*

Sandra Fonseca, a psicóloga que exerce a função de diretora técnica do Jurujuba e foi membro da CG, chamou atenção para determinadas características de Helena, uma bolsista muito bem vista pelos profissionais e, que aparentemente teria condições de trabalhar. A gerente contradisse a bolsista em relação a buscar trabalho fora do Hospital de Jurujuba: *“... trabalhar fora. Isso não passa pela cabeça dela. Ela é uma psicótica grave que consegue se manter sem falar nesse assunto, sem que ninguém perceba nada. Mas agora qualquer mexida começam de novo os problemas que a perturbam de uma forma violenta. Ela mantém suas perturbações o tempo todo só que ela consegue [não manifestá-las]”*.

Jesus atribuiu ao Programa uma situação diferente da ocorrida nas oficinas de ressocialização: *“A gente vai para as oficinas, trabalha, trabalha, trabalha, e aproveita aquele trabalho para vender, para ajudar a entidade, já na bolsa-auxílio a gente recebe da prefeitura, o que é positivo”*. Considerou que se os bolsistas recebessem maiores salários a situação deles realmente melhoraria e reclamou das poucas horas trabalhadas no projeto JorNAPS .

A Diretora Técnica do Hospital de Jurujuba, Sandra Fonseca, considerou que o melhor tratamento para alguns bolsistas estaria relacionado à identidade de trabalhador ocasionada pelo Programa e exemplificou: *“Esse bolsista precisa estar no hospital de sete da manhã até o mais tarde possível, regando plantas, na portaria ou entregando prontuários. Ele acha que trabalha aqui. O tratamento dele é fundamentalmente estar aqui com seu crachazinho pendurado na camisa”*.

Maria Paula Leal citou um segundo exemplo, ratificado por um dos técnicos não-gerentes, de outro usuário que teria se beneficiado com o Programa no sentido de construção de identidade por meio da valorização da função exercida e construído um caminho alternativo: *“Diogo estava entre os primeiros bolsistas e participava da Cantina, preparando salgadinhos e comprando refrigerantes. Fornecia toda a cantina e além do pagamento da bolsa retirava os gastos com o material. Um dia ofereceram a ele uma porcentagem nos recursos arrecadados. Ele se revoltou. Soubemos depois que ele não estava entendendo a proposta. Depois disso ele passou a fazer e a vender coisas por conta própria usando um tabuleiro que o deixava torto por causa do peso e depois, no carrinho que ele mesmo desenhou e mandou fazer. Hoje, ele se dá o luxo de ter um auxiliar e ganha mais que a maioria dos funcionários daqui”* (Técnico 4, terapeuta ocupacional, supervisora e membro da CG)).

A validação do Programa como gerador de identidade foi apontado também pelos familiares de bolsistas e de não-bolsistas: *“Eu acho que o fato de receber pelo meu trabalho [doente ou não] faz um bem danado. Imagina uma pessoa que fica a vida inteira pensando que não vai poder trabalhar nunca”* (Familiar 4/ não bolsista/ não ACF). Mas, em relação a alternativas de trabalho os familiares de bolsistas relataram que a participação na Bolsa-Auxílio não ajudou: *“É um trabalho que só beneficia ao hospital, não ao usuário no sentido do futuro, como trabalhador”* (Familiar 2/ bolsista/ ACF). A mãe de Jesus informou referindo-se ao trabalho dele no Jornal e externo como *free-lancer*: *“Fotografar [no Jornal do*

NAPS e na vida] *é muito bom para ele. Quanto mais ele faz mais toma experiência. Ele faz fotos muito bem, não há quem não goste. O pessoal aproveita da doença dele e não paga*". (Familiar 5/ bolsista/ não ACF)

A Bolsa-Auxílio contribuiu para a valorização social do trabalho e das funções exercidas pelos bolsistas pois somou aprendizados e relações mas os bolsistas não tiveram acesso a novos postos de trabalho ou ocupações, ou quando tiveram as remunerações ficaram aquém das suas expectativas.

O âmbito político ou a esfera da cidadania:

A maioria dos bolsistas apresentou ganhos nessa dimensão ligados à apreensão dos direitos trabalhistas. Já em relação à capacidade associativa e de representação na esfera pública o ganho foi menor. Faz-se importante reafirmar a importância da participação na organização associativa local, a Associação Cabeça-Firme, e pelo NAPS, o que para alguns implicou em maior percepção, acesso e usufruto de seus direitos civis, políticos e sociais. Acredita-se que o fato do Programa contar inicialmente com um maior número de supervisores e usuários ligados a um dispositivo da reforma psiquiátrica, o NAPS, tenha feito com que discussões e conhecimentos referentes à obtenção de direitos e de cidadania estivessem presentes em seu desenvolvimento.

Para um dos técnicos, a maioria dos usuários veria a bolsa como um emprego e em algum momento teria reivindicado os direitos decorrentes da participação no Programa: *"Por mais que a gente diga que não é um emprego, não tem vínculo empregatício, não tem carteira assinada, que foi até uma questão trazida por eles... carteira assinada, direito à férias, décimo terceiro..."* (Técnico 1).

A psicóloga que supervisiona a Bolsa-Auxílio há seis anos exemplificou as diferenças de percepção sobre os direitos trabalhistas existentes entre os técnicos participantes: *"... é uma coisa que a gente vem discutindo porque não é um emprego, faz parte do processo terapêutico. Ao mesmo tempo a gente fica em algumas situações sem ter como responder a [esses questionamentos]."* Em relação a isso lembrou a situação ocasionada pela greve de dois meses e meio dos servidores municipais à qual os bolsistas do NAPS aderiram apesar de saberem que não receberiam pagamento. Tal decisão, muito séria em função da necessidade financeira de alguns bolsistas, gerou controvérsia entre os técnicos. A decisão de suspender os trabalhos realizados pelos bolsistas durante a greve foi tomada em conjunto por servidores e bolsistas. Os técnicos discutiram e resolveram seguir as orientações do Programa de não remunerar horas não trabalhadas produzindo uma situação desigual uma vez que os servidores em greve receberam seus pagamentos. O Hospital de Jurujuba não aderiu à greve.

Para os técnicos que o acompanharam Magno teria sido muito beneficiado pelo Programa: *"sua participação na bolsa ajudou suas conquistas"* (relato do Prontuário Médico). Solicitou o ingresso na bolsa ainda internado na enfermaria masculina, apesar da regra vigente na ocasião de não permitir a participação de pacientes internados, alegando que sua internação ocorrera por motivos sociais pois estava sem lugar para morar. Em 1995, tirou férias da bolsa por conta própria em protesto por não ter direito a elas. No ano de 1996 discordou da decisão da Comissão Gerenciadora de limitar a carga horária dos bolsistas alegando: *"cada um conquista de acordo com as [suas] possibilidades os turnos de trabalho"*. Ainda em 1996 os usuários reclamaram do extenso horário da bolsa que não deixava tempo

para o restante do tratamento. O bolsista discordou historiando sua trajetória no hospital e concluindo que, apesar da carga horária, a bolsa o ajudou muito e citou as atividades da casa, responsabilidade com medicamentos, atividades terapêuticas, etc.

Jorge, o dos muitos sobrenomes que entrou mais tardiamente no Programa e que foi do conselho fiscal da ACF por cinco anos, declarou: *“A ACF foi uma coisa de época. Você não ouve mais falar nisso nos hospitais. Eu ouço pela Amparo que participa. Eu tenho vontade participar de novo. Lutar pelos meus direitos. Aquele hospital está melhor graças à Cabeça-Firme. Todo mundo esqueceu que nós pleiteamos a melhoria. Nós estamos usufruindo do que nós lutamos. Leis, passe que agora é direito, [por] tudo isso nós lutamos, Lutamos não por nós mas por todos os usuários doentes mentais entendeu? Pelas famílias deles. Nas próximas eleições vou me candidatar a vereador para os malucos”*.

Therezinha, a dos diminutivos, não fez menção a direitos de qualquer espécie durante a entrevista. Para a bolsista *“a ACF serve para falar sobre a melhora do estado, melhora do governo, do município, do bairro, melhora do hospital”* demonstrando pouca clareza sobre o papel da associação local.

Bibi, a universitária que nunca fez parte e sequer conhece a ACF, relatou uma descrença nos representantes políticos: *“Eu anulei o voto. Eu acho que esses caras que entram agora, depois da época do Collor, não valem nada. Só quer[em] roubar. Todo mundo votou no Collor e ele roubou pra caramba Não precisava, ele tem dinheiro. Depois disso eu me decepcionei, eu vou lá digito qualquer número...”*

Jesus, o fotógrafo que participou do movimento negro e da diretoria da ACF por dois anos e que participa da Cooperativa da Praia Vermelha, referiu a dificuldade de participação na associação local depois que ela deixou de estar sediada no Hospital de Jurujuba e tornou-se itinerante, com reuniões em outros locais. Para ele a eleição de 1998⁷⁰, afastou um grupo de usuários e familiares que iniciaram a Cabeça-Firme incluindo-se nesse grupo. O bolsista referiu durante toda a entrevista que haveria algo relacionado à sua doença que o impediria de ir em frente: *“uma coisa negativa que acontece comigo há muito tempo, quando eu corria atrás de uma meta, um ideal... eu tinha que chegar na frente... eu não chegava nem atrás, eu era sempre o último porque eu esquecia tudo”*

Helena, a que sempre buscou um lar, nunca se integrou realmente à ACF: *“Eu freqüentava a ACF, eu ia nas reuniões, mas nunca fui muito. Porque o serviço não deixava, eu tava sempre trabalhando, sempre”*. A bolsista teve clareza dos direitos aos quais faria jus por trabalhar, reivindicou-os: *“a bolsa ajuda mas eu já tô trabalhando há oito anos aqui no hospital, comecei a trabalhar em noventa e três. As pessoas trabalham aqui, nós sabemos que não é um trabalho como os outros, que tem carteira assinada, décimo terceiro e férias. Mas eu trabalho aqui e faço serviço de qualquer funcionário, mas não ganho como funcionário, [não tenho] férias nem décimo terceiro. [Se] você sai não ganha nada, nenhum centavo, a não ser que trabalhe. Então acho que eu tenho direito”*.

⁷⁰ O processo eleitoral foi conflituoso e a ACF passou a ser presidida pela pessoa que também estava à frente da associação de outro município - Associação dos Doentes Mentais de São Gonçalo (ADOM). A associação de Niterói, que deixara a sede no Jurujuba, tornou-se inicialmente itinerante e atualmente funciona sediada no mesmo local da ADOM, em São Gonçalo.

Para ela seria necessário que representantes do governo e políticos tivessem maior participação na área: *“o governo [deveria] se interessar mais por isso, para ajudar..... [deveria haver] alguém [em quem votar] que se candidatasse para defender os direitos dos deficientes: mental, físico, visual...”*

A militante que a casa caiu, Amparo, referiu com orgulho ter participado da elaboração de estatuto da ACF, foi vice-presidente da ACF por oito anos. Relatou ser consciente de seus direitos de cidadã e da importância de lutar por eles, e por isso vota desde 1980, faz parte do Instituto Franco Basaglia, da Cooperativa da Praia Vermelha e milita no Movimento da Luta Antimanicomial. A bolsista criticou o desempenho da ACF e do Movimento da Luta Antimanicomial em relação ao gerenciamento e à utilização de possíveis benefícios. A associação não teria conseguido viabilizar auxílio moradia e outros auxílios, não permitindo que os associados gerenciassem os recursos que na verdade nunca foram disponibilizados. Em relação à discussão da LOAS pelos militantes da Luta Antimanicomial acrescentou: *“Eles tão discutindo demais... queria ver se fosse a casa deles que tivesse caído”. (...)* *“Queria me sentir capaz, não incapaz. Se tenho capacidade para trabalhar porque não tenho para mover o meu dinheiro.... A ACF era dos usuários mas não resolveu os problemas práticos deles. Havia dinheiro para eventos e viagens mas não tinha para os usuários . A ACF nunca buscou recursos para os usuários necessitados como eu e ... (cita quatro outros companheiros bolsistas)”*.

Um dos técnicos entrevistados e Maria Paula Leal, assistente social, coordenadora do Albergue e membro da CG desde o início do Programa, citaram na entrevista o interessante caminho percorrido por Amparo no sentido de ser representante de um movimento social, de participar de uma cooperativa e de buscar capacitação. As gerentes também relataram que o comportamento e o não comparecimento da bolsista às atividades da bolsa ocasionaram vários problemas com outros usuários e técnicos. Ela teria feito uso inadequado de sua militância política, usando-a para justificar o não cumprimento dos compromissos. A retirada da bolsista do Programa teria sido motivado por abandono: *“A Amparo não voltou de uma viagem, sumiu, [não deu notícias]... ela usava um pouco desse movimento dela, social: hoje tem uma reunião, quinta-feira muda meu horário... [Antes] ela usava a bolsa como uma coisa dela, podia fazer o que queria”* (Maria Paula Leal).

Objetivando apontar dificuldades no recebimento de benefícios sociais, Maria Paula Leal (assistente social, coordenadora do Albergue e membro da CG), exemplificou utilizando a LOAS: os técnicos do INSS que concedem o benefício o associam a critérios de retardo mental e a maratona para obtenção da curatela para pacientes sem familiares, levaria à necessidade de curadores indicados pelo Ministério Público após a interdição. A indicação de técnicos para assumir esse papel, segundo ela, não seria muito bem visto ou incentivado pelas autoridades do judiciário.

Entre os familiares não houve percepção sobre a necessidade de benefícios trabalhistas. Apenas um familiar de ex-bolsista falou a respeito e considerou que era um trabalho que não os bolsistas: *“Eles ajudavam muito no Jurujuba porque no momento em que estavam trabalhando a mão-de-obra era mais barata. Na bolsa de trabalho ganhavam menos que um funcionário de lá. Os direitos normais do trabalhador, isso eles não tinham. Não tem”* (Familiar 3/ bolsista/ ACF). Em relação à organização de interesses e à participação na esfera pública, chamou atenção o conhecimento demonstrado por dois familiares ex-participantes da ACF entrevistados: um fez parte da primeira diretoria e o outro foi

presidente da associação por seis anos. Os cinco familiares entrevistados conheciam e tinham percepções positivas sobre a atuação da ACF no período inicial em que funcionava no Jurujuba e estava mais ligada ao Município de Niterói. Relataram ainda importantes realizações atribuídas à organização de interesses local: *“Muita coisa conseguida dentro do Jurujuba, dentro de Niterói, pra saúde mental foi através dos pedidos da Associação Cabeça Firme nas conferências e dentro do conselho municipal de saúde. A saída do NAPS de dentro do Jurujuba, o lar abrigado que funciona no Jurujuba, as oficinas, o hospital-dia [foram] pedido[s] da Associação Cabeça Firme”*(Familiar 3).

A Associação nunca teria feito convênios com o governo por oposição de alguns familiares que optaram pela autonomia mas teria contribuído para as mudanças patrocinando viagens e buscando alternativas de moradia. Nunca recebeu recursos governamentais. Os recursos sempre vieram de doações, pagamentos de mensalidades, e atividades como o bazar e o show “Canta Loucura”, realizado anualmente em Niterói. Em relação a complementação de renda *“os usuários viajaram com o dinheiro da Associação para os movimentos que existiam no Brasil. A Cabeça Firme tem um terreno que foi comprado e pago com o dinheiro da Associação. Não sei o que foi feito. Era pra ter sido feito um lar abrigado ”*(Familiar 3).

A dimensão cultural

A maior atuação do Programa foi sem dúvida em relação a essa dimensão. Ocorreram diversos e variados efeitos que contribuíram para a subjetivação e positividade na construção de identidades e de relações.

Um exemplo de (re)construção de subjetividades e da identidade de trabalhadora foi fornecido por uma técnica do Hospital de Jurujuba, que nunca indicou pacientes ao Programa, a respeito de uma bolsista fora do grupo selecionado, assistida por ela na enfermaria : *“Ela veio me contar que foi convidada porque perceberam que ela era uma pessoa com rapidez de raciocínio, boa assimilação e rápida para aprender. Além da conferência de valor o que me pareceu mais importante é que antes ela falava de si mesmo como uma pessoa doente. A partir do momento que [seu] trabalho foi reconhecido, ela fez laços de amizades com o pessoal do hospital e saiu da categoria de paciente para a de colega. A identidade de paciente psiquiátrico recuou muito de importância porque ela fala dela mesma como uma pessoa que vive muito bem a vida dela, faz o trabalho dela e tem outros planos como trabalhar com artes e tentar uma faculdade”* (Técnico 3, psicóloga que nunca indicou usuários).

Magno, jornalista e homem de negócios relatou: *“Até hoje tenho o meu Jornal. Apesar de pequeno ainda continuo a fazer”*. Na entrevista escrita não se furtou a mandar um recado afetivo à pesquisadora: *“Tenho muitas boas lembranças da época em que participamos juntos do Jornal do Jurujuba. Aprendi muito lá. Estou preparando uma **homepage** do meu jornal. Quando ficar pronta te mando o endereço”*.

Amparo, que teve na militância pelos seus direitos e pelos direitos do grupo vulnerável do qual faz parte seu maior vínculo de pertencimento colocou-se a frente no processo de reivindicação do programa ao Secretário Municipal de Saúde: *“Esse projeto foi uma coisa que deu muita força. Inclusive*

foi uma alegria muito grande quando eu li [a carta], que ninguém queria ler, para o Dr. Gilson Cantarino... gente pelo amor de Deus me dá essa carta aqui!” A bolsista chamou a atenção para a hierarquia de poder exigida pelos técnicos que em alguns momentos extrapolariam sua autoridade dificultando a autonomia, o bom desempenho das atividades e a convivência entre os integrantes do Programa e deles com os outros usuários: *“É claro que tem a diferença do técnico para o paciente, para o usuário e isso tem que ser visto. [Mas importa] o modo de lidar com as pessoas, saber conviver, aprender a conviver um com o outro, a respeitar, a tratar bem, com educação. Senão, isso nunca dá certo”*. E se reconhece como capaz: *“O programa foi muito importante. Foi não, é. Avancei na minha vida, eu consegui muita coisa importante. Cheguei a fazer vários serviços, e depois eu ficava pensando assim: meu Deus, como é eu consegui fazer isso? As vezes eu pensava em não [conseguir] fazer, aí chegava e fazia o serviço”*.

O aprendizado e a abertura de possibilidades no trabalho executado foram afirmados por Jesus, apesar de toda a negatividade que atribui à “doença”: *“No Projeto Memória era preciso que aqueles prontuários fossem grampeados folha após folha e desgrampeados pra quando alguém precisasse de um prontuário... E de ter a documentação toda organizada nas prateleiras, quando precisasse de um prontuário. Houve um aprendizado que foi útil como outros trabalhos que eu tive, que eu participei, aprendi e depois esqueci.”*

Um maior reconhecimento de si mesma foi um dos pontos levantados por Helena, para quem o Programa significou *“saber que eu não sou tão maluca, que eu posso fazer alguma coisa, que eu não sou uma inútil. Eu me achava uma inútil, e não prestava pra nada, até meu lado psicológico mudou. Pra melhor”*. E, também, um maior reconhecimento de outras pessoas e de seus próprios limites sem desvalorizá-los: *No meu ponto de vista isso ajudou muitas pessoas a retomarem sua, como é que se diz, a sua dignidade, como pessoa, porque a partir do momento que uma pessoa fica deficiente mental, ela fica irresponsável, inválida perante a sociedade [que] cobra muito isso. É maluco não pode responder por nada, não responde por si, não pode arranjar trabalho, os outros têm que ser responsáveis. E esse trabalho veio dizer que não, claro que é um trabalho protegido, não é um trabalho que exige, mas ajuda muito...”*

Os efeitos do programa puderam ser observados na percepção dos direitos trabalhistas de todos eles. Mais indiretamente na participação social organizada da metade deles e no exercício dos direitos políticos. A maioria era muito jovem e teve seu processo de adoecimento concomitante com o início da vida pública e mesmo assim sete bolsistas usufruíram do direito do voto nos últimos oito anos. No mundo da vida a influência da Bolsa-Auxílio foi percebida pela diminuição das internações, dos atendimentos de emergência e pela estabilidade do quadro clínico da maioria dos bolsistas. Em relação à (re)composição de vínculos familiares o Programa conferiu valor social ao paciente sem recursos financeiros ao permitir que seus familiares o percebessem como capazes e produtivos.

Na esfera do trabalho, apesar de ser atuar na valorização social do trabalho e da função exercida e, ainda, dos conhecimentos adquiridos, apenas um bolsista retornou ao mercado formal e a maioria sequer às atividades laborativas informais trabalhando no que fosse possível. As tentativas para conseguir

trabalho foram nulas pela ausência de capacitação profissional, pela vulnerabilidade do quadro clínico apresentado e em função dos benefícios sociais relacionados à incapacidade para trabalhar.

A Bolsa-Auxílio representou uma renda adicional de pouca importância para enfrentar as vulnerabilidades econômicas e sócio-familiares dos bolsistas do grupo selecionado. Foi, apenas, coadjuvante na passagem de três bolsistas da miserabilidade à pobreza.

A maior atuação do Programa foi na dimensão cultural, na (re)criação dos vínculos simbólicos, na produção de uma percepção de validade social e individual por parte dos bolsistas, dos técnicos e dos familiares.

Capítulo V – “Há um cais do porto para quem precisa chegar...”

“As pessoas e os grupos sociais têm o direito a serem iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito de serem diferentes quando a igualdade os descaracteriza.” (Santos, 2001:21)

A questão central da desinstitucionalização pode ser traduzida como o processo contínuo de desconstrução das instituições de exclusão e sua substituição por inovações que incluam assistência, práticas emancipatórias e de fortalecimento da autonomia possível, protagonismo e salvaguarda dos direitos dos usuários.

Em um processo histórico o asilo tornou-se uma instituição que catalogou o louco, reduzindo a complexidade do fenômeno da loucura, transformada em doença mental, a um conjunto de sintomas e medicalizou a diferença em busca da cura. A construção desse novo lugar para a loucura e nova maneira de percebê-la não só como desrazão e desordem, mas também como violência, determinou o banimento do louco do convívio social e a perda dos seus direitos de cidadania.

A Reforma Psiquiátrica propõe a mudança desse modelo assistencial de internação e segregação para uma proposta de intervenção no território. Nos países que operacionalizaram reformas na área de saúde mental a desinstitucionalização estruturou-se dentro da construção dos *Welfare States* de acordo com a modalidade de proteção social e do modelo de atenção à saúde mental implementados. A política de redução de leitos psiquiátricos, a alocação de pacientes cronicamente institucionalizados na comunidade e o desenvolvimento de equipamentos alternativos e substitutivos estiveram presentes na área de saúde mental de diversos países mas variaram nos objetivos e nas respostas obtidas.

Os estudos realizados mostraram que a assistência extra-hospitalar, viabilizada por programas que incluíram recursos assistenciais suficientes e qualitativos associados a mecanismos de suporte social, foi superior à hospitalar.

Atentos à proteção social necessária para respaldar as experiências de desinstitucionalização alguns países adotaram moradias mais ou menos “protegidas”, programas de geração de renda, reabilitação psicossocial e serviços sociais. A Itália e a França incentivaram a obtenção benefícios sociais e criaram subsídios governamentais para usuários. Estados Unidos e Inglaterra adotaram preferencialmente programas residenciais.

O panorama da reforma é muito diversificado inclusive em relação aos hospitais psiquiátricos que em muitos países foram preservados. Na maioria dos países as estruturas asilares somam-se a outras instituições de separação dos “diferentes”. O acesso a cuidados dignos pode estar viabilizado apenas para os que detêm recursos econômicos, estar efetivamente garantido para todos ou, ainda, os serviços públicos serem inexistentes ou muito precários. Mesmo onde existam serviços alternativos numericamente significativos os direitos e o poder dos usuários muitas vezes é inexistente. A transformações das instituições totais e os novos serviços não significam, necessariamente, capacidade de dar respostas integrais ao sofrimento.

Na Itália, a desinstitucionalização foi entendida como sinônimo de desconstrução do aparato manicomial. No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, influenciado pelo modelo italiano, alicerçou-se em uma crise de legitimidade do conhecimento técnico. A reforma introduziu a saúde mental na agenda de debates; propôs transformações éticas, políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura e introduziu a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas. Em um país de desigualdades marcantes e sem tradição universalista de concessão de direitos, a mudança operacionalizada na área de saúde mental determinou uma tendência de inversão do modelo de cuidado hospitalar para o ambulatorial e algumas ações nacionais no sentido de ampliação de acesso aos direitos sociais. Tais mudanças permitiram o aparecimento de programas nacionais, regionais e locais que buscam a (re)inserção social de sua clientela e, para isso, devem estar atentos às diferentes demandas dos diversos grupos sociais excluídos.

O fenômeno da exclusão social brasileira configura um processo dinâmico e com várias dimensões abrangendo as pessoas sem trabalho, sem recursos, isoladas, que perderam seus vínculos sociais e sua identidade, que têm como agravante a pobreza urbana e metropolitana. O processo de exclusão dos loucos apresenta especificidades pelas vulnerabilidades e perda dos vínculos sociais devidas a longos períodos de afastamento, às características do sofrimento psíquico que os acomete e ao processo histórico de exclusão social de que foram vítimas, integrando também o grupo social economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador que configura a exclusão moderna. A (re)inserção social desse grupo deve estar alicerçada em ações que determinem o retorno das relações de trocas sociais, restituição do poder contratual e ampliação da autonomia possível dos loucos.

A “nova questão social” trouxe a necessidade de propostas de inovação no acesso ao mercado de trabalho para aqueles com maior dificuldade face às diferenças, especificidades e vulnerabilidades apresentadas. Dentre essas propostas encontrar-se-iam o Programa de Bolsa-Auxílio, as cooperativas e as empresas sociais, produtores de oportunidades de valorização do usuário em comparação com a situação pré-existente e redutores de insucessos sociais.

As ações reformistas implementadas no subsetor Saúde Mental brasileiro ocasionaram transformações no hospital psiquiátrico e trouxeram a necessidade de uma nova agenda de proteção social para os loucos que, percebidos como capazes e passíveis de convívio social, devem ser apoiados e (re)inseridos. O processo fez com que essas pessoas entrassem na esfera pública apresentando para a sociedade novas questões que exigem direitos a serem formulados ou modificados e, que as políticas sociais e a gestão dos serviços de saúde mental necessitam perceber, saber as respostas e estarem aptas a fornecê-las.

Atenta a essas considerações, analisei um anteparo social à trajetória de desvinculação de um pequeno número de pessoas no interior do processo de desinstitucionalização operacionalizado pelo Hospital de Jurujuba, Niterói, de 1994 a 2000.

O Programa de Bolsa-Auxílio é visto como uma estratégia de intervenção do Programa de Saúde Mental na busca da melhoria de qualidade de vida dos usuários da rede de serviços de saúde de Niterói e, contribuiu para o processo de desinstitucionalização de seus beneficiários porque lhes conferiu autonomia, auto-estima, aumento de poder social e contratual e ampliação dos vínculos sociais.

Na implementação os pontos críticos foram: pouca atuação sistematizada dos gerentes dificultando a visão global do programa; subaproveitamento dos recursos financeiros; ausência de instrumento formal de avaliação; critérios de inclusão e desligamento dos bolsistas amplos, confusos e pouco difundidos; e, o desenho do Programa que propicia a permanência dos usuários.

A ausência de atuação sistematizada da Comissão Gerenciadora ocasionou menor pactuação das ações entre os interessados, à baixa clareza e a não observância dos critérios de inclusão e retirada do Programa e, possibilitou, ainda, que supervisores desempenhassem funções de veto e aprovação que deveriam ser discutidas pela Comissão, enquanto arena política decisória.

Os recursos financeiros, que representaram 1 a 2% dos gastos do Hospital de Jurujuba, foram desperdiçados chegando a ser utilizada apenas metade do teto disponível para o Programa em 1998 e 1999, apesar da autonomia do âmbito municipal e da descentralização operacionalizada. O Programa de Bolsa-Auxílio não deixou de crescer por falta de recursos pois a verba prevista foi maior do que a dispendida e há, inclusive, a disposição do Secretário Municipal de Saúde em ampliar os recursos para que outros projetos similares sejam realizados. A baixa utilização dos recursos financeiros foi devida principalmente à ausência de mecanismos de avaliação que abrangessem todo o Programa.

As normas e resoluções tornaram-se de conhecimento dos técnicos e usuários oralmente, pois nunca foram redigidas em documentos. Os critérios de elegibilidade são muito amplos, vagos e pouco divulgados entre técnicos, familiares e usuários, e não têm unanimidade de aceitação entre os técnicos gerentes e não-gerentes. Os obstáculos decorrentes de tais problemas gerenciais foram contornados por usuários e supervisores ao criarem um mecanismo alternativo de acesso ao Programa. A grande dificuldade é estabelecer critérios objetivos e coletivos para trabalhar subjetividades e especificidades.

Um salário melhor promoveria maior integração dos usuários. A ausência de investimentos na profissionalização e em inserções alternativas ao mercado de trabalho foram as causas da “cronificação” do processo que levou à permanência dos beneficiários no Programa. A irregularidade e os cortes nos valores pagos contribuíram para a piora do quadro de alguns bolsistas que contavam com a bolsa-auxílio para sobreviver.

A saída da coordenação do NAPS da Comissão Gerenciadora contribuiu para a divisão que ocorreu no Programa e que dificultou sua operacionalidade. A partir de 1999 a Bolsa-Auxílio foi operacionalizada como dois programas independentes, o do Hospital de Jurujuba e do NAPS *Herbert de Souza*, reproduzindo os problemas apontados. O desestímulo e o desinvestimento na Bolsa-Auxílio por parte dos profissionais do novo serviço somado à baixa atuação da Comissão de Gerenciamento permitiu a demora da reorganização da parte do programa vinculada ao NAPS. Essa fragmentação repercutiu sobre a clientela do programa e, portanto, as novas propostas dos NASMs deviam estar atentas às questões discutidas ao propor um novo desenho para buscar a reestruturação e não o desmantelamento da Bolsa-Auxílio.

Os entrevistados foram unânimes sobre a necessidade de ampliação do Programa em relação a mais vagas, maior número de setores e de serviços de saúde e, estímulo a subvenção e parcerias com instituições e grupos sociais.

O Programa proporcionou a uma grande diversidade de pessoas a oportunidade de conviver e trabalhar com os bolsistas. Salientam-se as mudanças de percepção positiva sobre os bolsistas que ocorreu entre os técnicos e os familiares. Em relação aos técnicos a diversidade de propostas e avaliações do Programa e de seus efeitos ocorreu e se mantém fundamentado nas percepções variadas sobre o próprio fenômeno da loucura, o tipo de desinstitucionalização a ser ou não implementada e a forma adequada de implementação do Programa.

A Bolsa-Auxílio produziu uma inclusão participativa e produtiva; atuou como facilitadora na (re)constituição de vínculos sociais e na construção de relações de trabalho; propiciou aprendizado; contribuiu para que seus beneficiários tivessem uma vida agradável e oportunidades; e, determinou valor social (sentir-se útil e ter funções) atuando na reconstrução da identidade de seus beneficiários.

Entre os familiares o Programa possibilitou experiências que permitiram um novo olhar sobre os bolsistas, permitindo vislumbrar suas potencialidades e conferindo um valor social ao paciente sem recursos financeiros.

No mundo da vida a influência da Bolsa-Auxílio foi percebida pela diminuição das internações, dos atendimentos de emergência e pela estabilidade do quadro clínico da maioria dos bolsistas.

Na esfera do trabalho, a Bolsa-Auxílio contribuiu para a valorização social do trabalho e da função exercida pois somou aprendizados, conhecimentos e relações, mas apenas um bolsista inseriu-se no mercado formal e a maioria dos bolsistas sequer retornou às atividades laborativas informais trabalhando no que fosse possível. Portanto, não contribuiu para a melhoria das chances de (re)inserção ocupacional dos bolsistas.

As tentativas para conseguir novos postos de trabalho ou ocupações foram nulas da parte dos bolsistas pela ausência de capacitação profissional, pela vulnerabilidade do quadro clínico apresentado e em função dos benefícios sociais relacionados à incapacidade para trabalhar. As remunerações dos “bicos” ficaram aquém das suas expectativas. No mercado de trabalho brasileiro contemporâneo, onde associam-se o desemprego estrutural, empregos de jornadas parciais e temporários, a não incorporação dos jovens, desqualificação da mão-de-obra e as ocupações de baixos rendimentos, a inserção de grupos vulneráveis torna-se mais problemática e difícil. Colaborou para o insucesso o desenho do programa que, apesar de ser uma proposta de transição entre a hospitalização e a vida mais independente possível fora do hospício, não propicia investimentos dos técnicos em inserções alternativas para os bolsistas.

Uma situação contraditória que deve ser evitada e melhor avaliada pelos gerentes reside no fato de que, apesar de não ser um funcionário, o usuário que não cumpre a jornada de trabalho não é remunerado. É preciso então substituí-lo por outro bolsista porque o serviço precisa ser feito. Apesar disso, a adesão dos bolsistas à greve dos funcionários municipais reflete que assumiram a identidade de trabalhadores.

Em relação a rendimentos, a bolsa-auxílio representou uma renda adicional de pequena magnitude para reversão das vulnerabilidades econômicas e sócio-familiares dos bolsistas do grupo

selecionado. Mas, foi de importância capital para a sobrevivência daqueles que tinham a pobreza como agravante. O Programa colaborou como renda adicional na passagem de três bolsistas da miserabilidade à pobreza.

Os efeitos do Programa puderam ser observados na esfera da cidadania, pois a maioria apresentou ganhos ligados à apreensão dos direitos trabalhistas. Já em relação à capacidade associativa e de representação na esfera pública as repercussões foram menores. Mas, apesar de jovens e terem seu processo de adoecimento concomitante com o início da vida pública, sete bolsistas usufruíram do direito do voto nos últimos oito anos.

A maior repercussão do Programa foi na dimensão cultural, na (re)criação dos vínculos simbólicos, na produção de uma percepção de validade social e individual por parte dos bolsistas, dos técnicos e dos familiares.

Além das demandas da nova organização gerencial proposta para o subsetor saúde mental os gestores locais enfrentarão um quadro dramático existente no Município de Niterói que apresenta um grande número de pacientes ainda institucionalizados e exige por parte dos gestores locais muitos recursos que deverão considerar as diversas vulnerabilidades apresentadas por sua clientela.

Nas ações que proporcionarão a autonomia possível e a (re)inserção social desses usuários, além das especificidades dos diagnósticos dos pacientes “psiquiatrizados”, os gestores deverão considerar as diversas vulnerabilidades apresentadas por sua clientela.

As vulnerabilidades sócio-econômicas deverão ser as primeiramente enfrentadas na medida em que podem servir de pilar de sustentação ao enfrentamento das outras vulnerabilidades.

Nesse sentido, a portaria de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos situar-se-ia entre as inovações que possibilitariam alternativas aos gestores. A portaria estabeleceu que os dispositivos devem ser de natureza pública, mas permitiu ao gestor local a realização de parcerias com organizações não governamentais de saúde, ou de áreas sociais ou de pessoas físicas (famílias de acolhimento) desde que supervisionadas por serviço ambulatorial especializado. Essa portaria certamente abre possibilidades para a resolução parcial do problema.

Para os usuários que não foram completamente institucionalizados com dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, o treinamento e a validação simbólica, além de alguma renda podem significar esperança de uma vida melhor. Para isso se fazem necessárias a ampliação do Programa de Bolsa-Auxílio para mais usuários do município e a melhor operacionalização dos recursos existentes.

A ampliação do Programa de Bolsa-Auxílio, que englobou uma média de 30 usuários mensais nos seus sete anos de funcionamento, incorporando mais usuários do Hospital de Jurujuba e dos demais unidades do município, certamente se constituiria em outro instrumento viável. Como também, a melhor operacionalização dos recursos da LOAS por parte dos gestores locais da saúde e das áreas sociais e a possibilidade de criação de cooperativas sociais em parceria com outras instituições somariam recursos financeiros e capacitação .

A busca por soluções para enfrentamento das vulnerabilidades desse grupo específico deve incluir outras experiências e soluções locais e nacionais não específicas da área de saúde mental. Dentre elas estariam: os programas de garantia de renda-mínima; a Bolsa-Escola; as ações para o Desenvolvimento

Local Integrado e Sustentável; a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida; a Ação Social das Empresas e outros. A extensão dos programas de renda mínima aos loucos propiciaria autonomia e qualidade de vida. A Bolsa-Escola poderia focalizar os usuários e seus familiares menores. A parceria entre Estado e Sociedade na criação de programas que reduzam o desemprego utilizando mão de obra local e tecnologias apropriadas poderia ser outra solução.

Um movimento amplo e solidário como a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida com distribuição de alimentos, projetos de capacitação, geração de renda, alfabetização de adultos e cursos profissionalizantes; e, a Ação Social das Empresas, com doações eventuais a pessoas ou instituições e até grandes projetos mais estruturados, constituiriam diversas modalidades de viabilização de projetos de (re)inserção social e ampliação da autonomia. Tais experiências possibilitam maior interferência no restabelecimento dos vínculos simbólicos - relação com familiares e sociedade, papel na provisão doméstica e identidade de trabalhador - o aspecto mais positivo da Bolsa-Auxílio. Os programas de transferência direta de renda, em alguns países considerados como “empregos sociais” pelo seu efeito multiplicador na economia, devem estar atentos à possibilidade de gerar assistencialismo e dependência investindo nas contrapartidas (capacitação, novos postos de trabalho, etc.) de seus beneficiários.

Assim, a desinstitucionalização é um processo de trabalho que procura lidar com possibilidades de subjetivação e de criação e reconhecimento dos direitos de pessoas cuja objetivação pelo saber científico provocaram longos anos de sofrimento e miséria. Soluções que permitam que os usuários sejam ouvidos e que sua capacidade de contratualidade seja exercitada devem ser desenvolvidas e incentivadas. Bem como a criação de anteparos sociais que não os discriminem nem estigmatizem, gerando “*um cais do porto para quem precisa chegar...*”

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, N. C., 2000. A Desconstrução do Manicômio em sua Narrativa. In: *De Volta a Cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes* (Almeida, N.& Delgado, P. G., org), pp.103-126. Rio de Janeiro; Instituto Franco Basaglia.
- ALVES, D. S. N., *et al.*, 1993. Transformação na Assistência Psiquiátrica no Brasil. In: *Duzentos Anos de Psiquiatria* (Russo J., & Silva Filho J. F., org.), pp. 135-143. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UFRJ.
- _____, 1994. A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (Amarante P., org.), pp. 195-202. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ALVES, D.S.N., 1996. *A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil* Texto apresentado no V Congresso da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial, Roterdã/Holanda.
- _____, 1999. O “Ex” – tentando ver o futuro. *Cadernos do IPUB*. Práticas Ampliadas em Saúde Mental: desafios e construções do cotidiano, 14: 21-30.
- _____, 2000. *Dados: dispositivos residenciais terapêuticos*.
- AMARANTE, P., 1994. Asilos, Alienados, Alienistas: uma pequena história da Psiquiatria no Brasil. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (Amarante P., org.), pp. 73-84. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____, 1996. *O Homem e a Serpente. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____, 1997. Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e Democracia. A luta do CEBES* (FLEURY, S., org.), pp. 163-185. São Paulo: Lemos Editorial.
- _____, 1998. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- BARRETO, A. H. L., 1988. *Diário do Hospício. O Cemitério do Vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural. Biblioteca Carioca.
- BARROS, D. D., 1994a. *Jardins de Abel. A Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos Editorial.
- BARROS, D. D., 1994b. Cidadania Versus Periculosidade Social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (Amarante, P., org.), pp.171-194. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- BASAGLIA, F., 1991. As Instituições da Violência. In: *A Instituição Negada* (Basaglia, F., org), pp. 71-90. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BIRMAN, J.,1992. A Cidadania Tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: *Psiquiatria sem Hospício*. (Amarante, P. & Bezerra Jr., B., org.), pp. 70- 91. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BOURDIER, P., 1998. *A Miséria do Mundo*. Petrópolis: Vozes.

- BRANT, V. C., 1994. Atividades Descritas Referentes às Ocupações Anteriores à Prisão. In: *O Trabalho Encarcerado*, pp. 167-174. Rio de Janeiro: Forense.
- CATON, C. *et al.*, 1993. Follow-up of Chronically Homeless Mentally Ill Men. *American Journal of Psychiatry*. 150(11): 1639-1642.
- CARVALHO, M.C.A., 1999. *Avaliação do Programa de Saúde mental de Niterói – RJ*. Projeto Qualificado para o Programa de Doutorado do Instituto de Psiquiatria/UFRJ.
- CASTEL, R., 1991a. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____, 1991b. De L'indigence à L'exclusion, la Désaffiliation: précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. In: *Face à L'exclusion – le modèle français*. Donzeloti, J., org.), pp. 137-168. Paris: Ed. Esprit.
- _____, 1998. *As Metamorfoses da Questão Social*. Petrópolis: Vozes.
- CONDELLO, V., 1998. *The Space of Social Enterprise: changes and experiences (Italy)*. Transnational Meeting in Cagliari, Sardegna.
[http:// on.line.org.uk/tad/social.html](http://on.line.org.uk/tad/social.html) Julho de 2001
- CN (Congresso Nacional), 1999. *Relatório Final*. Comissão Mista Especial Destinada a Estudar as Causas Estruturais e Conjunturais das Desigualdades Sociais e Apresentar Soluções Legislativas para Erradicar a Pobreza e Marginalização e Reduzir as Desigualdades Sociais e Regionais. Congresso Nacional, Brasília/DF.
- CN (Congresso Nacional), 2000. *Primeira Caravana dos Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira*. Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, Congresso Nacional, Brasília/DF.
- COSTA, N. R. e TUNDIS, S. A. , 1994. Cidadania, Classes Populares e Doença mental. In: *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil* (Tundis, S.A. & Costa, N. R., org.), pp.15-73. Petrópolis: Vozes.
- COSTA, N. R. e RIBEIRO, J. M.,1998. *Inovação na Organização e Gestão do Setor Saúde*.
- COSTA, N. R., 1998a. Cidadania, Singularidade e Inovação. In: *Loucos Pela Vida*. (Amarante, P., org.), pp. 11. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____, 1998b. *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação*. São Paulo: Hucitec.
- COSTA, N.R. *et al.*, 1999. *A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil*. RSP, 50 (3): 33-56.
- D'ALMEIDA, M.P.F. & CAVALCANTI, M.T., 1994. Projeto Portaria: avaliação preliminar de uma oficina de trabalho no NAPS de Jurujuba. In: *A Saúde Mental em Niterói como vai?* (Jardim, S., org.), pp. 1-10.
- DAHRENDORF, R., 1992. Cidadania e Classe Social. In: *O Conflito Social Moderno: um ensaio sobre a política da liberdade*, pp.40-61. São Paulo: Zahar.
- DRAIBE, S., 1989. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. *Revista de Ciências Sociais Hoje*, ANPOCS, 13-59.
- DELGADO, P. G.,1992a. *As Razões da Tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

- _____, 1992b. Pessoas e Bens: sobre a cidadania dos curatelados. In: *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (Bezerra, B. Jr. & Amarante, P., org.), pp. 99-111. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- DELL'AQUA, G., 1995. *Trieste Twenty Years After: from the criticism of psychiatric institutions to institutions of mental health*. Julho 2000 < [http://: www.exclusion.net](http://www.exclusion.net)>
- DESVIAT, M., 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ESCOREL, S., 1999a. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____, 1999b. *Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____, 2000. Vivendo de Teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: *No Meio da Rua – nômades, excluídos e viradores* (Bursztyn, M., org.), pp.139-171. Rio de Janeiro: Garamond.
- ELLIS, D., 1998). *Social Enterprises/ Co-operatives in the UK*. Transnational Meeting in Cagliari, Sardegna. [http:// on.line.org.uk/tad/social.html](http://on.line.org.uk/tad/social.html) - Julho de 2001.
- ESPING-ANDERSEN, G., 1991. As Três Economias Políticas do Welfare States. *Lua Nova*, 24.
- FAGUNDES da SILVA, P.R., 1996. *Perspectiva da Assistência Psiquiátrica: Um Estudo sobre Gastos em Hospitais Públicos e Privados*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde.
- FAGUNDES, P., 1998. Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica – Algumas questões cruciais. *JBP* 47 (4):163-168.
- FALEIROS, E. T. S., 1998. *O Benefício de Prestação Continuada como Importante Recurso de Inclusão Social de Usuários de Saúde Mental*. I Encontro dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, Brasília.
- FAVERET Filho, P & OLIVEIRA, P. J. 1990. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema Único de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 1(3): 139-162.
- FIGUEIRA, I. L. Fechamento de uma enfermaria de 72 horas em uma emergência psiquiátrica do INAMPS: análise das possíveis causas do insucesso e sugestões preventivas. *JBP*, 38(2): 69-73, 1989.
- FIGUEIREDO, J. B. B. *et al.*, 1990. *Relações da Pobreza com Trabalho e Família: estudo de identificação para a região metropolitana do Rio de Janeiro, em 1987*. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI.
- FOUCAULT, M., 1995. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- _____, 1996. A Casa dos Loucos. In: *Microfísica do Poder*, pp. 113-128. Rio de Janeiro: Graal.
- GOFFMAN, E., 1996. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- _____, 1974. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- GOLDBERG, J., 1994. *A Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Te Corá.

- GOLDBERG, J., 1996. Reabilitação como Processo: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (Pitta, A., org.), pp.33-47. São Paulo: HUCITEC.
- GOLDENBERG, M., 1997. *A Arte de Pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record.
- HAAS, P. M., 1992. Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1), Winter.
- HAMID, A. W., *et al.*, 1993. The Homeless Mentally Ill: Myths and Realities. *The International Journal of Social Psychiatric*, 38(4): 237-254.
- HC (Health Canada), 2000. *Best Practices in Mental Health Reform*. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pubs/disc_paper/e_discs.html Agosto, 2001.
- IPUB (Instituto de Psiquiatria), 1999. *Relatório de Pesquisa*. LAPSO (Laboratório de pesquisa em Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro).
- KINOSHITA, R. T., 1996. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (Pitta, A., org.), pp.55-59. São Paulo: HUCITEC.
- KOVES, V. *et al.*, 1995. Has the Sectorization of Psychiatric Services in France Really Been Effective? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30: 132-138.
- LAPSO (Laboratório de Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde Mental), 1999. *Relatório de Pesquisa*. Instituto de Psiquiatria (IPUB)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
- LEFF, J. & TRIEMAN, N., 2000. Long-stay Patients from Psychiatric Hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *British Journal of Psychiatry*, 176; 217-223.
- LEONARDIS, O. de, *et al.* 1995. *La Empresa Social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- LOBO, T., 1999. Avaliação de Processos e Impactos em Programas Sociais: algumas questões para reflexão. In: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate* (Rico, E. M., org.), pp.75-84. São Paulo: Cortez.
- LOWI, T., 1964. American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory. *World Politics*, 16.
- MACHADO, R., 1981. *Ciência e Saber. A trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- MARSHALL, T., 1967. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MAURI, D., 1983. La Libertà è Terapeutica? L'Esperienza Psichiatrica di Trieste. Milano: Feltrinelli.
- MINAYO, M. C. S., 1996. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC-ABRASCO.
- MS (Ministério da saúde), 1980. *Diretrizes para a Área de Saúde Mental*. Divisão Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da saúde), 1999. *Por uma Política de Saúde Mental*. Coordenação de Saúde mental, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.

- MS (Ministério da saúde), setembro/2000. *Dados*. Coordenação de Saúde mental, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.
- MPAS (Ministério da Previdência e da Assistência Social), 1982. *Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária*. Conselho Consultivo de Administração de Assistência Médica no âmbito da Previdência Social (CONASP), Ministério da Previdência e da Assistência Social.
- MPAS (Ministério da Previdência e da Assistência Social) / INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) / SMS-Niterói (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói), 1982. *Projeto de Integração, Regionalização e Hierarquização de Serviços de Saúde para Áreas Metropolitanas*. Projeto Niterói, Prefeitura de Niterói.
- _____, 1983. *Proposta de Reorientação da Atenção à Saúde Mental no Município de Niterói*. Grupo de Trabalho de Saúde Mental, Projeto Niterói, Prefeitura de Niterói.
- _____, 1988. *Plano de Ação Trienal: reorientação da assistência em saúde mental no município de Niterói - 1988, 1989 e 1990*. Grupo de Trabalho de Saúde Mental, Projeto Niterói, Prefeitura de Niterói.
- MOISÉS, N. M. N., 1989. Projeto Niterói: uma tentativa de recuperação da história recente. *RAP* 23(1)46-63. Rio de Janeiro.
- _____, s/d. *Uma Breve História de Município de Niterói*.
- MONNERAT, T., 1999. Trabalho Autônomo, Cooperativas e Redes de Relações Sociais. In: *Cadernos IPUB. Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano*. No. 14: 89-91.
- MOUZINHO, G. M. P. & CARRETEIRO, R. O., 1996. *De Hiroshima a Niterói: loucos e estrangeiros na Cidade Sorriso*. XX Encontro Anual da ANPOCS - GT 14 - Pessoa, corpo e doença.
- MULLER Neto, J. S., 1992. Política de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*. Volumes 1 e 2, Série Documentos Reproduzidos, 26: 43-59.
- NASCIMENTO, E. P., 1994. A Exclusão Social na França e no Brasil: situações (aparentemente) invertidas, resultados (quase) similares? In: *O Brasil no Rastro da Crise: partidos, sindicatos, movimentos sociais, estado e Cidadania no curso dos anos 90* (Diniz, E.; Lopes, J. S. L. & Prandi, R., org), pp.289-303. São Paulo: Hucitec/Anpocs/Ipea.
- NEPP/UNICAMP (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Universidade de Campinas), 1999. *Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários. Relatório Final*. Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil. Subcomponente: Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade de Campinas.
- OKIN, R. L., 1995. Testing the Limits of Deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 46: 569-574.
- OLIVEIRA, L., 1997. Os excluídos existem?: notas sobre a elaboração de um novo conceito. *RBCS*, 33: 49-61.
- PAUGAM, S., 1999. Abordagem Sociológica da Exclusão. In: *Por uma Sociologia da Exclusão social*. O debate com Serge Paugam (Véras, M.P.B., org.), pp.48-62. São Paulo: Educ.
- PEREZ, J. R. R., 1999. Avaliação do Processo de Implementação: Algumas Questões Metodológicas. In: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate* (Rico, E. M., org.), pp. 65-74. São Paulo: Cortez.

- PRABUCK, K. et al. Evaluating the Effectiveness of a Residential Rehabilitation Program for Homeless Veterans. *Psychiatric Services*. 46(4): 372- 375, 1995.
- RAPP, C. & MOORE, T. D., 1995. The First 18 Months of Mental Health Reform in Kansas. *Psychiatric Services*, 46: 580-585.
- RESENDE, H., 1994. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil* (Tundis, S. A.& Costa, N. R., org.), pp.15-73. Petrópolis: Vozes.
- ROCHA, E. C. e FONSECA, S. M. A., 1999. *Niterói sem Manicômios no Ano 2000. Reforma Psiquiátrica em Niterói: histórico das ações e perspectivas*.
- ROSANVALLON, P., 1995. *La Nueva Cuestión Social: repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires: Editora Manantial.
- ROTELLI, F., 1990. A Instituição Inventada. In: *Desinstitucionalização* (Rotelli, F., org.), pp. 89-99. São Paulo: HUCITEC.
- ROTELLI, F., 2000. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (Amarante, P., org.), pp. 301-314. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- SALES, T., 1994. Raízes da Desigualdade Social na Cultura política Brasileira. *RBCS* (25): 26-51.
- SANTOS, B.S., 2001. *As Tensões da Modernidade*. Forum Social Mundial. 3 de fevereiro de 2001 <http://www.forumsocialmundial.org.br>
- SANTOS, W. G., 1979. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus.
- _____, 1998. A Trágica Condição da Política Social. In: *Política Social e Combate à Pobreza* (Abranches, S.H. et al., org.), pp.33-63. Rio de Janeiro: Zahar.
- SILVA Filho, J. F., et al., 1998. Avaliação de Qualidade da “Porta de Entrada” do Sistema Assistencial em Saúde Mental de Niterói/RJ. *JBP* 47 (2): 73-80.
- SILVA Jr., A.G., et al., 1996. As Experiências de Articulação Universidade -Serviço- Sociedade em Niterói/RJ. *Divulgação*, 12:51-59.
- _____, s/d. *Relatório Preliminar da pesquisa: “Memórias da Política de Saúde de Niterói – RJ” Período 1974 - 1982*.
- SLAGG, N.B. et al., 1994. A Profile of Clients Served by a Mobile Outreach Program for Homeless Mentally Ill Person. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(11): 1139-1141.
- SMCT-Niterói (Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia de Niterói), 1999. *Niterói: Perfil de uma Cidade*. Rio de Janeiro: Access.
- SMS-Niterói (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói), 1999. *Situação das Doenças Cardiovasculares no Município de Niterói*. Coordenação do Observatório de Saúde, Fundação municipal de Saúde, Secretaria Municipal de saúde de Niterói.
- SMS-Niterói (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói), 1991. *Programa de Saúde Mental*. Coordenação de saúde Mental, Fundação municipal de Saúde, Secretaria Municipal de saúde de Niterói.

- SMS-Niterói (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói), 1996. *Algumas Notas sobre a Política de Saúde Mental em Niterói e seus Desafios*. Coordenação de saúde Mental, Fundação Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Niterói.
- SMS-Niterói (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói), 1999. *As Ações de Reforma da Assistência Psiquiátrica em Niterói/RJ*. Coordenação de saúde Mental, Fundação Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Niterói.
- SOUZA, A. C. M., et al., 2000. *SOS – Direitos do Paciente Psiquiátricos*. V Seminário Subjetividade e Instituições Públicas.
- SOUZA, W. S., 1999. *Associações de Usuários e Familiares frente à Implantação da Política de Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro (1991-1997)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz.
- TEESSON, M. & BUTTRICH N. 1993. Prevalence of Cognitive Impairment Among Homeless Men in Australia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(12): 1187- 1189.
- TEIXEIRA, S. F., 1994. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- TITMUSS, R. M., 1974. *Social Policy*. New York: Pantheon.
- TORESINI, L. & TREBICIANI, M., 1991. Os Serviços Territoriais Custam menos que os Manicômios. In: *A Loucura na Sala de Jantar* (Delgado, J. (org.), pp. 99-115. São Paulo: edição do autor.
- TRAVASSOS, C., 1997. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública* 13(2). 5 de junho de 2001. http://www.scielo.br/cgi_bin/wsis.exe/ich/.
- VÉRAS, M.P.B , 1999. Abordagem Notas ainda preliminares sobre exclusão social, um problema brasileiro de 500 anos. In: *Por uma Sociologia da Exclusão social*. O debate com Serge Paugam (Véras, M.P.B, org.), pp.48-62. São Paulo: Educ.
- VIORRETA, C., 1998). *The Social Enterprise in Spain*. Transnational Meeting in Cagliari, Sardegnna. [http:// on.line.org.uk/tad/social.html](http://on.line.org.uk/tad/social.html) - Julho de 2001.
- ZLOTNICK, C. & ROBERTSON M.J., 1996. Sources of Income Among Homeless Adults with Major Mental Disorders or Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 47(2):147-151.

FONTES ORAIS

- Entrevistas com os Bolsistas: Amparo (22/9/00), Bibi (11/10/00), Helena (13/10/00), Jesus (4/9/00), Jorge (28/9/00), Magno (13/10/00), Sílvia (20/10/00) e Therezinha (4/10/00). Niterói/RJ.
- Entrevista Familiar 1 em 27/9/2000. Niterói/RJ.
- Entrevista Familiar 2 em 27/9/2000. Niterói/RJ
- Entrevista Familiar 3 em 11/10/2000. Niterói/RJ
- Entrevista Familiar 4 em 26/9/2000. Niterói/RJ
- Entrevista Familiar 5 em 5/2/2001. Niterói/RJ

FONSECA, S.A. Entrevista em 14/9/2000. Niterói/RJ.

GIUSTI, M. Entrevista em 23/8/00. Niterói/RJ.

LEAL, M.P. Entrevista em 31/7/00. Niterói/RJ.

MARINS, T. Entrevista em 10/11/00. Niterói/RJ.

ROCHA, E.C. Entrevista em 31/7/00. Niterói/RJ.

Entrevista Técnico não-gerente 1 em 22/8/00. Niterói/RJ.

Entrevista Técnico não-gerente 2 em 14/9/00. Niterói/RJ.

Entrevista Técnico não-gerente 3 em 31/7/00. Niterói/RJ.

Entrevista Técnico 4, supervisor e membro da CG em 31/7/99. Niterói/RJ.

Anexos

Roteiros de Entrevistas

Coordenador de Saúde Mental/ Diretor do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

1. Qual a proposta do Programa de Bolsa-Auxílio?
2. Como ele se insere e qual a sua importância para a Política de Saúde Mental do Município de Niterói?
3. Em que medida e de que maneira o Programa contribui para o processo de desinstitucionalização de seus beneficiários?
4. Quais os aspectos positivos e negativos do Programa?
5. O que você acha dos recursos orçamentários destinados ao Programa em relação aos recursos destinados ao Hospital de Jurujuba?
6. O que você acha dos recursos orçamentários destinados ao Programa em relação aos recursos destinados ao sub-setor Saúde Mental do município de Niterói?
7. O Programa deve ser ampliado? Por que? Como?
8. A análise das fontes documentais revelou a quase extinção do Programa em 1998. O que causou essa grande alteração?
9. A análise das fontes documentais revelou mudanças na Comissão de Gerenciamento em 1998 e em 1999. O que causou as mudanças?
10. A bolsa-auxílio interferiu na assistência prestada pelo Hospital de Jurujuba aos seus pacientes? Como?
11. Existem outras iniciativas de trabalho voltadas para pacientes psiquiátricos no município de Niterói? Quais?
12. Existem outras iniciativas de complementação de renda voltadas para pacientes psiquiátricos no município? Quais?
13. Você conhece outras iniciativas em qualquer nível de governo de construção de redes sociais para pacientes psiquiátricos utilizados pelo sub-setor? Quais?

Comissão de Gerenciamento

1. Qual a proposta do Programa de Bolsa-Auxílio?
2. Como ele se insere na Política de Saúde Mental do Município de Niterói?
3. Em que medida e de que maneira o Programa contribui para o processo de desinstitucionalização de seus beneficiários?
4. Quais as atribuições da Comissão de Gerenciamento?
5. A análise das fontes documentais revelou a quase extinção do Programa em 1998. O que causou essa grande alteração?
6. A análise das fontes documentais revelou mudanças na Comissão de Gerenciamento em 1998 e em 1999. O que causou as mudanças?
7. Programa é avaliado? Com que periodicidade? De que forma? Com que instrumentos? A Comissão participa?
8. Quais os aspectos positivos e negativos observados na implementação do Programa?

9. Programa deve ser ampliado? Por que? Como?
10. Quais os critérios utilizados pelo Programa para a inclusão de usuários? Existem critérios de veto? Quais?
11. Em que medida o diagnóstico influencia (tipo de distúrbio psiquiátrico) do usuário influencia em sua possibilidade de inclusão no Programa? Por que?
12. Em que medida a alegação de necessidade financeira dos usuários influencia em sua possibilidade de inclusão no Programa?
13. Ao longo do desenvolvimento do Programa ocorreram indicações de usuários não aceitas? Quantas? Quais? Quais os critérios de inelegibilidade utilizados?
14. Ao longo do desenvolvimento do Programa foram indicados projetos que não foram aceitos? Quantos? Quais? Quais os critérios de inelegibilidade utilizados?
15. Quais os critérios que a comissão utiliza para definir a carga horário dos bolsistas nos Projetos?
16. Quais os critérios (coletivos e individuais) utilizados para considerar um usuário (re) inserido? Quantos e quais bolsistas foram considerados (re)inseridos?
17. Quantos e quais bolsistas foram retirados? Por que?
18. A Bolsa-auxílio interferiu na assistência prestada pelo Hospital de Jurujuba aos seus pacientes? Como?
19. Existem outras iniciativas de trabalho voltadas para pacientes psiquiátricos no município? Quais?
20. Existem outras iniciativas complementação de renda voltadas para pacientes psiquiátricos no município? Quais?
21. Você conhece outras iniciativas em qualquer nível de governo de construção de redes sociais para pacientes psiquiátricos utilizadas pelo sub-setor? Quais?

Técnicos

1. Qual a proposta do Programa de Bolsa-Auxílio?
2. Como ele se insere e qual sua importância para a Política de Saúde Mental do município de Niterói?
3. Qual a relação entre o Programa e o processo de desinstitucionalização?
4. Como tomou conhecimento do Programa Bolsa-auxílio?
5. A análise das fontes documentais do Programa revelou a sua quase extinção em 1998. O que causou essa grande alteração?
6. A análise das fontes documentais revelou mudanças na Comissão de Gerenciamento em 1998 e em 1999. O que causou as mudanças? Como essas mudanças interferiram no Programa?
7. Quais os aspectos positivos e negativos observados na implementação do Programa?
8. Programa deve ser ampliado? Por que? Como?
9. Você conhece os critérios utilizados para inclusão de usuários no Programa? O que pensa deles?
10. Já indicou usuários? Quantos? Quais?
11. Você conhece os critérios utilizados para inclusão de projetos no Programa? O que pensa deles?
12. Já trabalhou na elaboração de projetos? Quantos? Quais?

13. Você tem conhecimento de indicações de usuários não aceitas pela Comissão Gerenciadora? Quantas? Quais? Qual o motivo?
14. Você tem conhecimento sobre bolsistas que deixaram o programa? Quantos? Quais? Qual o motivo?
15. A Bolsa-auxílio interferiu na assistência prestada pelo Hospital de Jurujuba aos seus pacientes? Como?
16. Existem outras iniciativas de trabalho voltadas para pacientes psiquiátricos no município? Quais?
17. Existem outras iniciativas de complementação de renda voltadas para pacientes psiquiátricos no município? Quais?
18. Você conhece outras iniciativas de construção em qualquer nível de governo de redes sociais para pacientes psiquiátricos utilizadas no sub-setor? Quais?

Familiares

1. Qual a proposta do Programa de Bolsa-Auxílio?
2. Como tomou conhecimento do Programa Bolsa-auxílio?
3. Quais os aspectos positivos e negativos que você identifica no Programa?
4. Programa deve ser ampliado? Por que? Como?
5. Você conhece os critérios utilizados para inclusão de usuários no Programa? O que pensa deles?
6. Você conhece os critérios utilizados para inclusão de projetos no Programa? O que pensa deles?
7. Você tem conhecimento sobre bolsistas que deixaram o programa? Quantos? Quais? Qual o motivo?
8. A participação de _____ (Grau de parentesco) no Programa interferiu nas suas (dele) relações com a família, amigos e vizinhos? De que maneira?
9. A participação de _____ (Grau de parentesco ou nome do bolsista) no Programa trouxe algum benefício (autonomia, alternativas de trabalho, direitos)? Qual(is)? De que maneira?
10. A Bolsa-auxílio interferiu na assistência prestada pelo Hospital de Jurujuba aos seus pacientes? Como?
11. Existem outras iniciativas de trabalho voltadas para pacientes psiquiátricos no município? Quais?
12. Existem outras iniciativas de complementação de renda voltadas para pacientes psiquiátricos no município? Quais?
13. Você conhece outras iniciativas em qualquer nível de governo de redes sociais para pacientes psiquiátricos utilizada pelo sub-setor Saúde Mental? Quais?

OBSERVAÇÃO: as perguntas 8 e 9 destinam-se apenas a familiares de bolsistas.

Bolsistas

1. Como tomou conhecimento do Programa de Bolsa-Auxílio? Que tipo de tratamento você fazia quando tomou conhecimento de existência do Programa?
2. O que você acha do programa?
3. Destaque pontos positivos e negativos do Programa como um todo.
4. Destaque pontos positivos e negativos do Programa em relação a sua participação nele.
5. Como as pessoas entram no Programa? Com você também foi assim? (Em caso de negativa) Como ocorreu seu acesso a ele?
6. Há (Por) quanto tempo é (foi) bolsista? Em que projetos participou?
7. Você acha que alguma coisa mudou depois de sua participação no Programa? O quê?
8. A participação no Programa Bolsa-Auxílio alterou seu relacionamento com sua família?
9. A participação no Programa alterou seu relacionamento com amigos, vizinhos e outras pessoas conhecidas?
10. A participação no Programa interferiu sua rotina de vida (autonomia - capacidade de organização financeira – capacidade de organizar e gerenciar uma casa - sair socialmente acompanhado – escolher lazer - constituir família – votação nas últimas eleições)?
11. Sua participação no Programa ocasionou algum conhecimento, aprendizagem ou alguma habilidade que não tivesse antes? Qual?
12. Voltou a estudar depois de fazer parte do Programa? O que? (incluir treinamentos)
13. Você estudou até que série? Por que parou?
14. Participa de algum outro grupo ? Qual(is)? Votou nas últimas eleições?
15. O que você acha da Associação Cabeça-Firme? Para que serve? Quais os seus objetivos?
16. Alguma coisa a declarar que eu não tenha declarado?

OBSERVAÇÃO: poderão ser realizadas outras perguntas necessárias a complementação do Perfil e das Trajetórias de vida dos bolsistas selecionados.