

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

ÁLISSON LEÃO FERNANDES

**Possibilidades de Atuação do Bacharel em Saúde Coletiva no Processo
de Desinstitucionalização e nos Serviços Residenciais Terapêuticos da
Saúde Mental**

PORTO ALEGRE

2016

ÁLISSON LEÃO FERNANDES

Possibilidades de Atuação do Bacharel em Saúde Coletiva no Processo de Desinstitucionalização e nos Serviços Residenciais Terapêuticos da Saúde Mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina TCC II, do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Lisiane Boer Possa

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e inteligência para superar todas as dificuldades e conseguir chegar onde hoje estou.

À esta universidade e todo seu corpo docente, além da direção e a administração, que realizam seu trabalho com tanto amor e dedicação, trabalhando incansavelmente para que nós, alunos, possamos contar com um ensino de extrema qualidade.

À Professora Lisiane Boer Possa por toda sua atenção, dedicação e esforço para que eu pudesse ter confiança e segurança na realização deste trabalho.

À Professora Izabella Barison Matos, que no início desta caminhada acadêmica, não mediu esforços para fazer dos momentos acadêmicos, os mais acolhedores possíveis, muitas vezes sendo a *segunda mãe*, dentro e fora da sala de aula, como em projetos acadêmicos dos quais participei. Obrigado Prof^a Izabella, foste inspiradora de, e, em muitas reflexões.

Agradeço aos meus pais, pelo amor, carinho, paciência e seus ensinamentos.

Agradeço aos meus amigos, pela confiança, incentivo, pelos momentos não presente, pela ausência compreendida.

Agradeço à Thais Eveline que durante esse percurso de mais de 4 anos, acolheu as necessidades emocionais, sendo fundamental neste processo que finda.

" A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém pensou sobre aquilo que todo mundo vê." (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Esta pesquisa tratou do tema da desinstitucionalização na saúde mental. Mais especificamente investigou a possibilidade de atuação do graduado em saúde coletiva nos processos que envolvem a reinserção social dos internos de longa permanência dos manicômios. Cabe esclarecer que a graduação em Saúde Coletiva – formando sanitarista - é, atualmente, um campo fundamental na área da Saúde, que tem o objetivo de transpor a Saúde Pública convencional, trazendo o olhar das ciências da saúde, mas também das ciências sociais, da epidemiologia, das políticas públicas, entre outros. O estudo teve como objetivo geral descrever e analisar a possibilidade de atuação do graduado em Saúde Coletiva da UFRGS nos processos de desinstitucionalização e nos Serviços Residenciais Terapêuticos(SRT) da saúde mental. O presente estudo foi uma pesquisa qualitativa que fez uso da revisão de literatura, bibliográfica e documental, bem como a narrativa da experiência do pesquisador, uma vez que este é graduando em saúde coletiva e trabalhador de um SRT. Considerando a implicação do pesquisador com o objeto de pesquisa, uma vez que apresenta duplo vínculo, a narrativa desta experiência foi utilizada para fortalecer a análise empreendida, em especial na produção de exemplos de atividades possíveis para a atuação do sanitarista nesta área. É fundamental que os profissionais que atuam nos SRT tenham em mente que é necessário olhar para os moradores desses residenciais com um cuidado diferenciado, para que seja feito o melhor para eles. Concluiu-se que essa diferença faz com que o Sanitarista seja um profissional importante também para atuar nos SRT. O Sanitarista traz consigo robustez de conhecimento em saúde pública e criatividade frente aos diferentes cenários em saúde, que permitem muitas possibilidades de atuação. Desta forma, ele consegue transpor barreiras para além do diagnóstico, e do estigma da loucura, com um olhar para a potência inerente a cada ser humano que produz a possibilidade de apoiar as pessoas na construção da sua autonomia e para o resgate da sua cidadania.

Palavras Chave: Serviço Residencial Terapêutico; Saúde Coletiva; Saúde Mental.

Abstract

This research regards the matter of deinstitutionalization in mental health. Specifically, the means for the collective health graduate to act in the social reinsertion of long term patients was investigated. Here we need to clarify that a graduation in Collective Health - forming sanitarians - is currently a fundamental matter in the health area, and has the objective of transcending conventional public health, bringing into view health sciences, as well as social sciences, epidemiology, public policies, etc. The general objective was to describe and analyze the collective health graduate's means to perform in the deinstitutionalization processes and in the mental health residential therapeutic services(RTS). This study was a qualitative research making use of reviewing the literature, bibliographic and documentary, as well as narrating the researcher's own experiences, since he is graduating in collective health and works in a residential therapeutic service. Taking into account the researcher's involvement with the research object, creating a double connection, the narrative of the experience was used to strengthen the undertaken analysis, particularly in making examples of the sanitarian's possible activities in this area. It's vital that the RTS workers keep in mind the need to regard the residential occupants with special care, ensuring that they get the best treatment. The conclusion is that the sanitarian is also an important professional in RTS. The Sanitarista brings with it robustness of knowledge in public health and creativity in front of the different health scenarios, which allow many possibilities of action.

Thus, he is able to overcome barriers beyond the diagnostic and the stigma of insanity, watching the potential of every human being, creating the possibility of helping people in creating their autonomy and retrieving their citizenship.

Keywords: Residential Therapeutic Service; Public Health; Mental Health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Modalidades dos SRT.....	19
QUADRO 2 - SRT, Sanitaristas e Atividades.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
SC	Saúde Coletiva
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
REUNI	Programa de Apoio de Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	15
2.1 PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS SRT.....	17
3 SAÚDE COLETIVA COMO GRADUAÇÃO	21
4 ATUAÇÃO DO SANITARISTA NOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DA SAÚDE MENTAL.....	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de pesquisa tratou do tema da desinstitucionalização na saúde mental. Mais especificamente investigou a possibilidade de atuação do graduado em saúde coletiva nos processos que envolvem a reinserção social dos internos de longa permanência dos manicômios.

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de alguma enfermidade neuropsiquiátrica ou neurobiológica, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001). As questões de saúde que referem-se a sofrimentos psíquicos ainda são vistas pela sociedade com a ideia de incapacidade de produzir condições de vida saudável. Esta perspectiva é presente tanto na sociedade como um todo, como nas próprias instituições que acolhem estes indivíduos. O usuário é estigmatizado, enxergando-o como um ser perturbado e sem juízo (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Segundo Foucault (2012), a loucura teria seu início logo após o renascimento. Porém, para chegar a real intenção de loucura, quase dois séculos de história se passaram. Antes, a loucura estava ligada a todas as demais experiências de doenças da Renascença. Os loucos eram vistos de forma diversa (FOUCAULT, 2012).

Dependendo da época da história, a loucura está ligada diretamente ao surgimento dos manicômios, que mais tarde começaram a ser chamados de hospitais psiquiátricos. Na antiguidade clássica pensadores gregos tinham noção de loucura, nos séculos XV e XVI eram os exorcistas, já nos séculos XVII e XVIII os médicos pensavam na loucura, e nos século XIX existia a noção já de manicômios(FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Na antiguidade clássica a loucura tinha a abordagem mitológico-religiosa, proposta por Homero; Eurípedes tinha a visão que a loucura era passional ou psicológica; e Hipócrates e Galeno enxergavam as disfunções somáticas. Na Idade Média, era comum a ideia de que a loucura estava ligada a possessões diabólicas, sendo voluntariamente ou a pedido de bruxas(FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Porém, com o tempo a loucura começou a ser entendida, conforme Hipócrates já havia pensado, como um transtorno patológico, sendo que ter o intelecto perturbado era o principal sinal de loucura. Desta forma, em 1801, a psiquiatria passou a ser uma especialidade médica, conforme o Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental, de Pinel (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Segundo Foucault (2012), a loucura foi ligada a costumes relacionados a lepra, que era a doença dominante até o século XVII, dentre eles a forma de internamento que resultou na exclusão dos indivíduos.

No século XIX a loucura passa a ser analisada e estudada com a ideia de tratamento e diagnóstico, o que abrange a clínica. Assim, Pinel trouxe a concepção do diagnóstico para mudar os lugares como sendo apenas de asilo, mas agora de cura e tratamento. Porém, a ideia de Pinel foi apagada por causa dos tratamentos inadequados e do aumento da visão organicista. Com esta visão, os manicômios deixam de serem recursos terapêuticos para se tornarem meros separadores físicos e emocionais (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Mas nesse período a loucura passa a ser objeto do médico, transformada em doença, sendo de conhecimento e intervenção exclusiva dos médicos.

Com este breve histórico, percebe-se que os manicômios tiveram várias fases: primeiro, a função de apenas recolher os loucos, sendo sempre isolados com outros pequenos grupos. Segundo, os manicômios começaram a tratar dos loucos com a chegada de profissionais que não tinham formação e eram em grande parte religiosos. E por fim, os hospitais recebiam apenas os doentes mentais, com a ideia de medicalização e o entendimento de cura da loucura (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Estes hospitais tinham péssimas condições e a maioria dos pacientes não tinha o real diagnóstico de doença mental. Encontrava-se nestas instituições desde prostitutas, homossexuais, pessoas que eram consideradas rebeldes, que desobedeciam aos pais, entre outras. Alimentavam-se de restos de comida, quando tinham comida, bebiam esgoto e urina, eram violentados, morriam de fome e de frio. Mas, as instituições justificavam seu trabalho dizendo que estavam ajudando a sociedade a se livrar de pessoas indesejáveis (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

O primeiro manicômio foi criado no Brasil em 1852, foi o Hospital Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. A Lei Federal de Assistência aos Alienados foi promulgada em 1912, dando autonomia aos psiquiatras para atuar, aumentando o número de locais dedicados aos doentes mentais. Nesta época, as instituições tinham a concepção de que era necessário disciplinar os pacientes. Esta visão prevaleceu no Brasil até os anos 80 (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). A partir de então, começou no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica, que visava transformar o cuidado em saúde mental, trazendo o olhar e a prática nas instituições psiquiátricas.

No bojo desta reforma, uma das estratégias de atenção é a desinstitucionalização que consiste em uma desconstrução de saberes que entendem que a loucura deve ser tratada sempre como doença e cuidada através das instituições hospitalares (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

No entanto, o processo de desinstitucionalização é complexo. No Brasil ainda temos muitas pessoas que vivem asiladas, assim como no Rio Grande do Sul, mais especificamente no Hospital Psiquiátrico São Pedro, demonstrando a relevância do trabalho nesta área.

De outra forma, uma das alternativas de desinstitucionalização foram os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que acolhem diversas pessoas no Brasil. Os residenciais têm como papel acolher, na sociedade, aqueles indivíduos que eram ou não usuários dos hospitais psiquiátricos e que não tem condições de moradia adequada, seja por falta de suporte familiar ou social (SILVA, 2011).

Tanto para o processo de desinstitucionalização quanto para o cuidado nos SRT, demandam-se a atuação dos profissionais de saúde. Dentre estes profissionais, está o Sanitarista graduado em Saúde Coletiva.

Decidi realizar este trabalho devido minha inserção, tanto na graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul quanto como trabalhador no Residencial Terapêutico Moradas do São Pedro. Esta dupla inserção me fez enxergar a importância destes residenciais e a possibilidade de inserção do sanitarista graduado em Saúde Coletiva nestas instituições.

Cabe esclarecer que a graduação em Saúde Coletiva trata-se de um campo fundamental atualmente na área da Saúde, que tem o objetivo de transpor a Saúde Pública convencional, trazendo o olhar das ciências da saúde, mas também das ciências sociais, da epidemiologia, das políticas públicas, entre outros (BOSI; PAIM, 2010).

O Curso de Graduação em Saúde Coletiva surge como uma proposta para contribuir na definição de uma política inovadora, e contemporânea, de formação de profissionais com forte atuação no setor da saúde. Visa amparar o setor da saúde com a formação de um profissional demandado, mas inexistente no âmbito da graduação.

Busca-se, de modo especial, a construção da integralidade e da interprofissionalidade nas atividades relacionadas às políticas, ações, planos, programas, serviços, sistemas e redes de saúde; o profissional formado tem como proposta atuar em instituições em que exista planejamento, gestão e avaliação em saúde, como é o caso da coordenação ou condução de serviços, programas, projetos, sistemas e redes de saúde, assim como em instituições em que se exerça a promoção, vigilância e educação em saúde, como é o caso da promoção da saúde integral do ser humano, favorecendo a presença de fatores protetores da saúde.

A atuação abrange os setores governamental, não governamental e da iniciativa privada, podendo ocorrer nos órgãos da área sanitária, ambiental, de saneamento, alimentar e agrária (UFRGS, 2009).

Considerando a possibilidade de investigar sobre o papel e a atuação do Bacharel em Saúde Coletiva nos processos de desinstitucionalização e nos espaços de SRT, este trabalho teve como questão: Qual a possibilidade de atuação e contribuição do Graduado em Saúde Coletiva nestes processos e na atenção integral as pessoas no SRT?

Sendo assim, o estudo teve como objetivo geral descrever e analisar a possibilidade de atuação do graduado em Saúde Coletiva da UFRGS nos processos de desinstitucionalização e nos SRT da saúde mental. Os objetivos específicos foram: descrever os SRT, o papel que desempenham na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e no cuidado das pessoas; descrever os processos de desinstitucionalização em saúde mental; mapear as atuações dos

sanitaristas previstos nas diretrizes curriculares e projeto político pedagógico da sua formação que tenham relação com os SRT e o processo de desinstitucionalização em saúde mental.

O presente estudo foi uma pesquisa qualitativa que fez uso da revisão de literatura, bibliográfica e documental, bem como a narrativa da experiência do pesquisador, uma vez que este é graduando em saúde coletiva e trabalhador de um Serviço Residencial Terapêutico.

A revisão de literatura e bibliográfica consiste em uma busca, análise e descrição de pesquisas para uma resposta específica (UNESP, 2015). Neste caso foi utilizada para descrever os SRT e os processos de desinstitucionalização em saúde mental. O tipo de revisão de literatura utilizada neste estudo foi a Revisão Narrativa (ou tradicional). Neste tipo de revisão, o estudo não precisa esgotar as fontes de informação e não cultiva táticas de busca complicadas, podendo usar temáticas mais abertas sem protocolos rigorosos. A interpretação dos dados pode estar sujeita a subjetividade dos autores. Além disso, normalmente é utilizado na área da saúde, por relacionar produções já feitas para falar de novas perspectivas, chamado com frequência nesta área de Estado da Arte (UNESP, 2015).

A revisão de literatura tem como objetivo construir um contexto para os problemas e analisar as possibilidades encontradas na literatura. Desta forma, é possível examinar perspectivas, as multiplicidades existentes, esclarecendo e resolvendo problemas e situações históricas, além de compreender contribuições da teoria e da prática pedagógicas (UNESP, 2015).

Para organizar a revisão o estudo começou a revisão de literatura através de um mapeamento, que fez o levantamento de todas as referências sobre o tema, sejam elas livros, revistas, artigos, sites, etc. Neste momento, as informações contidas nas referências precisam apenas falar do tema em questão, ou seja, auxiliar na descrição do papel dos SRT na RAPS e no cuidado das pessoas, bem como dos processos de desinstitucionalização em saúde mental (UNESP, 2015).

Para mapear as atuações do sanitário foi realizada uma pesquisa documental. Foi analisado o Projeto Político Pedagógico da UFRGS, visto que o pesquisador é graduando da Universidade, e as propostas de Diretrizes

Curriculares da graduação em saúde coletiva. Esses documentos apresentam as competências e habilidades esperadas deste profissional, bem como conjunto de temáticas que fizeram parte da formação do sanitarista.

Tanto na revisão da bibliografia quanto na revisão documental, a análise dos dados foi análise de conteúdo por unidade temática, buscou-se identificar a atuação, de um lado dos SRT e do processo de desinstitucionalização, e de outro a do sanitarista, para identificar as possibilidades de conexões possíveis desta nova formação com estes novos serviços.

Considerando a implicação do pesquisador com o objeto de pesquisa, uma vez que apresenta duplo vínculo, seja como aluno da graduação de saúde coletiva e como trabalhador de um SRT, a narrativa desta experiência foi utilizada para fortalecer a análise empreendida.

No próximo capítulo será apresentada uma síntese sobre a reforma psiquiátrica brasileira, bem como, a proposta de desinstitucionalização e de SRT que foram construídas pela política de saúde mental comprometida com o fim dos manicômios e hospitais psiquiátricos no país.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Entre as décadas de 1960 e 1980, o setor saúde do Brasil trabalhava com recursos advindos da unificação da Previdência Social. Havia uma precariedade nos modelos terapêuticos em saúde mental, com isolamento dos doentes mentais e abuso de medicamentos. As consequências foram muitas, entre elas a morte de muitos usuários. Assim, ocorreram muitas reivindicações por transformações na atenção em saúde mental, entre elas incentivou-se a multiprofissionalidade nos hospitais psiquiátricos, momento importante para a inserção de psicólogos na saúde pública. No entanto, mesmo com mudanças o modelo foi frágil e não alterou as condições de cuidado das pessoas como deveria (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Reivindicações trabalhistas marcaram esta época, movendo debates sobre o tratamento psiquiátrico no Brasil, com consequência de muitas demissões de profissionais. Neste momento, muitos eventos importantes começaram a discutir a psiquiatria no Brasil, como o V Congresso de Psiquiatria, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Um marco importante para a reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu a partir do I Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental em 1987, com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesta mesma época se constituiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), devido às denúncias de maus tratos nos asilos e as condições precárias de trabalho nos manicômios e instituições psiquiátricas (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Quando os debates sobre a reforma chegaram ao governo, foi gerado o documento Diretrizes para a área da Saúde Mental, escrito pelo Ministério da Saúde, apresentando questões como a relevância do tratamento fora do hospital, a restrição do tempo de internação, a reintegração familiar o acesso de pesquisas no campo da Saúde Mental. Este documento abriu espaço para realização de conferências, entre elas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental que foram realizadas na mesma época que surgiu a proposta para o

Sistema Único de Saúde na Carta Constitucional de 1988 (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Assim, surgiram novas modelagens assistenciais, que culminou com a proposição de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta por serviços tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), proporcionando um atendimento com novos olhares de novos profissionais na Saúde Mental (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

A Rede de Atenção Psicossocial, tal como está constituída no momento, foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com o objetivo de auxiliar no cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades advindas do uso do álcool, crack e outras drogas. Como finalidade, a RAPS propõe a criação, ampliação e articulação de locais de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços (cuidado integral e interdisciplinar) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território (inclusão social para exercício da cidadania); desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada; promoção de estratégias de educação permanente; e cuidado tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Os objetivos gerais da RAPS, definidos pela normativa federal, são ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, bem como, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Os objetivos específicos da rede de atenção psicossocial seriam: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011).

Um dos componentes da RAPS é a desinstitucionalização. Esta é considerada como estratégia, para melhorar o cuidado em saúde de pessoas com transtorno mental e com necessidades devido o uso de drogas. Através deste componente, o ponto de atenção em saúde utilizado são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que será apresentado a seguir (BRASIL, 2011).

2.1 PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS SRT

Com as novas conquistas advindas da reforma psiquiátrica, do SUS e ainda da Luta Antimanicomial, a modelagem de atenção à pessoa com transtorno mental começa a tomar rumos diferentes, visando a mudança do modelo hospitalocêntrico, que é centralizado na doença e com forte inclinação para a medicalização do cuidado, para um modelo que visa enxergar o sujeito como um todo e levando em consideração seu contexto social (SILVA; ROSA, 2014).

Desta forma, para colocar em prática este novo modelo, um dos eixos norteadores das políticas de saúde mental foi a desinstitucionalização dos serviços psiquiátricos no Brasil. Nesta linha, a reforma psiquiátrica no Brasil

visa desconstruir as realidades existentes nos manicômios, não somente os espaços físicos, que eram lugares que não proporcionavam um cuidado adequado para esta nova visão, mas também construir novas realidades, transformando a cultura que imperava até o momento e que “aprisionava a loucura” (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Para tal desconstrução era necessário desmontar os paradigmas da cura, do objetivo de solucionar os problemas, e encontrar olhares no sujeito com sua totalidade, reinventar a saúde através de espaços de convivência que proporcionem aproveitar as diversas possibilidades (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Assim, percebem-se as mudanças que ocorreram ao longo da história das políticas voltadas para pessoas com transtornos mentais, do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário, com o objetivo de expandir a assistência extra-hospitalar, desconstruindo o modelo medicalizado e voltado para a cura da “doença da loucura”.

Atualmente, a rede de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais possui diversos serviços que apoiam o cuidado, tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS), serviços de pronto atendimento, centros de atenção psicossocial (CAPS) e os SRT. Este último é um dos mais recentes dispositivos encontrados na rede de saúde, reconhecido como importante estratégia para aprimorar os processos da reforma psiquiátrica no Brasil (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

O funcionamento dos SRT no Brasil iniciou em 2002, com 85 SRT, e em 2010 já havia 564 SRT, acolhendo 3062 moradores, conforme o Ministério da Saúde (SILVA; AZEVEDO, 2011). Os SRT são espaços construídos em locais urbanos para abrigar egressos ou não de hospitais psiquiátricos, com o objetivo de cuidar das necessidades dos moradores através de um Projeto Terapêutico. Para funcionar de forma efetiva, os SRT contam com o apoio de outros serviços, como os CAPS, Hospital-dia e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SILVA; AZEVEDO, 2011).

A Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011 dispõe sobre o repasse de recursos de incentivo e de custeio mensal para implantação e funcionamento dos SRT. A portaria define que os SRT deverão acolher pessoas para

internação de longa permanência (dois anos ou mais), que vieram de hospitais de custódia ou hospitais psiquiátricos, sempre estando vinculado a rede de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Os SRT são divididos em duas modalidades Tipo I e II, conforme apresentado no quadro 1:

QUADRO 1: Modalidades dos SRT.

	Tipo de morador	Características do serviço	Número máximo de moradores
Tipo I	Pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização que não possuem vínculos familiares e sociais.	Espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. Ambiente doméstico definido em portaria do MS. Contar com cuidador de referência. SRT está vinculado a um serviços/equipe de SM.	8 moradores (mínimo 4)
Tipo II	Pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.	Reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referente ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente. Poderá contar com um profissional de referência e técnico de enfermagem. Módulo com 10 pacientes deve contar com 5 cuidadores e um técnico de enfermagem.	10 moradores (mínimo 4)

Fonte: BRASIL, 2011.

O cuidado das pessoas na rede de atenção em saúde mental em geral, nos processos de desinstitucionalização e nos SRT especificamente, sinalizam para a necessidade de abordagens multiprofissionais e complexas para garantir a atenção integral em saúde mental. A possível atuação do sanitarista

nestas especificidades é a questão colocada para esta investigação, considerando o surgimento da nova formação dos sanitaristas, graduados em saúde coletiva que será apresentado a seguir.

3 SAÚDE COLETIVA COMO GRADUAÇÃO

A criação do curso de graduação em Saúde Coletiva (SC), embora tenha se constituído recentemente, é uma ideia que vem sendo discutida a um bom tempo. Alguns marcos importantes na história antecedem o início da graduação. Um deles foi uma reunião nacional realizada pela Abrasco (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva), em 1983, para debater sobre o ensino de Saúde Coletiva na graduação. Mesmo que o entendimento não era a necessidade de uma graduação para a Saúde Coletiva, as discussões apontavam para a importância da formação para o conteúdo da reforma em saúde, sendo cogitado se criar o “Núcleo de Graduação” na Abrasco, além de articulação com a medicina preventiva e social (BOSI; PAIM, 2010).

Com o crescimento da Abrasco, foram se desenvolvendo conteúdos com especificidade da Saúde Coletiva nas graduações, formando profissionais para admitir lideranças na gestão nos sistemas de saúde. Porém, verificou-se a falta da carreira de sanitarista, no qual surgiu a sugestão de graduar profissionais em Saúde Coletiva (BOSI; PAIM, 2010).

Assim, dois momentos foram importantes para a construção da graduação: o primeiro deles, um evento que teve o apoio do Ministério da Saúde, Abrasco, Fiocruz, OPAS e universidades, o I Seminário e Oficina de Trabalho “Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades”, realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Após este evento, em 2003 ocorreu uma prévia do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que se chamou “É tempo de termos uma graduação em Saúde Coletiva?” (BOSI; PAIM, 2010).

As discussões justificavam que a saúde coletiva já tinha seu espaço de habilidades e competências no campo da saúde. Assim, as universidades continuaram lutando para institucionalizar a proposta. Após cinco anos de movimentos, o Programa de Apoio de Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), foi um importante impulso para a consolidação da graduação em Saúde Coletiva, embora não tenha inspirado a proposta do curso.

Em 2008, a UFBA organizou o Encontro Nacional sobre a Implantação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, apoiado pelo MS e OPAS, começando já com a organização do primeiro vestibular. Vale ressaltar que, a graduação em Saúde Coletiva trás um novo olhar para a saúde, diferente das pós-graduações que tem sua especificidade, muito importante na construção dos saberes dos graduados. Faz-se necessário avançar e perceber novas possibilidades que estão reunidas neste profissional, que vem para os serviços de saúde para agregar aos demais profissionais, no qual não se perde com os demais (BOSI; PAIM, 2010).

Formar profissionais graduados em Saúde Coletiva vai muito além de formar novos profissionais. Como campo de saberes e práticas, a Saúde Coletiva busca como objetivo a intervenção em saúde, relacionando as dimensões de população com as políticas direcionadas para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esta resignificação dos conceitos de saúde exige a transformação dos profissionais e dos processos de trabalho.

Quando falamos de Saúde Coletiva em âmbito de inserção na área da saúde, de forma tradicional ocorre nas disciplinas de cursos da saúde e na pós-graduação. Nas disciplinas, a Saúde Coletiva encontra-se limitada e subordinada ao modelo “medicocentrado” (TEIXEIRA, 2003).

É necessário mudar essa concepção de focar na doença e focar na saúde, formando profissionais capazes de promover saúde. Já na pós-graduação, a Saúde Coletiva é vista de forma longa e dificultada, pois muitas vezes é necessário corrigir deficiências adquiridas na graduação, no qual gastou muito tempo com disciplinas que não serão aproveitadas por quem deseja atuar como sanitarista. Ou seja, a Saúde Coletiva como graduação veio como parte integrante as demais profissões (TEIXEIRA, 2003).

Um das Universidades do Brasil que oferece a graduação em Saúde Coletiva é a UFRGS. A proposta do curso na universidade veio com a ideia de inovar nos projetos de graduação na área da saúde. A graduação em Saúde Coletiva da UFRGS é contemporânea e habilita profissionais para a área da saúde com força na atuação em ambientes intersetoriais (UFRGS, 2009).

A formação em Saúde Coletiva procura estabelecer ligação entre a teoria e a prática, propondo análises reflexivas e críticas para as realidades dos

serviços de saúde. Assim, a formação na graduação tem por objetivo construir profissionais sensíveis as necessidades dos serviços e que sejam protagonistas na construção de conhecimentos capazes de formular e implementar atos de saúde (UFRGS, 2009).

4 ATUAÇÃO DO SANITARISTA NOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPEUTICOS DA SAÚDE MENTAL

Depois de criados os cursos de graduação em Saúde Coletiva, o debate foi compreender a atuação do Sanitarista nos espaços de saúde, nas universidades e na gestão do SUS, com ideias a favor e contra este profissional (PAIM; PINTO, 2013).

O Sanitarista é um profissional generalista, crítico e analítico, que reúne a qualificação das práticas em saúde coletiva e os saberes de diversos campos, como o Planejamento, a Epidemiologia, as Ciências Sociais e Humanas, a Gestão, entre outros. Este profissional pode atuar em todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, até mesmo em outros serviços que demandem o olhar da saúde coletiva (PAIM; PINTO, 2013).

Quando se debate na inserção do Sanitarista no mercado de trabalho, acredita-se que o lugar deste profissional seja no setor público, seguido de perto pelo setor privado e organizações não governamentais. Entretanto, para garantir a inserção no mercado de trabalho são necessários protocolos e requisitos exigidos para a formalização da profissão. Este assunto tem sido pautado constantemente pelas coordenações de cursos, pelo GT Trabalho e Educação em Saúde da Abrasco e pelo Fórum de Saúde Coletiva (PAIM; PINTO, 2013).

Considerando a novidade que é a formação dos sanitaristas a partir da graduação, um dos desafios para os graduados em saúde coletiva é explicitar as possibilidades de atuação deste profissional que foi o objetivo deste trabalho.

Os Sanitaristas têm uma história antiga e caracteriza-se por um amplo campo de práticas em saúde, e por mais que tenha se constituído recentemente com a formação a partir da graduação, sua trajetória perpassa os tempos. Tempos estes que iniciaram com um pensar sobre saúde ampliado, que faz uma crítica à medicalização do cuidado e transcende a doença em si mesma.

O Sanitarista tem marca da medicina social e dos antigos movimentos preventivistas, que nos fazem repensar as políticas de saúde como produtoras

da vida. Temos ainda uma importante contribuição de diversos campos, como as ciências sociais e humanas, a epidemiologia, as políticas públicas, o planejamento e a gestão, a educação e a promoção em saúde, entre outros.

As competências e habilidades relativas a planejamento e gestão participativas, de articulação intersetorial e com a sociedade, permite ao sanitarista propor planos concretos para o processo de desinstitucionalização, com reinserção social dos internos nos manicômios. Planejar e realizar implantação de SRT é uma tarefa que pode estar sobre a coordenação do graduado em saúde coletiva, considerando todos os aspectos para o seu funcionamento, tais como, a definição dos recursos necessários, a articulação intersetorial e com a sociedade dos territórios em que estes serviços serão instituídos, construção coletiva de projetos terapêuticos para a inserção dos usuários, entre outros

O quadro 2 descreve o trabalho realizado nos SRT, como os Sanitaristas de graduação podem atuar nestes serviços e as atividades que podem ser realizadas.

QUADRO 2: Os objetivos do SRT, as competências e habilidades dos Sanitaristas e exemplos de atividades que podem ser desenvolvidas por sanitaristas:

SRT	SANITARISTAS	ATIVIDADES
<p>Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental grave;</p> <p>Resgate da autonomia;</p> <p>Mudança no olhar da loucura; Suporte (caráter interdisciplinar) de profissionais sensíveis as demandas e singularidades dos moradores;</p> <p>Inserção dos moradores na rede de serviços e inclusão social;</p> <p>Questões trabalhadas coletivamente e trabalhar a autonomia do usuário;</p> <p>Assistência através de vários serviços (CAPS, ESF, outros serviços);</p> <p>Desenvolvimento dos trabalhadores para uma nova forma de cuidar; Trabalho complexo e repleto de</p>	<p>Produzem saúde de maneira interdisciplinar; Promotores de saúde;</p> <p>Desenvolvem tecnologias em saúde relacionadas ao cuidado, a educação e a cultura em saúde;</p> <p>Identificam, analisam e intervêm em aspectos da saúde;</p> <p>Atuam na gestão de processos de cuidado, da clínica, de programas de reabilitação e assistenciais;</p> <p>Serviços de apoio terapêutico, de diagnóstico, etc. Atua na integração entre gestão e assistência;</p> <p>Coordenam, orientam e executam equipes multiprofissionais e interdisciplinares;</p> <p>Atuam no planejamento, gestão, promoção, prevenção de saúde, vigilância em saúde, etc.</p>	<p>Mapear os recursos, serviços e atividades da comunidade em que o SRT esteja inserido;</p> <p>Reuniões e interações sistemáticas com as comunidades em que estejam os SRT (vizinhos, escolas, igrejas etc.) e serviços (mercado, lojas, etc.) com os quais os usuários estarão em contato para sensibilizar para a reinserção dos mesmos;</p> <p>Educação popular com a comunidade próxima para desmistificar o louco e a loucura;</p> <p>Planejamento e realização de atividades conjuntas entre os moradores do residencial e a comunidade local para reinserção. Planejar e realizar atividades permanentes e sistemáticas de educação permanente, mobilização e motivação dos trabalhadores dos serviços;</p> <p>Propor metodologias e coordenar o processo de planejamento dos serviços com a participação de trabalhadores e usuários, sistematizar os planos, monitorar e avaliar a sua realização;</p> <p>Propor, organizar e manter estratégias de mobilização para os encontros multiprofissionais e interdisciplinares das equipes, apoiando na</p>

SRT	SANITARISTAS	ATIVIDADES
<p>possibilidades;</p> <p>Moradias e tecnologias de saúde.</p>	<p>Atividades inter e multidisciplinares, que visem o cuidado ampliado, com o olhar nas individualidades dos usuários;</p> <p>Educação e promoção da saúde dos moradores;</p> <p>Intervenções em saúde;</p> <p>Realizam levantamentos estatísticos com a finalidade de produzir informações sobre os serviços de saúde.</p>	<p>produção das sínteses, negociações, pactuação e acordos;</p> <p>Apoiar a equipe para resolução de conflitos;</p> <p>Propor, planejar e implementar ações de promoção da saúde entre elas atividades e oficinas artísticas, esportivas, de lazer e trabalho;</p> <p>Contribuir com os projetos terapêuticos individuais e coletivos em especial nos aspectos relativos a inserção social na comunidade;</p> <p>Manter sistema de informação sobre as condições de saúde e adoecimento, produzir análise das situações de saúde;</p> <p>Mapear e articular a rede de serviços de saúde de referência aos moradores, mantendo a relação sistemática com os profissionais e contribuindo para a coordenação do cuidado conforme a necessidade dos usuários;</p> <p>Articular e participar dos mecanismos de controle social (conselho gestor das unidades), gerir os serviços no que diz respeito aos aspectos administrativos, financeiros, logísticos, da organização coletiva dos processos de trabalho, etc.</p>

Fonte: Elaboração desta pesquisa.

Conforme explicitado no Quadro 2 o sanitарista é um profissional que é capaz de analisar situações de saúde, através do planejamento, da avaliação em saúde e formulação de políticas públicas (UFRGS, 2009). Os SRT, como qualquer serviço de saúde, demandam a qualificação dos processos de gestão, planejamento e avaliação.

Além disso, o Sanitarista é um profissional que precisa aprender constantemente, tanto na formação quanto na prática, estimulando a “aprender a aprender”, preocupado com a educação em saúde e a formação dos profissionais em saúde. E, este profissional é capaz de criar mecanismos que construam a educação permanente nos espaços de saúde, para estimular o aprendizado no cotidiano, através dos processos de trabalho do dia a dia (UFRGS, 2009). Destaca-se que a (re)construção da autonomia dos usuários nos SRT demanda educação popular/permanente, com planos de inserção social dos usuários, mas também articulação com a comunidade em que o SRT está inserido, habilidades e competências presentes na formação do sanitарista.

Cabe destaque ainda, que o profissional Sanitarista é um articulador importante para criar redes de saúde, construir saberes e apresentar estratégias capazes de mudar processos, coordenando e organizando instituições (UFRGS, 2009). A articulação do cuidado e da rede de atenção para os SRT pressupõe negociação e articulação com os serviços, além de articulação intersetorial para contribuir com a inserção dos usuários na sociedade, geração de emprego e renda, educação, arte, cultura, esporte, etc.

Com a Reforma psiquiátrica, a atuação de profissionais nos serviços de Saúde Mental, especificamente no caso dos Residenciais Terapêuticos, exige uma mudança no agir dos profissionais. Neste contexto, os profissionais de saúde são fundamentais para mudar e transformar o cenário nos cuidados da saúde mental. Para entender essas mudanças, os profissionais precisam ultrapassar o olhar tecnicista e medicalizante (FURTADO; NAKAMURA, 2014). Assim, os Sanitaristas podem compor este campo de práticas para contribuir com as mudanças necessárias nos cuidados em saúde mental, principalmente nos SRT.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os SRT tem sua peculiaridade devido ao contexto histórico em que foram criados. Constituem-se como importantes espaços de saúde que busca resgatar a autonomia do sujeito, através de um cuidado que tenta mudar a situação da saúde mental. Os usuários em saúde mental sobreviveram por muito tempo no Brasil como alguém que deveria ser tratado isoladamente e com muito sofrimento. As mudanças que estão sendo produzidas nos SRT causam impactos significativos no cotidiano das pessoas, principalmente nos modos de viver, trazendo mais qualidade de vida para seus usuários.

Sendo assim, é fundamental que os profissionais que atuam nos SRT tenham em mente que é necessário olhar para os moradores desses residenciais com um cuidado diferenciado, para que seja feito o melhor para eles. É necessário mudar o olhar para o cuidado em saúde, transformando a prática do dia a dia em qualidade de vida.

Neste contexto, os Sanitaristas são profissionais que atuam em diversos espaços de saúde, podendo olhar para as instituições com saberes que normalmente não são encontrados em profissionais que tem uma formação mais tecnicista. Essa diferença faz com que o Sanitarista seja um profissional importante também para atuar nos SRT.

O Sanitarista traz consigo uma bagagem infinita de possibilidades. Essas possibilidades lhe permite trabalhar com o olhar para o outro além da doença e da cura. O Sanitarista procura compreender a vida como um todo, levando em consideração todos os determinantes sociais e biológicos que podem influenciar no cotidiano das pessoas.

Desta forma, ele consegue transpor barreiras que não são quebradas quando o profissional não enxerga além. É este olhar para além do diagnóstico, e do estigma da loucura, o olhar para a potência inerente a cada ser humano que produz a possibilidade de apoiar as pessoas na construção da sua autonomia e no resgate da sua cidadania, principais objetivos dos processos de desinstitucionalização e dos residenciais terapêuticos em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. K. M. A DIMENSTEIN, M. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.
- BOSI, M. L. M. PAIM, J. S. **Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional**. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.
- Faculdade de Ciências Agrônômicas UNESP Campus de Botucatu. **Tipos de revisão de literatura**. Botucatu, 2015. 9 p.
- FIGUEIRÊDO, M. L. R. DELEVATI, D. M. TAVARES, M. G. **Entre loucos e manicômios: a história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. *Cadernos de Graduação*. Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, Nov. 2014.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. Editora Perspectiva. São Paulo, 1978.
- FURTADO, J. P. NAKAMURA, E. **Inserção Social e Habitação de Pessoas com Sofrimento Mental Grave**. Ed. FAP- UNIFESP, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.
- PAIM, J. S. PINTO, I. C. M. **Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo**. *Rev. Tempus – Actas da Saúde Coletiva*. Disponível em: <www.tempusactas.unb.br> Acesso em 28 de out 2016.
- SILVA, D. S. AZEVEDO, D. M. **As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico**. *Esc Anna Nery*. V. 15, n. 3, p. 602-609, jul-set 2011.
- SILVA, E. K. B. ROSA, L. C. S. **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?** *Rev. Katál*. Florianópolis, v. 17, n. 12, p. 252-260, jul-dez 2014.
- TEIXEIRA, C. F. **Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista**. *Comunic, Saúde, Educ*. V. 7, n. 13, p. 163-6, ago 2003.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva**. Porto Alegre, 2009.
- Brasil, Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem (2004)**. Acesso em 13 de dez. 2016.

Brasil, Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário oficial, Brasília, DF, 23 de dez. 2011.

Brasil, Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial, Brasília, DF, 23 de dez. 2011.