

O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL E AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA-RJ

Gizele da Conceição Soares Martins¹, Maria Angélica de Almeida Peres², Alexandra Medeiros Brito de Oliveira³, Marluci Andrade Conceição Stipp⁴, Antonio Jose de Almeida Filho⁵

¹ Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Bolsista de iniciação científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: gizelemartins16@hotmail.com

² Doutora em História da Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: aguaonda@bol.com.br

³ Acadêmica de Enfermagem da EEAN/UFRJ. Bolsista de iniciação científica PIBIC da UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: alexandrambo@yahoo.com.br

⁴ Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Associado da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: marlustipp@gmail.com

⁵ Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: ajafilhos@gmail.com.br

RESUMO: Os objetivos desta pesquisa são caracterizar o estigma vivenciado por portadores de transtorno mental e profissionais de saúde, durante o processo de implantação das Residências Terapêuticas; e analisar a atuação da equipe de enfermagem para a transposição destes obstáculos e implantação das mesmas. É uma pesquisa qualitativa de cunho histórico-social. As fontes primárias foram constituídas de documentos escritos e seis entrevistas. O referencial teórico para análise dos resultados foi o autor Erving Goffman. Observou-se que o estigma social resultou na resistência de alguns atores sociais para implantação e permanência das Residências Terapêuticas, tanto por parte dos moradores próximos as mesmas quanto para o aluguel destes imóveis. Também se evidenciou crise de identidade profissional. Concluiu-se que o enfermeiro teve papel fundamental ao interferir no processo de estigmatização ao portador de transtorno mental e aos profissionais de saúde mental, mostrando que a mudança na forma da assistência prestada seria uma inovação.

DESCRIPTORES: História da enfermagem. Moradias assistidas. Estigma social.

THE STIGMA OF MENTAL ILLNESSES AND THE THERAPEUTIC RESIDENCES IN THE TOWN OF VOLTA REDONDA-RJ

ABSTRACT: This research aims to characterize the stigma experienced by patients with mental disorders and health professionals during the implementation process of the Therapeutic Residences, as well as to analyze the nursing staff's performance in overcoming those obstacles and implementing those Residences. A qualitative socio-historical research was undertaken. Its primary sources consisted of written documents and six interviews. The theoretical reference that supported the result analysis was the author Erving Goffman. It was observed that the social stigma resulted in some social actors' resistance against the implementation and permanence of the Therapeutic Residences, involving not only neighbors of the therapeutic residences, but also the effect on property rentals. Additionally, a professional identity crisis was observed. It was concluded that the nurse played a key role by interfering in the stigmatization process of mental disorder patients and of mental health professionals, showing that changing the form of care delivery could represent an innovation.

DESCRIPTORS: History of nursing. Assisted living facilities. Social stigma.

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y LAS RESIDENCIAS TERAPÉUTICAS EN LA CIUDAD DE VOLTA REDONDA-RJ

RESUMEN: Los objetivos de esta investigación son caracterizar el estigma vivido por portadores de trastorno mental y profesionales de salud durante el proceso de implantación de las Residencias Terapéuticas; y analizar la actuación del equipo de enfermería para la transposición de estos obstáculos e implantación de las mismas. Se trata de una investigación cualitativa de cunho histórico y social. Las fuentes primarias fueron constituídas de documentos escritos y seis entrevistas. El referencial teórico para análisis de los resultados fue el autor Erving Goffman. Se ha observado que el estigma social resultó en la resistencia de algunos actores sociales para implantación y permanencia de las Residencias Terapéuticas, tanto por los residentes cercanos a la misma como el alquiler de estas propiedades. También se demostró crisis de identidad profesional. Se concluyó que el enfermero tuvo papel fundamental al interferir en el proceso de estigmatización al portador de trastorno mental y a los profesionales de salud mental, mostrando que el cambio en la forma de atención prestada sería una innovación.

DESCRIPTORES: Historia de la enfermería. Instituciones de vida asistida. Estigma social

INTRODUÇÃO

Os portadores de transtorno mental, por não permearem os preceitos humanos da razão, foram tratados, por muito tempo, como loucos, perigosos, libertinos e, portanto, alijados da sociedade e do próprio convívio com a família, tornando-se muitas vezes mendigos ou moradores dos hospícios.¹

Essa visão sobre os portadores de transtornos mentais contribuiu para o desenvolvimento do estigma, colocando-o na condição de diferente dos demais. Desse modo, interferindo nas relações destes com a sociedade, nos ambientes sociais. Esse fenômeno ainda é percebido nos dias de hoje. O estigma pode ser entendido como “[...] a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”.^{2,11} Logo, será utilizado como referência a um atributo depreciativo.

A partir do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado na década de 1980, essa realidade começou a ser contestada¹. Para isso, são necessárias mudanças conceituais de saberes e alterações no modelo de assistência dispensado a esta clientela, pois práticas assistenciais exercidas pela psiquiatria tradicional mostraram-se desumanas e ultrapassadas.³

Como uma das alternativas para redirecionar esse modelo, na década de 1980, surgiu no Brasil os Lares Abrigados com o objetivo de humanizar o tratamento feito em instituições asilares e, assim, descaracterizar os aspectos hospitalares e buscar autonomia e novos contatos nos espaços sociais. Essa iniciativa consistia da retirada do portador de transtorno mental da enfermaria e sua inserção em um Lar, cabendo às equipes que atuavam nesses espaços intermediar a relação entre o Lar, a rede de assistência local e os profissionais de saúde desta rede. Logo, tal proposta não caracterizava esses dispositivos como local de atendimento de saúde e sim de moradia.⁴

Com o passar dos anos essa proposta ganhou novas nomenclaturas, tais como: moradias assistidas; moradias extra-hospitalares; pensões terapêuticas, entre outras. Apesar das mudanças de nomenclatura, um ponto comum é que todos esses modelos buscavam a substituição da internação psiquiátrica por uma alternativa de moradia.⁴ O modelo mais recente instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 106/00, são os Serviços Residenciais Terapêuticos, mais conhecidos como Residências Terapêuticas.⁵

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, este serviço pode beneficiar

portadores de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos; egressos de hospitais de custódia por decisão da justiça; pessoas acompanhadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) com problemas de moradia identificados pela equipe, e moradores de rua acometidos por transtornos mentais severos. As residências terapêuticas são casas, localizadas no espaço urbano e devem ter seu funcionamento compreendido como uma moradia e não como um serviço de saúde.⁵⁻⁶

As residências terapêuticas estão articuladas com os demais dispositivos da rede de atenção extra-hospitalar, como: leitos reservados em Hospital Geral; Estratégia Saúde da Família (ESF); Associação de Moradores; Centros de Convivência; e os CAPS, a fim de garantir assistência integral aos usuários.⁷ Em contrapartida a esse movimento de reestruturação do modelo de atenção assistencial ao portador de transtorno mental, há o estigma dirigido a esse grupo, em função da doença mental, o que dificulta ainda mais a aquisição de autonomia e o exercício da cidadania por esses usuários. O estigma está condicionado ao desvio de características estabelecidas previamente por uma maioria que, não se afastam dessas características, e consideram-se normais.²

Nesse sentido, a participação de pessoas estranhas àquelas que, hegemonicamente, habitam aquele espaço social, permite aos que se identificam como normais que categorizem os estranhos, conforme seus atributos e características, e, assim, estabelecem sua “identidade social”.^{2,12}

Nesse contexto, em 2009, no município de Volta Redonda, região sul do Estado do Rio de Janeiro, deu-se início a implantação de Residências Terapêuticas, sendo estas, uma alternativa de moradia para os egressos, devido ao fechamento da Casa de Saúde Volta Redonda, instituição psiquiátrica privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).⁸

A implantação das Residências foi possível uma vez que os demais dispositivos da rede de atenção extra-hospitalar já estavam em funcionamento.⁸ Contudo, as autoridades municipais e os profissionais de saúde mental ainda enfrentaram algumas dificuldades, decorrentes do estigma ao portador de transtorno mental, com vistas à implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ.

Desta forma, a fim de compreender os fenômenos históricos sobre o estigma imputado ao portador de transtorno mental no que se refere a sua reintegração no espaço social, trago como

objeto de estudo: a atuação da enfermagem diante do estigma ao portador de transtorno mental durante a implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. Os objetivos foram caracterizar o estigma vivenciado por portadores de transtorno mental e profissionais de saúde, durante o processo de implantação das residências terapêuticas em Volta Redonda e analisar a atuação da equipe de enfermagem para a transposição destes obstáculos e implantação das Residências Terapêuticas.

METODOLOGIA

É uma pesquisa qualitativa de cunho histórico-social. A pesquisa histórico-social é entendida como síntese e permite a reafirmação do princípio de que, em história, todas as abordagens estão inscritas no social e se interligam, a fim de formular problemas sobre os atores coletivos, que englobam as relações e o comportamento entre os diversos grupos sociais, com ênfase, também, na dinâmica social.⁹

As fontes primárias foram constituídas de documentos escritos, tais como leis, portarias e relatórios. Também foram realizadas entrevistas com seis profissionais que participaram do processo de criação e implantação das residências terapêuticas, com uso de um roteiro semi-estruturado, cujos conteúdos foram transcritos na íntegra.

Para garantir o anonimato das pessoas entrevistadas, as mesmas foram identificadas pelo cargo ocupado e uma sigla: Assistente Social (E1); Enfermeira, Coordenadora do Programa de Saúde Mental no município (E2); Enfermeira do CAPS (E3); Enfermeira da ESF (E4); Técnica de Enfermagem (E5); Recreadora (E6). Foram selecionados todos os profissionais que participaram diretamente do processo de implantação das residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ.

As fontes secundárias constaram de artigos indexados na Biblioteca Eletrônica SciELO e nos livros que abordavam a assistência psiquiátrica e a enfermagem psiquiátrica.

Para compreensão dos dados obtidos, os mesmos passaram por um processo de consecutivas leituras e analisados minuciosamente, buscando dialogar as diferentes fontes entre si. Após a análise dos dados e identificação de pontos comuns relevantes, as informações obtidas resultaram em categorias.

O referencial teórico deste estudo baseia-se no autor Erving Goffman, em sua obra: *Estig-*

ma – *Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*,² onde o autor apresenta que as atitudes que as pessoas que se consideram normais têm com uma pessoa com um estigma, e os atos empreendidos em relação a ela “são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. [...] Com base nisso, são feitos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida”.^{2:14-15} Essas atitudes e respostas são evidenciadas quando historicizamos a implantação das residências terapêuticas em Volta Redonda.

Cabe ressaltar que, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi submetido, em 18 de março de 2011, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, sendo aprovado, conforme consta no protocolo n. 015/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resistência na implantação e permanência das residências terapêuticas nos bairros

A residência terapêutica foi uma estratégia para realocar os portadores de transtorno mental que estavam sob internação na Casa de Saúde Volta Redonda. Esta, desde fevereiro de 1994, foi a única instituição psiquiátrica que prestava assistência aos portadores de transtorno mental no município. Como não estava de acordo com as normas de funcionamento do Ministério da Saúde, estabelecidas na Portaria nº 88/93,¹⁰ passou longos anos sob intervenção municipal (1994-2009) e, por decisão judicial, teve que ser fechada em 2009.⁸

Desta forma, a fim de evitar a desassistência dos egressos e acompanhar a mudança de paradigma da psiquiatria tradicional para um modelo de saúde mental baseado na rede de atenção extra-hospitalar, foram criadas em 2009, três residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ.

O processo de transferência dos usuários de uma instituição hospitalar psiquiátrica para as residências terapêuticas exige destes, condições psíquicas para estabelecimento de novos vínculos que permitam a reinserção social de forma integrada ao meio cultural e à comunidade, pois se deparam com a organização do espaço da cidade diferente do momento que antecedeu às longas internações.¹¹ A sociedade também possui dificuldades de aceitar essa transformação social,

devido ao estigma e pelo atributo depreciativo que acompanha o portador de transtorno mental. Os trechos abaixo corroboram esta afirmativa:

[...] as pessoas tem muito medo, preconceito e a dificuldade de aceitar a saída dessas pessoas do hospital (E2).

acho que o que mais enfrentamos foi o preconceito das pessoas (E5).

Além disso, outros desafios permeiam o novo cotidiano do usuário da residência terapêutica, pois, é preciso estabelecer relações de convívio com os moradores vizinhos, com o comércio do bairro, e o reconhecimento de trajetos diários pela cidade, gerando, assim, o sentimento de inclusão naquele território.

Essa questão do termino do hospital, do fechamento [...], e aí distribuiu nessas residências pra tirar mesmo essa questão desse rótulo de paciente psiquiátrico, pra ver se eles tem uma vida 'normal' como as outras pessoas (E4).

O estigma que o transtorno mental imputa à pessoa que o possui, expõe “evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros”^{2,12}, ou seja, diferente do que é previsto por aqueles que são considerados pessoas normais. Desta forma, a sociedade, ou parte dela, imprime no portador de transtorno mental a transição de “criatura comum e total”, para “uma pessoa estragada e diminuída”.^{2,12}

Durante o processo de implantação das residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ, uma das fases iniciais foi a busca por casas disponíveis para locação, que estivessem em conformidade com o previsto na Portaria 106/00 do Ministério da Saúde, estas deveriam possuir três quartos.⁵

Ao encontrar essas casas em um local de fácil acesso aos demais serviços de saúde, os profissionais, envolvidos neste processo, se depararam com outras dificuldades, pois, as imobiliárias resistiam em alugar as casas para o poder público municipal, uma vez que o atraso no pagamento do aluguel poderia representar gastos judiciais contra a prefeitura municipal. Além disso, os proprietários das casas resistiam em alugar seus imóveis ao saberem que os inquilinos seriam portadores de transtornos mentais, conforme descrito nos depoimentos a seguir:

[...] tinham grandes dificuldades para alugar essas casas [...]. Segundo as imobiliárias, a prefeitura não paga os alugueis em dia e eles não podiam despejar, por conta de atraso de aluguel, por ser um órgão público e por isso esse processo foi tão difícil (E6).

[...] foi uma dificuldade tremenda em arranjar casa com três quartos, arejada, grande. Dificuldade das imobiliárias que não queriam alugar para o município ou quando eles descobriam que eram pacientes de saúde mental que iam morar na residência (E1).

[...] estamos encontrando dificuldade muito grande em relação às imobiliárias e aos proprietários. Quando a imobiliária aceita alugar para o serviço público, a maioria dos proprietários não aceita porque é para paciente psiquiátrico (E2).

Em um dos bairros, os vizinhos expressaram por meio de abaixo-assinado o desejo de retirar os novos moradores.

[...] então, queriam fazer um abaixo-assinado para não permitir a ida dessas pessoas para lá [...] (E2).

Eles [vizinhos] estavam se mobilizando com abaixo assinado para que esses usuários fossem tirados de lá [...] (E6).

Teve abaixo assinado dos vizinhos, os vizinhos ficavam na grade olhando, ficavam na janela olhando, ficavam na escada olhando pra dentro das casas, enfim... [...] (E3).

Nesta circunstância evidencia-se uma lógica desumana das relações sociais, pois a estigmatização sofrida pelo acometido por transtorno mental, reflete a dificuldade de aceitação deste pelo grupo hegemônico da sociedade, além do não reconhecimento de suas capacidades e de seus direitos. Este fato é passível de ser analisado ao levar em consideração que a sociedade estabelece a divisão das pessoas em categorias e estas são identificadas pelos atributos comuns aos seus membros.² Logo, ao deparar-se com um estranho, é possível estabelecer uma identidade social para esse indivíduo.

Considerando a relação entre o princípio de Residência Terapêutica e reabilitação psicossocial, destacamos a necessidade de investimento para aumentar as habilidades do indivíduo, “diminuindo suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano”.^{12:449} Dessa forma, pode-se reduzir o estanhamento da sociedade a estes portadores.

A implantação das residências terapêuticas, ainda em sua fase inicial, impôs aos técnicos de enfermagem e autoridades municipais outro problema, qual seja, a dificuldade anunciada pelos vizinhos das moradias, principalmente quando os usuários entravam em crise, como ilustra o depoimento a seguir:

[...] alguns vizinhos não entendem, acham que nós estamos maltratando [...] porque eles [vizinhos] não entendem quando o paciente está em crise, acham

que é a enfermagem que está maltratando eles [...]. Então eu acho que é um preconceito porque se fosse uma casa normal, você pode gritar, pode brigar porque você está na casa, mas sendo paciente psiquiátrico em residência terapêutica tem esse preconceito (E5).

[...] fizeram [vizinhos] denúncias, várias denúncias que pacientes estavam gritando dentro da casa, que deviam estar sendo maltratados e foi muito difícil (E3).

São encontradas características sociológicas semelhantes dentre os variados tipos de estigma, abrangendo o portador de transtorno mental.² Nesse caso, o indivíduo que “[...] poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que o encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”.^{2:14}

A crise de identidade profissional durante a implantação das residências terapêuticas

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, as Residências Terapêuticas tipo I devem ter um cuidador, profissional sem formação na área da saúde. Tem como função auxiliar as tarefas do cotidiano da casa, além de estimular a autonomia dos usuários, sem reproduzir práticas e rotinas de um hospital psiquiátrico. Cabe destacar que essas moradias devem abrigar pessoas com mais autonomia e menor dependência de cuidados clínicos. Já no tipo II, as pessoas possuem maior dependência de cuidados clínicos, como limitações físicas, e menor autonomia, necessitando da presença de um técnico de enfermagem 24 horas, além do cuidador.⁶

Esses cuidadores não necessariamente precisavam ser profissionais formados [...]. O cuidador era [...] aquele que estaria facilitando uma convivência e algumas atividades de vida diária dentro da residência (E1).

Na fase inicial de criação e implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda-RJ, houve moradias que se assemelhavam ao tipo I e ao tipo II. Contudo, as Residências não conseguiram atender a todos os itens preconizados pelo Ministério da Saúde, devido à superlotação nas casas, resultado da criação de três Residências Terapêuticas quando a real necessidade do município para atender a demanda egressa da Casa de Saúde Volta Redonda era de quatro. Desta forma, as Residências não foram cadastradas ao SUS e foram financiadas, à época, apenas com recursos da prefeitura.

A Casa de Saúde Volta Redonda tinha 29 pacientes e cada Residência, de acordo com o Ministério da

Saúde, poderia comportar de seis a oito usuários. Então, precisava-se de quatro residências terapêuticas [...]. (E1).

Elas não estão cadastradas porque o número de pessoas está acima do que a portaria prevê, justamente porque precisamos de mais uma casa, estamos com um usuário a mais em cada residência. [...] temos essas residências sendo bancadas pelo município pura e simplesmente porque elas ainda não são cadastradas (E2).

[...] o que a gente ficava sabendo é que a prefeitura não recebia nenhum faturamento enquanto não tivesse o credenciamento. Então, mas como solicitar um credenciamento se a gente não tinha a quarta casa? Havia superlotação [...] (E3).

Os profissionais que atuavam no interior das Residências Terapêuticas puderam ser contratados como técnicos de enfermagem, independente da classificação quanto ao tipo I ou II que mais se assemelhavam. Nesse caso, a contratação dos técnicos de enfermagem não levaria a prejuízo maior, naquele momento, uma vez que as Residências, à época da implantação, não atendiam a todas as normas estabelecidas para o cadastramento ao SUS. Portanto, ainda precisavam ser feitos alguns ajustes para que esse novo dispositivo da rede de saúde mental ficasse de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

[...] então, ela [residência terapêutica] ia ser montada sem ser credenciada, porque se ela fosse credenciada essas pessoas não iam ser contratadas como técnicos de enfermagem dentro da Residência e sim como cuidador [...] (E1).

[...] um dos problemas grandes que a gente teve foi que nós não temos no nosso município o cargo de cuidador [...]. O ideal seria que contratássemos todos os cuidadores, mas a gente não pôde fazer isso oficialmente. Então, a gente acabou fazendo algumas adaptações, o que causou muitas confusões e estranheza em relação aos próprios profissionais (E2).

Na Residência em que apenas o cuidador era previsto, ou seja, mais semelhante ao tipo I, os técnicos de enfermagem não deveriam exercer funções de acordo com sua formação profissional. Suas ações deveriam ser baseadas no auxílio e supervisão das atividades cotidianas, estímulo da autonomia para desenvolvimento das atividades de vida diária, e reinserção social. Assim, destacava-se a capacidade de estabelecer vínculos e estar receptivo ao outro para que os cuidados fossem de fato reabilitadores.¹³ Nesse contexto, surgiu a crise de identidade profissional e o estigma baseado na reclassificação de categoria em que esse profissional estava inserido.

[...] *necessidade de colocar esses cuidadores como técnicos de enfermagem devido ao pouco grau de autonomia que esses usuários das residências terapêuticas tinham* (E3).

Alguns técnicos estavam em questionamento: bom, eu sou técnico de enfermagem e serei contratado como cuidador? Como se fosse um desmerecimento da profissão deles [...] (E1).

A resistência por parte dos técnicos de enfermagem frente à possibilidade de contratação como cuidadores pode ser entendido como um estigma àqueles que não possuem uma titulação profissional própria aos profissionais da saúde. E, no caso específico, definidos como parte de um projeto político assistencial para cuidar de pessoas com transtorno mental, em um ambiente domiciliar.

Além disso, evidenciava-se um desconforto para os técnicos de enfermagem que somente poderiam ser contratados como cuidadores, ou seja, um conflito entre a identidade social real – categoria e atributos que efetivamente pertencem a esse grupo – e a identidade social virtual, atributos externos imputados a alguém ou grupo.² Tal desconforto poderia influenciar no envolvimento e no compromisso do profissional, aspectos considerados de “grande valor e também facilitadores para que a pessoa em sofrimento psíquico pudesse reconstruir e retomar seu próprio caminho”.^{13:660}

No caso das Residências que se assemelham ao tipo II, a contratação dos técnicos não representava uma discrepância ao que era previsto pelo Ministério da Saúde. Esses profissionais deveriam desenvolver ações de acordo com a sua formação profissional, porém, devido à ausência de contratação do cuidador, os técnicos passaram a acumular esta função.

Atuação do enfermeiro durante a implantação das residências terapêuticas

No sentido de minimizar o estigma que marca o portador de transtorno mental no município, enfermeiros e demais profissionais de saúde envolvidos no processo de negociação para se concretizar a locação das casas, fizeram reuniões com os proprietários desses imóveis e os orientaram quanto à mudança de paradigma no campo da saúde mental. Além disso, demonstraram que os portadores de transtorno mental possuíam condições de ocupar uma moradia em meio urbano e tinham o direito de exercer sua cidadania. Tal iniciativa é evidenciada com os depoimentos a seguir:

[...] *houve intervenção da secretaria de saúde, reunião com a associação de moradores desses bairros para que eles entendessem um pouco, ajudasse, colaborassem também com a chegada dos usuários nesses bairros* (E5).

[...] *a gente conversa com todos eles [proprietários], a gente explica mostra. Uma das casas que hoje está alugada, o proprietário veio até nós com o processo todo fechado só faltando a assinatura dele, dizendo que não queria aquelas pessoas morando na casa dele porque iam destruir, iam quebrar. Aquelas coisas todas que as pessoas tem por falta de conhecimento. Eu conversei com ele, mostrei fotos e depois de todo esse processo ele resolveu alugar, mas não são todas as pessoas que depois desse processo de interação de conhecimento, dessa conversa, que decidem alugar* (E2).

Para contornar esse obstáculo à permanência dos usuários nas Residências, também foram realizadas reuniões com a Associação de Moradores dos bairros, com a finalidade de demonstrar a necessidade da manutenção de tais dispositivos, explicar seu funcionamento e enfatizar que a presença de tais moradores não desvalorizaria o bairro e deveria ser entendida como uma estratégia inovadora ali implantada. Os depoimentos a seguir ilustram esse fenômeno.

[...] *como já estávamos fazendo um trabalho, intensificamos esse trabalho fazendo diversas reuniões na comunidade, utilizando os espaços de igrejas para que pudéssemos deixar as pessoas da comunidade mais tranqüilas no sentido de conhecer um pouco os pacientes* (E2).

Estamos fazendo um trabalho com a secretaria de ação comunitária, secretaria de esporte e lazer, vamos iniciar um agora com a secretaria de cultura, estamos fazendo um trabalho de educação. [...] porque essa questão de lidar com o louco não é muito simples para a população e, hoje já vemos pessoas da própria comunidade defendendo a causa, pessoas da própria comunidade, temos uma associação de moradores que estamos envolvidas com ela. Então assim, comprou a causa no sentido de acreditar que é possível restabelecer um indivíduo que ficou anos isolado da sociedade (E2).

[...] *e aí todo um trabalho com essa comunidade teve que ser feito [...] as pacientes começaram a passear pelos bairros, a ter contato com os vizinhos e eles começaram a perceber que, assim, é possível essa convivência* (E3).

Outra estratégia adotada pela coordenação de Saúde Mental do município tinha como meta a atuação direta dos técnicos de enfermagem nas Residências Terapêuticas, isso porque estavam acostumados a um modelo de assistência asilar e,

portanto, incompatível com a proposta dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Nesses serviços a convivência como cidadão na sociedade não é o único atributo desejável ao portador de transtorno mental, “mas a convivência desprovida de preconceito que paira sobre a doença mental, ainda nos dias de hoje”.^{14:169}

Os técnicos de enfermagem contaram com o apoio das enfermeiras do CAPS e da ESF, com vistas a receber suporte, supervisão, orientações e estímulo para enfrentarem as dificuldades advindas do estigma nesse processo de mudança e as adaptações ao novo modelo de assistência, defendidas nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

[...] *é uma experiência muito nova para todos nós, para a enfermagem principalmente, que sai de uma prática executora de tarefas para uma prática criativa, para uma prática inovadora* (E3).

[...] *porque aí eles [técnicos de enfermagem] estão vendo que a gente também está junto, é valorizar o serviço. [...] Então também é feito esse trabalho dentro do serviço, essa conscientização dessa responsabilidade. E isso a gente cobra mesmo, a gente está junto lá* (E4).

[...] *então, a própria coordenadora do Programa de Saúde Mental estava dando esse suporte, estava indo fazer as visitas, ela e a Coordenadora dos Programas de Volta Redonda. Elas estavam dando esse suporte, iam todos os dias. Ela [coordenadora do Programa de Saúde Mental] é enfermeira também* (E6).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o enfermeiro auxiliou o enfrentamento do estigma e explorou a questão de reclassificação da categoria, a qual o técnico de enfermagem foi submetido, como algo que poderia trazer benefícios para eles e para os usuários das Residências Terapêuticas. Essa afirmativa é corroborada pelo autor Erving Goffman: “[...] quando normais e estigmatizados realmente se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre uma das cenas fundamentais da sociologia porque, em muitos casos, esses momentos serão aqueles em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e efeitos do estigma”.^{2:23}

CONCLUSÃO

O estigma atribuído ao portador de transtorno mental pode reduzir suas chances de estabelecer vínculos com a sociedade e compartilhar de outros ambientes sociais. A atitude que a sociedade teve perante o portador de transtorno mental, na condição de maioria hegemônica, dificultou o

estabelecimento de uma relação social no município de Volta Redonda-RJ durante a implantação das residências terapêuticas. Essa conduta pode minimizar possibilidades dos usuários terem suas capacidades e outros atributos percebidos por parte da sociedade que, muitas vezes, enxergam apenas a doença e suas limitações e não o indivíduo e suas potencialidades.

A mudança que ocorreu com os membros de diversas categorias do município atingiu também o profissional técnico de enfermagem, que passou por um processo de questionamento a cerca da categoria social que pertencia, ou seja, cuidador ou técnico de enfermagem. Necessitou, assim, de suporte e orientação que foram dados pelos enfermeiros do CAPS e da ESF.

Desta forma, o enfermeiro teve papel fundamental ao interferir no processo de estigmatização ao portador de transtorno mental. Isso ocorreu através de orientações e esclarecimentos a diferentes segmentos da sociedade, como a sensibilização dos proprietários das casas, dos corretores de imobiliárias, dos moradores vizinhos das Residências, acerca do novo modelo integral de atenção ao portador de transtorno mental e seus direitos como cidadão. Além de mediar o conflito de identidade profissional dos técnicos de enfermagem, mostrando que a mudança na forma da assistência prestada seria uma inovação e não um descrédito a sua profissão.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde [pagina na Internet]. A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Brasília (DF): MS; [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>
2. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro (RJ): LTC; 1998.
3. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist Cienc Saude-Manguinhos [online]. 2002 [acesso 2011 Jul 11]; 9(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>
4. Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? Saúde Soc [online]. 2007 [acesso 2011 Jul 20]; 16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete Ministerial. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000: Institui

- os serviços residenciais terapêuticos. Brasília (DF): MS; 2000.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília (DF): MS; 2004.
 7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF): MS; 2005.
 8. Martins GCS, Moraes AEC, Santos TCF, Peres MAA, Almeida Filho AJ. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2012 Jan-Mar [acesso 2012 Set 28]; 21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100010&lng=pt
 9. Castro H. História social. In: Cardoso CF, Vainfas R, organizadores. *Domínios da História. ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Campos; 1997.
 10. Moraes AEC, Almeida Filho AJ, Santos TCF, Peres MAA, Souza MCF, Oliveira AB. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2010 [acesso 2011 Set 03]; 9(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300015
 11. Pinho PH, Oliveira MAF, Vargas D, Almeida MM, Machado AL, Silva ALA, et al . Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2009 [acesso 2012 Set 28]; 43(spe2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600020&lng=en
 12. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira JA. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2006 [acesso 2012 Set 28]; 14(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300021&lng=pt
 13. Pereira MAO. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2007 [acesso 2012 Set 28]; 15(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400021&lng=pt
 14. Hirdes A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009 [acesso 2012 Set 28]; 14(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100022&lng=en