

Desinstitucionalização da Saúde Mental:

contribuições para estudos avaliativos

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: José da Rocha Carvalheiro

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (IMS-UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (IMS-UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Roseni Pinheiro (IMS-UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Cidadania do Cuidado

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar bl. E

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL)

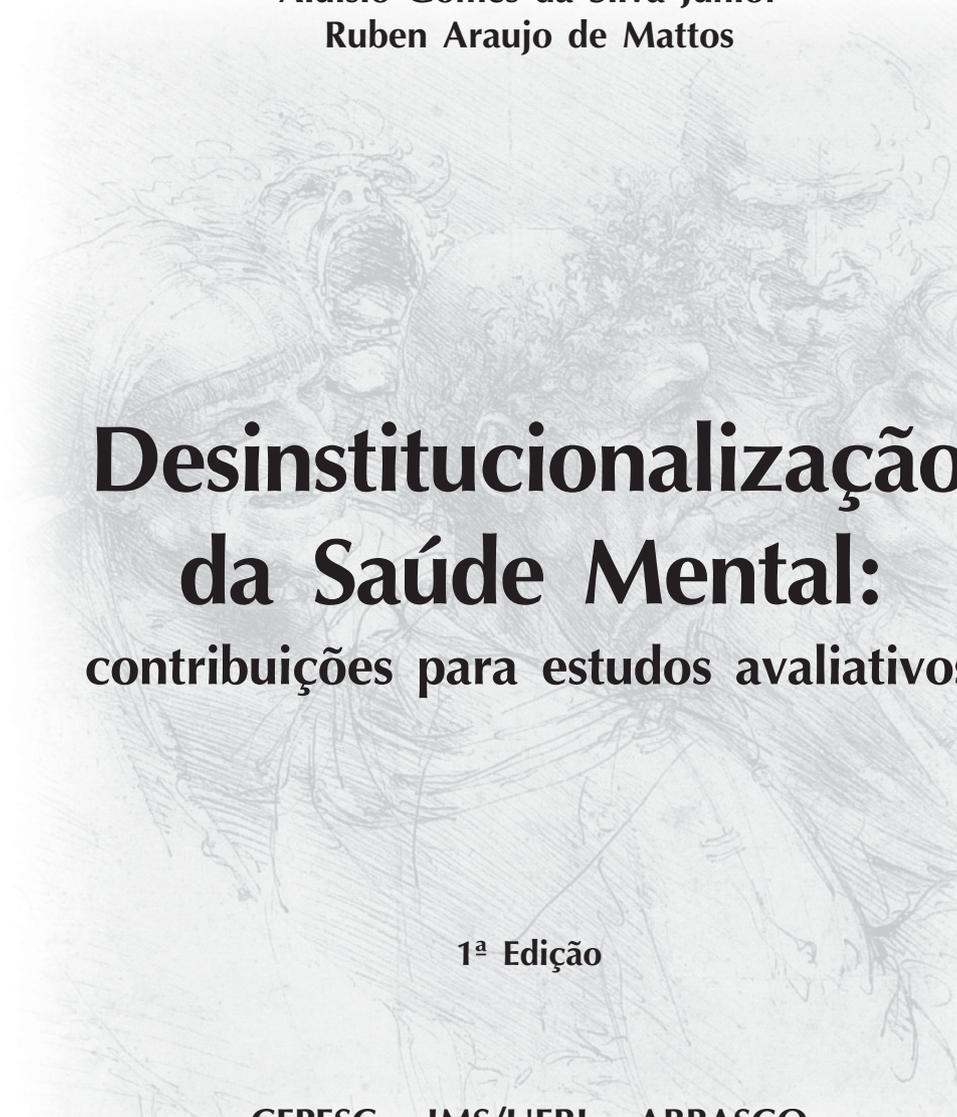
ORGANIZADORES

Roseni Pinheiro

Ana Paula Guljor

Aluísio Gomes da Silva Junior

Ruben Araujo de Mattos



Desinstitucionalização da Saúde Mental:

contribuições para estudos avaliativos

1ª Edição

CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO

**Rio de Janeiro
2007**

Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos
Roseni Pinheiro, Ana Paula Guljor, Aluisio Gomes da Silva Junior e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)
1ª edição / novembro 2007

Copyright © 2007 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: Mauro Corrêa Filho
Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira
Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho
Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

D457 Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos /
Roseni Pinheiro, Ana Paula Guljor, Aluisio Gomes, Ruben Araújo de Mattos,
organizadores. – Rio de Janeiro : CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.
284 p. (Série Saúde participativa)

ISBN: 978-8589737-39-5

1. Saúde mental – Brasil. 2. Política de saúde mental – Brasil. 3. Hospitais psiquiátricos. 4. Pessoal da saúde mental e pacientes. de - Brasil. I. Pinheiro, Roseni. II. Guljor, Ana Paula. III. Silva Junior, Aluisio Gomes da. IV. Mattos, Ruben Araújo de, 1957-. V. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. VI. Instituto de Medicina Social. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. VII. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 616.89:362.1

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

SUMÁRIO

Apresentação7

PARTE I - PRESSUPOSTOS TEÓRICOS, TRAJETÓRIA METODOLÓGICA E NOÇÕES FUNDANTES

Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado13
Roseni Pinheiro, Ana Paula Guljor e Aluisio Gomes da Silva Junior

Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas41
Paulo Duarte de Carvalho Amarante e Eduardo Henrique Guimarães Torre

PARTE II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental65
Ana Paula Guljor e Roseni Pinheiro

**Da “instituição negada” à “instituição inventada”:
a especificidade do processo de desinstitucionalização
do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói-RJ91**
Ândrea Cardoso de Souza, Alan Teixeira Lima e Roseni Pinheiro

**Moradores, internos, clientela de longa permanência?
Aspectos socioclínicos da clientela na relação
entre demanda e oferta em processo de
desinstitucionalização em hospital psiquiátrico115**
Jaqueline Rodrigues Robaina, Ana Paula Guljor e Roseni Pinheiro

**PARTE III - CONTRIBUIÇÕES DIALÓGICAS SOBRE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA ESTUDOS
AVALIATIVOS EM SAÚDE MENTAL**

Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização	137
Erotildes Maria Leal e Pedro Gabriel Godinho Delgado	
CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros	155
Silvio Yasui	
O “cuidador da desinstitucionalização”: o trabalho político das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos	169
Carlos Eduardo de Moraes Honorato e Roseni Pinheiro	
Desinstitucionalizando a formação em saúde mental: uma história em dois tempos	189
Paula Cerqueira, Victoria Brant, Claudia Tallemberg, Leila Vianna e Edneia Tayt-Sohn Martuchelli	
Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil	209
Gina Ferreira	
Desinstitucionalização e integralidade no Sertão Cearense	225
Luís Fernando Tófoli	
ANEXOS	241
SOBRE OS AUTORES	279

APRESENTAÇÃO

Desinstitucionalização em saúde mental: uma proposta avaliativa da relação entre demanda, oferta e necessidade

ROSENI PINHEIRO
ANA PAULA GULJOR
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Nesta coletânea o leitor encontrará um conjunto de trabalhos inéditos que busca cumprir um duplo objetivo: apresentar uma proposta avaliativa da desinstitucionalização em saúde mental e oferecer contribuições dialógicas sobre experiências de implantação de dispositivos desinstitucionalizantes, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Tal proposta nasce no bojo da pesquisa intitulada “Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: avaliação da demanda e adequação da oferta de cuidado” – 1ª fase, que teve início em 2004, contando com apoio da UERJ e FAPERJ em diferentes etapas e modalidades de sua atuação. Constitui um dos subprojetos estruturantes do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), certificado em 2004 como grupo de pesquisa do CNPq, o qual conta com apoio da UERJ, CNPq e FAPERJ. A pesquisa foi aprovada no Edital MS/CNPq/FAPERJ 2004, avaliada e aprovada pelo CEP-IMS-UERJ, sob o nº 13/2005.

O “Simpósio sobre necessidades e demandas em saúde mental: uma proposta de práticas avaliativas para a desinstitucionalização”, realizado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, no dia 20 de setembro de 2007, constituiu encontros auspiciosos, que propiciaram um debate profícuo sobre os resultados da pesquisa, e com essa devolutiva configurou-se um dos principais produtos da pesquisa. Em outubro de 2007, obtivemos a aprovação da FAPERJ e, com

apoio da UERJ, iniciaremos a segunda fase, com a ampliação das atividades para outros cinco municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Para cumprir os objetivos inicialmente propostos, esta coletânea, composta por dez textos originais, está dividida em três partes. Na primeira, em dois capítulos apresentamos os pressupostos teóricos, a trajetória metodológica e as noções fundantes que pavimentaram o solo epistemológico da pesquisa, no qual as práticas cotidianas se revestem de sentidos. Pinheiro, Guljor e Silva Junior desenvolvem uma proposta de prática avaliativa da relação entre demanda, necessidade e oferta de cuidados à clientela de longa permanência institucional numa unidade hospitalar psiquiátrica em Niterói (o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba). A proposta inclui a apresentação de instrumentos de coleta de dados e de monitoramento e avaliação a serem utilizados pelos dirigentes, pesquisadores e estudantes interessados na temática. Amarante e Torre apresentam reflexões fundantes sobre a avaliação em saúde mental, com proposições de dimensões analíticas que se relacionam ao diagnóstico e psicopatologia do campo da saúde e seus efeitos na saúde pública.

A segunda parte constitui a apresentação e discussão dos resultados alcançados. Guljor e Pinheiro propõem desdobramentos teóricos sobre as categorias demanda e necessidade em saúde mental, a partir do olhar crítico acerca de saberes e práticas dos atores no cotidiano da instituição que sustentam o cuidado na desinstitucionalização. Na esteira dessa análise dos discursos, Souza, Lima e Pinheiro discutem os sentidos atribuídos pelos atores ao processo de desinstitucionalização, que conferem especificidade ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, no município de Niterói. Robaina, Guljor e Pinheiro descrevem os aspectos socioclínicos da clientela de longa permanência, que, a partir de um estudo transversal, nos oferecem elementos para desdobramentos analíticos e críticos da literatura sobre o tema.

Por fim, a terceira parte trata de contribuições dialógicas sobre o processo de desinstitucionalização, oferecendo subsídios teóricos e práticos sobre experiências concretas, cujas narrativas propõem questões importantes para avaliação. Leal e Delgado discorrem criticamente sobre a clínica, deslindando o cotidiano do CAPS, eleito como dispositivo privilegiado de desinstitucionalização. Yasui, numa perspectiva semelhante, situa o CAPS como uma estratégia de produção

de cuidado em saúde mental e ressalta os atributos habilitadores de proporcionar “bons encontros” terapêuticos. Honorato e Pinheiro propõem a categoria “trabalho político” como ferramenta analítica para refletir sobre o agir no processo de desinstitucionalização como materialidade da política da Reforma Psiquiátrica. Cerqueira e colaboradores problematizam a desinstitucionalização como um processo também formativo, e Ferreira, assim como Tófoli, realiza o exercício intelectual de discutir os nexos constitutivos e constituintes entre o processo de desinstitucionalização e integralidade em saúde.

Apostamos que a leitura desta coletânea irá auxiliar na construção de pesquisas avaliativas em saúde mental, pois se o objeto *desinstitucionalização* é um processo, a avaliação também o é. Esta se iniciou a partir da inquietação dos avaliadores-pesquisadores implicados, que perceberam a importância de explicitar as práticas em curso nas equipes envolvidas no cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, analisar os impasses e desafios a serem superados deve constituir a tônica de toda atividade avaliativa, pois entendemos que as atividades de julgar e decidir são componentes da responsabilidade coletiva da qual a responsabilidade dos trabalhadores e gestores sobre a saúde das pessoas é fundante. Estão todos convidados a compartilhar mais esse encontro promovido pelo LAPPIS, com apoio da FAPERJ, CNPq e UERJ.

PARTE I

**Pressupostos teóricos,
trajetória metodológica e noções fundantes**

Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação da relação entre demanda e oferta de cuidado

ROSENI PINHEIRO

ANA PAULA GULJOR

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

Introdução

Nos últimos anos, a política oficial do Ministério da Saúde (MS) de desativação de leitos psiquiátricos e constituição de uma rede substitutiva com base na atenção psicossocial tem gerado importantes avanços na lógica da assistência (ruptura com o paradigma hegemônico do racionalismo positivista/modelo médico-psicológico). Se por um lado aponta para um caminho que busca a desconstrução do manicômio, voltando-se para o cuidado no território, por outro essa trajetória traz novos desafios.

Delgado (1999, p. 117) postula, em relação ao cuidado psicossocial, que “um serviço só será possível se, localizado em um bairro, e moldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade específica, puder dar uso prático ao conceito de território”. Complementa: “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. Desta forma, o território é o ponto central na reorientação das políticas de saúde mental e, como consequência, se apresenta como diretriz nas estratégias de desinstitucionalização.

A reabilitação psicossocial dos usuários de longa permanência institucional perpassa intervenções e interseções de vários campos, pois a integralidade do cuidado implica, além da desospitalização e da moradia: reconstrução de histórias de vida, rede social, emprego, lazer entre outras necessidades que se superpõem à atenção possível

apenas através da reorganização de serviços. Ou seja, a reorientação do modelo assistencial, com base no marco teórico da atenção psicossocial, aponta para um processo de desinstitucionalização que contemple o “sujeito em sua existência-sofrimento” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A realidade da atenção em saúde mental se depara com um importante quantitativo de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos por período maior que um ano, mas que de acordo com seu perfil clínico-social demandam estratégias de intervenção particulares a cada sujeito. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são hoje a principal estratégia na vertente da organização de serviços para atenção à clientela portadora de graves transtornos psíquicos. No entanto, a Reforma Psiquiátrica propõe a cobertura de uma clientela diversificada, mesmo no que diz respeito à variedade de comprometimentos psíquicos e suas origens, sinalizando a possibilidade de cuidado no espaço do território.

Desta forma, amplia-se o olhar para contemplar sujeitos que, para além do quadro psíquico, se depararam com a exclusão do hospício e seus efeitos na perda da identidade e autonomia. A partir do ano 2000, no campo das políticas de governo, esse desafio constitui uma nova etapa, qual seja, estabelecer condições de possibilidade para a desconstrução dos grandes depósitos humanos ainda existentes no país.

Embora tenha ocorrido uma redução de 54,56% dos leitos psiquiátricos no país nos últimos dez anos,¹ pode-se observar que parcela expressiva da população internada hoje é constituída por uma clientela de longa permanência. A clientela longamente institucionalizada – herança de décadas de uma política de saúde hospitalocêntrica – é formada por uma massa de moradores de instituições psiquiátricas públicas e privadas, marcada pela miséria e destituída, em sua maioria, de seu poder contratual.²

Desta, uma parcela significativa é mantida em grandes instituições psiquiátricas com mais de 400 leitos cadastrados. De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental do MS, entre 2002 e 2007 houve

aumento dos leitos em instituições cadastradas com quantitativo até 160 leitos (de 24,11% para 43,59% do total de leitos psiquiátricos do país), o que pode favorecer uma melhor qualidade no cuidado aos pacientes.

De acordo com o mesmo relatório, quanto menor o número de pacientes nas instituições psiquiátricas, maior é a disponibilidade dos profissionais para acompanhar os pacientes. No entanto, apesar da redução de 12.551 leitos em hospitais psiquiátricos no mesmo período, ainda encontramos em agosto de 2007, nas instituições psiquiátricas, 38.843 pacientes internados (BRASIL, 2007). De acordo com a literatura e as previsões do MS, de 20 a 30% do quantitativo desses leitos estariam ocupados por pacientes com tempo maior de um ano de permanência. A estruturação da rede de CAPS, com seu crescimento exponencial nos últimos anos, mesmo sendo considerado o principal instrumento no cuidado aos portadores de transtornos mentais, ainda não logrou reverter esse quadro.

De acordo com dados do município do Rio de Janeiro, a redução do número de internações da clientela assistida pelos CAPS é de ordem superior a 80%, se comparada ao número de internações anteriores à inserção desta nesses dispositivos.³ No entanto, é preciso também reconhecer que, ao considerarmos o quantitativo de egressos de internações de longa permanência regularmente inseridos nos serviços, o número ainda é reduzido. Ou seja, a política de desinstitucionalização demanda intervenções para além da implantação de CAPS. Esse é um novo desafio.

A partir do levantamento das condições dos hospitais psiquiátricos no país, foi possível estabelecer dados mais concretos acerca da qualidade da assistência oferecida, além de uma noção mais fidedigna do quantitativo de pacientes de longa permanência institucional. Os dados do Ministério da Saúde no relatório de gestão 2003-2006 apontam que 65% dos hospitais psiquiátricos apresentam 20% ou mais de pacientes de longa permanência no país. Considera também que essa porcentagem possui variações por regiões, destacando que há censos no Rio de Janeiro que indicam entre 40 e 50% de moradores.⁴

¹ Em 1996 existiam 72.514 leitos psiquiátricos no país. Em 2006 o Ministério da Saúde contabilizou um total de 39.567 leitos.

² De acordo com Kinoshita (1996), o poder contratual é o valor atribuído a cada indivíduo dentro do universo social, sendo este o pressuposto para o processo de trocas sociais.

³ Dados do relatório semestral do Instituto Franco Basaglia (2002).

⁴ Categoria utilizada na avaliação do perfil da clientela hospitalizada, relacionada ao contingente daqueles que se encontram internados ininterruptamente há mais de dois anos, a despeito da agudização de seus quadros psicopatológicos (CERQUEIRA *et al.*, 2006, p. 126).

Entretanto, é preciso destacar a importante redução de leitos ocorrida nos últimos dez anos. A partir de dados referidos por Furtado (2006b) e o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2007), podemos observar a evolução a seguir:

**Tabela 1 – Leitos psiquiátricos no Sistema Único de Saúde (SUS).
Brasil, 1997, 2000, 2003 e 2006**

Ano	1997	2000	2003	2006
Leitos psiquiátricos no SUS	71.041	60.868	48.828	39.567

Fonte: Furtado (2006b); Relatório de gestão 2003-2006, Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental.

No que diz respeito ao quantitativo de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), temos alguns questionamentos. É notória a ampliação significativa de serviços extra-hospitalares de cuidado em saúde mental. No entanto, ao observamos a progressão geométrica dos CAPS, não podemos deixar de constatar que a velocidade da implantação de dispositivos que garantam a efetiva reinserção social da clientela de longa permanência institucional ainda se apresenta numericamente insuficiente para abarcar a dimensão atual do problema da clientela de longa permanência. Tal fato também é corroborado pelo número de serviços residenciais terapêuticos existentes, comparados ao quantitativo da clientela ainda moradora dos hospitais psiquiátricos.

Furtado (2006a) destaca que de 572 CAPS existentes no ano de 2004, apenas 41 acompanhavam egressos de longa internação em SRTs, ou seja, 6,7% dos mesmos. Vejamos os dados abaixo:

Tabela 2 - Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasil, 1997, 2000, 2002-2006

Ano	1997	2000	2002	2003	2004	2005	2006
Centros de Atenção Psicossocial	112	208	424	500	605	738	1011
Serviços Residenciais Terapêuticos	-	-	85	141	265	393	475

Fonte: Relatório de gestão 2003-2006, Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental.

Utilizando a definição de Amarante (2003) sobre as quatro dimensões que envolvem o processo da Reforma Psiquiátrica, consideramos que, no âmbito jurídico-político, paralelamente à regulamentação dos CAPS, também foram publicadas as portarias que regulamentam os SRTs e definem a forma de remuneração de suas ações.⁵ Mais recentemente foi sancionada, pelo Presidente da República, a lei que institui o Programa de Volta Pra Casa. A lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para portadores de transtornos mentais egressos de internações. O auxílio consiste no pagamento de um valor fixo em reais aos egressos de instituições hospitalares psiquiátricas onde tenham permanecido por um período igual ou superior a dois anos na época da publicação da lei.

Em alguns municípios também são encontradas legislações específicas instituindo auxílios financeiros à clientela com vários anos de internamento, como no caso do município do Rio de Janeiro, com verbas de reorientação das autorizações de internações hospitalares (AIH) – todas vinculadas ao acompanhamento dos contemplados pelos CAPS. Essas medidas oferecem as bases para o suporte extra-hospitalar de uma clientela cujos laços sociais foram marcadamente comprometidos pelo tempo de institucionalização.

É importante destacar que as condições estruturais por si só não determinam o sucesso do processo de desinstitucionalização. Sendo assim, estamos nos referindo ao conceito de desinstitucionalização descrito por Rottelli (2001, p. 29-30):

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. [...] O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

Neste sentido, aponta-se para a potência da dimensão técnico-assistencial e da dimensão cultural da Reforma Psiquiátrica citada por Amarante (2003). Nenhuma das duas pode existir isoladamente na constituição de um projeto voltado para a desconstrução dos grandes hospitais psiquiátricos que busque a efetiva reinserção social dos

⁵ Respectivamente, Portarias nº MS/106, de 11/02/2000, e MS/1.220, de novembro de 2000.

sujeitos envolvidos. A referência articulada dessas dimensões se faz necessária devido ao risco de reduzirmos *desinstitucionalização* ao sentido inicial utilizado pela psiquiatria preventiva norte-americana, cunhado na década de 1950 como sinônimo de desospitalização. Ou seja, não ampliando as ações em relação ao direito ao trabalho, à moradia ou mesmo ao estabelecimento de laços de solidariedade na comunidade onde se inserem os portadores de sofrimento psíquico.

A articulação dos diversos recursos, em paralelo à vontade política dos gestores, precisa somar-se ao exercício de uma clínica comprometida com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a um processo de transformação cultural dos atores envolvidos, quais sejam, a comunidade/sociedade, os profissionais, os portadores de sofrimento psíquico e suas famílias. O conhecimento e a implementação das noções e conceitos básicos da clínica da atenção psicossocial são determinantes na condução dessa trajetória. (GULJOR, 2003).

Com isso parece-nos evidente a necessidade de se avaliar os efeitos e repercussões do processo de desinstitucionalização nos convocando para mais uma tarefa premente, na medida em que os motivos da morosidade da redução do quantitativo de pacientes de longa permanência poderiam ser mais bem explorados como objeto de investigação avaliativa. Apesar da redução de leitos psiquiátricos, ainda é recorrente a dificuldade dos programas de saúde mental para efetivar a reinserção social dessa clientela.

Diante dessa assertiva, propomos um desenho interdisciplinar avaliativo capaz de contribuir para a compreensão desses motivos, a partir do mapeamento do perfil da demanda da clientela de longa permanência, ao mesmo tempo em que se busca avaliar a adequação da oferta de cuidado destinada a respondê-la de forma regionalizada. Tal desenho resulta da finalização da primeira fase do projeto de pesquisa intitulado *Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: avaliação da demanda e adequação da oferta de cuidado*, coordenado pelos autores e que conta com o apoio da FAPERJ, UERJ e HPJ para sua realização.⁶ Vale ressaltar que os

⁶ A segunda fase do projeto foi aprovada pela agência de fomento, cujos recursos concedidos integram o Programa de Auxílio à pesquisa 1 da FAPERJ, com previsão de início para novembro de 2007.

resultados desta fase vêm permitindo pensar tanto do ponto de vista do planejamento e gestão (implantação de serviços, priorização orçamentária, demanda de recursos humanos, etc.), quanto no cotidiano do cuidado no campo assistencial (processo de trabalho, menu de atividades, fluxo, vínculo, acolhimento, etc.).

Entendemos que a construção de desenhos interdisciplinares avaliativos que se propõem a analisar as relações estabelecidas entre os atores, em suas práticas no cotidiano das instituições de saúde – neste caso, uma unidade hospitalar psiquiátrica – confere os atributos habilitadores para efetivação da integralidade em saúde, aqui definida como uma ação social resultante da permanente interação democrática dos atores na relação entre demanda e oferta de cuidados, em planos distintos de atenção à saúde, seja no plano individual, seja no plano sistêmico,⁷ nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p. 65).

Para tanto, apresentamos a seguir o marco lógico desenvolvido e os desdobramentos teórico-práticos construídos, assim como o cotidiano da pesquisa até chegar ao tratamento do material empírico coletado e às conclusões.

O marco lógico da pesquisa

As correntes tradicionais de avaliação têm concentrado seus estudos na descrição da estrutura, do processo e dos resultados das ações de saúde, como componentes isolados, desconsiderando os atores em suas práticas e concepções no cotidiano das instituições. Tendo como pano de fundo a discussão da integralidade como diretriz universal na consolidação da política do Estado brasileiro para a saúde - o SUS (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004, 2005 e 2006), em especial, assumindo como eixo na construção de propostas de avaliação de suas ações (PINHEIRO, 2001; MASCARENHAS, 2003; SILVA JUNIOR *et al.*, 2003 e 2006; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004), optou-se pela elaboração de uma abordagem teórico-metodológica capaz de privilegiar o cotidiano e a prática dos atores envolvidos na gestão e no cuidado em saúde em diferentes campos de atuação.

⁷ Neste tipo de experiência incluímos, no que diz respeito ao plano sistêmico citado pela autora, as ações no território desenvolvidas pela equipe de saúde.

Para tanto, delimitamos como objeto para aplicação desta abordagem o processo de desinstitucionalização numa instituição hospitalar psiquiátrica situada no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro – o Hospital de Jurujuba. Utilizando a prerrogativa metodológica inicial do estudo de caso, buscou-se analisar a adequação da oferta de atenção em saúde mental às necessidades e demanda da clientela de longa permanência nessa instituição, a partir do estudo das práticas dos atores no cotidiano do seu processo de desinstitucionalização. Para tanto, assumimos como base teórica para construção do marco lógico o arcabouço de análise de práticas avaliativas proposto por Demarteau (2002), composto por três dimensões principais, quais sejam: a dimensão social, a dimensão estratégica e a dimensão técnica.

Na dimensão social, a avaliação é entendida como uma prática social cujo contexto se reveste de importância fundamental, pois abarca a própria constituição da política em sua dinâmica, na qual as práticas a serem avaliadas remetem aos elementos constituintes da própria política de desinstitucionalização do louco. Isto porque compreendemos que essa política apresenta configurações diferenciadas sobre as necessidades de atenção à saúde mental, que são percebidas pelos atores envolvidos em suas práticas na relação entre oferta (organização) e demandas (sociedade).

Já na dimensão estratégica, a avaliação incide sobre a identificação dos atores e nos mecanismos adotados na tomada de decisão sobre a organização desta oferta, seja no reconhecimento das necessidades expressas pela clientela, assim como no modo de respondê-las. Dessa forma, as práticas avaliativas, definidas nesta dimensão, têm no campo da gestão/gerência do programa/política avaliado, seu lugar por excelência, pois reúne ações oriundas de negociações/pactuações que se estabelecem nos processos de trabalho em que os atores se inserem, agem e decidem, e que podem afetar, ou não, a produção dos cuidados ofertados. Neste sentido, a negociação adquire valor no processo de desinstitucionalização, por meio do qual as diretrizes de gestão, os conhecimentos e práticas dos trabalhadores e as necessidades vocalizadas da clientela passam a ser mediados por avaliadores externos à instituição. Esta perspectiva se aproxima da inclusão dos atores como protagonistas da avaliação e os consensos possíveis para

juízos de valor propostos por Guba e Lincoln (1989), conforme observado em estudos de avaliação de quarta geração.

Na dimensão técnica, as práticas avaliativas tomam como universo de ação a clínica, na qual os resultados são relacionados e confrontados com a produção do cuidado, ao mesmo tempo em que se promovem o encontro e o (des)encontro da oferta de cuidado com a demanda por atenção à saúde mental. Nesta dimensão, a construção dos instrumentos e abordagens da pesquisa pôs seu foco no cotidiano das práticas clínicas e suas fundamentações teóricas atribuídas pelos profissionais, confrontando-as com as demandas percebidas e necessidades identificadas. Além disso, tratou-se de evidenciar, nos resultados, os encontros e sobretudo os desencontros dessas práticas com as demandas dos pacientes e a política de desinstitucionalização.

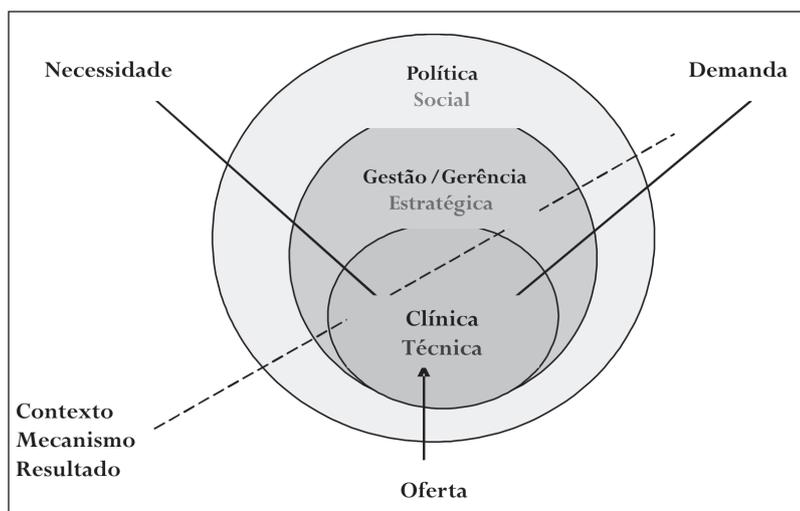
É importante frisar que o arcabouço desenvolvido por Demarteau (2002) permite tanto construir diferentes desenhos avaliativos sobre as práticas avaliativas utilizadas em diferentes âmbitos das instituições, como também construir um desenho avaliativo específico – neste caso, um desenho interdisciplinar sobre o processo de desinstitucionalização, numa unidade específica, em saúde mental.

Para elaborar esse desenho, foram construídas perspectivas analíticas capazes de apreender o entendimento dos atores no cotidiano de suas práticas, acerca dos termos demanda, necessidade e oferta, cujas dimensões aqui propostas pudessem considerar os discursos e ações desenvolvidas. As perspectivas representadas por diagramas buscam expressar o movimento de sucessivas aproximações teórico-práticas realizado durante o percurso metodológico da pesquisa.



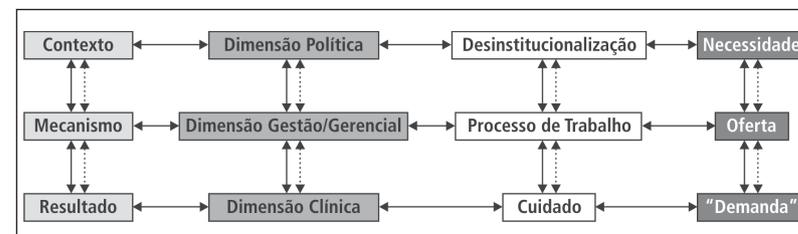
Na perspectiva 1, apresentamos o campo de interseções entre as categorias analíticas selecionadas (necessidade, demanda e oferta), para as quais os discursos e práticas encontram nas dimensões (política, técnica e gerencial) o solo epistemológico para produção de novas formas de avaliação. Estas nunca se encerram nos atos em si, mas na sua construção coletiva, e podem ser produzidas e apreendidas pelo processo avaliativo em curso – neste caso, sobre a desinstitucionalização em saúde mental.

PERSPECTIVA 2



Na perspectiva 2, o foco concentrou-se nas tensões produzidas entre os vetores de necessidades da clientela, as demandas apresentadas e/ou vocalizadas, e a oferta organizada de serviços. Essas tensões são influenciados e sofrem influência do contexto local, dos mecanismos de intervenção utilizados e dos resultados obtidos. Dessa forma, é possível perceber que as dimensões construídas pelas perspectivas 1 e 2 permitem a auto-avaliação, na qual as práticas de gestão e de cuidado constituirão a unidade de juízo de valor que orientam as decisões sobre a política a ser efetivada.

PERSPECTIVA 3



Adaptado de Demarteau (2002).

Por fim, a perspectiva 3 representa esquematicamente as “múltiplas influências” entre as diversas dimensões de análise e as práticas que delas derivam, funcionando como um desenho avaliativo sobre os elementos que a integram e estabelecem sinergia entre discursos e ações.

Nesse sentido, as “influências” decorrentes do processo avaliativo resultariam, justamente, na análise dos efeitos de sua produção nas práticas, sobretudo na tomada de decisões dos atores na efetivação da política como um todo. Pode-se observar, com essas perspectivas, a dependência recíproca que existe entre seus elementos, cujos vetores representados pelas setas vão variar de intensidade de acordo com as situações por eles vivenciadas. Os componentes mais gerais, constitutivos do processo avaliativo – quais sejam, o contexto, os mecanismos e os resultados –, ao serem considerados no estudo de caso supracitado, aponta para necessidade de considerarmos a dupla condição institucional por elas assumidas. Ou seja, a condição institucional de uma dimensão política ancora-se no campo social, a dimensão estratégica tem no campo da gestão/gerência o solo de sua corporificação e a dimensão técnica se amplia ao efetivo exercício da clínica.

Apostamos que a construção desse marco lógico permite elaborar um plano de análise específico, capaz de subsidiar a produção de desenhos interdisciplinares de avaliação, ao mesmo tempo em que contribui para deslindar a própria lógica interna do processo avaliado, nucleando os sentidos atribuídos pelos atores em suas práticas no cotidiano na instituição.

Dessa forma, os desdobramentos teóricos foram sendo desenvolvidos durante o percurso da pesquisa, consistindo num manejo conceitual e metodológico bastante desafiador e profícuo, que pos-

sibilitou aperfeiçoar as categorias analíticas deste estudo (necessidade, demanda e oferta), as quais são mais bem discutidas na segunda parte desta coletânea (GULJOR; PINHEIRO, 2007; SOUZA; LIMA; PINHEIRO, 2007; ROBAINA; GULJOR; PINHEIRO, 2007). Isto porque entendemos que as categorias analíticas visam à compreensão das relações sociais fundamentais e historicamente determinadas, envolvendo diferentes atores, o que aumenta a capacidade explicativa das concepções teóricas subjacentes, além de ser um guia teórico norteador da discussão dos resultados alcançados (MYNAIO, 2007) e subsidiar a proposições de novos desenhos avaliativos.

Ao fim da análise dos resultados, foi possível cumprir mais um objetivo deste estudo: a elaboração de um instrumento de monitoramento do processo de desinstitucionalização destinado à avaliação periódica das unidades hospitalares psiquiátricas. Esse instrumento se mostrou uma estratégia de acompanhamento das ações em curso, ao mesmo tempo em que é um instrumento de avaliação e reflexão das equipes e dos gestores na área da saúde mental.

Podemos constatar que os dados gerados com a aplicação desse instrumento permitiram apreender os elementos constitutivos e constituintes das categorias “necessidades” e “demandas” da clientela analisada, assim como avaliar a oferta organizada para respondê-las, como uma relação sinérgica do próprio processo de desinstitucionalização. Com isso, as variáveis constitutivas do instrumento ajudaram a construir um “mapa das estratégias e táticas” adotadas pelas equipes de profissionais de saúde envolvidos com a desinstitucionalização da clientela de longa permanência. O instrumento será mais discutido no quarto item deste capítulo, que antecede a descrição do cotidiano e o cenário da pesquisa.

Cotidiano e lugar da pesquisa: percurso metodológico, técnicas e cenário de investigação

O trabalho de campo da pesquisa foi realizado no período de março a novembro de 2006, após a aprovação do projeto e dos instrumentos de coleta de dados pelo Comitê de Ética na Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, registrado sob o número 13/2005.

A opção pela pesquisa avaliativa como método de intervenção e reflexão sobre as práticas de desinstitucionalização se coloca a partir

da escassez de investigações na área, e ao fato de indicadores/critérios com comprovada eficácia refletirem a realidade do cuidado em saúde mental no campo da atenção psicossocial, principalmente no que diz respeito à clientela institucionalizada, na trajetória de saída do hospital para o território. A eficácia aqui é entendida pela efetiva utilização de desenhos avaliativos que sejam porosos às relações sociais estabelecidas entre os atores em suas práticas nos processos de intervenção da realidade.

Nesse sentido se construiu o objetivo geral inicial da pesquisa, qual seja, avaliar o processo de desinstitucionalização na rede pública de saúde mental, a partir da demanda por cuidado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – adequação da oferta de cuidado na rede pública de saúde mental. Para aprofundá-lo, foram propostos objetivos específicos no que tange a demanda e a oferta de ações.

No que diz respeito à demanda, foram realizados os seguintes procedimentos: a) analisar as demandas por cuidado a partir do levantamento do perfil clínico-social da clientela internada há mais de um ano; b) levantar as principais causas de longa permanência institucional; c) elencar as demandas de suporte territorial da clientela de longa permanência; e d) analisar e categorizar as diferentes demandas de suporte necessárias à desinstitucionalização. A exigência de se observar as características particulares da clientela estudada (perfil e demanda) e entrecruzá-las com a oferta da rede de cuidado se fez no sentido de apontar para um processo cujo percurso da investigação pudesse incluir novos focos de observação e análise possivelmente não contemplados na problematização inicial.

Já no que tange à oferta, os objetivos específicos consistiram inicialmente em: a) analisar as práticas de gestão e cuidado oferecido pela rede pública de saúde; b) analisar a adequação do cuidado oferecido em relação à demanda configurada no cumprimento da etapa específica da pesquisa; e c) analisar o acesso da clientela de longa permanência ao cuidado oferecido. Cabe ressaltar que, como objeto da análise da oferta de cuidado, iremos considerar inicialmente como dispositivos da rede de cuidado as estratégias de cuidado definidas por Alves e Guljor (2004): centros de atenção psicossocial, atenção básica, hospital geral, moradia, trabalho, lazer/cultura. No decorrer da pesquisa, foi possível incluir outros que se configurassem como dispositivos de

cuidado pertinentes ao objeto deste estudo, e que pudessem ser levantados no momento exploratório de reconhecimento do campo.

No que concerne às técnicas utilizadas pela pesquisa, destacamos a revisão de prontuários, a partir de roteiro especificamente criado para este fim, por meio do qual se buscou levantar dados referentes a história de vida institucional, identificação, laços familiares/afetivos, características clínico-psiquiátricas, intervenções realizadas e outros. Além disso, foi realizada análise documental, no sentido de reunir informações sobre projetos e relatórios institucionais da rede de serviços, com vistas a melhor traçar o perfil da demanda da clientela institucionalizada. E, finalmente, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com os profissionais que assistissem à clientela internada e os profissionais e gestores da rede de cuidado extra-hospitalar. O objetivo das entrevistas foi levantar práticas e concepções referentes ao cuidado oferecido a esta clientela, a partir do entendimento de cada um sobre esses termos. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo a primeira na instituição hospitalar e a segunda na rede de suporte territorial de referência para esta clientela institucionalizada, a saber, os dispositivos e recursos utilizados pelo programa de saúde mental municipal.

A análise dos dados também se deu em diferentes etapas no desenvolvimento da investigação no campo, influenciando a discussão dos resultados e sua apresentação. Ou seja, a análise quantitativa foi a abordagem específica para apreensão das informações sobre os pacientes, levantadas em prontuários e na rede de serviços; e a análise qualitativa fora utilizada na análise dos discursos e ações dos atores visando à contextualização dos sentidos atribuídos às demandas apreendidas pela análise de documentos e falas dos atores nas entrevistas aplicadas.

A operacionalização das análises pode ser resumida em duas etapas: a primeira etapa da pesquisa utilizou como campo o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ). Essa etapa consistiu na aproximação dos seus componentes por meio da interlocução com os atores institucionais e a circunscrição da população a ser analisada. Além disso, durante esta etapa, uma nova revisão bibliográfica é realizada, principalmente sobre avaliação e desinstitucionalização. A clientela-alvo incluiu todos os pacientes internados na instituição há mais de um ano, utilizando como marco zero o mês de março de 2006. Contamos com a participação de *expertises* durante o percurso analítico.

Também foram considerados os pacientes transinstitucionalizados de outros hospitais psiquiátricos que contabilizavam no somatório o mesmo período de internamento. No total foram encontrados 43 pacientes que preenchiam tal critério. Os dados obtidos foram coletados através das informações registradas em prontuário e complementados com informações fornecidas pelos profissionais das equipes assistentes. Foi utilizado instrumento de coleta de dados (anexo 1) elaborado pelos pesquisadores submetidos a pré-teste por amostragem.

A segunda etapa da pesquisa constituiu na aplicação de entrevistas semi-estruturadas (anexo 3) com os profissionais dos setores do hospital que possuíam usuários de longa permanência institucional e da rede extra-hospitalar (CAPS, SRTs e ambulatório). Foram selecionados os serviços que possuíam uma clientela significativa de pacientes com histórico de longa permanência institucional. Sendo assim, os profissionais entrevistados exerciam suas funções em dois CAPS II do município, nos serviços residenciais terapêuticos e no ambulatório do HPJ. No total foram entrevistados 29 profissionais.

A seleção de profissionais ocorreu por amostragem, em função do período determinado para duração da pesquisa. Deste modo, foi selecionado um profissional por categoria existente em cada setor, tanto no hospital quanto nos CAPS.

Cabe ressaltar que os CAPS são responsáveis pelo tratamento da clientela desinstitucionalizada que retornou para o convívio familiar, que residem nos serviços residenciais terapêuticos municipais e também por alguns pacientes ainda internados no HPJ. O ambulatório do HPJ, devido à peculiaridade de sua localização, acolhe um quantitativo de pacientes ainda internados no albergue e outros com história de longa permanência que já residem na comunidade. Alguns freqüentam paralelamente o Centro de Convivência⁸ anexo ao hospital, que compõe a rede de serviços de Niterói.

O material empírico foi tratado a partir da análise de discurso, sendo inicialmente realizada uma categorização temática para explo-

⁸ As Oficinas Integradas são um dispositivo de atenção diária localizado em área anexa ao hospital. Este se configura como centro de convivências onde são realizadas oficinas terapêuticas, com uma equipe composta por auxiliares de enfermagem e terapeuta ocupacional (não há enfermeiro nem psicólogo). Atende à clientela referida ao ambulatório do hospital psiquiátrico e também aos demais serviços ambulatoriais da rede de saúde mental de Niterói.

ração das questões a serem consideradas na avaliação. A partir daí foram criadas categorias operatórias que buscaram sistematizar as noções mais frequentes quanto às práticas de cuidado e gestão, no que concerne aos sentidos e significados atribuídos aos termos *demanda, necessidade e oferta*.

Da mesma forma, o termo *desinstitucionalização* também foi considerado como uma categoria de análise central para a redefinição de conceitos no âmbito da pesquisa. Cabe ressaltar que os profissionais selecionados integravam o setor extra-hospitalar e intra-hospitalar da rede pública de saúde mental do município de Niterói. Tal distinção se faz necessária, pois partimos do pressuposto de que as estruturas de serviços reconfiguram as percepções dos sujeitos inseridos nesses setores, forjando perspectivas peculiares de entendimento da realidade que o cercam e, conseqüentemente, afetam suas práticas na busca de resoluções.

Foram entrevistados 29 profissionais, após assinatura do termo de consentimento informado aprovado no CEP-IMS. As entrevistas semi-estruturadas seguiram um roteiro diferenciado, de acordo com o local de inserção laborativa. Foram aplicados no total sete roteiros: 1) trabalhadores do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba; 2) trabalhadores de dois CAPS e um ambulatório; 3) trabalhadores dos serviços residenciais terapêuticos; 4) coordenadores dos setores do HPJ; 5) coordenadores das unidades extra-hospitalares; 6) diretor do hospital; e 7) coordenador municipal de Saúde Mental.

Além disso, os roteiros foram elaborados com vistas a contemplar especificidades das falas de cada profissional sobre os aspectos conceituais da integralidade do cuidado *vis-à-vis* o processo de desinstitucionalização, sobretudo aqueles aspectos voltados ao cotidiano das práticas utilizadas: percepção sobre os pacientes de longa permanência, recursos necessários à reinserção psicossocial da clientela e dificuldades no processo de desinstitucionalização.

Com essas informações, foram realizadas entrevistas com os gestores das unidades extra-hospitalares, do hospital psiquiátrico e do coordenador de Saúde Mental municipal, que forneceram subsídios para mapear a rede de serviços e o fluxo estabelecido na rede de atenção. Foi possível também conhecer o perfil dos profissionais inseridos na rede.

Em síntese, podemos destacar as seguintes informações: a idade dos profissionais variava entre 28 e 62 anos. Em sua maioria possuíam especialização na área de Saúde Mental ou afim. Foi observado que 20% possuíam formação em mestrado e/ou doutorado e 13% possuíam apenas o curso de graduação. Quanto à inserção profissional, 14 eram da rede extra-hospitalar, 14 da rede intra-hospitalar, um estava inserido em ambos os espaços (intra e extra-hospitalar) e um era o coordenador de Saúde Mental do município.

Cenário de investigação: Niterói. A configuração da rede

A escolha do campo de pesquisa se deve a características do município proposto e das instituições-alvo. O município de Niterói se localiza na Região Metropolitana do Rio de Janeiro e tem uma população de aproximadamente 500.000 habitantes. Possui uma rede de saúde mental pública municipal estruturada no marco da Reforma Psiquiátrica, cujo processo foi iniciado nos anos 80. Na década de 90 foi criada uma porta de entrada única para as internações psiquiátricas municipais, localizada no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – a qual permitiu a coordenação de saúde mental local exercer o controle das emissões de Autorizações de Internação Hospitalar (CARVALHO, 2001).

De acordo com dados do relatório de gestão anual referente ao ano de 2005 (CSM, 2006), a rede de saúde mental é composta por: dois CAPS II para portadores de transtornos mentais graves, um CAPS para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), um CAPS Infantil (CAPSI), um Centro de Convivência, seis Ambulatórios de Saúde Mental regionalizados, sendo um localizado no hospital psiquiátrico municipal, e dois serviços residenciais terapêuticos. Além destes, o Programa Médico de Família (PMF) realiza atendimentos em parceria com os serviços especializados em saúde mental, com supervisão específica aos módulos de cada região.

Ainda na rede extra-hospitalar, encontramos um dispositivo denominado “Programa de Acompanhamento Domiciliar”, segundo o qual no mínimo dois profissionais de nível médio lotados nos serviços de saúde mental (CAPS e ambulatórios) realizam a intermediação dos usuários da rede com o território. Operam através de visitas domiciliares e acompanhamentos em ações específicas no cotidiano do cuidado. Com relação à rede hospitalar, o município de Niterói

possui duas clínicas conveniadas ao SUS, sendo uma para internações masculinas, com 80 leitos, e uma para internação de ambos os sexos, com 120 leitos, e um hospital psiquiátrico próprio, com 120 leitos.

Nos dados específicos da clientela de longa permanência institucional, os documentos oficiais consultados descrevem a existência de uma equipe multiprofissional responsável pela supervisão da rede hospitalar contratada, cujas funções prioritárias estão referidas como “auxiliar a alta planejada para os pacientes de longa permanência institucional e a articulação com o tratamento pós-alta na rede extra-hospitalar” (FMS, 2006).

Já no que diz respeito à população-alvo da pesquisa, havia, em dezembro de 2005, 200 pacientes moradores de hospitais psiquiátricos na cidade, distribuídos da seguinte forma: 40 pacientes na clínica conveniada contratada masculina, 45 pacientes no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (dado que no período definido como marco da pesquisa contabilizava 43 pessoas) e 115 pacientes na clínica conveniada com leitos femininos. No período de 2004-2005 foram desinstitucionalizados 33 pacientes, e 12 residem em dois SRTs (CSM, 2006).

Com relação à população-alvo da pesquisa, destaca-se a existência, no município, de três hospitais psiquiátricos (2 privados conveniados e 1 público próprio), que constituem a porta de entrada da rede hospitalar psiquiátrica, através do serviço de recepção integrada (SRI). Desta forma, o recorte deste estudo será o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, um hospital de 120 leitos psiquiátricos subdivididos em setores de internação de agudos (masculinos e femininos), emergência e observação (mistos), albergue e enfermaria de longa permanência.

Apesar de a diretriz norteadora ser opção para a internação de curta permanência e inserção no território, encontramos uma realidade em que aproximadamente um terço dos pacientes se encontram internados há mais de um ano e apresentam diversidade de motivações de permanência institucional, além de estarem localizados em quase todos os setores da instituição – de agudos, de cuidados intensivos (longa permanência) e de preparo para a reinserção comunitária (albergue).

O Albergue é um setor composto de 17 pacientes com período de permanência maior de um ano. O setor é aberto e permite a circulação dos usuários por espaços externos. Atualmente os mora-

dores são atendidos por serviços extra-hospitalares. A SILP – setor de longa permanência - possui 12 moradores, os quais apresentam comprometimento clínico-psiquiátrico mais severo, além de tempo de permanência hospitalar superior a dez anos.

Hospital Psiquiátrico de Jurujuba: o campo da pesquisa

O Hospital de Jurujuba (HPJ) localiza-se no bairro de Charitas, no município de Niterói, e foi fundado na década de 50 do século passado. Já chegou a possuir mais de mil leitos até a década de 70. Com o processo de Reforma Psiquiátrica, estes foram reduzidos progressivamente e hoje há 120 leitos cadastrados. Em suas dependências se localiza o Serviço de Recepção Integrada (SRI) – setor de emergência psiquiátrica com seis leitos de observação que constitui porta de entrada para as internações da rede hospitalar própria e contratada. Possui equipe multiprofissional e em alguns casos são realizadas internações curtas de até 72 horas, em média. O HPJ possui ambulatório especializado com equipe multiprofissional e conta com oficinas terapêuticas. Em espaço anexo externo está localizado um centro de convivência, que atende a pacientes desse ambulatório e de outros serviços da rede.

O hospital é subdividido em cinco setores de internamento – enfermaria feminina para internação de pacientes agudos (33 leitos), enfermaria masculina (29 leitos), setor de internação para usuários de álcool e outras drogas (12 leitos), albergue atualmente com 17 pacientes e 14 no setor de longa permanência. Os dois últimos são destinados a pacientes moradores e diferenciam-se pela intensidade do suporte necessário à clientela assistida.

Apesar de a diretriz norteadora do programa de saúde mental coadunar com estratégias que contemplam o cuidado territorial, no estudo realizado um terço dos pacientes (43 pessoas) se encontrava internado há mais de um ano. Estes estavam localizados em quase todos os setores da instituição, a saber: de agudos (masculino e feminino), de cuidados intensivos (longa permanência) e de preparo para reinserção comunitária (albergue).

O hospital conta com uma residência médica em Psiquiatria e um curso de especialização em Saúde Mental (estágio multiprofissional em nível de residência) em parceria com a Universidade Federal Fluminense,

além de ser campo de estágio de graduação. Sendo assim, caracteriza-se por ser campo de desenvolvimento de novas práticas de cuidado em saúde mental, além de ensino voltado para a formação de recursos humanos para o SUS. No entanto, preserva características peculiares a todos os hospitais psiquiátricos: a grande clientela institucionalizada (percentualmente, se comparada ao total de leitos).

As práticas de gestão e cuidado como foco de monitoramento e avaliação em saúde mental: à guisa de conclusão

Superar as formas fixas e tradicionais de avaliação, caracterizadas pelo tipo “avaliador-centrado”, tem sido o desafio a ser superado por todos aqueles que lutam pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, de modo a elaborar respostas efetivas às demandas das pessoas que buscam os serviços de saúde. A reificação do método, em detrimento da importância do objeto, em pesquisas na saúde, tem provocado uma tensão permanente que, no caso da saúde, permeia a falsa dicotomia entre quantitativo e qualitativo, dificultando a proposição de desenhos interdisciplinares avaliativos para saúde.

Vale dizer que desde já nos posicionamos como avaliadores-pesquisadores que compartilham da assertiva de Schraiber e Nemes, com a qual defendem o entendimento de que avaliar os serviços de saúde não significa avaliar um procedimento ou uma técnica isoladamente, reduzindo sua análise ao impacto de uma intervenção mediante a convencional utilização de categorias clássicas oriundas do campo da Epidemiologia.

Entendemos que avaliar significa realizar um julgamento sobre um conjunto complexo e variados de questões, que requer, além de um posicionamento crítico do avaliador-pesquisador, uma atitude compreensiva de entender os processos de transformações em cursos decorrentes da implantação de novos serviços de saúde. Mais que isso, requer um “repensar” sobre o próprio campo da avaliação, naquilo que hegemonicamente insistem em nos oferecer. Ou seja, a utilização de instrumentais avaliativos que permitam um elevado grau de comparabilidade e de generalização, representado por indicadores e critérios, representados em grande medida pela apologização das “avaliações de desempenho” que pretensamente buscam sustentar “pactos” pouco porosos à dinâmica do atores envolvidos na relação

entre demanda e oferta nos serviços de saúde. Pinheiro (2001), em uma de suas pesquisas, problematizou a recorrente separação entre as categorias oferta e demanda, que, ancorada nos conhecimentos da economia política vigente, produz a invisibilidade dos sujeitos em suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde.

Concordamos com Onoko e Furtado (2006), para quem a novidade representada pelo processo de desinstitucionalização da assistência em saúde mental faz emergir a necessidade de compreensão crítica da efetivação da nova política de prestação de cuidados. Os mesmos autores propõem uma discussão preliminar sobre possível instrumental metodológico para avaliação dos CAPS e afirmam que a pesquisa avaliativa no contexto de transformações e inovações institucionais deveriam possibilitar: a) a inclusão de diferentes pontos de vista e valores dos envolvidos com os novos serviços; b) viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; c) considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular; e d) empoderar os grupos envolvidos com os serviços (trabalhadores e usuários), possibilitando que se apropriem dos conhecimentos ligados à realização de um processo avaliativo.

Partindo desses pressupostos, os resultados da pesquisa objeto desta coletânea propõem, de forma preliminar, um desenho interdisciplinar de pesquisa avaliativa, capaz de incluir os sentidos e significados atribuídos pelos atores em suas práticas no cotidiano, num processo de desinstitucionalização específico – qual seja, uma unidade hospitalar psiquiátrica – cujo foco central é a clientela de longa permanência.

É urgente a superação de algumas questões da avaliação clássica, via de regra centrada no avaliador, nos resultados e em suas expressões numéricas. A inclusão de diversos atores envolvidos com os serviços, a consideração de seus diferentes valores e pontos de vista, bem como a preocupação com a utilização dos resultados do processo investigativo nos parecem divisores de água na constituição de processos avaliativos participativos.

O conjunto de sentidos atribuídos pelos trabalhadores dessa instituição, agrupados por categorias empíricas, tais como intersetorialidade, multiprofissionalidade, articulação, responsabilização, singularidade, acolhimento, projeto terapêutico e cultura, configuram

elementos constitutivos e constituintes das práticas de gestão e práticas do cuidado, as quais consideramos elementos obrigatórios para se compreender o entendimento desses trabalhadores sobre as categorias demanda, oferta e necessidade. E, mais do que isso, as práticas de gestão e de cuidado conferem os atributos habilitadores para processos avaliativos inclusivos e participativos coerentes com necessária avaliação de políticas inovadoras, como a desinstitucionalização na saúde mental.

A diversidade e pluralidade de entendimentos acerca das categorias analíticas se intercambiam, se opõem e se atravessam quando se comparam a rede intra-hospitalar e extra-hospitalar (anexo 6). No que diz respeito aos conceitos e noções referidos a desinstitucionalização e integralidade, a direção de trabalho ainda não tem um curso coeso, visto que existem concepções antagônicas em alguns grupos de profissionais. No entanto, podemos sinalizar que está em curso um processo de transformação das práticas de cuidado e gestão, e como tal permeadas por um contínuo repensar de sua eficácia.

Entendemos que esta pesquisa avaliativa também se constitui num processo, que se iniciou a partir da inquietação de seus avaliadores-pesquisadores implicados, que reconhecem a importância de se explicitar as práticas em curso nas equipes envolvidas neste trabalho, assim como analisar os impasses e desafios a serem superados. Constatamos que as necessidades e demandas dessa clientela possuem uma dependência recíproca, não menos contraditória, com a configuração da oferta de cuidado, que implica transformação da lógica que permeia o olhar sobre a loucura. Deste modo, ao se propor a reintegração social de uma clientela moradora dos hospitais psiquiátricos, faz-se mister ampliar o olhar clínico para uma noção de um saber/fazer em estreita inter-relação da clínica com a política.

Ao compreendermos o processo de desinstitucionalização como ainda em construção no país, destacamos que o olhar sobre as práticas e os saberes de algumas experiências são balizadores de uma direção de trabalho possível. A mudança do paradigma da psiquiatria que permitiu transformar o objeto do cuidado da doença no sujeito em sofrimento tem na desinstitucionalização sua síntese, ao mesmo tempo em que estabelece o caos no sentido gramsciano. Deste modo, é necessária uma permanente reflexão sobre as práticas desenvolvi-

das, para se evitar o risco de reproduzir a lógica mortificante do manicômio, restringindo esse processo a uma simples desospitalização.

É possível destacar como um dos principais aspectos a precariedade dos recursos infra-estruturais, no que diz respeito às estratégias de moradias e de consolidação de políticas voltadas à seguridade social (auxílio-reabilitação, por exemplo). Ao mesmo tempo, as pactuações intersetoriais, e mesmo as já estabelecidas com a rede de saúde, são insuficientes para abarcar a demanda por cuidado analisada. Ao mesmo tempo, destacamos a importância de se considerar o hospital psiquiátrico um lugar ainda responsável pelo acolhimento de uma população maior que grande parte dos municípios brasileiros. Assim, uma política de desinstitucionalização efetiva, apesar da particularidade de cada caso, se inicia por uma intervenção digna sobre as práticas desenvolvidas em seu interior.

Não divergimos quanto à necessidade de se propor desenhos avaliativos interdisciplinares, sobretudo aos novos serviços que visam à reinserção social do louco. Os CAPS, assim como os SRTs, assumem papel fundamental nos avanços positivos advindos do processo de desinstitucionalização em curso no país. Entretanto, nos parece necessário observar, analisar e avaliar os efeitos e repercussões de unidades hospitalares psiquiátricas, tais como o HPJ, que contribuem de forma decisiva para consolidação do processo de desinstitucionalização da atenção à saúde mental em sua localidade, e cujos efeitos e repercussões carecem ser aprofundados.

É nesse sentido que propomos esse desenho avaliativo, que culminou com a construção de um Instrumento de Monitoramento do Processo de Desinstitucionalização – IMPD (anexo 4), que traz como componentes a serem considerados três blocos de questões: o primeiro diz respeito aos *dados sociodemográficos* do paciente, os quais permitem um retrato da história pregressa do usuário e o mapeamento dos vínculos relacionais. A naturalidade, o estado civil, nível de escolaridade, a existência de descendentes ou ascendentes vivos, entre outros dados, permitem um primeiro contato com as origens dessa clientela. O reconhecimento de possíveis vínculos a serem resgatados ou aspectos de sua cultura regional, por vezes importantes para a compreensão de seus valores e posturas, são dados passíveis de serem obtidos nesta seção.

O segundo bloco, destinado à análise das *práticas de cuidado*, contém informações sobre o cuidado implementado e considera questões referentes às ações individuais, como documentação, trabalho, inserção em atividades/tratamento extra-hospitalar etc. Além deste aspecto, são analisadas questões referentes à autonomia e ao quadro clínico-psiquiátrico da clientela internada. Destacamos que nesta seção observa-se, através das atividades desenvolvidas, a importância dada pela equipe aos processos de integração social dos pacientes a partir dos projetos terapêuticos que incluam geração de renda, atividades executadas na comunidade e priorização de espaços de exercício de cidadania e lazer. O quadro clínico e as habilidades de cada indivíduo permitem um balizamento do rol de ofertas mais adequado ao objetivo do cuidado.

O último bloco se configura nas *práticas de gestão* e congrega informações relativas ao funcionamento da equipe de cuidado e a infraestrutura hospitalar. O processo de trabalho e os espaços de discussão e supervisão das equipes são considerados fatores relevantes para a potencialização do cuidado clínico, ou mesmo para a detecção de situações-problema e déficits relativos à qualificação profissional. Além disso, a estrutura de recursos humanos e materiais aponta para o comprometimento real da gestão com a proposta de desinstitucionalização. Desta forma, o instrumento permite uma avaliação episódica do andamento do processo, ao mesmo tempo em que um acompanhamento deste, quando de sua aplicação sistemática em períodos distintos. Como resultado, é possível detectar a evolução do trabalho em curso e inferir sobre a efetividade do mesmo, no que diz respeito aos recursos necessários durante o preparo de saída institucional. A apresentação e discussão dos resultados encontram-se situados na segunda parte desta coletânea.

Por fim, cabe frisar que nas diferentes etapas da pesquisa buscamos compartilhar idéias com o próprio “objeto”, o HPJ, buscando junto a seus trabalhadores a validade dialógica da discussão dos dados levantados. A devolutiva da pesquisa foi realizada em 20/09/2007 (anexo 5), quando contamos com a participação de preceptores, docentes, gestores e trabalhadores, no sentido de incluir, mas sobretudo possibilitar a apropriação do desenho, instrumentos e resultados da pesquisa. Durante o percurso da pesquisa, contamos com a valiosa e perma-

nente contribuição de autores-atores desse processo, dentre os quais destacamos Domingos Sávio, Zulmira Hartz e Paulo Amarante.

Ao fim do processo de validação, foi possível perceber que a utilização desse instrumento pode ainda traçar um percurso metodológico para analisar o processo de trabalho específico. Mais que isso, estaríamos diante de uma possibilidade de alargamentos dos horizontes avaliativos caracterizado pela inovação em avaliação no campo da saúde mental, cujas estratégias de cuidado são tidas como elementos fundamentais no processo de monitoramento da desinstitucionalização. Muitas vezes esses elementos, inerentes às ações, vêm sendo tradicionalmente atribuídos às “questões sociais”, em detrimento da inclusão no enfoque clínico. Sendo assim, apontam para diretrizes de uma ampliação da clínica cujas práticas caminham *pari passu* com a gestão.

Referências

- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 221-240.
- AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.
- _____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 144p.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 65-76.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: a análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio-ago.2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro, 2007.

- _____. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS: Informativo da Saúde Mental*. ano V. n. 24, nov-dez 2006.
- _____. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. Brasília, v. 4, ano II, n. 4, ago. 2007. Disponível em www.saude.gov.br. Acessado em: 31 ago. 2007.
- _____. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Portaria nº 336/2002, de 19 fev. 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT336.htm>. Acessado em: jan. 2007
- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.
- CARVALHO, A. L.; FAGUNDES, H. M.; FROTA, R. Regular, supervisionar e acompanhar pacientes internados em clínicas psiquiátricas do SUS: passos importantes para a desinstitucionalização responsável no Município do Rio de Janeiro. *Academus - Revista Científica da SMS*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, 2004. Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/regularsupervisionar.doc>> Acessado em: 8 jun. 2007.
- CARVALHO, M. C. A. *Integração de serviços de saúde mental: análise da assistência psiquiátrica a adultos jovens com transtornos mentais graves na cidade de Niterói-RJ*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- CERQUEIRA, M. P. et al. Notas sobre Serviços Residenciais Terapêuticos e processos de desinstitucionalização em uma gestão estadual. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22: p. 121-127, 2006.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1998.
- COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. *Relatório de Gestão 2005 do Programa de Saúde Mental*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, maio 2006. Mimeo.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.
- DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 113-121, 1999.
- _____. Instituir a desinstitucionalização: o papel das Residências Terapêuticas na Reforma Psiquiátrica brasileira. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, p. 19-33, 2006.
- DEMARTEAU, M. A Theoretical Framework and grid for analysis of programme evaluation practices, *Evaluation*, v. 8, n. 4, 2002.
- FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais terapêuticos no SUS. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-95, 2006a.
- _____. A ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, p. 39-51, 2006b.
- GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.113-147.
- GULJOR, A. P. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital de Jurujuba, Niterói-RJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 113-134.
- GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- HARTZ, Z. M. A. (Orgs.). *Avaliação em Saúde*. dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. *Relatório da Assessoria Técnica do Convênio IFB/CAPS-SMS/RJ: consolidação de serviços municipais de atenção psicossocial nas regiões de Bangu, Campo Grande, Irajá e Santa Cruz*. Relatório semestral. Rio de Janeiro: SMS, jul-dez 2002.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.
- MARQUES, A. As revoluções científicas de Thomas Kuhn (1922-1996). *Jornal da Fundação da Universidade Federal do Paraná*, ano 1, n. 26, 27 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.funpar.ufpr.br:8080/funpar/boletim/novo2/externo/boletim.php?noticia=720&destaque=720&boletim=35>>. Acessado em: 8 jun. 2007.
- MASCARENHAS, M. T. M. *Implementação da Atenção Básica em saúde no município de Niterói, RJ: estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do programa médico de família*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- ONOKO-CAMPOS, R. T. P.; FURTADO, J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1.053-1.062, maio 2006.

- ROBAINA, J. R.; GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R. Moradores, internos, clientela de longa permanência? Aspectos socioclinicos da clientela na relação entre demanda e oferta em processo de desinstitucionalização em hospital psiquiátrico. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: _____. (Orgs.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.
- SADIGURSKY, D., TAVARES, J. C. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 23-27, 1998.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice*. o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cad FUNDAP*, n. 19, p. 106-121, 1996.
- SIMONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. (Org). *Gramsci: a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998.
- SOUZA, A. C. S.; ÇIMA, A. T.; PINHEIRO, R. Da “instituição negada” à “instituição inventada”: a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói-RJ. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.
- VASCONCELOS, E. M. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, p. 53-69, 2006.
- VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na época da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 157-184.

Avaliação em Saúde Mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas

PAULO DUARTE DE CARVALHO AMARANTE
EDUARDO HENRIQUE GUIMARÃES TORRE

Introdução

A avaliação de políticas, programas, projetos e serviços públicos sociais constitui tarefa de difícil execução em qualquer contexto político-institucional. É através da avaliação que os *feedbacks*, interpretações e confrontação das contradições do cotidiano podem ser metamorfoseados em avanço e desenvolvimento das equipes de operadores e gestores.

O processo decisório em saúde depende ao mesmo tempo de informação, comunicação interativa e avaliação, e se algum destes elementos não funciona, se torna inviável ou pouco possível a construção do processo de qualificação, eficiência e eficácia de ações e produtos por parte dos atores sociais envolvidos. A avaliação em saúde mental sofre ainda mais com problemas ligados a essa tríade do processo decisório, já que por sua natureza e configuração recente tende a resistir e escapar aos modelos positivistas de mensuração e quantificação tradicionais.

Se refletirmos sobre como foram criados os modelos tradicionais de avaliação psicológica e psiquiátrica, isso nos permitirá compreender em que medida esses modelos foram transpostos de forma ampla para a avaliação de serviços, programas, sistemas e políticas de saúde mental. Isto significa que ainda estamos utilizando a herança da mensuração diagnóstica e psicopatológica, em todos os níveis do processo operacional, da concepção ou planejamento nas políticas e serviços, incluindo o “diagnóstico de saúde” da população, quanto à

sua sanidade ou anormalidade, até as ações de saúde mental. Desta forma, é possível perceber com clareza uma história dos processos avaliativos que demonstra a natureza normativa e positivista do campo da avaliação e suas práticas.

Historicamente, as técnicas de avaliação foram construídas por meio da avaliação dos indivíduos nas diversas ciências humanas através de escalas de medição e métodos de quantificação e categorização pouco flexíveis, dentro da tradição de controle disciplinar e foco sobre a doença e o desvio (MARCONDES, 1997). Os testes de inteligência, os diagnósticos psicopatológicos e as avaliações de desempenho escolar são exemplos do nascimento de técnicas avaliativas “modernas”. Mais recentemente, com o avanço na democratização da sociedade em diversos países, há uma tendência à construção de formas de avaliação mais participativas e inclusivas. No campo da saúde e da saúde mental, a relativização da centralidade do técnico ou especialista no processo da avaliação tem sido uma tônica desde os anos 1960, quando ganham força os cenários de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica em diferentes contextos e através de diversas experiências inovadoras realizadas.

As experiências de reforma sanitária e psiquiátrica contemporâneas têm apontado para a necessidade de repensar o lugar de poder do especialista como detentor do saber ou técnica mais apropriada ou mais correta, abrindo espaço para um modo operativo mais coletivo, atento à cultura popular e acessível à participação comunitária. No campo da saúde mental, esse movimento vem-se configurando desde as experiências de psicoterapia de grupos, de comunidades terapêuticas e psiquiatria institucional do pós-guerra, até as assembléias de usuários, gestão compartilhada de projeto terapêutico e co-gestão nas estratégias de residencialidade, cooperativas de trabalho e projetos de economia solidária presentes nas políticas e serviços atualmente em curso, em grande parte inspirados nos processos da Psiquiatria Democrática italiana.

Sendo assim, o maior desafio no que diz respeito à avaliação de políticas e instituições de saúde mental focaliza-se nos dilemas e obstáculos relacionados à transição paradigmática no campo. O problema da captura pelo paradigma psiquiátrico só se apresenta quando o tecnicismo domina uma avaliação que se torna tendenciosa e segregadora

a partir dos moldes psicopatológicos e discriminatórios das medidas médico-psicológicas e psiquiátricas construídas nas teorias científicas da modernidade. Avaliar todas essas novas experiências é um desafio que se apresenta para os trabalhadores do campo da saúde mental dispostos a colocar em análise as instituições que devem confrontar para avançar na construção ética das práticas e fazeres. Por isso, questões como o modelo clínico, o uso dos indicadores em saúde mental e o problema do trabalho na reinserção/inclusão social são chaves para discutir o tema da avaliação em saúde mental.

As definições tradicionais de avaliação de serviços e programas em saúde mental são, geralmente, próximas à de Frota, que a define como:

- 1 - verificação por métodos epidemiológicos ou estatístico-demográficos das necessidades e/ou características sanitárias da população a assistir [...];
- 2 - descrição da estrutura organizacional ou características administrativas do serviço ou programa, [...];
- 3 - verificação da efetividade de operação ou funcionamento dos diversos setores integrantes do programa e,
- 4 - análise do impacto causado pelo programa ou serviço sobre a saúde da população assistida com observações diretas ou através de índices indiretos de morbidade convencionados (FROTA *apud* CARVALHO; AMARANTE, 1996, p. 76).

Com a transição paradigmática pela qual estamos passando, constata-se que são necessários novos referenciais para as estratégias de avaliação dos serviços de saúde mental e atenção psicossocial que vêm sendo construídos como dispositivos ou serviços inovadores ou substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional.

Sentido histórico e paradoxo nos modelos de avaliação do campo da saúde mental: tradição e crise paradigmática

O nascimento da Psicologia e da Psiquiatria e o sanitário higienista

Para entender os modelos tradicionais de avaliação, é necessário refletir sobre os paradigmas da constituição histórica da Saúde Pública e da Psiquiatria, pois é através dos mesmos que as técnicas de avaliação e mensuração tradicionais foram construídas. No caso da Saúde Pública, é fundamental resgatar suas origens como medicina social, como polícia médica, ou como medicina moderna com sua

base anatomopatológica e bacteriológica, portanto uma saúde pública com características organicistas e de controle social disciplinar (FOUCAULT, 1979a). Por sua vez, no caso da área da Saúde Mental, buscamos uma análise do paradigma psiquiátrico e suas matrizes pinelianas, morelianais e krapelinianas, isto é, uma Psiquiatria com características clínicas e custodiais marcantes, expressas nos princípios do isolamento terapêutico, do tratamento moral, nos conceitos de degeneração e demência precoce (e mesmo da interpretação psicológica bleuleriana da dissociação psíquica esquizofrênica) e nas práticas de tutela associadas ao adestramento e domesticação do louco e sua loucura. A partir da compreensão da história desses paradigmas, procura-se compreender os modelos avaliativos tradicionais que ainda habitam as práticas e reflexões na Reforma Psiquiátrica, o que constitui grave problema para o avanço do processo de transformação da realidade atual.

A medicina moderna é produto de uma série de eventos históricos que se sobrepõem, formando uma concepção nova em relação ao processo saúde-doença. Suas raízes se relacionam aos processos de reorganização do Estado e dos agregados pré-urbanos da Europa a partir do século XVI e XVII, seguindo até os dias de hoje como um paradigma presente e poderoso. Em países como Alemanha, França e Inglaterra, observam-se junto à progressão da modernidade, mudanças globais e profundas nas formas de vida. O antropocentrismo é um novo signo sob o qual pode se desdobrar a história a partir da modernidade. Acontecimentos como a eclosão da Revolução Francesa, os novos ideários iluministas e a ascensão burguesa e liberal, a Revolução Industrial, que se dissemina rapidamente, produzindo novas tecnologias e avanços levam a sociedade a constituir-se em realidades urbanas de forma cada vez mais irreversível.

A medicina é forjada no interior do pensamento científico emergente e serve como peça crucial para o próprio desenvolvimento deste pensamento; um elemento-chave no exercício do poder nas sociedades modernas nas quais o poder disciplinar emerge como nova forma de dominação sobre os corpos (FOUCAULT, 1979 e 1983). Com a Revolução Industrial, a necessidade de produção e de lucro por parte dos donos do poder e da riqueza leva os Estados e elites a se preocuparem com a manutenção do seu enriquecimento e com as ameaças ao poder

que detêm. As cidades que crescem de forma desordenada precisam de intensas reformas urbanas e sanitárias.

Todos esses modelos influenciaram a constituição e consolidação de um paradigma médico moderno, o que se deu por meio de dois grandes pilares do pensamento médico, a anatomopatologia e a bacteriologia. A primeira, do final do século XVIII e que se desenvolve no século XIX, leva à formação da concepção organicista do processo saúde-doença, da localização orgânica ou explicação fisiológica como causa, isto é, na definição da etiologia orgânica como determinante no processo saúde-doença. A segunda, a bacteriologia, torna-se a teoria dominante na explicação do adoecimento, consolidando a visão causalista. A medicina moderna recria a idéia de doença, através dos paradigmas e teorias, mas também com tecnologias institucionais e sociais complexas que tecem a rede social que dá coerência aos procedimentos médicos.

Da quarentena durante as epidemias é que nasce o hospital como instituição de cura sob o comando do poder médico – e que, conseqüentemente, nasce a *clínica* como nova forma de “ver” a doença. Um novo regime de visibilidade que possibilita novas práticas discursivas sobre a saúde e a doença, onde o hospital é a grande tecnologia institucional que permite esse novo olhar. Através dos sinais e sintomas que o doente apresenta, ao nível orgânico, à medida que a doença vai-se desenvolvendo, a clínica é capaz de diagnosticar, determinar a causa, bem como o prognóstico e a terapêutica adequada. Propõe-se a ter a capacidade de previsibilidade, de determinação da causalidade, e de intervenção a partir de um diagnóstico. Doença passa a ser sinônimo de anormalidade e distúrbio, ao mesmo tempo em que saúde se torna sinônimo de ausência de doença.

O paradigma psiquiátrico, por sua vez, também se constitui num longo processo histórico que remonta aos reformadores da tradição de Pinel e seu asilo de alienados mentais (AMARANTE; TORRE, 2001; AMARANTE, 1994; DIAS BARROS, 1994). Destacam-se suas concepções sobre o isolamento do louco como condição do tratamento, retirando o “doente” de seu meio de relações, assim como seu conceito de loucura como erro, julgamento equivocado, irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade, expresso na proposição do tratamento moral – que coloca o alienista como o “mes-

tre da loucura” a dobrar a vontade do louco e sua interpretação ilusória da realidade, segundo analisa Michel Foucault (1997, p. 49).

Vale ressaltar ainda a tradição de Morel e sua concepção de “degeneração mental”, em meados do século XIX, com sua base para as teorias racistas e ideais eugênicos que dominaram mais tarde a virada de século na Psiquiatria e na Psicologia, e nas Ciências Humanas em geral. Há ainda a síntese krapeliniana, ou seja, o julgamento científico do desviante através da noção de *anormalidade*. Emil Kraepelin é considerado o pai da clínica psiquiátrica, em oposição a Philippe Pinel, com sua suposta confusão entre medidas punitivas e de precaução social aliadas ao caráter “terapêutico” que o mesmo atribuía à sua invenção (o asilo de alienados mentais e o tratamento moral).

Finalmente, somam-se a essas tradições do paradigma psiquiátrico clássico o desenvolvimento da ciência psiquiátrica na primeira metade do século XX, através da eletroconvulsoterapia (ECT) e outras terapias biológicas (insulinoterapia, malarioterapia, terapia cardiazólica), das psicocirurgias, e principalmente da “revolução” dos psicofármacos, isto é, o uso de medicamentos psicotrópicos no tratamento da loucura.

A sobreposição e articulação desses elementos discursivos e operativos dos paradigmas modernos na Saúde Pública e Saúde Mental permitiu um referencial higienista que infectou a clínica psiquiátrica e psicológica, que, por sua vez, inspirou os métodos e processos avaliativos utilizados até hoje como referência científica e técnica na intervenção sobre a loucura e o indivíduo que rompe com o padrão social de normalidade.

Através do *higienismo*, que surge inicialmente por meio da medicina social, principalmente nos séculos XIX e XX, amparado em ideais eugênicos e teorias racistas na Psiquiatria e na Psicologia, o modelo clínico médico-psicológico e psiquiátrico se torna poderosa arma de julgamento dos “incapazes” e “anormais”. Esse modelo autoriza uma certa seleção dos “inaptos”, que passam a ser condenados à exclusão social e à morte civil, seja por esquecimento e invisibilidade, seja por confinamento e reclusão em instituições asilares.

O higienismo tem como base ainda a transição da família medievál para a família moderna burguesa, que se dá através de uma série de eventos (DONZELOT, 1980), dentre os quais a mudança na arquitetura das casas e no espaço doméstico; a separação capitalista

entre o espaço público e o espaço privado; os valores de intimidade, privacidade e posse, que junto com o princípio jurídico e político da propriedade privada organizam os comportamentos sociais e individuais, e são essencialmente burgueses; o novo conceito de infância e de proteção à criança; os novos costumes morais difundidos nos tratados de civilidade e na idéia de reputação; o segredo sobre a sexualidade e sobre a morte, e sua ocultação, além dos novos discursos e práticas do “médico de família”, poder decisivo na nova norma familiar que constitui a família nuclear burguesa (COSTA, 1979).

Transição paradigmática e crise dos modelos de intervenção no campo da saúde mental

A Medicina e a Psiquiatria nos séculos XIX e XX foram focos centrais de saber-poder na regulação e controle das populações no Capitalismo, tendo portanto um lugar estratégico na sociedade, ditando as normas de saúde-doença e de normalidade-anormalidade. Na medida em que o modelo médico-psiquiátrico se centra na cura da doença, é necessário conhecer a doença, e isto significa identificá-la, nomeá-la e classificá-la. Se os referenciais de mensuração matemática e estatística foram os pilares dominantes na visão clínica e epidemiológica no campo da saúde e da saúde mental, isto implica o fato de que a avaliação fundada nesses referenciais apontará sempre para uma tendência positivista de individualização e objetividade nas práticas de saúde e saúde mental.

O processo de avaliação que tenha como propósito responder às inovações no campo da saúde mental e atenção psicossocial depende da possibilidade de ruptura da hegemonia do paradigma dominante da mensuração técnica e da objetividade hierarquizante. Os indicadores e medidas adotados para a avaliação de políticas, serviços e dispositivos no contexto da desinstitucionalização inevitavelmente serão confrontados, cotidianamente, na promoção e assistência, com uma necessidade de superação destes lugares historicamente construídos e com os quais o avaliador terá que lidar. E o “novo” como questão complexa é essencial para o avanço dos processos de reforma psiquiátrica. Dito de outro modo, é essencial que se realize a avaliação da *inovação* concreta em curso no bojo do processo de transformação de atores sociais, estruturas organizacionais e processos estratégicos de

planejamento no campo da saúde mental. Os “novos” serviços de atenção psicossocial que vêm sendo construídos enfrentam dilemas em sua possibilidade de inovação e ruptura com os velhos modelos, sendo aprisionados em diversas “armadilhas”, acomodações e ambigüidades, perdendo sua força inovadora e criativa.

A incapacidade, a impossibilidade ou a ausência das práticas de avaliação em serviços, instituições e sistemas de saúde mental produzem o que Rotelli *et al.* (1990) denominam de “circuito”, que resulta em “portas giratórias” ou em vários outros indicativos de reprodução dos antigos modelos assistenciais e epistemológicos. Nas experiências em que o hospital psiquiátrico não é totalmente superado, o tratamento pode-se tornar uma seqüência viciosa de internação-alta-reinternação que *cronifica* de maneira ainda mais grave os serviços, as equipes e os usuários. A porta giratória se torna, portanto, um dos maiores desafios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no contexto de Reforma Psiquiátrica e o acolhimento da crise pelas equipes e serviços confronta-se com este ponto central.

Conseqüentemente, se o foco da Reforma Psiquiátrica é a produção de subjetividades que resistam à modelização e serialização das subjetividades capitalísticas (GUATARRI; ROLNIK, 1985), isto nos conduz a uma consolidação dos processos de avaliação que sejam sensíveis à captação dos movimentos de produção de subjetividades marcadas pela singularidade, pela inovação, pelo escape ao modelo, pela superação de padrões de normalidade, e que sejam criativas e potencializadoras de novos modos de existência, sejam elas advindas de movimentos de usuários, profissionais de saúde ou comunidades. O problema da subjetividade, que sempre se configurou como o maior problema do método das Ciências Humanas e Sociais, e também o grande debate da Psicologia e da Psiquiatria, coloca-se hoje como possibilidade privilegiada de ser o motor da inovação nos métodos e processos avaliativos, caso sejamos capazes de operacionalizar formas de captar e medir os movimentos desta natureza – isto é, nos processos de produção de subjetividade.

Os novos serviços e novos dispositivos em saúde mental exigem a construção de novos modos de aferir, interpretar, compreender e avaliar a produção de subjetividades, já que os modelos arcaicos são insuficientes para dar conta desses novos projetos e objetivos. Nas

cooperativas, empresas sociais, residências, centros de convivência, serviços de saúde mental e outras estratégias da Reforma Psiquiátrica devem operar modos de avaliação de serviços, sistemas e políticas de saúde mental que sejam sensíveis às inovações criadas nestes contextos. Para Carvalho e Amarante (1996, p. 81):

a utilização dos modelos avaliativos clássicos, que tinham como parâmetro, basicamente, o *leito hospitalar* ou a *consulta ambulatorial* como bases de referência na construção de indicadores, mostram-se pouco adequados para avaliar as ações dos novos serviços, que complexificaram o nível de suas intervenções e que pretendem também servir como base na construção da cidadania dos usuários, não só construindo uma rede de instituições que possam ajudar na sua melhoria de vida, mas também percebê-los como sujeitos complexos em suas intervenções terapêuticas.

O princípio de tratar a pessoa e não a doença, iniciado por Franco Basaglia (2005) ao propor a doença entre parênteses (estratégia ética e epistemológica inspirada na suspensão fenomenológica husserliana), aponta no sentido da superação da negatividade dos diagnósticos psicopatológicos, rompendo com as figuras abstratas do desvio e do transtorno ou desordem (transtorno mental, *mental disorders*). Esta estratégia basagliana não significa, evidentemente, a negação da experiência da doença, no sentido da existência de uma experiência de sofrimento ou diversidade, mas uma superação do saber psiquiátrico em dar conta da experiência subjetiva do sofrimento. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão e a ruptura epistemológica com a psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais como para pretender conhecer a subjetividade.

Esta ruptura fundamental faz surgir as histórias reais de vida e as necessidades concretas dos sujeitos em sua experiência de sofrimento, que fazem emergir enfim uma nova perspectiva na clínica e na avaliação em saúde mental. Seria coerente supor, por extensão, uma clínica e uma avaliação entre parênteses? Para dar conta deste problema, se faz necessário recorrer às noções de transição paradigmática e de complexidade nas ciências que hoje se tornaram peças-chave no processo de construção da Reforma Psiquiátrica. Com a crise do paradigma moderno e o nascimento de um paradigma emergente, produz-se uma pro-

funda ruptura com as tradições que sustentavam as instituições disciplinares e suas formas de controle (SANTOS, 1995).

O novo paradigma da complexidade nas ciências permite analisar os enfrentamentos contemporâneos nas Ciências Humanas e Sociais de forma especialmente inovadora, especialmente no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, na medida em que nos aponta para a superação do cientificismo do paradigma psiquiátrico. No lugar do determinismo e do mecanicismo, surge a análise de sistemas não-lineares e de relações sistêmicas em situação de não-equilíbrio, típicas de sistemas abertos e não-previsíveis, sem causalidade linear. Tanto nas Ciências Exatas como nas Humanas, uma “nova aliança” nos lança a vislumbrar novas perspectivas (PRIGOGINE; STENGERS, 1991). Na autopoiese os organismos deixam de ser máquinas cibernéticas de processamento para se tornarem máquinas autopoieticas, de criação de si próprias e do mundo em que vivem (MATURANA; VARELA, 1995). E na teoria quântica somos capazes de pensar em princípios como interdependência e relatividade espaço-temporal, bem como na consideração da posição de não-neutralidade do observador (CAPRA, 1986).

Enfim, para a avaliação complexa em saúde mental, o princípio da doença entre parênteses sugere que também a clínica e a avaliação sejam incluídas nos parênteses. Busca-se construir um processo de avaliação inspirado em histórias de vida, processos estes que sejam de superação e auto-sustentabilidade, e não histórias de doenças e mortificação.

Da avaliação psiquiátrica e da mensuração diagnóstica e psicopatológica à avaliação em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica

Para Rotelli *et al.* (1990), a desinstitucionalização é um processo crítico de negação da instituição psiquiátrica enquanto ideologia e de invenção de novas instituições da saúde. Isto significa romper com o hospital psiquiátrico ou manicômio como base prática e com a Psiquiatria como base epistemológica para pensar uma instituição que nunca cessa de se transformar e de enfrentar novas contradições, eliminando a imagem-objeto do serviço ideal. Não há previsibilidade nem teleologia na transformação histórica operada pelos novos ser-

viços nos processos complexos de Reforma Psiquiátrica, o que só é possível quando os técnicos, gestores e atores sociais diversos conseguem sustentar uma contínua prática de escapar à *modelização*.

Esse aspecto compreende um problema para ser considerado desde a instância vertical mais central do Estado até a dimensão micropolítica dos processos cotidianos – no caso, os serviços e instituições – e os projetos que estão na ponta da operação do sistema de saúde mental, que poderíamos designar como “os operadores *psi*”. A perspectiva de que não existem instituições e políticas ideais e universais nos leva a caminhar na resignificação dos processos e estratégias de avaliação.

A ausência de processos de avaliação de políticas, serviços e ações de saúde mental pode ser um aspecto grave, na medida em que tais processos contribuem para que seja evitado o risco da *modelização* na condução do funcionamento do sistema de saúde. Tanto a ausência das práticas de avaliação quanto sua idealização na forma do ideal prescritivo contribuem fortemente para a cronificação dos sistemas de saúde mental e manutenção do circuito psiquiátrico, já que claramente seguem a mesma ordem disciplinar especializada e técnica que marca a formação profissional do campo *psi*. A biologização e a psicologização produzidas pelas técnicas profissionais dos operadores como duas formas de individualização, bem como a desqualificação, como forma de impedir a autonomia e responsabilidade dos usuários e equipes, não podem ser avaliadas pelas metodologias epidemiológicas e clínicas tradicionais. A crítica à individualização e ao impedimento da autonomia pertencem a uma outra esfera de funcionamento exterior ao alcance destes referenciais da avaliação nos padrões tradicionais, herdados na área da Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica.

Todos esses desafios fazem parte das reflexões que orientam uma nova concepção e a criação de novas metodologias no campo da avaliação em saúde mental. Ao produzir inovações nesta dimensão da organização de políticas e serviços, a dimensão da avaliação, depara-se com a necessidade de construção de novas abordagens e novos indicadores capazes de compreender, diagnosticar, analisar e interpretar qualquer processo que queiramos avaliar para além dos instrumentos ainda comumente utilizados nos sistemas de saúde mental.

O código do CID, o diagnóstico psicopatológico, a estatística e os indicadores de produtividade ainda dominam o funcionamento das

instituições de assistência e formação, os fóruns de decisão e os espaços sociais articulados ao problema da exclusão/inclusão da loucura e luta pelos direitos humanos e sociais. Decorrem dessas diretrizes o “procedimentalismo”, o tecnicismo e seus lugares do saber e do não-saber e a objetificação do louco tutelado, incapaz e irresponsável. As novas formas avaliativas complexas não só precisam superar essas heranças, bem como inventar, elaborar outras estratégias que possam nos lançar além das técnicas tradicionais.

Avaliação complexa em saúde mental: entrando pela toca do coelho

Um primeiro aspecto está na avaliação do próprio processo de Reforma Psiquiátrica, que é comumente reduzido à dimensão técnico-assistencial, isto é, restrito às transformações no âmbito exclusivo dos serviços, e não como *processo social complexo*. A noção de *processo* remete à idéia de movimento, que implica inovação e renovação constante de atores, conceitos e princípios, com algumas dimensões, simultâneas e articuladas entre si.

A *dimensão teórico-conceitual* se refere à formação de profissionais e de atores sociais diversos e à construção e desconstrução de conceitos, de teorias, de modos de compreender a loucura e o sofrimento, rompendo com o modelo de exclusão social; a *dimensão técnico-assistencial* aponta para a construção de variadas estratégias assistenciais no campo psicossocial; na *dimensão jurídico-política*, a criação e transformação da legislação e ação nos fóruns de decisão oficiais (governamentais) e paralelos, isto é, mistos (com participação da sociedade e organizações diversas) e de práticas efetivas de cidadania e solidariedade; e a *dimensão sociocultural*, relativa às práticas e ao imaginário social sobre a loucura, a diferença e a diversidade.

Uma das questões mais centrais para a avaliação complexa em saúde mental é o risco de reduzir a Reforma Psiquiátrica à dimensão técnico-assistencial, em que ela se torna um processo técnico, administrativo de organização de serviços e recursos humanos e materiais, perdendo-se a dimensão sociocultural de transformação do imaginário social e da relação social com a loucura, o que produz, conseqüentemente, efeitos na dimensão jurídico-política, que é reduzida a um papel de mudar o sistema de saúde mental através das leis e regulamentos.

A partir de Michel Foucault, sabemos que a mudança dos comportamentos numa sociedade se articula às relações de poder reproduzidas ou desnaturalizadas e não se apóia apenas na ação estatal. Através de uma análise genealógica do dispositivo psiquiátrico e da “produção da doença mental” (TORRE, 2004), surge o dilema da mudança cultural sob a forma da mobilização popular e política, da reivindicação da cidadania e dos direitos, e da construção democrática da rede de proteção social e da inclusão social dos indivíduos que não se enquadram no padrão de normalidade do *status quo*.

A gestão da miséria (o modo manicomial asilar) e a gestão dos riscos (o modo do *aggiornamento*, segundo Robert Castel (1987), foram a sustentação das práticas avaliativas tradicionais. Para escapar à captura da avaliação em saúde mental pelas velhas configurações manicomiais e pelos novos serviços abertos que continuam segregando e individualizando, a avaliação complexa em saúde mental enfrenta a questão de que o controle disciplinar, por si só, não é capaz de realizar as transformações imprescindíveis de um novo paradigma em saúde, um paradigma complexo. Para além do controle disciplinar, a mudança cultural depende da mobilização comunitária, da aproximação e diálogo com a cultura popular e da revitalização do território, entendido como lugar das forças sociais e comunitárias capazes de criar redes solidárias para uma nova relação com a cidade, o espaço público e o suporte ao sofrimento mental e à exclusão do louco e do diferente.

As resistências e os combates a essas formas manicomiais devem se dar dentro e fora dos muros dos hospitais, ou melhor, em todos os espaços-tempos sociais. O que acreditamos poder se dar através da afirmação/ação de um outro regime de afetos, livre de todas as referências de negativo: a falta, o Édipo, a castração, o significante, o absoluto, a impossibilidade. (LAVRADOR; MACHADO, 2001, p. 47).

A clínica psiquiátrica e também a clínica psicológica são fundadas sobre o foco na doença mental, sobre a negatividade e a concepção diagnóstica psicopatológica do sujeito, e o louco carrega estes estigmas de incapacidade, irresponsabilidade, periculosidade, inferioridade, irracionalidade, e a sociedade está “formada” dentro do paradigma médico-psicológico, e conseqüentemente de forma automática, demandando a medicação “infalível” ou a terapêutica imediata.

Muitas vezes, deixamos escapar por entre os dedos essa potência de acreditar/agir. É possível construir – via contágio, contaminação, epidemia e não por decreto ou conscientização – outras formas de lidar com a loucura, acolhendo sua alteridade, abrindo portas em todos os sentidos e desobstruindo a produção desejanste. Desobstruir a produção desejanste e colocá-la em funcionamento pressupõe a desconstrução das práticas-intervenções-discursos reificados, que põem em funcionamento subjetividades mortificadas e entorpecidas (LAVRADOR; MACHADO, 2001, p. 47).

Outro aspecto da avaliação complexa é atentar para a necessidade de que as práticas avaliativas sejam contínuas e permanentes, inseridas no cotidiano do processo laboral, assim como as outras partes da gestão de sistemas e serviços de saúde mental, como as do planejamento, assistência, administração e formação dos recursos humanos, e demais aspectos, como a informação para tomada de decisão e o financiamento, dentre outras necessidades organizativas nas políticas e instituições do campo da saúde mental.

Tem-se registrado no Brasil, a partir do final dos anos 1980, uma grande quantidade e diversidade de *novos* serviços de saúde mental e atenção psicossocial, como conseqüência de um amplo processo de transformações no campo que vem sendo denominado de Reforma Psiquiátrica. Para Carvalho e Amarante (1996, p. 75):

sob esta categoria empírica *novo*, adotada pelos próprios atores do processo reformista, vem tendo significado um conjunto de ações e iniciativas que ocorrem em diversas áreas, e simultaneamente, nos planos teórico, técnico, assistencial, jurídico, político e cultural, na forma de lidar com a loucura e a doença mental.

Esses novos serviços de saúde mental e atenção psicossocial re-presentam grande parte desse desafio em relação aos processos de Reforma Psiquiátrica e em relação aos processos de avaliação dos mesmos e das políticas de saúde mental.

O trabalho no território (AMARANTE; GIOVANELLA, 1994, p. 145) é construído por meio de redes e suporte social, através de visitas domiciliares, vínculo com familiares, diálogos com a vizinhança e bairro, movimentos sociais, ação cultural; por meio de intersectorialidade, através de trabalho com instituições localizadas nesse

território, no sentido de confrontar resistências e ampliar possibilidades de intervenção em relação ao trabalho, lazer, educação, arte, esporte, dentre outros.

Estamos nos referindo ao processo de construção de autonomias, emancipação, práticas e exercícios de cidadania em ruptura com o conceito de doença mental, de alienação, de transtorno mental e desordem mental como erro, incapacidade, irresponsabilidade etc. O lidar com o sujeito, não com a doença, através do conceito de doença mental entre parênteses, ou de duplo da doença mental, de Franco Basaglia (2005), buscando sempre em última análise a transformação do lugar social da loucura, das relações entre a sociedade e os sujeitos com experiências de sofrimento. Daí o trabalho de base territorial, as construções de redes intersectoriais, redes sociais, redes de apoio, e não apenas redes de serviços.

A dinâmica do serviço, com o trabalho de base territorial, pode ser avaliada por meio de metodologias participativas, relacionadas a indicadores como o de relação com o território (com as forças sociais vivas da comunidade), o de participação nas decisões e na organização do trabalho, e o de satisfação do usuário. Tal tipo de variável não pode ser captado pelos indicadores *hard* tradicionais, que não são sensíveis a esses aspectos, desconsiderados como importantes no “tratamento” médico-psicológico. O serviço voltado pra dentro de si próprio não é capaz de desenvolver a revitalização do território. Devemos perguntar no processo de avaliação se o serviço atua no sentido de superar a discriminação, a estigmatização, para construir um novo lugar social para a loucura e a diversidade. Assim, o conceito de território e a noção de substitutividade são centrais para a avaliação em saúde mental e levantam algumas questões. O serviço substitui a estrutura tradicional? Ou a complementa, isto é, funciona como alternativo, no sentido de representar uma opção ao sistema? A ruptura com o conceito de doença mental, alienação, transtorno, é realizada, e podemos dizer que se trabalha com a doença mental entre parênteses? O que se entende por acolhimento?

Trabalhar com a avaliação complexa em saúde mental nos direciona para a escolha de práticas avaliativas entendidas como processos de pesquisa-ação, de natureza qualitativa, envolvendo os atores sociais na pesquisa/avaliação.

Dentre alguns indicativos, tomando como referência para construí-los, a singularidade do sujeito e sua inter-relação com a cidade, poderiam constar: o grau de autonomia da vida do sujeito em relação ao serviço e sua vida em geral; a intercomunicação do serviço com as diversas instituições, visando à construção de rede de relações para com o sujeito; a possibilidade dos profissionais do serviço estarem exercendo, na prática, uma interdisciplinaridade que favoreça o rompimento com as intervenções rígidas em relação à vida do sujeito. Estes indicativos sugeridos poderiam servir mais como “termômetros” de uma instituição que tem como meta a inclusão deste sujeito. (CARVALHO; AMARANTE, 1996, p. 76).

Nesta direção, é importante refletir sobre elementos que não podem ser captados diretamente por metodologias avaliativas que operam através da mensuração quantitativa ou do diagnóstico psicopatológico, mas que são fundamentais para a avaliação de qualquer instituição ou serviço de saúde mental. O “cheiro do hospício”, por exemplo, é um indicador relevante para avaliar a questão do descuido e da cronificação, sinalizando as abordagens qualitativas e etnográficas como uma possibilidade de introduzir na avaliação em saúde mental uma certa sensibilidade que também se constitui como *analizador* (no sentido adotado no âmbito da análise institucional) de uma instituição ou rede de serviços (COIMBRA, 1995).

A ruptura com o paradigma psiquiátrico em suas bases fundantes se traduz nas rupturas com: o método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais, e o modelo conceitual de doença como patologia e desordem, e de doença mental enquanto erro, desrazão, periculosidade; com o modelo asilar-manicomial e o isolamento terapêutico e com o hospital como casa de cura; com o modelo terapêutico médico-psicológico de cura e de tratamento/normalização expresso no princípio do tratamento moral alienista; com o modelo especialístico-profissional dos lugares do saber e do não-saber; e finalmente, com o modelo de participação/ação social que exclui o usuário das decisões, objetificando-o na captura medicalizante, e que também exclui a sociedade, que se torna passiva e ignorante no enfrentamento dos dilemas ligados ao campo da saúde mental.

Considerações finais

A construção democrática de políticas públicas de saúde e saúde mental no contexto do SUS tem como um dos pilares a avaliação das políticas, serviços e ações de saúde, elemento fundamental para o aprimoramento do sistema e que, historicamente, sempre foi relegado a um segundo plano. Objeto de controvérsias, as práticas avaliativas são um tanto malditas, na medida em que são concebidas como instrumentos de punição dos erros e falhas no cumprimento de atribuições, ao invés de serem percebidas como potencializadoras do enfrentamento das contradições inerentes ao exercício profissional num novo modelo assistencial e num novo paradigma de saúde.

As discussões no campo da avaliação em saúde mental atualmente têm circulado pela compreensão de sua transição e deslocamento dos velhos modelos avaliativos – ligados à matematização e mensuração dos comportamentos, “recursos humanos” e recursos materiais, e ligados aos indicadores *hard*, como são chamados – em direção a uma multiplicidade de novas práticas avaliativas inovadoras. Os modelos avaliativos tradicionais, dentro da tradição positivista das técnicas psiquiátricas e psicológicas, de cunho organicista e biologicista, e da tradição do poder médico assistencialista e hospitalocêntrico, presentes na constituição da Saúde Pública tradicional e do higienismo moderno, produzem uma percepção tecnicista e um viés burocratizante sobre as políticas e serviços, a tal ponto que esvaziam a análise do potencial criativo inerente às dimensões mais amplas, políticas e socioculturais, da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Uma avaliação complexa em saúde mental torna-se premente para sustentar uma análise micropolítica das práticas e serviços que não se paralise nas velhas variáveis, estando cega às transformações em curso por incapacidade de captá-las, o que seria possível graças à criação de novos indicadores e categorias analíticas, bem como novas metodologias avaliativas.

É de fundamental importância discutir as configurações da avaliação tradicional do campo *psi* sobre a subjetividade (Psiquiatria, Medicina e Psicologia) que se constituiu pelos testes, mensurações, diagnósticos de personalidade, dentre outros, para discutir a avaliação de serviços, sistemas e políticas de Saúde Mental, criticando esse velho paradigma médico-psicológico focado no indivíduo,

buscando sua superação. Os dilemas e impossibilidades produzidos por tais modelos tradicionais, desde seu nascimento até hoje, demandam uma reformulação, não obstante suas discutíveis qualidades terapêuticas ou conceituais.

Ainda mais primordial talvez seja inserir esta discussão no contexto atual de aprofundamento da transição demográfica e epidemiológica da sociedade midiática e globalizada, que agrava a crise dos modelos clássicos em sua resolutividade dos problemas sobre os quais operam e intervêm, crise que começa na biomedicina no pós-guerra. Uma confirmação disto é a escolha do tema do ano de 2007 para o Dia Mundial da Saúde (saúde pública internacional e enfrentamento de epidemias num mundo globalizado), denunciando a necessidade de os países repensarem seus sistemas de saúde num âmbito internacional e articulado.

Desta forma, a avaliação em saúde mental pode atualizar no campo da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, a transição paradigmática em curso na produção de conhecimento e nas decisões políticas conduzidas pelos atores sociais e instituições nas sociedades atuais, atentando para as questões prioritárias que se colocam. Em primeiro lugar, lutar contra a naturalização das práticas e conceitos em novos serviços e contextos que reeditem velhas fórmulas e prescrições, normatizando o saber e a prática profissional em saúde mental, de modo a esvaziar seu potencial criativo e reduzi-lo a mera técnica ou ação do poder público estatal. Para tal, a direção ética na avaliação de serviços, sistemas e políticas de saúde mental pode ser pensada como a do enfrentamento crítico dos dilemas, no sentido de desnaturalizar as concepções estigmatizantes, segregadoras e antidemocráticas que venham a fortalecer a exclusão social ou a tecnificação e cronicização dos serviços e ações de saúde.

Em segundo lugar, para que a avaliação em saúde mental se torne uma prática constante, e que faça parte da cultura dos serviços de saúde, é fundamental atentar para a necessidade de lutar contra a rotatividade de profissionais e contratos temporários, caso se deseje promover políticas sustentáveis com resultados mais amplos e duradouros. Os espaços de reflexão e discussão criados no vínculo entre as instituições de saúde e comunidades sofrem profundamente com o “carrossel” de instabilidade nos serviços públicos de saúde e assis-

tência social. Estando alerta para esses problemas, talvez possamos buscar a construção de políticas e sistemas de saúde mental abertos e substitutivos que sejam realmente produtores de cidadania, e que incluam a avaliação das práticas e ações como parte do cotidiano de intervenção e de formação:

Em resumo, a proposta que ora procuramos desenvolver volta-se para uma definição e aplicação de mecanismos de avaliação que não sejam um conjunto de normas ou de indicadores rígidos e universais, mas sim de referências e indicativos, constituindo-se em um processo regular de exercício e construção da intervenção do pesquisador na realidade (CARVALHO; AMARANTE, 1996, p. 82).

As reuniões com equipes e usuários da instituição, bem como assembleias de usuários, as pesquisas qualitativas do tipo etnográfico-etnológico, os processos avaliativos com a participação dos atores sociais, de tipo pesquisa-ação, pesquisa social de avaliação/intervenção, as metodologias de grupo focal e grupo de discussão, e os projetos de construção de metodologias integradas com abordagem multifacetada, complexa, são exemplos de orientações e tendências que o campo da avaliação vem demonstrando progressivamente no bojo das transformações maiores das políticas públicas de saúde mental em contexto de Reforma Psiquiátrica atualmente.

Cabe aos atores sociais e instituições a produção de novas formas de gestão e avaliação dos serviços, sistemas e políticas em curso, caso contrário, estaremos sob o risco do refluxo da contra-reforma conservadora e a volta dos velhos indicadores de mensuração normativa e medição diagnóstica e psicopatológica que capturaram os processos transformadores até o presente. A mudança na avaliação, ao promover a visualização de um novo cenário, pode nos impulsionar a consolidar práticas éticas e democráticas, fazendo justiça à luta que desde o movimento dos trabalhadores em saúde mental, há mais de três décadas, vem sendo construída e implementada, fruto de conquistas democráticas na transformação da sociedade brasileira.

Referências

ALMEIDA, P. F.; SCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, CEBES: Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, mai/ago 2001.

- AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 113-148, 1994.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.
- AMARANTE, Paulo (Org.). Loucos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. A trajetória do pensamento crítico em Saúde Mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 103-119.
- ANAYA, F. Reflexões sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
- BASAGLIA, F.; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes: para uma análise crítica do modelo italiano. In: DELGADO, J (Org.). *A loucura na sala de jantar*. Santos: edição do autor, 1991, p. 27-51.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005
- BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Círculo do Livro, 1986.
- CARVALHO, A. M. T.; AMARANTE, P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006, p. 41-52.
- CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 52, p. 74-82, 1996.
- CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- _____. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978 (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, 4).
- COIMBRA, C. Os caminhos de Lapassade e da análise institucional. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: AMARANTE, P. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. V. 2. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 161-194.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- DIAS-BARROS, Denise. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos, 1994.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- _____. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979^a. p. 79-98.
- _____. O nascimento do hospital. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979b, p. 99-111.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- _____. *Vigiar e Punir*. História da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1983.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- LAVRADOR, M. C. C.; MACHADO, L. D. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58.
- MARCONDES, K. A. Física contada para psicólogos: uma perspectiva epistemológica. *Sofia: Revista de Filosofia*, ano III, n. 4, jul. 1997.
- MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Editorial Psy, 1995.
- _____. O que se observa depende do observador. In: THOMPSON, W. I. (Org.) *Gaia: uma teoria do conhecimento*. São Paulo: Gaia, 1990. p. 61-76.
- PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *A nova aliança: metamorfose da ciência*. Brasília: UnB, 1991.
- ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1995.
- TORRE, E. H. *O dispositivo psiquiátrico e a desconstrução do conceito de clínica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- _____. *A Reforma Psiquiátrica como empresa social: um estudo sobre a reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PARTE II

Apresentação e discussão dos resultados

Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental

ANA PAULA GULJOR
ROSENI PINHEIRO

Ao nos propormos a discutir cuidado no processo de desinstitucionalização, optamos por fazer um recorte voltado para a clientela longamente institucionalizada, numa perspectiva de aprofundamento dos nexos constituintes da atenção integral em saúde mental. Neste caminho, abordar a questão da demanda e sua relação com as necessidades de saúde se apresenta como estratégia teórico-metodológica de captura das percepções dos atores envolvidos na oferta do cuidado, em suas práticas no cotidiano das instituições de saúde. A análise dos resultados da pesquisa, que tem na primeira parte desta coletânea seus pressupostos e noções fundantes, visa a discutir o conceito de demanda em saúde numa perspectiva avaliativa, por meio da qual busca articular seus elementos constitutivos com as noções particulares daquilo que os atores entendem por demanda, cuidado e necessidades em saúde – mais especificamente, no campo da saúde mental.

Nesse sentido, partimos da assertiva de Mattos (2004, p. 130), que aponta para o direito de o sujeito ter acesso ao cuidado de que necessita. Deste modo, passamos a nos questionar: quais seriam as necessidades de cuidado da clientela aqui abordada? De que forma aferi-la, se não pela construção coletiva de uma certa “noção do que é preciso”, que perpassa necessariamente o olhar do outro? Como interpretar uma demanda muitas vezes influenciada pelo estigma da loucura que por séculos garantiu a manutenção de uma noção hegemônica de exclusão e incapacidade? Ou mesmo considerar, à luz

do direito do usuário, uma voz expressa nem sempre pela linguagem verbal de seu autor? Essas questões nortearam o início do percurso deste capítulo e abrem caminho para a discussão sobre uma forma de avaliação em saúde mental capaz de contemplar a integralidade como eixo orientador dos saberes e práticas de cuidado oferecido ao paciente portador de transtorno mental.

Na esteira da discussão, outro aspecto explorado diz respeito ao processo de desinstitucionalização, já discutido em artigos anteriores (AMARANTE; GULJOR, 2005; GULJOR; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2006), cuja exigência ético-política da Reforma Psiquiátrica aponta para a reconstrução da demanda no corpo social. Adotamos a caracterização deste como um *processo social complexo*¹, no qual, em última instância, se busca a construção de um novo valor social que permita reinserir portadores de transtornos mentais na sociedade. Deste modo, o foco de intervenção não se restringe a ações técnicas ou, no campo político, a uma reorganização de serviços. A desconstrução e a reconstrução de saberes e práticas preconizados no conceito de desinstitucionalização aqui adotado apontam para uma reorientação de valores, ou seja, para a busca de uma transformação ética da sociedade que subsidie práticas solidárias voltadas para a inclusão social.

É nesse sentido, da transformação das práticas, que o objeto desta pesquisa propõe uma leitura sobre a desinstitucionalização a partir da análise das práticas ofertadas no interior de um hospital psiquiátrico público municipal no Estado do Rio de Janeiro. Mais do que isso, busca entender de que forma essas práticas se justificam enquanto adequadas às demandas e necessidades da clientela de longa permanência institucional (tempo de internação hospitalar superior a um ano) como estratégias de reinserção na comunidade. Nessa leitura, o conceito de cuidado nos parece nucleador de sentidos, significados e vozes para apreensão do entendimento dos atores acerca dos termos *desinstitucionalização*, *demanda* e *necessidade* em saúde mental (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Partimos do pressuposto de que o paciente de longa permanência opera um paradoxo no conceito de cuidado. Enquanto, por um lado, se entende a instituição / institucionalização como produtora de

sujeitos passivos e excluídos do direito a escolhas sobre sua própria existência, sendo a saída da instituição de asilamento o primeiro passo do que denominamos “desinstitucionalização”, por outro buscamos, em sua reinserção no território, estabelecer novas redes que em última instância poderíamos denominar de “novas institucionalidades”. O termo foi adotado a partir da compreensão de que o universo das redes sociais se configura por instituições que permitem sua sustentabilidade. Ao mesmo tempo, o termo *institucionalidade* nos permite um afastamento da conotação de negatividade pressuposta no termo *institucionalização*.

Essas noções aparentemente divergentes apenas ratificam a importância de se aprofundar aspectos da micropolítica que envolve o tema. Apesar de uma sólida discussão teórica nas últimas décadas, na desinstitucionalização em sua vertente das práticas, podemos observar a abertura de inúmeras perspectivas de abordagens, em que o cotidiano do cuidado reposiciona antigas certezas e impõe novas dúvidas. (DELGADO, 2006; VIDAL; GULJOR, 2006; MILAGRES, 2003).

Desta forma, ao abarcar o desafio desta discussão, desenvolvemos uma pesquisa de abordagem qualitativa na qual foi utilizado o método de entrevista semi-estruturada, com profissionais do Programa de Saúde Mental do município de Niterói. Estes, em sua totalidade, no processo de trabalho cotidiano, estavam envolvidos no acompanhamento de pacientes recém-saídos de internações prolongadas e/ou internados por mais de um ano em hospitais psiquiátricos. No dia-a-dia dos serviços de saúde mental onde se inserem, esses profissionais vivenciam as demandas dos usuários e de suas famílias, que muitas vezes não refletem as diretrizes concebidas pelo programa de desinstitucionalização como adequadas às necessidades dessa clientela. As solicitações de internações permanentes, a referência aos usuários como incapazes de gerir suas próprias histórias, ou mesmo o desejo de parcela da população longamente institucionalizada de permanecer no hospital, são questões que atravessam o trabalho a ser desenvolvido. Assim, novas pactuações precisam ser construídas, e o investimento na reinserção territorial da clientela, seja em serviços residenciais terapêuticos ou no retorno à família, exige uma escuta atenta às dificuldades que se apresentam para os usuários e sua articulação com a possibilidade de su-

¹ Ver mais sobre o tema em AMARANTE e GULJOR (2005) e AMARANTE (1996).

porte oferecida pelos serviços – considerando-se os recursos humanos, técnicos ou de infra-estrutura física.

Para a discussão proposta neste capítulo, consideramos o resultado da análise do material supracitado, qual seja, o discurso dos profissionais envolvidos com o cuidado da clientela de longa permanência no município de Niterói-RJ, através das questões levantadas por estes sobre suas práticas e os projetos desenvolvidos com os usuários de longa permanência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

A demanda e suas inflexões no caso da clientela institucionalizada em saúde mental

Ao considerarmos as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas em grupos específicos da população, é possível observar uma diversidade de respostas (institucionais) e demandas que são construídas a partir de determinado contexto social e histórico. Tais demandas refletem algumas formas de produção que retratam uma sociedade com feições neoliberais cujos saberes e práticas na saúde são cientificamente respaldados.

De acordo com Luz (2006, p. 31), “na verdade, a saúde é associada na cultura presente, de dominância da ordem médico-social, à doença e sua atenção – portanto, à demanda por remédios e cuidado”. Desta forma, podemos dizer que a noção que embasa a demanda que aqui definimos como tradicional é a lógica da biomedicina. Nesta, a possibilidade de intervenção sobre a doença se reflete numa resposta pautada na oferta de serviços e procedimentos curativos, ou seja, na assistência médica. Em outras palavras, na ordem social atual, a cientificidade sobre a qual se pautam as noções de saúde e doença aponta para uma resposta reducionista, ao não considerar os demais aspectos da existência como determinantes na busca pela melhoria das condições de vida, já que seu alvo está direcionado à cura da doença e não ao sujeito. A mesma autora, em suas análises, corrobora nossa afirmação, quando ressalta: “Enquanto a demanda por saúde for socialmente construída em função da doença e do seu combate ou prevenção, acreditamos ser impossível aceder a uma demanda efetiva por saúde, no sentido positivo e propositivo do termo” (LUZ, 2006, p. 31).

Destacamos que, no campo da saúde mental, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, vem-se operando uma transforma-

ção não apenas das concepções de saúde-doença mas uma efetiva ruptura com o paradigma hegemônico na psiquiatria tradicional. Deste modo, apontamos para a mudança do objeto de intervenção, que não é mais reconhecido como a doença, passando a ser considerado o sujeito em seu sofrimento.² Na perspectiva da construção de uma demanda pautada nesse referencial, podemos destacar que, para além do adoecimento físico, o *sofrimento* passa a ser compreendido como uma teia complexa de questões subjetivas e também objetivadas por aspectos que dizem respeito à história de vida do sujeito e a suas condições de existência. É a partir desta inflexão que podemos aliançar uma discussão teórica do referencial *psi* “reformista” com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para orientar este diálogo, circunscrevemos a noção de integralidade, como nexos constituinte das novas práticas propostas pela Reforma Psiquiátrica e um dos preceitos fundamentais do SUS. A integralidade, entendida como um termo polissêmico e polifônico (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004) nos fornece ferramentas para compreender os nexos constituintes da construção da demanda em saúde mental para a clientela de longa permanência institucional. Desta forma, retomamos a questão levantada no início deste texto, onde buscamos compreender de que forma o paciente internado por longos anos numa instituição psiquiátrica tem expressado suas demandas e de que modo são respondidas (ou não). Além disso, poderíamos, a partir desta compreensão, pensar este aspecto na perspectiva do direito à saúde, quando observamos os objetivos da Reforma Psiquiátrica.

Ao qualificar a demanda como uma construção social, pautada principalmente nas reivindicações dos usuários ao sistema de saúde, iniciamos por incluir na categoria “usuário” todos os atores envolvidos nesse contexto – os próprios pacientes, suas famílias e os profissionais que cuidam dos mesmos. De certa forma, o entrecruzamento de várias concepções – o olhar técnico e a vivência da experiência de sofrimento trazida pelo olhar leigo – estrutura uma nova configuração das demandas dessa clientela. Podemos dizer que no convívio

² Optamos por enfatizar que esta afirmativa não se refere a uma negação da existência dos transtornos mentais. No entanto, a visão aqui destacada é que as ações de cuidado passam a considerar o sujeito com todas as questões que permeiam seu modo de andar a vida.

diário dos serviços com a clientela egressa de longa permanência institucional além daqueles ainda internados, as equipes são perpassadas pelas questões trazidas pelos usuários, com suas dificuldades de estabelecer trocas sociais, além de recursos de infra-estrutura que culminam por vezes na solicitação de resposta para a qual nem sempre os recursos preexistentes são suficientes.

Por um lado, a concepção hegemônica do processo saúde-doença nos aponta para a busca de tecnologias voltadas para a intervenção na doença, com prescrições de medicamentos e procedimentos afins. De outro, o referencial da desinstitucionalização reorienta o foco de intervenção para o sujeito em sofrimento, sendo a noção de cuidado a ferramenta de trabalho cotidiano. Assim, as respostas necessárias são uma construção do coletivo das situações que não dizem respeito estritamente à clínica, mas às necessidades de saúde entendidas como todos os recursos necessários para potencializar as condições de existência digna dos sujeitos portadores de transtornos mentais. Podemos qualificar tal intervenção como a prática de uma *ampliação da clínica*.

Nesse sentido, observamos a configuração de uma ruptura com a lógica dos procedimentos curativos, ao não considerá-los como único objetivo do “tratamento”. Ou seja, incorpora um processo de “acompanhamento contínuo” (não-normalizador) que considera o desejo do outro – o sujeito em sofrimento. Assim, as questões do cotidiano dos usuários e suas famílias são inseridas no contexto da construção da demanda e incidem sobre o olhar das equipes profissionais, configurando novas leituras das necessidades. A efetiva incorporação da voz dos usuários não se dá a partir de uma homogeneidade de discursos, mas de pactuações e consensos que advêm de uma certa permeabilidade das noções de saber-poder até então colocadas pela psiquiatria tradicional.

Durante a análise do material coletado na pesquisa foi possível observar, sobretudo nas falas dos profissionais dos CAPS, ambulatórios e do hospital psiquiátrico público, a coexistência de diferentes visões sobre a demanda, chegando a formular um paradoxo no que concerne às concepções e práticas de cuidado. Por vezes se destaca uma noção ampliada de cuidado que rompe com a concepção biomédica da assistência, ao mesmo tempo em que também se apresentam noções que posicionam o hospital como possuidor de con-

dições para responder a *todas* as necessidades do sujeito, como podemos verificar nas falas a seguir:

Essa equipe que trabalha aqui comigo começa a se inquietar muito com isso: os pacientes deitados, a inércia – isso nos inquieta a todos e aí a gente começa a pensar num bazar fora, pensar em uma cantina fora em que os pacientes possam estar elaborando produtos. Quer dizer, isso é preparar profissionais para o mercado de trabalho. (Profissional I – extra-hospitalar).

A paciente X, além de não ter um suporte familiar que possa acolhê-la, que possa sustentar sua presença em casa [...] Em casa ela não tem os recursos que ela tem aqui, que são necessários. Ela está internada há tanto tempo porque [...] por conta do quadro dela mesmo. (Profissional II - hospital psiquiátrico).

Na fala do profissional da rede extra-hospitalar, podemos perceber sua referência à percepção da equipe de cuidado sobre a dinâmica dos usuários na unidade. Chama a atenção a interpretação dada ao que denomina “inércia dos pacientes”, ou seja, a dificuldade destes em estabelecer trocas sociais na unidade de saúde mental. Ao mesmo tempo em que nesta afirmação se coloca o olhar atento a esse sujeito, a estratégia apresentada pela equipe como intervenção a ser adotada nos aponta para uma concepção de cuidado que supera a intervenção na patologia. Ao invés de soluções voltadas para tecnologias medicamentosas (p. ex., introdução de fármacos atípicos com efeitos sobre a sintomatologia negativa), sinaliza-se para um empoderamento dos sujeitos no sentido de seu valor social, ou melhor, a inserção na vida laborativa como possibilidade de potencializar desejos e assim romper com a passividade a que estão submetidos.

Ao mesmo tempo, na análise da fala do outro profissional do hospital, observamos que o mesmo se refere ao hospital como local potente de suprir todos os recursos necessários que a casa e a família do usuário em questão não são capazes de oferecer. É possível considerar nesse enunciado uma outra concepção de cuidado, qual seja, uma instituição que lhe provê recursos. Não há referência à inclusão do sujeito como pró-ativo em seu processo. Apesar de ressaltar a precariedade de seu contexto sócio-afetivo, não consegue relacioná-lo ao motivo de permanência prolongada na instituição, atribuindo à doença sua principal causa.

Outra situação encontrada nas falas dos profissionais, principalmente na rede extra-hospitalar, diz respeito ao entendimento dos familiares sobre seus pacientes egressos de longas internações ou ainda internados. Os trechos a seguir referem-se à disponibilidade de acolhimento e às demandas endereçadas ao sistema de saúde por familiares de usuários:

A família é extremamente resistente a levá-lo para casa, então, provavelmente, o projeto dele é que ele possa ir para uma residência terapêutica.

Foi bastante difícil, não só com a família, mas com a comunidade. Eles falavam para a gente assim: “Mas você não está vendo que ela é sozinha?”; “Ele é maluco! Como é que ela vai cuidar dele? Isso é um absurdo!”; “O governo não pode fazer isso! É direito dele ficar internado!”.

Apesar dos avanços nas discussões de usuários e familiares, através de encontros específicos, e da progressiva intervenção nos meios de comunicação de massa, no sentido da inclusão da diferença, esta ainda não é uma posição homogênea na sociedade. A demanda endereçada ao sistema de saúde, aqui representada no depoimento de profissionais da rede de saúde mental, ainda aponta para o entendimento de muitas famílias sobre o portador de transtornos mentais como um peso e sem condições de convívio social, sendo a internação a alternativa mais eficaz. Deste modo, retomamos a noção de incapacidade e periculosidade atribuída ao louco na lógica da psiquiatria tradicional.³

Na primeira fala pode-se observar o profissional manifestando sua desesperança no reposicionamento familiar e apontando uma solução institucional com as residências terapêuticas. Já o segundo depoimento é mais radical, ao trazer à superfície o extremo do estigma da loucura. Entretanto, em ambos, a demanda parece representar uma defesa pela assunção do poder público do cuidado desses usuários com estratégias distintas. Na primeira fala há uma referência direta ao dispositivo territorial como estratégia de cuidado, enquanto que na segunda a manutenção num dispositivo de internamento é a única alternativa referida.

³ Ver mais sobre o tema em Castel (1991).

Nas falas subseqüentes, apresentamos a demanda expressa pelos profissionais de um serviço extra-hospitalar, no sentido de uma singularidade do cuidado. Sinalizam as formas concebidas como adequadas para a clientela de longa permanência, onde se observa a inclusão do sujeito e seus desejos na construção dos projetos.

Para alguns é mais importante que eu esteja no consultório, para outros é importante que eu esteja indo à padaria com eles, para outros é importante que eu esteja muito próximo da família ou da comunidade. Por isso que o projeto terapêutico é tão particular. (Profissional III).

Imagina, ele passou a vida inteira dentro de Paracambi sem saber quando que era o dia do mês, ainda mais se era aniversário dele ou não, mas ele pediu: “Estou fazendo 50 anos, queria uma festa”. E aí a família veio, teve bolo, trouxe coisas para ele. (Profissional IV).

Uns precisam de um atendimento psicoterápico regular, outros não demandam isso, mas de repente precisam estar aqui numa assembléia para falar, para participar. (Profissional V).

Parece-nos que esses depoimentos demonstram uma flexibilidade das ações implementadas e a preocupação com o posicionamento do sujeito em relação ao seu processo de cuidado. Apesar das diferentes linguagens que podemos imaginar como forma de expressão de cada um dos pacientes, os depoimentos dos técnicos se orientam no sentido de perceber nos interstícios uma escuta possível. Em geral, essas demandas se encontram localizadas nas ações do cotidiano, nas situações vivenciadas como corriqueiras a todos nós. Podemos analisar essas falas como um sinalizador do lócus primeiro de intervenção do processo de desinstitucionalização, qual seja, a vida comum, o dia-a-dia onde se colocam as trocas, as disputas, a potência de vida de cada um. E sendo assim, cada demanda é única e particular. No coletivo de uma clientela massificada por um mesmo *modus operandi* que a produziu, o singular se dá na possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.

Estas falas referem-se aos pacientes de longa permanência institucional (ainda internados no hospital psiquiátrico ou já reinseridos na comunidade) em acompanhamento por profissionais da rede de saúde mental. É possível perceber que as noções sobre a demanda

não se apresentam de forma homogênea. Observamos, na análise do material coletado (documentos, anotações de campo e entrevistas), a existência de uma inflexão no processo de cuidado que redundava numa ampliação de sua noção para um conjunto de práticas pautadas na integralidade. Aqui em seu cunho polifônico, pela intersecção de vários saberes, como diria Foucault, os “saberes das pessoas” (FOUCAULT, 2000), cuja genealogia constitui os indícios de um percurso terapêutico sempre em construção.

Outro dado relevante observado em nossa análise diz respeito à singularização referida do acompanhamento e o espaço da escuta do usuário com referência à consideração de sua voz (em suas diferentes formas de expressão, tais como nas assembléias, nas demandas específicas por determinadas atividades), como parte do processo de cuidado. Embora se observe, ao mesmo tempo, surtem afirmações que enaltecem a importância do uso das tecnologias tradicionais da psiquiatria.

Resgatamos, aqui, que na lógica aqui desenhada, o hospital ocupa papel central no cuidado, lugar de eleição para o tratamento dos transtornos mentais, sendo a ele destinado o poder de controle e tratamento da loucura. Assim, as técnicas biológicas são compreendidas como o único recurso, já que o corpo doente (neste caso, a mente) é o alvo da intervenção. Por sua vez, as demandas do sujeito não são priorizadas, pois sua doença o acomete e esse corpo necessita ser reparado⁴. Não é incomum observar nos relatos do posicionamento familiar acerca da demanda do paciente portador de transtorno mental essa visão como dominante. Entretanto, mesmo no olhar de alguns profissionais, ainda se encontra a reprodução de uma resposta pautada na doença como enfoque principal.

Entendemos que a análise da demanda, no que concerne às concepções dos trabalhadores na relação entre a oferta e a necessidade na atenção à saúde mental, assim como os contextos sócio-político-culturais e históricos que se inserem percursos, podem subsidiar a construção de projetos terapêuticos integra-

dos, além de nos apontar os principais desafios a serem transpostos do processo de desinstitucionalização. Retomando a noção de processo social complexo referido no início deste capítulo, podemos afirmar que sua efetivação apenas se fará possível com o exercício de uma clínica ampliada que se institua através de uma prática interdisciplinar, ao mesmo tempo em que se configure uma ação intersetorial. A coexistência de concepções distintas explicitadas nas falas dos trabalhadores nos indica a importância do trabalho da equipe de saúde mental, no sentido de implementar as estratégias que abarquem dimensões outras que não apenas a técnico-assistencial.⁵

Deste modo, destacamos que a compreensão do processo de desinstitucionalização no enfoque da análise da demanda e adequação da oferta, temática desta pesquisa, se pauta na análise das práticas e saberes em curso nos dispositivos de saúde mental, no que diz respeito a suas estratégias de cuidado para os pacientes institucionalizados. Assim, a demanda expressa é considerada elemento analisador das “necessidades” percebidas pelas equipes, para que a efetiva inclusão social possa lograr sua efetivação.

Cuidado integral à saúde na desinstitucionalização: construindo uma matriz analítica para avaliação da relação demanda-necessidades-oferta na atenção hospitalizada em saúde mental

Com a discussão dos dados foi possível definir sete categorias empíricas que agregam concepções balizadoras das práticas de cuidado ofertado à clientela de longa permanência. Tais concepções resultaram na construção de uma matriz analítica que agrupam os sentidos, significados e ações concernentes ao conjunto de práticas que consideramos prioritárias para a desinstitucionalização. Esse agrupamento se circunscreve em dois campos específicos de práticas, quais sejam: a gestão e a clínica, cujos modos de operação se ancoram nos universos da macropolítica e micropolítica.

⁴ Referimo-nos aqui à discussão realizada por Alves (2001), que contrapõe o conceito de direito à noção de reparo, que exclui o sujeito e sua demanda em detrimento de um saber técnico sobre as necessidades concretas do “doente”.

⁵ De acordo com AMARANTE (2003), a Reforma Psiquiátrica constitui um processo que abarca quatro dimensões, a saber: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Observemos a matriz abaixo:

Matriz analítica para avaliação das práticas de desinstitucionalização

CATEGORIAS	MACROPOLÍTICA / GESTÃO	MICROPOLÍTICA / CUIDADO
Articulação com a rede de saúde	CAPS como referência. Projeto terapêutico e compartilhamento dos casos entre as equipes de saúde mental. Articulação com PMF. Ampliar o acesso aos dispositivos da rede de saúde (exames, hospitais gerais, odontologia, cirurgias catarata etc.).	Prática de intercâmbio do técnico de referência com o local de internação. Equipe de supervisão da rede privada contratada.
Intersetorialidade	Intervenção na cultura. Assessoria jurídica. Construção de parcerias. Efetivação de projetos ligados ao trabalho e educação. Fórum de Saúde Mental.	Utilização de recursos da comunidade. Construção de laços sociais.
Infra-estrutura	Investimento financeiro. Ampliação das equipes de desinstitucionalização. Ampliação de dispositivos de moradia. Ambulatórios ampliados (c/ oficinas e intervenção territorial).	Garantia da distribuição de medicamentos. Referência de suporte para internação hospitalar.
Qualificação profissional	Mudança do olhar dos profissionais. Qualificação para o trabalho com longa permanência. Educação permanente das equipes.	Reunião de equipe. Atenção multiprofissional / interdisciplinar. Sensibilização dos profissionais.
Cuidado (acolhimento / singularidade, acompanhamento, projeto terapêutico, vínculo)	Acolhimento imediato no CAPS com frequência intensiva em agudizações. Programa de cuidados intensivos para pacientes com maior dependência.	Projetos terapêuticos flexíveis e individualizados. Reavaliações permanentes dos projetos terapêuticos técnicos de referência. Preparo e acompanhamento familiar. Proximidade nas questões do cotidiano. Singularização do atendimento. Resgate das histórias de vida. Período de “preparo” de saída.
Práticas integrais	Ampliação do convívio social. Projetos de geração de renda. Auxílio financeiro. Apoio matricial.	Acompanhamento domiciliar. Atividades de lazer extra-hospitalar. Cuidados específicos para portadores de deficiência física. Recursos de cidadania (documentação). Atividades culturais na comunidade.
Participação	Construção coletiva de projetos. Associação de familiares e usuários.	Espaços de fala e escuta dos usuários. Singularização dos espaços de moradia. Assembléia de usuários.

A primeira categoria a ser formulada foi “a articulação com a rede de serviços de saúde”. Nesta formulação pode-se observar uma interface entre a gestão e a clínica cotidiana. O acompanhamento dos casos de longa permanência, na perspectiva dos profissionais envolvidos em tal estratégia, demanda o compartilhamento do processo de cuidado. Desta forma, não apenas a gestão necessita garantir uma interlocução entre os serviços de saúde mental do programa – ambulatórios, CAPS, hospital psiquiátrico municipal e clínicas conveniadas – mas também imprimir uma direção comum do processo de desinstitucionalização. As referências à estruturação de projetos terapêuticos perpassa um trabalho conjunto entre as equipes extra e intra-hospitalar, de forma a permitir um preparo da clientela a partir da vinculação com o serviço de referência ainda durante o tempo de internação.

Na discussão dos resultados obtidos na pesquisa observou-se que, apesar das dificuldades de infra-estrutura (transporte e profissionais disponíveis), e também dos impasses na pactuação de certas estratégias (pois nem sempre as equipes possuem uma mesma avaliação do sujeito em tratamento), as equipes do Programa de Saúde Mental possuem uma direção de trabalho coletivo, e a prática do acompanhamento da clientela por equipes de dois ou mais serviços tem-se apresentado como uma estratégia frutífera de acompanhamento contínuo. Isto pode ser observado quando se analisa a existência de parcerias com outros programas, tais como as equipes do Programa Médico de Família (PMF),⁶ que vêm desenvolvendo um trabalho integrador, de intercâmbio entre equipe e unidades de saúde mental.

Um dos desdobramentos dessa parceria incide sobre os pacientes que são acompanhados de forma sistemática com visitas domiciliares, administração de medicamentos e suporte das famílias, ao mesmo tempo em que frequentam o ambulatório ou o CAPS. Nas entrevistas realizadas, foi possível perceber que os profissionais reconhecem a articulação com o PMF como de grande importância para

⁶ No município de Niterói, as equipes do Programa Médico de Família iniciaram o trabalho em 1992. São estruturadas nos moldes do programa cubano, com equipe constituída por médico generalista e auxiliar de enfermagem, que oferecem cobertura de saúde a uma clientela adscrita no território de referência. Possuem supervisão de especialidades que incluem profissionais supervisores da área de Saúde Mental que trabalham em parceria com as unidades de saúde mental da rede municipal.

o acompanhamento de uma clientela com graves comprometimentos psíquicos e relacionam a existência de um profissional de referência nas unidades, cuja função é cuidar da interlocução com o PMF.

De outro lado, os dispositivos de cuidado são referidos como um impasse ao processo de desinstitucionalização, principalmente em relação ao acesso à clínica médica e aos exames de média e alta complexidades. Neste sentido, observamos a freqüente menção acerca do despreparo dos profissionais de saúde em lidar com a clientela com comprometimentos psíquicos, o que culminava no estabelecimento de uma barreira para a realização de procedimentos de tratamento e/ou de investigação diagnóstica. Deste modo, apontamos para realização de um trabalho de pactuação entre unidade hospitalar e rede de serviços, de forma global, para garantir a inserção da clientela de longa permanência institucional nos diversos serviços necessários ao tratamento das co-morbidades clínicas. O perfil de co-morbidades observado na clientela investigada explicita a prevalência de quadros como diabetes, hipertensão, catarata, agravos odontológicos, entre outros que superam sua incidência na população em geral, o que determina uma estratégia específica de suporte na área (ROBAINA *et al.*, 2007).

Assim, ao pensarmos os atributos da organização de serviços, a questão da infra-estrutura é marcada pela ampliação de recursos materiais e humanos. A equipe de desinstitucionalização, definida como aquela cujos profissionais se dedicam ao acompanhamento estreito da clientela institucionalizada, é reconhecida como ainda insuficiente para abarcar a demanda existente. Da mesma forma, o quantitativo de dispositivos residenciais é compreendido não apenas como uma necessidade, mas como um impasse para o processo.

Já no campo das estratégias no cotidiano, a necessidade de uma retaguarda institucional de leitos aponta para o que se observa na literatura, que, ao se consolidar a inclusão do sujeito institucionalizado no meio social, ainda surgem dificuldades no campo do manejo clínico que por vezes culminam na internação e desta forma é necessário um suporte qualitativo nessa área, para evitar novas internações de longa permanência. O Programa de Saúde Mental de Niterói não possui um Centro de Atenção Diária com leitos de acolhimento (CAPS III), sendo a observação do serviço de emergência do hospital psiquiátrico de Jurujuba utilizada para tal finalidade.

Da mesma forma, o suporte medicamentoso é apontado como uma das necessidades fundamentais percebidas como parte do sucesso da inclusão social. A discussão de uma política de medicamentos adequada se apresenta como uma exigência permanente entre os trabalhadores. O sentido dessa demanda não está colocado como a solução para o processo em curso, mas como parte da continuidade do acompanhamento dessa clientela, já que permite a estabilização dos episódios agudos, além da incorporação de medicamentos mais efetivos no controle da sintomatologia de casos mais graves – os antipsicóticos atípicos.

Como já descrito, as políticas de saúde são encaradas como demandantes de atributos como a intersetorialidade, as práticas integrais e a participação. Deste modo, destacamos nesta análise, como atributos referentes à gestão da atenção em saúde mental, a elaboração de projetos ligados à educação e ao trabalho. A questão da geração de renda se apresenta como um desafio para as equipes, seja no que diz respeito ao auxílio financeiro, através de recursos da seguridade social, seja por projetos de bolsa de trabalho que permitam um reposicionamento do papel social da clientela. A inserção nas escolas formais ou a criação de projetos específicos de nivelamento educacional são reconhecidas como necessidades prementes para a clientela desinstitucionalizada, dada a precariedade de acesso no período anterior à institucionalização.

Outros aspectos mais específicos, como a assessoria jurídica e a documentação oficial, são também citadas como instrumentos necessários no cotidiano do trabalho de desinstitucionalização, e em geral constituem demandas pouco priorizadas pela gestão. No entanto, observou-se um esforço pela articulação com setores extra-saúde, como Secretaria de Direitos Humanos e de Assistência Social, na busca de maior agilidade nesse processo. Foi freqüente, sobretudo no discurso dos profissionais dos setores de longa permanência institucional (Albergue e SILP no HPJ⁷), a preocupação com a obtenção de registro civil (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) como determinantes para

⁷ O Albergue é um setor composto de 19 pacientes com período de permanência maior de um ano. O setor é aberto e permite a circulação dos usuários por espaços externos. Atualmente os moradores são atendidos por serviços extra-hospitalares. A SILP (setor de longa permanência) possui 12 moradores que apresentam comprometimento clínico-psiquiátrico mais severo, além de tempo de permanência hospitalar superior a dez anos.

o acesso aos demais recursos de seguridade social que permitam aumentar as chances de inclusão da clientela na comunidade.

Ainda em relação aos atributos das políticas públicas, foram citadas como importantes no cotidiano do cuidado a utilização dos recursos da comunidade e a construção de laços sociais como forma de construção da desinstitucionalização. Estes não ficaram restritos ao período pós-desospitalização, mas são destacados como suporte ao processo de preparo de saída. Em algumas falas assumiam uma conotação macropolítica de intervenção na cultura da sociedade, associados à realização de atividades que envolviam a comunidade do entorno dos dispositivos de tratamento e moradia. Assim, as atividades de lazer promovidas pelo poder público para a população em geral (ginástica nas praças, esporte no estádio de futebol da cidade, entre outras opções) ou eventos organizados pelo Programa de Saúde Mental (comemoração do dia 18 de maio, exposições permanentes etc.) também são elencadas no rol de estratégias de aproximação da sociedade com o universo da loucura voltadas para a ruptura com os estigmas historicamente construídos.

A categoria *participação* incluiu de forma mais marcada uma abordagem do universo da macropolítica e da micropolítica, já que envolve a criação de espaços públicos de intervenção dos usuários e sua ingerência sobre o cotidiano de seu projeto terapêutico e dos serviços. A criação de associação de usuários e familiares se caracteriza por tal intencionalidade, qual seja, a interferência na formulação de políticas e a priorização de investimentos, além de um poder de fiscalização da execução do trabalho. Ao mesmo tempo, o dia-a-dia dos serviços necessita contemplar espaços de escuta e fala dos usuários institucionalizados, sendo as assembleias⁸ compreendidas como uma estratégia positiva para que suas vozes possam ser ouvidas, mesmo que a expressão seja através de uma linguagem não-convencional. Essa participação é referida também como sendo possível através da singularização dos espaços de moradia, não

⁸ Denominamos assembleias as atividades realizadas com grupos de usuários, cujo objetivo é acolher suas demandas e discutir os encaminhamentos possíveis de serem implementados. Estas acontecem regularmente, apesar de poderem variar a periodicidade. O que se destaca nesse espaço é a intencionalidade de “dar voz” ao usuário, considerando efetivamente sua forma de expressar suas reivindicações.

apenas nas casas mas nos setores de longa permanência, estes passando a uma caracterização como lugar de moradia e demandando a desconstrução do aspecto padronizado do ambiente hospitalar. O resgate através da ambiência institucional a identidade de cada sujeito poderia ocorrer pela diferenciação dos espaços individuais, da posse de roupas próprias e não-coletivas ou uniformes, guardados em armários privativos. A permissão para bens de uso pessoal, que vão desde produtos de higiene e beleza a aparelhos eletro-eletrônicos etc., é compreendida como uma prática desejável.

Por fim, ao discutirmos os atributos da *boa prática dos profissionais de saúde*, são observados aspectos referentes aos valores do cotidiano do cuidado nos dispositivos e a qualificação profissional. Na categoria *cuidado*, o acolhimento com características de ser a qualquer tempo e a intensidade são referidos como pontos importantes a serem incorporados pela gestão. Destaca-se a disponibilidade de acolhimento integral sem restringi-lo a aspectos da psicopatologia. Sendo assim, é referência constante o suporte para a família do paciente com vistas ao resgate do convívio afetivo e ao aprendizado do manejo de situações de crise com ajuda da equipe profissional. Esse aspecto está diretamente relacionado com a estratégia de visitas domiciliares, entendidas como parte do projeto terapêutico de acompanhamento familiar e não apenas como intervenções pontuais.

De forma geral, o acompanhamento da clientela de longa permanência institucional nas entrevistas analisadas compreende a singularização do atendimento. Este tem como instrumento de trabalho o resgate das histórias de vida e a proximidade das situações do cotidiano, como as relações sociais, o cuidado pessoal, o manejo de questões como dinheiro, roupas, alimentos, convívio com a vizinhança. Tal proximidade reflete a concepção das equipes envolvidas com o processo de desinstitucionalização, em que as intervenções, já apontadas como estratégia de gestão, são estreitamente dependentes das articulações da clínica molecular na qual o cotidiano é o lócus da ação. Uma estratégia de operacionalização no campo da micropolítica, do acompanhamento contínuo é a utilização da função técnica de referência. Esta, desempenhada por um profissional da equipe de cuidado – não restrita a determinada categoria profissional – se configura na referência do usuário no serviço de saúde mental. A ele

cabe acompanhar o cotidiano do tratamento do paciente e conhecê-lo em todos os aspectos envolvidos. Cabe ao técnico de referência não apenas a intervenção direta, mas uma articulação de todo o trabalho clínico, de forma que o mesmo mantenha um encadeamento permanente. É a partir desse profissional que a proximidade pode ser estabelecida e novas condutas traçadas.

No conjunto de sentido caracterizado como boa prática dos profissionais de saúde também aparece a questão da qualificação profissional para o processo de desinstitucionalização. A desconstrução de estigmas e conceitos não se restringe ao universo da sociedade e suas instituições, mas precisa ser focado na equipe multiprofissional. O que se compreende como trabalho em equipe é permeado pela lógica da interdisciplinaridade, na qual se constrói um saber coletivo, fruto da interação entre os diversos saberes e práticas, determinando um novo *modus operandi*. Deste modo, a sensibilização dos profissionais envolvidos é citada como um aspecto a ser considerado. A formação profissional universitária ainda se mantém distante da realidade do processo e assim o aprendizado se dá no dia-a-dia dos dispositivos do programa de saúde mental. A educação permanente é uma vertente a ser trabalhada, ao mesmo tempo que se buscam estratégias de educação formal como cursos de especialização e de residência médica ou multiprofissional que possam operar rupturas com as práticas tradicionais do tratamento em saúde mental. Em última instância, podemos sinalizar para uma reorientação no sentido das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Os espaços de reunião de equipe regulares (semanais) são considerados lugares privilegiados na construção de saberes através da reflexão do processo de trabalho e discussão dos casos em acompanhamento.

Nesse sentido, a matriz analítica aqui apresentada configura uma proposta de sistematização das estratégias de intervenção e dos valores a serem considerados no processo de trabalho com a clientela de longa permanência institucional. Desta forma, buscamos circunscrever um rol de necessidades consideradas prioritárias para abarcar a complexidade deste processo, quais sejam: a intersetorialidade, infra-estrutura, qualificação profissional, articulação com a rede de saúde, o cuidado, práticas integrais e a participação.

Podemos dizer que o manejo das sete categorias empíricas configura sua potência como matrizes constituintes do processo de

desinstitucionalização. De modo geral, todas as categorias dizem respeito a uma ampliação da clínica pautada num olhar sobre o sujeito em sofrimento que envolvia tanto a noção de integralidade do cuidado como a integralidade na atenção. Assim, realizamos uma reflexão sobre os três conjuntos de sentidos da integralidade apontados por Mattos (2001). Os atributos desejáveis das políticas de saúde destacados pelo autor aqui se relacionam com as noções de intersetorialidade, participação e práticas integrais. Ao apontarmos os atributos da organização de serviços de saúde, fazemos menção à infra-estrutura e à articulação com a rede de saúde; e o que diz respeito à boa prática dos profissionais de saúde se articula com o cuidado e a qualificação profissional.

Deste modo, esta matriz analítica para avaliação é uma contribuição concreta de melhor apropriação e apreensão de práticas e valores indispensáveis para o exercício eficaz da desinstitucionalização, sem ter, contudo, a pretensão de construir modelos prescritivos. Ao contrário, estamos voltados para a apreensão do que poderia ser qualificado como inovador na experiência pesquisada.

Como definir as necessidades de saúde no processo de desinstitucionalização?

O desafio da mudança de paradigma – à guisa de conclusão

Para discutir a questão das necessidades em saúde mental, partimos do pressuposto de que a clínica que buscamos está orientada por conceitos ampliados de cuidado, a saber: o acolhimento, o vínculo, a reconstrução de histórias de vidas, a construção de redes e a intervenção no território. Esses pressupostos nos apontam para uma lógica em que o sujeito em sofrimento é o objeto do cuidado, deslocando a doença do *locus* exclusivo da assistência. Nesta perspectiva, para além de ações voltadas para a medicalização e seu impacto na psicopatologia, é importante ter em vista todas as questões que envolvem o portador de transtornos mentais e sua vida de relações.

Sendo assim, o mapeamento do que é compreendido como necessidade não se restringe aos aspectos reducionistas da biomedicina. Pois, se por um lado este traz contribuições fundamentais como os avanços da tecnologia terapêutico-medicamentosa, por outro pode trazer a ilusão onipotente de ser esta a única solução para a questão

do sofrimento psíquico. Ao considerarmos sobretudo o processo de desinstitucionalização, as necessidades que o permeiam se encontram imbricadas numa teia complexa.

Tal complexidade se coloca como campo fértil para a análise das necessidades dos sujeitos envolvidos na relação entre demanda e oferta de cuidado na atenção à saúde mental. Esta afirmação se baseia na compreensão de que a noção de “necessidade” precisa ser abordada a partir do que chamaremos de inter-relação sujeito em sofrimento/técnico/sociedade – onde ambos os primeiros estão inseridos no arsenal histórico-cultural do último. Por sua vez, o “saber técnico” também não está isento de um conteúdo da ordem do humano que coloca para cada profissional uma determinada visão de mundo e, conseqüentemente, condiciona seus pareceres sobre o que seria a real demanda dessa clientela. Assim, sinalizamos que o contexto histórico social exerce influência determinante na construção dos saberes “aceitos” e respaldados por uma sociedade, ao mesmo tempo em que também fundamentam os pedidos/demandas dos usuários por acesso a tecnologias reconhecidas por estes saberes.

Como base conceitual da definição de necessidades, destacamos a formulação de Pinheiro e colaboradores (2005), segundo a qual as necessidades são compreendidas como nexos constituintes das práticas de integralidade. Afirmam que:

As necessidades de saúde requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, assim como oportunidades de construção de propostas de caminhos para mudanças da clínica. (PINHEIRO *et al.*, 2005, p. 26).

Esta discussão, conforme já referido, implica uma posição compartilhada (usuário/técnico), já que a concepção de necessidades está permeada pela demanda expressa na linguagem dos usuários. O conhecimento técnico-científico que subsidia os profissionais na análise das *necessidades* de cada paciente se imbrica, pela escuta qualificada, do que é trazido pelo *encontro* que se estabelece através da relação dos técnicos com os usuários e familiares. Em outras palavras, o coletivo, na sua diversidade, produz uma reconfiguração da compreensão do que é necessário.

Além desses dois aspectos, ao falarmos do objeto da intervenção, ou melhor, o ator sobre o qual e para o qual tais formulações são construídas no contexto da saúde mental, surgem pontos que merecem uma discussão mais detalhada.

A taxonomia das necessidades apontada por Cecílio e Matsumoto (2006, p. 40) permite uma reflexão mais profunda acerca dos aspectos multifacetados que envolvem o cuidado, objetivo final desta análise. Esses autores subdividem as necessidades em quatro grupos que englobam diferentes instâncias de intervenção, a saber: 1) necessidades de boas condições de vida; 2) garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; 3) necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeito em relação); 4) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do *andar a vida* (construção do sujeito).

Desta forma, apresentamos uma categoria operacional que abrange aspectos objetivos e subjetivos do sujeito em dimensões, que inclui a macroestrutura social ao mesmo tempo que o universo particular do sujeito. Na literatura específica do campo da saúde mental, encontramos uma noção de necessidades⁹ como descrita por Saraceno (1999), segundo a qual é preciso levar em conta que os aspectos da microestrutura – o nível da afetividade, da continuidade – é o real vínculo cliente/profissional (gasto de tempo, energia, afetividade etc.) que se tem nessa relação. Ao mesmo tempo, a construção de um novo lugar social para a loucura é inevitavelmente associada às redes sociais.

De acordo com Delgado (1999, p. 119), as redes são sociais, culturais, simbólicas, mercantis, raciais, espaciais e temporais; são também projeções da subjetividade. São talvez objetiváveis numa nova *démarche* clínica, que tome o território como uma singularidade. Esses aspectos colocam sobre a mesa a diversidade de enfoques a serem abarcados no processo de desinstitucionalização. Considerando o universo do cuidado individual nas unidades de saúde, nos aspectos ligados às políticas públicas e mudanças na cultura da sociedade, a leitura das necessidades *a priori* exige das equipes a superação dos especialismos das corporações.

⁹ As afirmações desses autores não se referem explicitamente ao termo “necessidades”, mas se inserem num contexto em que apontam para a direção do trabalho no cuidado em saúde mental. Deste modo, a leitura destas enquanto necessidades é uma aferição das autoras deste artigo.

A tentativa de circunscrever um rol de necessidades neste campo se coloca, então, como orientação de um caminho a ser percorrido. Não nos arriscaremos a descrever modelos ideais, mas a destacar instrumentos teóricos e práticos que nos permitam refletir sobre a construção de uma forma de cuidar voltada para a emancipação do sujeito em sofrimento, ou melhor, na real inclusão social da clientela institucionalizada. Entretanto, ainda permanece a segunda questão que levantamos como fundamental no início deste tópico. Como se estabelece a inclusão da voz do portador de transtornos mentais, neste caso, de longa permanência institucional na construção dessas demandas?

Se considerarmos o usuário em geral, podemos iniciar dissertando sobre o discurso qualificado com o qual ele se vem apresentando através dos espaços de participação popular. Deste modo, ao considerar as demandas endereçadas através dos dispositivos de controle social, apesar de ainda fonte de grandes embates, já podemos analisá-la como inserida no processo de construção de um rol de necessidades objetivadas ativamente. Mas o que dizer da clientela longamente institucionalizada e com um precário poder de trocas sociais gerado pelo isolamento de anos a fio em instituições, e em sua maioria com graves comprometimentos psíquicos?

É claro que poderíamos destacar os movimentos de usuários e familiares, mas mesmo estes em geral contemplam a voz dos que conseguiram romper com os anos de dependência institucional. Ressaltamos, assim, o aspecto mais complexo do processo de desinstitucionalização, no que poderíamos dispor enquanto *análise da demanda*. A expressão das *necessidades* seguramente envolve vozes cujo conteúdo nem sempre se faz ouvir pela sociedade ou mesmo portavozes que expressam *sua* concepção do real. Estas considerações nos apontam para reflexões nas quais todo processo de elaboração da noção de necessidade da clientela de longa permanência institucional é construído a partir da interação do usuário e familiares com os profissionais responsáveis pelo cuidado e por consequência da influência exercida sobre cada um, dos preceitos de determinada sociedade em dado momento histórico.

A equipe de cuidado é composta de diversas categorias profissionais cujos saberes são tão diversificados quanto as práticas que

desenvolvem. Sendo assim, a construção de uma noção de necessidades de uma clientela por anos reclusa em hospital psiquiátrico assumirá conotações tão diversas quanto as possibilidades de pactuações do conjunto de atores envolvidos no processo de desinstitucionalização. A questão do direito do usuário cumprirá função organizadora na estruturação de novos sentidos desse cuidado.

Não podemos falar de necessidades sem considerar que estas estão voltadas para a produção de vida, para a potencialização do sujeito, de seu modo de andar a vida. Assim, a participação do usuário se coloca a partir de uma transformação no modo de a sociedade conviver com o diferente. A compreensão de suas nuances só é possível através da aproximação com sua realidade cotidiana, da desconstrução dos estigmas de incapacidade. Por fim, de se estabelecer uma nova ética – solidária em essência – em que o outro (louco) tem o que dizer sobre si e não apenas é descrito de forma padronizada por uma ciência que o percebe como um conjunto de sinais e sintomas que seguem inexoravelmente um curso único.

Ao longo deste capítulo, buscamos estabelecer conexões entre os eixos constituintes do processo de desinstitucionalização e as necessidades da clientela de longa permanência institucional, através de um estudo de caso. A tentativa de detalhamento desse processo surgiu da percepção da importância da explicitação das práticas em curso nas equipes envolvidas neste trabalho e suas análises de impasses e desafios a serem superados.

As necessidades e demandas dessa clientela são determinantes na estruturação da oferta de cuidado e na transformação da lógica que permeia o olhar sobre a loucura. Deste modo, ao se propor a reintegração social de uma clientela moradora dos hospitais psiquiátricos, se faz mister ampliar o olhar clínico para uma noção de um saber/fazer em estreita inter-relação da clínica com a política. Ao compreender o processo de desinstitucionalização como ainda em construção no país, destacamos que o olhar sobre as práticas e os saberes de algumas experiências são balizadores de uma certa direção de trabalho possível. A mudança do paradigma da psiquiatria que possibilitou uma transformação do objeto do cuidado da doença para o sujeito em sofrimento tem na desinstitucionalização sua síntese, ao mesmo tempo que estabelece o caos no sentido gramsciano. Deste modo, é necessário haver

uma permanente reflexão sobre as práticas desenvolvidas, para se evitar o risco de reproduzir a lógica mortificante do manicômio e restringir esse processo a uma simples desospitalização.

Ao mesmo tempo, destacamos a importância de considerar o hospital psiquiátrico como um lugar ainda responsável pelo acolhimento de uma população maior que grande parte dos municípios brasileiros, e assim uma política de desinstitucionalização efetiva, apesar da particularidade de cada caso, se inicia por uma intervenção digna sobre as práticas desenvolvidas em seu interior.

Referências

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 167-176.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 221-240.
- AMARANTE, P.; GULJOR, A. P., Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p.65-76.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P.(Coord). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p.45-65.
- _____. *O homem e a serpente*. outras histórias sobre a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS: Informativo da Saúde Mental*, ano V, n. 24, nov/dez 2006.
- CARVALHO, M. C. A. *Integração de serviços de saúde mental: análise da assistência psiquiátrica a adultos jovens com transtornos mentais graves na cidade de Niterói-RJ*. 2001. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica*. a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.
- CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 37-50.
- COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. FMS-NITERÓI. Relatório de Gestão 2005 do Programa de Saúde Mental. Niterói, maio 2006 (mimeo).
- DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n.14, p. 113-121, 1999.
- _____. “Instituir a desinstitucionalização”: o papel das Residências Terapêuticas na Reforma brasileira. *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, nov/dez, p. 19-33, 2006.
- GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital de Jurujuba em Niterói-RJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 113-134.
- MADEL, L. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 119-132.
- _____. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da Saúde Coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 27-34.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- _____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 119-132.
- MILAGRES, A. L. D. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. In: AMARANTE, P.(Coord). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p.121-147.
- PINHEIRO, R. *et al.* Demanda à saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 65-76.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 21-36.
- _____. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 37-56.

ROBAINA, J.; GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R. Moradores, internos, clientela de longa permanência? Aspectos socioclínicos da clientela na relação entre demanda e oferta na desinstitucionalização em hospital psiquiátrico. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs.). *Institucionalização da saúde mental*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Orgs.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

VIDAL, C. GULJOR, A. P. Desinstitucionalizar: e aí? Os caminhos da desconstrução de um estigma. *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, p. 193-198, 2006.

Da “instituição negada” à “instituição inventada”: a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói-RJ

ÂNDREA CARDOSO DE SOUZA

ALAN TEIXEIRA LIMA

ROSENI PINHEIRO

As transformações advindas com a Reforma Psiquiátrica, tanto em âmbito local quanto nacional, são notórias. Grande parte delas se concentrou na diminuição de leitos em instituições manicomiais, na criação de serviços, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (BRASIL, 2002) Nesse processo, a presença dos hospitais psiquiátricos, identificados como estruturas obsoletas com alta taxa de permanência dos usuários, baixa resolutividade e uso abusivo de medicamentos, foi atrelada aos danos causados à clientela com transtornos mentais (SADIGURSKY; TAVARES, 1998), sendo considerados como “a maior e a mais violenta expansão da exclusão; sonegação e mortificação das subjetividades” (AMARANTE, 1995, p. 491).

As relações produzidas no modo asilar podem ser comparadas à manutenção de imensos jardins de bonsais, onde todos compartilham um pacto de que “não se pode crescer” (VALENTINI, 2001, p. 11). Dessa forma, a situação da maioria dos internados em hospitais psiquiátricos pode ser comparada à dos bonsais: “A miséria relacional é a pouca terra; o ambiente controlado, mínimo, miserável concebido para o impedimento do desenvolvimento das raízes que compõem a identidade de cada um dos internados” (VALENTINI, 2001, p. 12).

Rotelli (1994) afirma estar no manicômio a raiz do saber psiquiátrico, e caso a relação entre tratamento e custódia dentro do hospital psiquiátrico não seja abolida, se continuará a produzir

internações perpétuas, confinamentos, perda de subjetividades, etc. A desinstitucionalização é um conceito básico no âmbito da reforma psiquiátrica e seu processo se constitui ao mesmo tempo como “um conjunto de estratégias no campo da macro e da micropolítica” (AMARANTE; GULJOR, 2005, p. 69). Seu objetivo principal é poder transformar as relações de poder entre instituição e sujeitos (usuários, profissionais, gestores), permitindo a (re)constituição de sujeitos que sofrem. Apresenta-se como um processo crítico e prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição (ROTELLI *et al.*, 2001).

Amarante (1996) atribuiu três sentidos ao processo de desinstitucionalização: desospitalização, desassistência e desconstrução. De acordo com autor, esse conceito sofre uma metamorfose com esses três sentidos.

O primeiro sentido está relacionado à desospitalização, que tem sua origem na psiquiatria preventiva comunitária norte-americana, com princípios de prevenir internações e retorno dos pacientes institucionalizados para a comunidade. Dessa forma, houve uma diminuição de leitos e da permanência hospitalar, levando ao aumento das altas e à criação de novos serviços psiquiátricos. A desinstitucionalização, neste caso, está voltada para a redução de custos da assistência, não colocando o hospital psiquiátrico em questão, o que aumenta a demanda hospitalar, ampliando o território da psiquiatria para o mal-estar social. Sua prioridade é a prevenção e a promoção da saúde mental, o que vislumbra uma ausência de doenças mentais na sociedade. Trata-se de uma referência muito forte no campo da Reforma Psiquiátrica mundial. A desinstitucionalização pode, então, apresentar-se como uma construção relativa, e justificar a existência do manicômio (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

De acordo com Amarante e Guljor (2005, p. 65):

Os norte-americanos denominaram de desinstitucionalização uma política que congregava um conjunto razoável de medidas de caráter administrativo que visava ora a diminuir as internações em hospitais psiquiátricos, ora a acelerar as altas hospitalares.

Isso acarreta altas apressadas, sem suporte assistencial e social aos egressos e falta de assistência aos novos pacientes.

A desinstitucionalização praticada como desospitalização produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e uma transinstitucionalização (ROTELLI, 2001), ou seja, transferência de pacientes institucionalizados de um hospital psiquiátrico para outro. O processo de desospitalização se constituiu, sobretudo, como um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações conseqüentes da crise fiscal. Portanto, não nos parece possível reduzir o conceito de desinstitucionalização a um sinônimo de desospitalização. Torna-se necessário ampliar as ações em relação ao direito à moradia, ao trabalho ou mesmo ao estabelecimento de laços de solidariedade na comunidade onde se insere o louco.

Outro sentido atribuído é o da desassistência, ou seja, abandono, descuido e desamparo aos pacientes, com envio dos mesmos para fora do hospital sem uma possibilidade de cuidado familiar e comunitário, o que torna necessário manter a estrutura hospitalar. Neste tipo de processo, os hospitais psiquiátricos se mantêm e os serviços comunitários funcionam em caráter alternativo, e não como substitutivos ao manicômio. Parte relevante da população psiquiátrica acaba abandonada, desassistida, inserida na lógica do *revolving-door* – fenômeno da porta giratória, no qual as internações diminuem sua duração mas têm sua frequência elevada devido à inexistência de uma rede de cuidados territorial (ROTELLI, 2001; LOVISI, 2000). Estas poderiam ser consideradas práticas de descuido da clientela psiquiátrica.

O terceiro sentido está atrelado à idéia de desconstrução, inspirada na tradição basagliana, que a considera como um processo teórico-prático (e vice-versa) que ocorre a partir da instituição psiquiátrica, de forma a questionar o conceito de doença mental, a função dos técnicos, da ciência psiquiátrica e, principalmente, do hospital psiquiátrico. Uma desconstrução da lógica manicomial através de transformações na dinâmica de poder entre o louco e o restante da sociedade, que toma como base a cidadania do doente mental.

Abordar a desinstitucionalização implica discutir a cristalização das práticas adotadas no campo da Saúde Mental e, conseqüentemente, problematizar de forma permanente os inúmeros desafios do cotidiano. Mas afinal de contas, desinstitucionalizar o quê? O hospital, as práticas cotidianas, os profissionais, os usuários, a loucura?

Seria este um processo de desmontagem de conhecimentos e de aparatos constituídos para “dar conta” da loucura?

Entendemos que a desinstitucionalização é, sobretudo, um processo ético que introduz “novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995, p. 494). A fim de garantir que o sujeito seja considerado em sua existência e em suas condições concretas de vida, torna-se necessário desconstruir os conceitos e práticas psiquiátricas tradicionais e “superar o modelo arcaico, centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento como entidade isolada” (AMARANTE, 1995, p. 493), e focar-se na “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 2001, p. 90). Isso significa abolir espaços de violência e mortificação, em troca de sociabilidade e subjetividade (ROTELLI *et al.*, 2001; AMARANTE, 1995; BIRMAN, 1992).

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica foi fortemente influenciado pelo movimento italiano, um marco de referência para uma fase de transição do paradigma psiquiátrico moderno (AMARANTE, 1996). A Itália foi o primeiro país a criar uma lei abolindo a internação em hospital psiquiátrico, por meio da adoção de tecnologias de cuidado, nascidas a partir da desmontagem das estruturas manicomiais e da reconversão dos recursos materiais e humanos existentes, para novas práticas de cuidar em saúde mental (ROTELLI *et al.*, 2001). Esse movimento se iniciou com críticas ao paradigma racionalista problema-solução, tradicionalmente aplicado à Psiquiatria. A cidadania do louco foi tomada como bandeira de luta social. Esta influência permanece em muitos processos de desinstitucionalização em curso, atualmente, no Brasil. De acordo com Rotelli e colaboradores:

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento (ROTELLI *et al.*, 2001, p. 29).

O cuidado universal e integral em discussão na Reforma Psiquiátrica se propõe a ofertar cuidados a uma clientela diversificada, no que diz respeito à variedade de comprometimentos psíquicos, suas

origens e precariedades dos vínculos familiares, sociais e financeiros mantidos com os portadores de transtornos mentais. Desta forma, amplia-se o olhar para além do sofrimento *per se*, para contemplar uma gama de sujeitos. Estes, para além dos danos acarretados pelo quadro psíquico, se depararam com a deterioração imposta pela exclusão massificante do hospício e seus efeitos na deterioração da identidade (GOFFMAN, 1982). Na atenção em saúde mental no Brasil é possível, ainda hoje, nos depararmos com um importante quantitativo de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, por um período superior a um ano (BRASIL, 2006). Essas pessoas demandam estratégias de intervenção singulares, em que se considera cada sujeito e seu perfil clínico-social. Então, estabelecer condições para a desconstrução dos grandes depósitos humanos ainda existentes no país constitui um novo desafio.

Os CAPS se apresentam como a principal estratégia na vertente da organização de serviços para atenção à clientela portadora de graves transtornos psíquicos (BRASIL, 2004). Nos últimos anos, a política oficial do Ministério da Saúde de desativação de leitos psiquiátricos e constituição de uma rede substitutiva, com base na atenção psicossocial, tem gerado importantes avanços no que concerne à lógica da assistência (ruptura com o paradigma hegemônico do racionalismo positivista, modelo médico-psicológico) (BRASIL 2007). Entretanto, se por um lado aponta para um caminho que busca a desconstrução do manicômio voltando-se para o cuidado no território, por outro essa trajetória nos traz novos desafios. Ou seja, a política de desinstitucionalização demanda intervenções para além da implantação de CAPS e SRTs.

Em relação à rede assistencial, a atual Política Nacional de Saúde Mental visa a reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar e expandir a rede extra-hospitalar (CAPS, SRTs e Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral), incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implantar o Programa de Volta para Casa (PVC) e promover o direito dos usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado (BRASIL, 2007).

Como podemos observar na tabela 1, há um evidente direcionamento de recursos da saúde mental em direção à expansão dos serviços comunitários como forma de substituir os leitos psiquiátricos (BRASIL, 2006).

Tabela 1 – Proporção de gastos do Programa de Saúde Mental no SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares. Brasil, 1997, 2001 a 2006

Proporção de gastos	1997	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
% Gastos Hospitalares	93,14	79,54	75,18	67,33	63,14	55,47	48,67
% Gastos Extra-hospitalares ¹	6,86	20,46	24,82	32,67	36,86	44,53	51,33
Total	100						

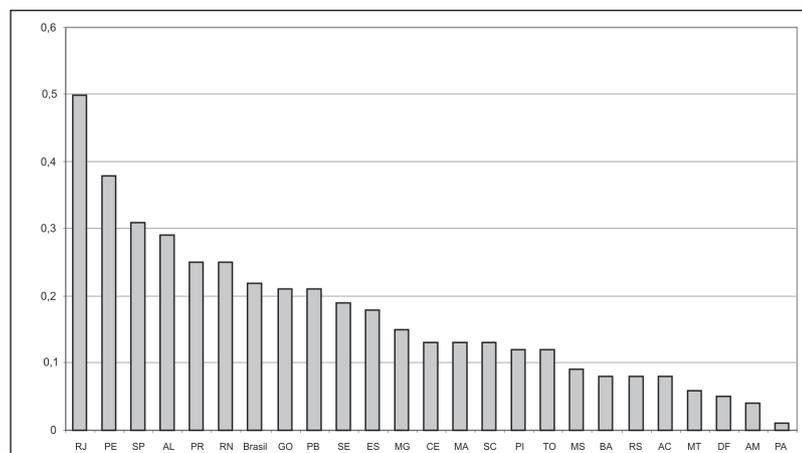
FONTE: DATASUS/Coordenação Geral de Saúde Mental

* Todos os dados de 2006 são estimativas, com base em informações coletadas até outubro/06.

¹ Inclui custeio dos CAPS e SRTs, Incentivos financeiros (CAPS, SRTs, Inclusão Social pelo Trabalho, Qualificação dos CAPS), além dos procedimentos ambulatoriais, medicamentos, hospitais-dia, convênios e o PVC.

De acordo com o *Atlas Mundial de Saúde Mental* (WHO, 2001), a média mundial de leitos por mil habitantes é de cerca de 0,4/1.000. Hoje a relação de leitos no Brasil encontra-se dentro dos padrões internacionais, sendo de 0,37 leitos psiquiátricos por mil habitantes (BRASIL, 2006). No entanto, essa distribuição é desigual entre os estados da Federação. A Região Sudeste tem a maior relação entre leitos psiquiátricos e a população, e o Estado do Rio de Janeiro é o que possui maior número de leitos por habitantes, uma relação de 0,5 leitos por mil habitantes (BRASIL, 2006).

Gráfico 1 - Leitos em hospitais psiquiátricos do SUS por mil habitantes de cada UF*. Brasil, 2006



Fonte: Coordenação de Saúde Mental / IBGE, população 2005.

* Os Estados do AP, RO e RR não possuem hospitais psiquiátricos.

O alto número de leitos psiquiátricos no Rio de Janeiro não significa que o processo de reforma no Estado não esteja voltado para a redução das internações psiquiátricas. O estado tem uma antiga e peculiar ligação com as instituições psiquiátricas, e segundo Carvalho, Fagundes e Frota (2004), o Rio de Janeiro inaugura a história brasileira do marco da fusão entre o saber psiquiátrico e o lugar hospitalocêntrico de tratamento, protagonizando dois movimentos distintos no âmbito da saúde mental. Inaugurou o primeiro hospício brasileiro, o Hospício Nacional dos Alienados, denominado mais tarde como Centro Psiquiátrico Pedro II, além da criação de outros grandes hospitais, como a Colônia Juliano Moreira e o Hospital Phillippe Pinel. Esses grandes espaços de asilamento foram, na época, referência para tratamento dos transtornos mentais no âmbito nacional. As tecnologias adotadas para o tratamento eram a exclusão e segregação dos doentes mentais, afastando as diferenças e os diferentes do convívio social. Sendo assim, o Estado do Rio de Janeiro detinha o maior número de hospitais psiquiátricos públicos do país.

Além dessas unidades hospitalares, o Governo Federal expandiu a rede de unidades de internação psiquiátricas, com a compra de serviços hospitalares privados, principalmente nas décadas de 60 e 70. A partir dos anos 80, o Estado do Rio de Janeiro deflagrou um movimento de ruptura com o aparato manicomial, de forma a conter a indústria da loucura, criando serviços diferenciados, ainda que no interior dos hospitais, mas que levavam em consideração a singularidade das pessoas. A partir da década de 90, esse movimento se intensificou, havendo expressiva redução de leitos e aumento exponencial dos serviços territoriais. Hoje, com as transformações advindas a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, por meio da descentralização, a gestão dessas instituições está sob responsabilidade dos gestores municipais de saúde. Cabe a eles organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental no seu território, onde estão incluídos os hospitais psiquiátricos ainda existentes (BRASIL, 2002).

Niterói é uma das cidades onde a gestão municipal em saúde tem a responsabilidade de organizar a demanda e a rede de saúde mental, pois em seu território existem três hospitais psiquiátricos. De acordo

com a Coordenação de Saúde Mental de Niterói (2006), o processo de reforma psiquiátrica se intensificou nos últimos anos, com a expansão e qualificação da rede territorial e a desinstitucionalização da clientela internada.

A rede municipal de saúde mental de Niterói possui dois CAPS II, um CAPSad (para Usuários de Álcool e Drogas), um CAPSi (Infanto-juvenil), seis ambulatórios regionalizados de saúde mental, dois SRTs, um hospital psiquiátrico municipal - Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) e dois hospitais contratados (Casa de Saúde Alfredo Neves e Casa de Saúde Niterói), além do Programa Médico de Família (PMF), que também realiza atendimento em saúde mental (CSM, 2006). Essa rede se mantém em constante transformação no sentido da formação profissional e qualificação da equipe, na medida em que prioriza o campo de estágio para alunos de diferentes categorias profissionais, tanto na graduação quanto na pós-graduação, desenvolvendo também a pesquisa e a extensão.

Alguns dados demonstram que houve redução expressiva na procura de atendimentos no Serviço de Recepção e Intercorrência num intervalo de quatro anos. No ano de 2001, 8.040 pessoas foram atendidas. Já em 2005 essa procura foi de 5.840. Frente a isso consideramos que esteja havendo um fortalecimento da rede territorial, oferecendo resolutividade em situações de quadro agudo de adoecimento. Outro dado considerado relevante é a redução do número de internações psiquiátricas na rede municipal: em 2001, o número de internações foi de 1.388; em 2005 houve 1.111 internações, evidenciando uma redução de cerca de 12% no total de internações.

Um outro dado significativo é a saída de 33 usuários moradores dos hospitais psiquiátricos, que atualmente se encontram inseridos e acompanhados nos dispositivos territoriais. Contudo, no município há, aproximadamente, 200 pacientes morando nos três hospitais psiquiátricos, número que corresponde a 62% dos leitos psiquiátricos municipais. “A existência desses moradores é um fato importante que deve ser objeto de reflexão e prioridade de ação” (CSM, 2006).

Nesse sentido, com o intuito de refletirmos sobre a existência desses moradores em instituições psiquiátricas e o processo

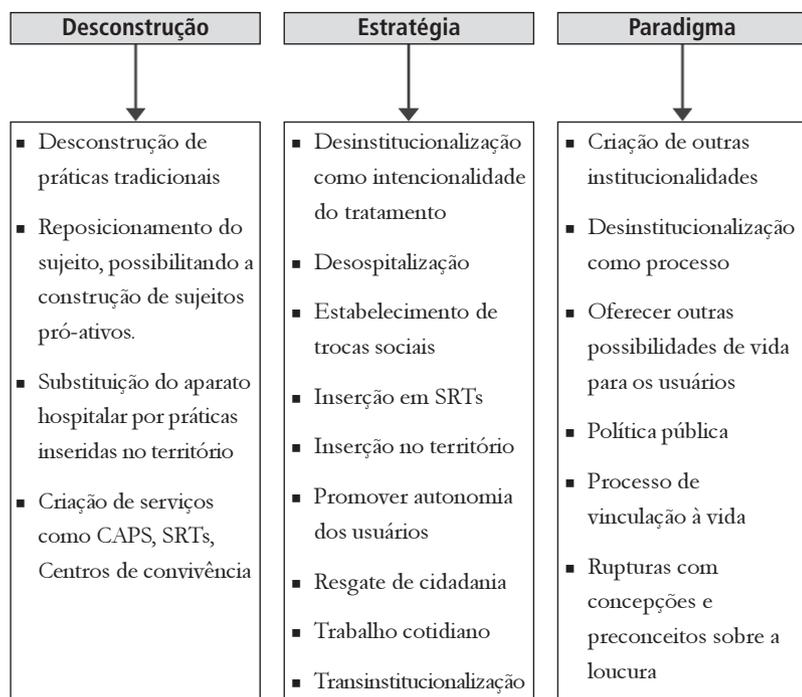
de desinstitucionalização em curso, buscamos, na pesquisa apresentada no primeiro capítulo desta coletânea, considerar a clientela institucionalizada há mais de um ano internada, aqueles que estiveram internados pelo mesmo período em qualquer hospital psiquiátrico, e outros que freqüentaram CAPS ou ambulatório desde o ano de 2005. Inicialmente nos interessamos em conhecer os conceitos e noções atribuídas pelos profissionais ao processo de desinstitucionalização, a partir do cotidiano dos atores em suas práticas na rede de serviços psiquiátricos de Niterói. Analisando as falas dos 28 profissionais de saúde mental, tanto da assistência quanto da gestão de diversos serviços da rede municipal, ficou evidente a importância política, institucional e social do HPJ no processo de desinstitucionalização. Vejamos algumas de nossas apreensões.

Desinstitucionalização: desconstrução, estratégia ou paradigma?

O HPJ foi fundado na década de 1950, e vinte anos após já possuía mais de mil leitos (GULJOR *et al.*, 2006). Possui atualmente 120 leitos, e desde outubro de 1995 é a porta de entrada municipal para internações psiquiátricas em Niterói (CARVALHO, 2001). Em fevereiro de 2006, havia 40 pacientes internados por longa permanência institucional ou transinstitucionalizados, isto é, vindos de outros hospitais psiquiátricos. O detalhamento da operacionalização da pesquisa encontra-se na primeira parte desta coletânea.

No conjunto dos depoimentos fornecidos pelos trabalhadores e gestores, analisamos elementos que apontam para entendimentos distintos acerca do processo de desinstitucionalização, os quais nos levaram a questionar: que mudanças poderiam ser desejadas, ou não? Como a desinstitucionalização está sendo produzida no cotidiano do HPJ? As categorias analíticas construídas a partir das falas dos profissionais foram assim nomeadas: desconstrução, estratégia e paradigma, as quais nuclearam sentidos que apontam para a especificidade dessa instituição no conjunto de reformas implementadas no país, conforme quadro a seguir:

Noções da desinstitucionalização na rede de saúde mental de Niterói



a) Desinstitucionalização como desconstrução

Frete ao que foi evidenciado pelas falas dos profissionais, a desinstitucionalização se relaciona à noção de desconstrução, o que não significa destruição, mas desmontagem da lógica manicomial. Essa relação está atrelada ao apresentado por Amarante (1996), que considera a mesma como um processo de desconstrução da lógica manicomial, através de transformações na dinâmica de poder entre o louco e o restante da sociedade, tomando como base a cidadania do doente mental.

Amarante (2003, p. 53) aponta quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica (dimensão teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e dimensão sociocultural). Observamos que uma das noções trabalhadas como desconstrução aproxima-se com a última dimensão, pois são desenvolvidas um conjunto de práticas, na perspectiva de

transformação do imaginário social acerca da loucura, vislumbrando um outro lugar para a loucura e para o sujeito em sofrimento psíquico na sociedade. Constatamos que as ações desenvolvidas no HPJ estão relacionadas à desconstrução de práticas tradicionais de assistência, antes centradas no saber técnico, hierarquizadas, centradas no saber médico, tendo como foco de intervenção o processo psicopatológico, desqualificando o sofrimento e a voz dos sujeitos. Essas noções visam atualmente ao reposicionamento do sujeito, trabalhando para a construção de sujeitos pró-ativos, portadores de direitos, além de promoverem práticas que possibilitem a substituição do aparato hospitalar por ações que permitam maior inserção no território.

Observamos a existência de uma “crença” de que, com essas ações, seria possível promover transformações no imaginário social acerca da loucura, promovendo a desconstrução concreta de uma cultura manicomial que permeia nossa sociedade. No entanto, devido à insuficiência da rede, têm-se um movimento diferente do desejado: volta-se para dentro do espaço hospitalar, pois no espaço do fora não se encontram relações e suportes necessários à manutenção da vida. As pessoas mantêm-se no hospital devido à não-disponibilidade de casas para morar, de dinheiro, de relações de apoio e suporte para se manter fora do espaço hospitalar, o que torna a vida fora do eixo hospitalar insustentável. Apesar disso, constatou-se uma mudança na função do hospital, valorizando sujeitos e práticas em curso, no sentido da desinstitucionalização, uma vez que esse processo no âmbito da Saúde Coletiva pode favorecer uma transformação na perspectiva estratégica das inter-relações das disciplinas, conhecimentos e atuações profissionais.

b) Desinstitucionalização como estratégia:

A desinstitucionalização é considerada uma estratégia quando a equipe e gestores utilizam os recursos disponíveis tanto da rede intra quanto da extra-hospitalar, para garantir a cidadania e o cuidado dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, tais como trabalho intersetorial, inserção dos pacientes nos CAPS e SRTs, entre outros. É possível observar movimentos dos profissionais no sentido de produzir práticas que conduzam à construção e à consolidação de uma rede de cuidados em saúde mental comunitária, no que concerne à configuração de inovações no modo de cuidar por meio da adoção

de práticas capazes de valorizar o sujeito em sofrimento, seja na criação de espaços coletivos de discussão, como assembléias e compartilhamento de responsabilidades pelos casos, seja na adoção de projetos terapêuticos singulares, entre outros.

Algumas estratégias adotadas para o avanço do processo de desinstitucionalização nos parecem estar atreladas a um trabalho cotidiano intensivo de exercício de cidadania, ao desenvolvimento de ações que promovam maiores gradientes de autonomia dos usuários, às atividades que possibilitem maior circulação, trânsito dessa clientela pela cidade, na tentativa de construção de outros percursos e outros territórios de vida para essas pessoas, garantindo ampliação dos espaços de trocas sociais e adotando a desinstitucionalização como intencionalidade do tratamento.

Com o avanço do processo de desinstitucionalização em Niterói, com a reconfiguração das demandas e necessidades colocadas e da construção de novos sujeitos, paralelamente à insuficiência da rede social para acolher os usuários dos serviços de saúde mental, constatou-se que, em muitas situações, esses usuários não têm pra onde ir, não possuem outra moradia que não o hospital psiquiátrico – assim, deve-se considerar que o futuro de muitos usuários, por ora, ainda é o hospital psiquiátrico. Além disso, observa-se a produção de práticas que levam a uma outra forma de institucionalização, na medida em que se busca (re)construir os laços sociais. Esta forma, a qual denominamos de uma “nova institucionalização”, se apresenta com uma intencionalidade de produzir cuidado como direção do trabalho. Observa-se também que emerge um modo de transinstitucionalização sem abandono, sem descaso ou falta de cuidado. Diferente daquela que decompõe, que abandona e pela qual não se responsabiliza.

Assim sendo, as estratégias de desinstitucionalização presentes na Reforma Psiquiátrica vêm produzindo uma transição paradigmática (COSTA-ROSA, 2001), balizando os processos e a produção de um trabalho cuidador que estabelece acolhimento, vínculo, escuta e compromisso ético-político.

c) Desinstitucionalização como paradigma

Para discutir esta categoria, optamos por adotar a noção de paradigma, apontado por Kuhn (2000) como um conceito-chave para

pensar o núcleo expressivo do entendimento dos profissionais acerca do processo de desinstitucionalização em curso no HPJ. Pensar a desinstitucionalização como paradigma significa relacioná-la a um conjunto de soluções de problemas concretos, uma realização científica concreta que fornece os instrumentos conceituais e instrumentais para a solução de problemas, que no nosso caso é a institucionalização do portador de sofrimento psíquico. Nesse sentido, a desinstitucionalização seria uma concepção de mundo que pressupõe o modo de ver o louco na sociedade e a prestação de cuidados, englobando um conjunto de teorias, instrumentos e conceitos (MARQUES, 2007).

No atual contexto de Reforma Psiquiátrica, o velho modelo asilar não mais domina, mas o novo modo ainda não predomina. Yasui (2006) considera que a Psiquiatria passa por um momento de transição paradigmática, e a desinstitucionalização funcionaria como o novo paradigma que busca substituir velhos pressupostos, valores, objetivos, crenças, expectativas e teorias que fundamentavam a tradicional prática excludente, totalizante e produtora de bonsais (VALENTINI, 2001).

Observamos na implementação desse processo que as transformações institucionais estão sendo produzidas no interior da instituição hospitalar, a partir de dentro, trabalhando com aquilo que já existe e buscando transformações no nível micro e macro da política de reorientação da atenção em saúde mental. Transformando demandas, necessidades, sujeitos – enfim, a vida que está para além da instituição. Na rede de saúde mental de Niterói, têm-se trabalhado na perspectiva de garantir que o usuário se torne um cidadão de plenos direitos, mudando-se a natureza da atenção em saúde mental. Trabalha-se para a restituição de recursos e condições materiais, sociais e culturais que tornem possível o difícil exercício de cidadania e de sua subjetividade, ainda que dentro ou a partir de uma instituição hospitalar.

Nesse sentido, poderíamos considerar a experiência no HPJ como inovadora, pois, de acordo com Tanaka (2002, p. 39), a idéia de inovação traz em si um caráter de ruptura com o já estabelecido. A noção de cuidado tem permeado as práticas desenvolvidas no cotidiano do trabalho, adotando-se uma perspectiva de “cidadania que não seja apenas uma forma de ofertar cuidado em saúde a uma população que se vê constantemente violentada em seus direitos, mas

que busca incorporar a solidariedade como princípio, meio e fim de uma política social” (BARROS; PINHEIRO, 2007, p. 125).

O processo de desinstitucionalização desenvolvido no HPJ: inovações?

Experiências radicais na transformação da assistência em saúde mental foram desenvolvidas, sobretudo no norte da Itália, em cidades como Gorizia e Trieste, o hospital psiquiátrico enquanto espaço mortificador do eu (GOFFMAN, 2001) e de tutela do louco foi negado e superado (BASAGLIA, 2005). Uma sociedade sem manicômios, que permitiu a inserção da loucura na cidade, pôde ser construída.

A experiência no campo da saúde mental no Brasil tem conseguido, aos poucos, reverter o quadro do não-cuidado nas instituições psiquiátricas; neste caso, a experiência niteroiense tem demonstrado que o hospital psiquiátrico tem grande responsabilidade na mudança da atenção em saúde mental municipal. O que antes era visto como lugar zero de trocas sociais – o hospital (KINOSHITA, 2001), vem sendo modificado por meio de uma política de cuidado ao louco que tem acontecido dentro do hospital psiquiátrico, visando à saída dos usuários, redução de leitos, tratamento intensivo fora do espaço hospitalar e principalmente a mudança de mentalidade que aponta para uma desconstrução do estigma da loucura (GOFFMAN, 2001) junto à população.

A experiência de Niterói é mais uma entre tantas outras que dão ao movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira o título de movimento original. Originalidade esta que é marcada pela forma como se integra no discurso civil e na consciência social a trama de atuações que um projeto comunitário deve incluir, e pela invenção de novas formas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais (DESVIAT, 1999; GONDIM, 2001).

A forma como a desinstitucionalização vem sendo desenvolvida no município faz parte do processo de reforma psiquiátrica na busca da construção de uma rede integrada de atenção em saúde mental que possibilite cuidar em liberdade. Apesar de se tratar de um hospital psiquiátrico, busca-se desenvolver práticas voltadas para o rompimento do “desejo de manicômio” que atravessa todo o tecido social e que funciona como força motriz que o alimenta (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). De acordo com Rotelli *et al.* (2001), o obje-

tivo principal da desinstitucionalização é poder transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos (usuários, profissionais, gestores etc.). Poderíamos dizer que o processo no HPJ vai ao encontro do avanço desse processo, face às mudanças percebidas no processo de trabalho e usuários, trabalhando-se na perspectiva de construção de sujeitos pró-ativos, reconstruindo o direito da palavra, através de assembléias, o direito de sair para um acompanhamento nos serviços substitutivos, por meio da participação em atividades desenvolvidas junto à comunidade local etc.

Identificamos a necessidade de se criar espaços que permitam produzir relações e interlocução entre os profissionais (supervisão clínica, reunião de equipe etc.) e entre os usuários e os profissionais (fóruns coletivos de discussão etc.). Constatamos, também, uma preocupação na restituição dos direitos civis dos usuários (garantindo-lhes a busca pela documentação e de um espaço, de fato, na vida; além de considerar a importância do estabelecimento de intercâmbios sociais). Para tanto, torna-se necessário criar possibilidades de geração de renda para que esses usuários possam manter-se fora do espaço hospitalar, ou ainda, que no interior do hospital possa ter assegurado maior gradiente de trocas sociais. O trabalho é considerado não mais uma terapia, mas um direito, condição básica para que se possa estar efetivamente no mundo das relações. No entanto, percebemos que a possibilidade de projetos de geração de renda para os usuários dos serviços de saúde mental ainda é uma proposta incipiente, que enfrenta muitas dificuldades para sua efetiva implementação.

O avanço do processo de desinstitucionalização no HPJ pode ser observado no aspecto de valorização do outro como uma pessoa que sofre, e não perpetuando práticas de privação da vida e do sofrimento. O cuidar, em Jurujuba, faz parte de um processo amplo, definido como processo de desinstitucionalização social: “onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso a escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra sujeição fundante da sociedade” (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 303).

Outra evidência do desenvolvimento do processo em curso no HPJ é a noção de responsabilização que permeia as práticas de seus

profissionais, “a de tomar como encargo” o cuidar do outro, evitando assim o abandono do usuário a si mesmo, atravessando o cotidiano das práticas. Inova-se ao não produzir o abandono, na medida em que o novo processo de trabalho prima pela adoção de práticas de cuidado, seguindo, na maioria das vezes, um percurso lento e cotidiano em busca da restituição da subjetividade dos usuários. Fato evidenciado pela realização de assembléias (onde se discutem temas relacionados ao dia-a-dia da instituição), pela implementação de projetos terapêuticos singulares, por meio de um cuidado que se faz próximo das pessoas, dentre outros.

Observa-se, então, que a desmontagem do aparato manicomial – condição ímpar para o processo de desinstitucionalização, pode ser feita de outras formas que não simplesmente a derrubada dos muros que separam, que “cercam” a diferença, no caso o louco, a loucura, do restante da sociedade.

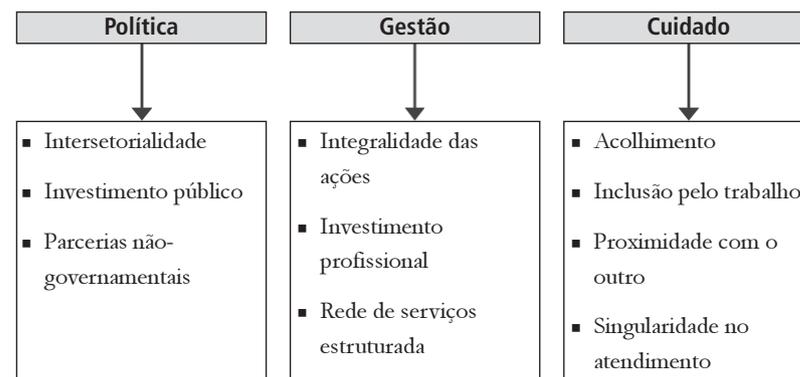
Apesar de o hospital ter ocupado lugar de segregação e exclusão na trajetória da Psiquiatria, o HPJ está “funcionando” para os “novos” institucionalizados como um espaço acolhedor, de convivência e de vida. Não propomos com isso ir contra a Política Nacional de Saúde Mental, que privilegia o CAPS como serviço central na atenção ao portador de transtorno mental, mas reconhecemos, nessa experiência, um espaço de cuidado que tem propiciado práticas desinstitucionalizantes. O que se vê atualmente no HPJ são sujeitos repositionados, exercendo sua cidadania e vivendo de forma singular, ainda que no interior de uma unidade hospitalar. Poderíamos denominar o processo implementado como sendo uma prática responsável, visto que a desinstitucionalização no HPJ considera o perfil de sua clientela, sendo objeto de reflexão para a tomada de decisões, implantação e serviços e planejamento de ações.

As práticas desenvolvidas no HPJ estão promovendo novas institucionalizações, porém com a adoção de práticas distintas das características totalizantes que uma instituição pode ter, como é apontado por Goffman (2001). Poderíamos arriscar a dizer que o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba estaria fazendo uso da potencialidade instituinte que uma instituição pode ter (LOURAU, 2004), através de novos processos que promovam o rompimento com a cristalização de práticas segregadoras e excludentes.

O processo de desinstitucionalização no qual o HPJ está inserido tem preocupação constante com a construção de um novo processo civilizatório, capaz de construir uma nova democracia, uma sociedade na qual os loucos ocupem o lugar de cidadãos de direito. Apresenta como uma de suas características a crítica comprometida com a realidade, essencialmente marcada por processos de exclusão regidos por regras tradicionais que quase sempre são utilizadas para garantir a exclusão do louco e o silenciamento da loucura (SIMONATTO, 1998).

Para tanto, propomos um conjunto de atributos inerentes ao processo que confere especificidade ao caso HPJ, que pode nos auxiliar na realização de avaliações das práticas e do monitoramento das ações desinstitucionalizantes.

Atributos inerentes ao processo de desinstitucionalização na rede de saúde mental de Niterói



Compreendendo as novas práticas como um processo social complexo que aponta para a necessidade de conexões cotidianas com a sociedade, elencamos alguns atributos necessários, sem os quais não poderíamos identificar o mesmo como sendo “desinstitucionalização”.

Para a implementação dessas ações, faz-se necessário ampliar possibilidades de inserção nas redes sociais, deslocar o lugar do sujeito institucionalizado para um de sujeito em pleno exercício de cidadania. É preciso investir com proximidade e cuidado, atentando para a singularidade das pessoas.

A partir das noções de desinstitucionalização identificadas, percebemos que alguns atributos foram considerados inerentes ao processo. Optamos por elencá-los a partir de três dimensões, as quais consideramos de acordo com as diretrizes do movimento de Reforma Psiquiátrica, quais sejam: dimensão política, dimensão gestão/gerencial e dimensão cuidado.

As transformações institucionais estão sendo produzidas no interior da própria instituição psiquiátrica, trabalhando-se com aquilo que já existe, buscando transformações no nível micro da política de reorientação da atenção em saúde mental. Trabalha-se na perspectiva de garantir que o usuário se torne um cidadão de plenos direitos, mudando-se a natureza da atenção em saúde mental, restituindo recursos e condições materiais, sociais e culturais que tornem possível o difícil exercício de cidadania e de subjetividades ainda que dentro ou a partir de uma instituição hospitalar.

O avanço do processo de desinstitucionalização em Niterói, a partir da década de 90, a reconfiguração das demandas e necessidades colocadas e da construção de novos sujeitos em paralelo à insuficiência da rede social para acolher essa clientela, colocam o HPJ numa situação estratégica dentro do processo de desinstitucionalização. A clientela que atualmente habita o hospital é diferenciada daquela antes tutelada no interior das instituições, na maioria das situações abandonada ao descaso. Atualmente, os usuários são pessoas portadoras de direitos, com projetos terapêuticos singulares, com atenção qualificada e que, em muitas situações, não têm pra onde ir, não têm outra moradia que não o hospital psiquiátrico.

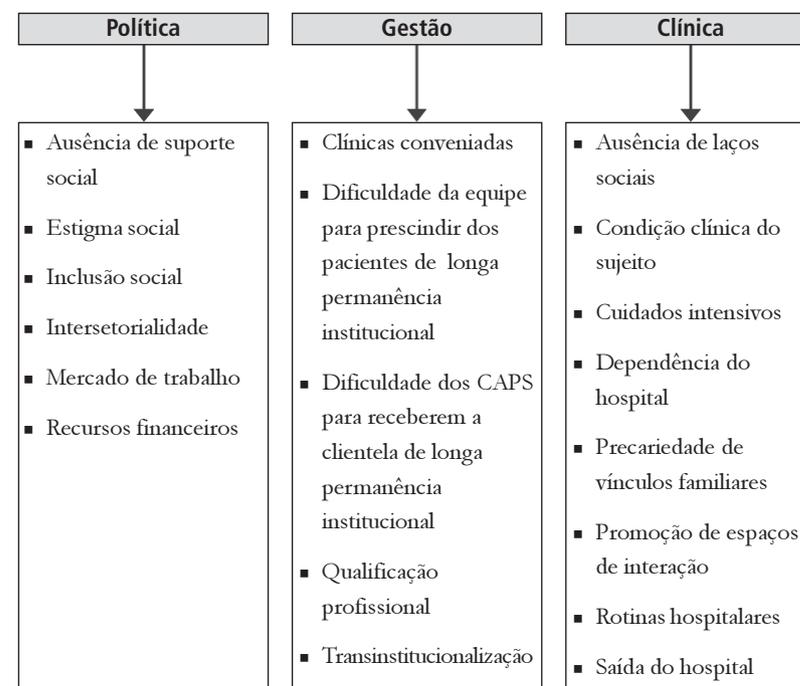
Por outro lado, observa-se a produção de práticas que levam a outra institucionalização, na medida em que se tenta (re)construir os laços sociais perdidos durante os longos períodos de internação. A nova institucionalização se faz com intencionalidade de produzir cuidado como direção do trabalho. Observa-se que ainda que haja uma transinstitucionalização (passagem de uma instituição tutelar para outra; de hospital para hospital, de abrigo para hospital, ou vice-versa etc.), esta se faz sem abandono, sem descaso ou falta de cuidado, tendo ocorrido no HPJ de maneira cuidadosa, singular, diferente daquela que decompõe, que abandona e pela qual não se responsa-

biliza. Foi possível constatar nesta pesquisa que houve um percurso de “esvaziamento” da função do hospital como instituição total, valorizando sujeitos e práticas em curso, no sentido da transformação da atenção em saúde mental.

No entanto, inúmeros impasses estão relacionados ao avanço do processo de desinstitucionalização. Para melhor compreensão, estes também foram agregados às categorias *dimensão política*, *gestão* e *clínica*, possibilitando visualizá-los nos níveis que acontecem e favorecendo, assim, o processo de intervenção.

Os impasses identificados foram distribuídos em três categorias formuladas a partir da noção de que tanto a política quanto a gestão e a clínica permeiam o processo de desinstitucionalização. Evidenciou-se uma interdependência dos impasses nos três âmbitos, apontando para a necessidade de uma intervenção simultânea.

Impasses para a efetivação do processo de desinstitucionalização em Niterói



Muitos dos impasses atribuídos à “desinstitucionalização” se confundem tanto com os atributos quanto com as próprias noções atreladas ao processo em curso. Esta questão nos remete a uma reflexão a respeito da complexidade do termo, pois, ao compreendermos como uma estratégia de combate à exclusão social, esta nos apresenta inúmeros e distintos desafios à sua efetiva implementação.

Esse processo apresenta inúmeras dificuldades para sua consolidação, dentre os quais podemos mencionar a difícil missão dos CAPS de se consolidarem como organizadores da rede, pensar projetos singulares para a clientela institucionalizada, a formação de profissionais condizentes com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, a centralidade do hospital na rede de serviços, a inclusão das ações de saúde mental na esfera da atenção básica, o estabelecimento e a garantia de um atendimento diferenciado e qualificado na rede de ambulatorios regionalizados e as próprias dificuldades intrínsecas à gestão de processos inovadores, como o caso da saúde mental. Outro desafio, segundo Birman (1992), reside em se construir outro lugar social para a loucura, tomando como base a cidadania do doente mental. Portanto, o fechamento do asilo não garante a desinstitucionalização.

Deixemos claro que não defendemos aqui a manutenção das instituições manicomiais. Esse é um processo que necessita ser responsável e construído no concreto, no cotidiano das práticas. Contudo, entre os vários desafios para a materialização desse novo modo de atenção em saúde mental está a necessidade de consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania.

Considerações finais

O discurso dos profissionais, tanto da rede substitutiva quanto da hospitalar em saúde mental, demonstra entendimentos distintos sobre o processo de desinstitucionalização, apontando para uma noção de cuidado ainda centralizada na instituição hospitalar. As estratégias intersetoriais e comunitárias acontecem pontualmente, sinalizando para uma oferta ainda dependente do perfil de cada profissional ou setor do serviço de saúde mental e de forma pouco clara na orientação multiprofissional do trabalho.

A oferta prioritária de cuidado refere-se ao setor saúde de forma restrita, e os recursos estruturais do município podem limitar o acesso das pessoas ao cuidado integral em saúde mental. Podemos observar que a Política Nacional de Saúde Mental tem proposto uma mudança significativa na reorientação da prática assistencial, inclusive de ordem financeira. Essas transformações devem ser acompanhadas, tendo como um dos focos prioritários de atenção, as pessoas internadas por longos períodos em instituições psiquiátricas – o que constitui um dos maiores impasses para o avanço do processo da desinstitucionalização. Dentre as estratégias de enfrentamento desses impasses, está a implantação de dispositivos delineados pelo Ministério da Saúde na última década, destinados a essa clientela: os CAPS, os SRTs, o Programa de Volta pra Casa, Cooperativas de Trabalho, Centros de Convivência, entre outros.

Cabe ressaltar que, para se pensar o processo de desinstitucionalização, é necessário relacionar os serviços de saúde mental com o contexto, cultura e a política municipal, pois sem essa relação é impossível pensarmos nas transformações necessárias ao processo. Compete instigar as relações entre saúde, justiça, assistência social, cultura, num trabalho de transformação das noções de cuidado para a existência-sofrimento do usuário, possibilitando um trabalho concreto de mudanças culturais e sociais. Para a implementação de práticas de desinstitucionalizantes, torna-se necessário ampliar alguns aspectos conceituais e práticos que não estão restritos ao campo da saúde mental, na tentativa de garantir a inclusão do louco, das diferenças e do diferente na sociedade – um dos grandes desafios desse processo.

Podemos concluir, neste estudo, que a reorientação das práticas com base na atenção psicossocial aponta para um processo de desinstitucionalização ainda em construção, tanto em relação aos recursos materiais quanto na consolidação de um arcabouço teórico-conceitual consistente. No entanto, a não-distinção entre desinstitucionalização e desospitalização corrobora a criação de impasses nas ofertas de cuidado na rede pública municipal de saúde mental.

Evidenciou-se também que a prática modifica, ampliando ou reduzindo por vezes as noções e conceitos do processo de desinstitucionalização. As transformações produzidas através de ges-

tos elementares, no processo de desinstitucionalização, influenciam as relações de poder entre instituição e sujeitos, reforçando a idéia de que desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstrução das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. No entanto, esse processo demanda uma gama de intervenções concretas e subjetivas, da ordem da clínica, do planejamento e gestão e também na cultura da sociedade.

Referências

- ALVERGA, A. R., DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.10, n. 20, p. 299-316, 2006.
- AMARANTE, P. D. C. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- _____. *O homem e a serpente*. outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. D. C.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 65-76.
- BARROS, F. S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 111-128.
- BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Coleção Loucura XXI*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., B. C.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/MS, 2002. 211p.
- _____. Saúde mental em dados 3. Brasília, Ano 1, n.3. Ministério da Saúde, 2006.
- _____. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 85p.

CARVALHO, A. L.; FAGUNDES, H. M.; FROTA, R. Regular, supervisionar e acompanhar pacientes internados em clínicas psiquiátricas do SUS: passos importantes para a desinstitucionalização responsável no Município do Rio de Janeiro. *Academus Revista Científica da SMS*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, 2004. Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/regularsupervisionar.doc>> Acessado em: 8 jun. 2007.

CARVALHO, M. C. A. *Integração de serviços de saúde mental: análise da assistência psiquiátrica a adultos jovens com transtornos mentais graves na cidade de Niterói-RJ*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. *Relatório de Gestão 2005 do Programa de Saúde Mental*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, maio 2006. Mimeo.

COSTA-ROSA, A. Modo psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em Saúde Coletiva. *Vertentes*, Assis, v. 5, n. 5, 2001. p. 11-22.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2001 (Série Debates: Psicologia, n. 91).

GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói-RJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 113-134.

GONDIM, D. S. M. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

LOURAU, R. O. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (Org.) *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 47-65.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

LOVISI, G. M. *Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

MARQUES, A. As revoluções científicas de Thomas Kuhn (1922-1996). *Hebdomadário: Jornal da Fundação da Universidade Federal do Paraná*, ano 1, n. 26, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.funpar.ufpr.br:8080/funpar/boletim/novo2/externo/boletim.php?noticiar0&destaquer0&boletim5>>. Acessado em: 8 jun. 2007.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-169.

_____. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J. C. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 23-27, 1998.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice*: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SIMONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. (Org.) *Gramsci: a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998.

TANAKA, O.; MELO, C. *Inovação e gestão: a organização social no setor saúde*. São Paulo: Annablume, 2002.

VALENTINI, W. Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.) *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-24.

VIDAL, C.; GULJOR, A. P. Desinstitucionalizar: e aí? Os caminhos da desconstrução de um estigma. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 193-198, 2006.

YASSUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

Moradores, internos, clientela de longa permanência? Aspectos socioclínicos da clientela na relação entre demanda e oferta na desinstitucionalização em hospital psiquiátrico

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA

ANA PAULA GULJOR

ROSENI PINHEIRO

Este capítulo tem o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico da clientela hospitalizada, há mais de um ano, em um hospital psiquiátrico. No Brasil, apesar da redução de 54,56% dos leitos psiquiátricos no país nos últimos dez anos (BRASIL/MS, 2006), observa-se que grande parte da população internada é constituída por uma clientela de longa permanência institucional (internação psiquiátrica por período maior de um ano). Furtado (2006a) destaca que em torno de 30% dos leitos hospitalares em psiquiatria são ocupados por este perfil de pacientes. A desinstitucionalização, nesta perspectiva, é adotada como meta prioritária da atual política pública de saúde mental, implicando novas práticas de cuidado e gestão da atenção, pautadas na complexidade das necessidades desta população que se mantém à margem da convivência social.

Podemos apontar uma gama de experiências de reinserção psicossocial por meio de dispositivos de moradia assistida, centros de atenção psicossocial e principalmente ao observarmos as intervenções voltadas para a desinstitucionalização da clientela de grandes hospitais psiquiátricos. Contudo, o monitoramento e avaliação na área de Saúde Mental ainda é um processo em aprimoramento. Faz-se necessário criar indicadores clínicos, epidemiológicos, sociais e de organização dos serviços nesta área para uma efetiva análise dos desdobramentos dos processos em curso.

Estudos realizados apontam para a existência de um quantitativo significativo de hospitais psiquiátricos de grande porte cuja clientela

apresenta quadros clínicos e perfis socioeconômicos diferenciados, tendo em comum a longa permanência institucional (CERQUEIRA *et al.*, 2006, FURTADO, 2006, BRASIL/MS, 2007). Desta forma, uma aproximação com o cotidiano das práticas em curso nos programas de saúde mental e as peculiaridades de cada contexto auxilia os profissionais e gestores no aprimoramento e planejamento das ações voltadas para o cuidado dessa clientela, qual seja, sua reinserção social.

Buscamos estabelecer nesta fase da pesquisa o perfil clínico, psicossocial e socioeconômico da clientela institucionalizada no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói-RJ (HPJ), com o objetivo de auxiliar na construção de novas estratégias e dispositivos adequados à complexidade da demanda da clientela.

Desenho de estudo

Esta etapa da pesquisa, destinada à avaliação do perfil da clientela, foi composta por um estudo descritivo, transversal, cuja população-alvo foi composta pelos pacientes do HPJ ou transinstitucionalizados de outros hospitais psiquiátricos com tempo de internação hospitalar igual ou superior a um ano.

Os dados foram obtidos mediante fontes secundárias de informação – prioritariamente os prontuários dos internados de longa permanência. A ilegitimidade ou ausência de registros nos prontuários pesquisados, ocorridas com certa regularidade, foram uma limitação superada em parte com informações complementares fornecidas pelos profissionais das equipes assistentes.

A população internada era composta inicialmente por 43 pacientes, e durante a análise dos dados foi excluído um indivíduo, cujo prontuário possuía somente as informações de nome e data de nascimento. Durante a fase de análise de dados, ocorreram óbitos de três internos (2 homens e 1 mulher) e duas pacientes foram inseridas nos serviços residenciais terapêuticos.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, posteriormente submetido a pré-teste por amostragem. O instrumento, compreendendo um questionário com perguntas abertas e fechadas, é composto de 36 itens divididos em quatro categorias, a saber:

- **Dados de identificação** – com perguntas sobre nome, data de nascimento, sexo e a confiabilidade dessas informações.

- **Dados socioeconômicos** – com perguntas sobre o local de moradia à época da internação, se o paciente possuía residência fixa, que tipo de residência e a documentação que possuía. Havia ainda questões sobre a atividade laborativa exercida pelos pacientes à época da internação, a ocupação exercida à época da pesquisa, se recebia algum rendimento e qual o tipo de rendimento. Também foi realizado um levantamento sobre vínculos familiares, se o paciente possuía familiar vivo, qual familiar, se poderia contar com algum familiar e com quem.
- **Dados sociais, dados clínicos** – com perguntas referentes ao(s) motivo(s) da permanência na internação, qual o diagnóstico inicial, o atual e se possui algum diagnóstico clínico associado. Se o paciente faz algum tratamento medicamentoso e qual, sobre o tempo de internação e tempo de evolução da doença psiquiátrica, o número de internações anteriores, projetos terapêuticos em curso, atividade terapêutica que frequenta e se possui perspectiva de alta e em quanto tempo.
- **Dados sobre a rede extra-hospitalar** – com perguntas relacionadas ao local de tratamento anterior à internação no HPJ, se realizava tratamento extra-hospitalar durante a internação e se os realiza à época da pesquisa.

A coleta de dados foi conduzida por pesquisadores devidamente treinados, e realizada entre dezembro de 2005 e fevereiro de 2006. Os dados obtidos foram armazenados, organizados e analisados no *software Stata 8*, e a confecção de gráficos e tabelas realizada em Excel. O cruzamento dos dados se deu em duas etapas: na primeira, realizou-se análise univariada das variáveis quantitativas; na segunda etapa, foi realizada análise bivariada, de variável selecionada. As variáveis abertas foram consolidadas, agrupadas e descritas em sua frequência absoluta e relativa.

Análise dos dados sociais

A população de pacientes com tempo de internação hospitalar igual ou superior a um ano no HPJ é composta de 25 pacientes do sexo feminino (59,5%) e 17 do sexo masculino (40,5%). A predominância feminina na população de internos é semelhante à encontrada por Keusen e Lima (1994) no censo realizado na Colônia Juliano Moreira

(57%), mas difere dos achados de Silva *et al.* (1999), que descrevem o perfil dos pacientes internados em 20 hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, cuja prevalência foi de 66,0% de homens, e do trabalho realizado por Gomes *et al.* (2002) na Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi-RJ, com predomínio masculino de 53,4%.

Os pacientes eram distribuídos entre os quatro setores de internamento do hospital, sendo três (7,1%) na enfermaria para internação de pacientes agudos femininos (SIAF), quatro (9,5%) na enfermaria para internação de pacientes agudos masculinos (SIM), 14 (33,3%) no setor de longa permanência (SILP) e 21 (50%) no albergue (ALB). Os internos que necessitavam de cuidados intensivos e que permaneciam no setor de longa permanência (SILP) eram 12 mulheres (85,7%) e dois homens (14,3%); e no albergue (ALB), onde os pacientes são preparados para a reinserção na comunidade, a distribuição era de 10 mulheres (47,6%) e 11 homens (52,4%).

A idade da população de internados variou de 24 a 81 anos. Grande parte desse universo se encontrava ainda numa faixa etária produtiva, com mais de 31 e menos de 60 anos (32 pacientes, o que representou 76,2% da população). A distribuição da população masculina se concentrou na faixa etária entre 31 a 50 anos de idade (58,8%); já a população feminina encontrava-se distribuída ao longo das faixas etárias – duas pacientes (8%) com menos de 30 anos, oito (32%) com idade entre 31 e 50 anos, nove (36%) entre 51 a 60 anos e seis (24%) com mais de 60 anos de idade. No que diz respeito à população masculina, principalmente, podemos destacar que sua concentração na faixa etária produtiva aponta para uma maior dificuldade de inserção dos mesmos em programas sociais governamentais, que em geral se concentram nas faixas limítrofes (idosos, crianças e adolescentes). Ao mesmo tempo, apontamos para a importância de estratégias de geração de renda que lhes permitam ter acesso a bens necessários ao cotidiano da vida em sociedade.

Um aspecto importante a ser ressaltado foi a confiabilidade dos dados de identificação dos pacientes, ou seja, seus nomes e datas de nascimento, cujas anotações foram realizadas à época da internação, de acordo com informações fornecidas pelo próprio paciente ou por informante. Do total de pacientes internados, 26 indivíduos (62%) tinham anotado corretamente em seus prontuários seus nomes completos. Dentre os 16 pacientes restantes, 14 (33,3%) tinham registra-

do em seus prontuários um nome provável, ou seja, os funcionários não sabiam responder se esses eram seus nomes reais e não possuíam documentação que comprovassem, e dois internos eram conhecidos por codinomes cunhados pela equipe à época da internação, apontando para uma necessidade de busca ativa para compor a história anterior do indivíduo. Quando comparados homens e mulheres cujos nomes eram tidos como prováveis, notamos que a prevalência de dados faltosos é composta quase que na sua totalidade por mulheres (11 e 3 homens) e para os codinomes, um homem e uma mulher.

Se o nome, que marca de individualidade do sujeito, é desconhecido em 38% dos pacientes, podemos esperar que a confiabilidade dos dados sobre a data de nascimento dos mesmos também tenha tido os mesmos problemas. Do universo dos pacientes, apenas 22 (52,4%) possuíam algum documento que comprovasse a data de nascimento do indivíduo. Os 20 internos restantes (47,6%) estavam divididos em: data de nascimento provável (12), suposta (5) e ignorada ou não informada (3). Novamente observamos o predomínio das mulheres (70%) entre os que não possuem uma data de nascimento conhecida (num total de 14 mulheres, sendo que 8 possuíam datas de nascimento prováveis, 3 supostas e 3 ignoradas).

Essa diferença entre os sexos pode ter uma possível explicação na posição historicamente ocupada pelas mulheres que habitualmente se dedicavam às atividades do lar sem que houvesse a necessidade de tirar documentos próprios, já que era comum a utilização de documentos paternos ou do marido, enquanto que para os homens era obrigatório apresentar documentos, ao menos à época do alistamento militar. Além deste aspecto, a certidão de nascimento e/ou o registro civil demarcam o passaporte de acesso aos recursos públicos, desde a realização de exames, inserção em programas educacionais, até a inserção em auxílios financeiros específicos, como a bolsa do programa De Volta Para Casa (BRASIL/MS, 2003).

Sobre a vida dos pacientes à época da entrada na internação, 30 (71,4%) pacientes possuíam moradia e menos de 29% não possuíam moradia. Quanto ao tipo de moradia, 16 (38,1%) moravam com a família, nove (21,4%) possuíam casa própria, cinco (12%) moravam em fundações ou instituições, cinco (12%) eram moradores de rua, um (2,4%) paciente morava em casa de amigo e sobre seis (14,3%) pacientes não havia informações sobre o local de moradia à época da internação.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, por sexo. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
24 - 30 anos	0		2	8	2	4,76
31 - 50 anos	10	58,82	8	32	18	42,86
51 - 60 anos	5	29,41	9	36	14	33,33
mais de 60 anos	2	11,76	6	24	8	19,05
Setor						
Albergue	11	64,71	10	40	21	50
SLAF	0		3	12	3	7,14
SILP	2	11,76	12	48	14	33,33
SIM	4	23,53	0		4	9,52
Moradia						
Possuía	13	76,47	17	68	30	71,43
Não possuía	4	23,53	8	32	12	28,57
Renda						
Tem	6	35,29	8	32	14	33,33
Não tem	11	64,71	17	68	28	66,67
Familiares						
Possui	13	76,47	17	68	30	71,43
Não possui	4	23,53	7	28	11	26,19
Não informado	0		1	4	1	2,38
Conta com os familiares						
Sim	6	35,29	6	24	12	28,57
Não	11	64,71	17	68	28	66,67
Não informado			2	8	2	4,76
Documentos						
Possui	12	70,59	11	44	23	54,76
Não possui	2	11,76	7	28	9	21,43
Não informado	3	17,65	7	28	10	23,81
Atividade laborativa						
Possuía	12	70,59	15	60	27	64,29
Não possuía	5	29,41	9	36	14	33,33
Não informado	0		1	4	1	2,38

Faltou informação sobre o local de moradia de origem no prontuário de seis dos internos e o grupo restante dos pacientes era composto em sua totalidade por moradores do Estado do Rio de Janeiro. Dentre os que possuíam informações sobre local de moradia, a maioria era moradora de Niterói (23 pacientes ou 54,8%). Dos 13 pacientes restantes, cinco (12%) eram moradores de São Gonçalo, um em Itaboraí, um em Itaocara (municípios vizinhos a Niterói), três (7,1%) residiam no município do Rio de Janeiro, dois (4,8%) eram moradores de Duque de Caxias e um (2,4%) de Nova Iguaçu (municípios da Baixada Fluminense).

No que tange à documentação formal, 23 pacientes (54,8%) possuíam documentos formais, nove (21,4%) não possuíam documentos e sobre dez (23,8%) não havia informação nos prontuários. Sobre o tipo de documento apresentado, 19 (82,6%) possuíam carteira de identidade (RG); um (4,3%), CPF; um, carteira de trabalho; e dois (8,7%), certidão de nascimento. Novamente destacamos a maior prevalência de mulheres dentre os pacientes que não possuíam documentos (7 mulheres ou 77,8%) quando comparadas aos homens, e elas também eram maioria (7 pacientes ou 70%) quando observada a falta de registros nos prontuários em relação aos homens. Essa precariedade de documentação implica um impasse no processo de desinstitucionalização, pois é necessário possuir registro civil para se ter o acesso aos recursos da seguridade social. Em última análise, a situação se coloca como impedimento para sua sustentabilidade fora do ambiente hospitalar, seja no âmbito econômico (benefício de prestação continuada, bolsa-desinstitucionalização) ou dos recursos de saúde (exames, medicações especiais etc.) e sociais (escola, passe-livre, entre outros).

Utilizou-se a época de internação como referência na investigação sobre a atividade laborativa do paciente – ou seja, se ele trabalhava ou não. A distribuição encontrada ficou assim composta: 27 pacientes trabalhavam à época da internação (64,3%), 14 não trabalhavam (33,3%) e sobre um não havia informação no prontuário (2,4%). Quando realizada a estratificação por sexo, os homens, na sua maioria, trabalhavam (12 internos ou 70,6%), enquanto cinco (29,4%) não exerciam trabalho remunerado. Entre as mulheres, 15 (60%) exerciam alguma atividade laborativa à época da internação, enquanto nove (36%) não trabalhavam e para uma não havia informação (4%).

Sobre a atividade realizada à época da internação, existiu predomínio em ambos os sexos de atividades do setor de serviços ou informal. Mais uma vez observamos a inexistência de dados nos prontuários de 16 (28,07%) pacientes. Dentre os que possuíam essa informação, 50% dos homens possuíam algum tipo de qualificação profissional (industrial, auxiliar de enfermagem, militar, mecânico de automóveis, bacharel de turismo, etc. – gráfico 1); entre as mulheres, 58,8% exerciam atividades ligadas ao lar (babá, doméstica, lavadeira e cozinheira) e 17,6% haviam exercido atividades com alguma qualificação profissional (contabilista, industriária, professora, comerciante) (gráfico 2). Quanto à ocupação atual, nenhum paciente se encontrava trabalhando quando realizada a coleta de dados. Sendo assim, o período de internamento pode ser considerado fator de ruptura no exercício de atividades laborativas, gerando um afastamento definitivo do mercado de trabalho e dificultando sua reinserção na sociedade.

Gráfico 1. Distribuição do tipo de atividade laborativa exercida pelos homens antes da internação no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)

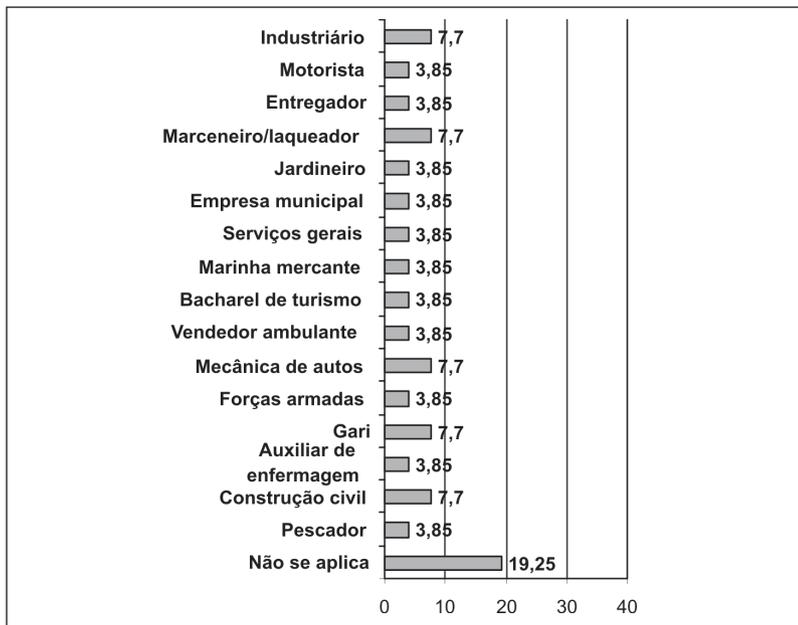
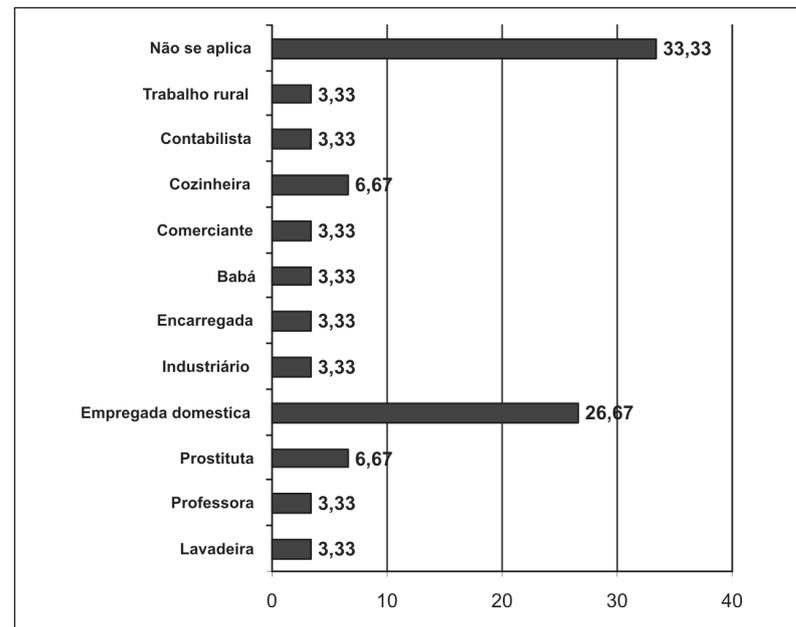


Gráfico 2. Distribuição do tipo de atividade laborativa exercida pelas mulheres antes da internação no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)



Somente 14 (33,3%) dos internos de longa permanência recebiam algum tipo de rendimento à época da pesquisa. Esses rendimentos eram provenientes de aposentadorias por invalidez ou não, CAPEMI, benefício de prestação continuada - BPC ou pensão familiar. Dentre os 28 pacientes que não recebiam rendimento (66,7% dos internados), 11 eram homens e 17 eram mulheres (39,3% e 60,7% respectivamente).

Quando estratificados por setor de internação, os pacientes que recebiam rendimento à época da pesquisa eram na sua maioria pacientes do albergue (10, correspondendo a 71,4%), e somente quatro pacientes estavam distribuídos nos outros três setores de internação do hospital. A distribuição dos que não recebiam rendimento à época da pesquisa era: 11 internos (39,3%) no albergue, 12 (42,9%) no setor de longa permanência, três (10,7%) na enfermaria masculina e duas (7,1%) na enfermaria feminina.

Uma realidade que se apresenta em nossa população é o fato de ela se encontrar ainda numa faixa etária produtiva, sem ter sido inserida no mercado de trabalho formal e com o agravante de muitos não possuírem documentação. Esse fator, conseqüentemente, faz com que não sejam contemplados com auxílios previdenciários, o que dificulta a desinstitucionalização desses pacientes. Desse modo, aponta-nos para a necessidade de criação de mecanismos de geração de renda e de qualificação profissional, já que a mão-de-obra desqualificada era predominante, sobretudo entre as mulheres da nossa amostra.

Outro dado importante diz respeito aos vínculos familiares desses pacientes à época de realização da pesquisa. De acordo com os dados obtidos, 30 pacientes (71,43%) tinham algum familiar vivo, 11 (26,19%) não tinham familiar vivo e sobre um paciente (2,38%) não havia informação. Quando observamos os dados estratificados por sexo, encontramos que no masculino 13 (76,47%) possuíam família e quatro (23,53%) não possuíam família conhecida. Entre os internos do sexo feminino, 17 (68%) possuíam família, sete (28%) não possuíam família e uma (4%) não possuía informação sobre vínculos familiares.

Apesar de alguns pacientes possuírem familiar vivo na época em que a pesquisa foi conduzida, isso não quer dizer que eles poderiam contar com esses familiares caso fosse necessário. Assim, quando observamos os dados obtidos como resposta à pergunta “Conta com sua família?”, somente 12 pacientes (28,57%) podiam contar com os familiares em caso de necessidade e todos os familiares relacionados nessa pergunta eram parentes de primeiro grau (mãe, pai, irmão, filhos). Não podiam contar com a família 28 pacientes (66,67%), dos quais 26 sem vínculos familiares e dois com amigos, e para dois internos (4,76%) não havia informações disponíveis. Entre os homens, seis (35,29%) contavam com a família e 11 (64,71%) não podiam contar com ela. Entre as mulheres, seis (24%) contavam com a família, 17 (68%) não podiam contar com ela e em dois prontuários não havia informações disponíveis (8%).

O esmaecimento dos vínculos familiares e a situação da moradia já descrita acima (2/3 possuíam moradia) circunscrevem de forma importante o impacto da institucionalização na vida de relações dessa clientela. Da mesma forma, apontam como parte determinante do acompanhamento dos portadores de transtornos mentais a centralidade

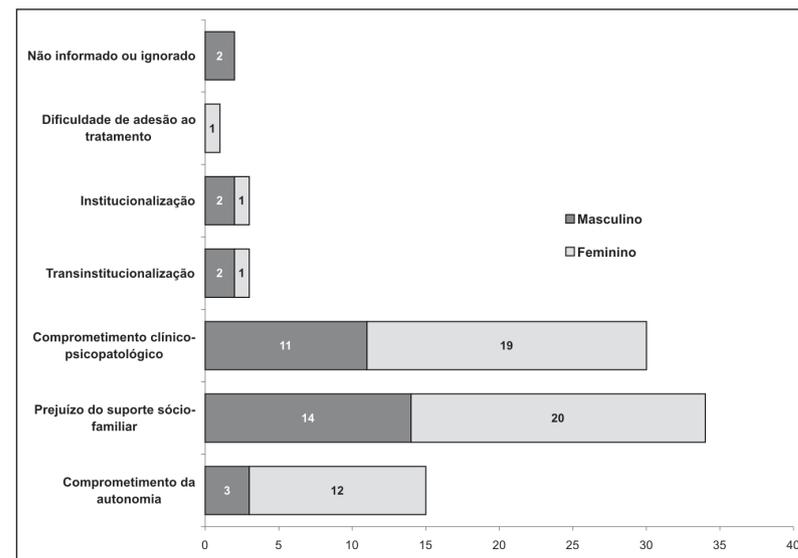
do trabalho com a rede socioafetiva existente à época da internação, pois o afastamento imposto pelos longos anos de internamento pode ser considerado um dos principais fatores do abandono desses usuários aos “cuidados exclusivos” das instituições asilares.

Análise dos dados clínicos

Cada paciente apresentava em seu prontuário um ou mais motivos utilizados para justificar a longa permanência institucional, sendo que, para 34 pacientes, o prejuízo do suporte sociofamiliar foi referido como um dos motivos; 30 internados tiveram comprometimento clínico psicopatológico; 15, comprometimento da autonomia; três, a transinstitucionalização; três, a institucionalização; um, a dificuldade de adesão ao tratamento; e em dois registros não havia menção aos motivos (gráfico 3).

Esses fatores estão inter-relacionados, não ocorrendo de forma isolada, o que pode ser observado na análise dos dados. Deste modo, podemos apontar para justaposições de demandas e para a necessidade de oferta diversificada de ações e práticas de cuidado.

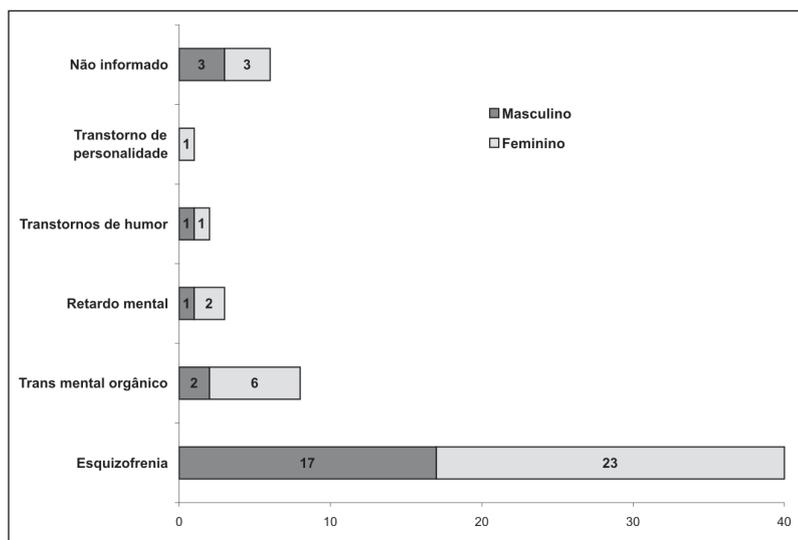
Gráfico 3. Motivo de internação dos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, por sexo. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)



A coexistência de mais de um diagnóstico psiquiátrico por sujeito faz parte de 45,2% da nossa amostra. Tiveram dois diagnósticos descritos em seu prontuário nove (21,4%) pacientes; três internos (7,1%) tiveram três diagnósticos psiquiátricos associados; um paciente (2,4%), quatro diagnósticos; e seis (14,3%) não possuíam informações disponíveis.

Os diagnósticos que os psiquiatras do hospital haviam atribuído aos internos na época da internação, de acordo com os critérios da CID-X, foram: 40 pacientes apresentavam esquizofrenia, oito pacientes transtorno mental orgânico, três pacientes retardo mental, dois com transtorno de humor, um transtorno de personalidade e seis não possuíam informações (gráfico 4).

Gráfico 4. Diagnóstico à época de internação dos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, por sexo. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)

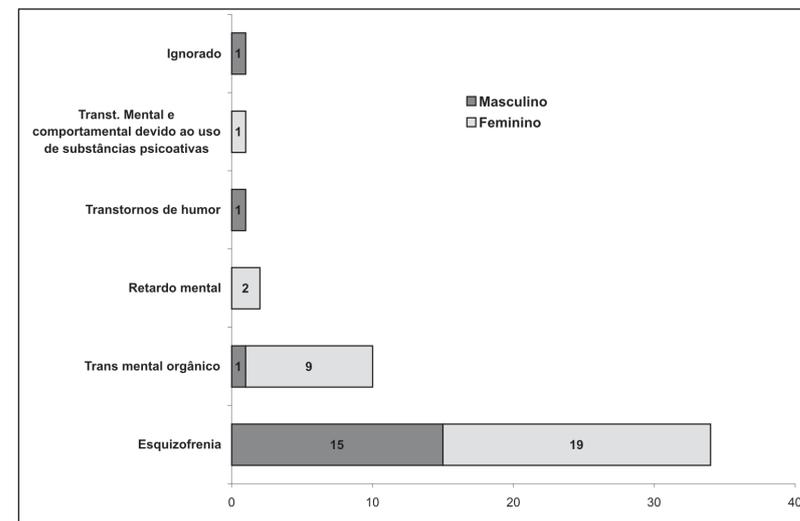


Os diagnósticos que contavam nos prontuários dos internos como diagnósticos atuais, de acordo com a CID-X, eram principalmente a esquizofrenia (para 34 pacientes) e o transtorno mental orgânico (em 10 sujeitos). O retardo mental, o transtorno de humor, o transtorno mental e comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas

foram os outros diagnósticos referidos nos registros dos pacientes, e em um prontuário não havia essa informação (gráfico 5).

A esquizofrenia é o principal quadro apresentado pelos pacientes internados de longa permanência.

Gráfico 5. Diagnóstico atual dos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, por sexo. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)



Apenas um paciente não fazia uso de psicotrópicos durante a realização da pesquisa e 41 pacientes eram responsáveis pelo uso de 138 substâncias utilizadas diariamente, além dos que são utilizados para os tratamentos clínicos. Observamos, na amostra, o uso concomitante de mais de uma substância psicotrópica entre a quase totalidade dos internados: somente dois pacientes utilizavam apenas um medicamento; cinco tomavam dois medicamentos; 17 tomavam três tipos de medicamentos; 12 tomavam quatro medicamentos diferentes; três tomavam cinco; e dois tomavam seis tipos diferentes de medicamento.

O uso de múltiplas drogas está associado a prognósticos de má evolução na esquizofrenia (BANDEIRA *et al.*, 2005). Além disso, a concomitância de psicofármacos potencializa os riscos de co-morbidades clínicas, como obesidade, diabetes, entre outras patologias possíveis de serem desencadeadas como efeitos colaterais de certos fármacos.

Tabela 2. Psicofármacos utilizados entre os pacientes internos de longa permanência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, por sexo. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)

Variável			Total	
	N	%	N	%
ESTAB. DE HUMOR/ ANTICONVULSIVANTE			17	12,32
Ácido valpróico	3	17,65		
Carbamazepina	14	82,35		
ANTICONVULSIVANTE			10	7,25
Fenobarbital	8	80,0		
Fenitoína	2	20,0		
ESTABILIZADOR DE HUMOR			4	2,90
Lítio	4	100,0		
ANTICOLINÉRGICO			5	3,62
Biperideno	5	100,0		
ANTIISTAMÍNICO			15	10,87
Prometazina	15	100,0		
BENZODIAZEPÍNICO			20	14,49
Diazepam	16	80,0		
Nitrazepam	2	10,0		
Clomazepam	1	5,0		
Flunitrazepam	1	5,0		
ATP			64	46,38
Risperidona	1	1,56		
Olanzapina	1	1,56		
Clorpromzina	19	29,69		
Tioridazina	3	4,69		
Haloperidol	18	28,13		
Haloperidol decanoato	5	7,81		
Penfluridol	5	7,81		
Levomepromazina	6	9,38		
Periciazina	2	3,13		
Periciazina gotas	4	6,25		
ANTIDEPRESSIVOS			1	0,72
Imipramina	1	100,0		
VITAMINA K			2	1,45
Tiamina	2	100,0		

Além do diagnóstico psiquiátrico, alguns pacientes também sofriam com outras doenças clínicas associadas. Entre os diagnosticados, 19 (42,2%) apresentavam pelo menos um diagnóstico associado; 21 (50%), nenhum diagnóstico; e em dois (4,8%) prontuários não havia informação. Dentre os 19 pacientes com pelo menos um diagnóstico clínico associado, dez estavam com hipertensão arterial sistêmica; sete, com diabetes; quatro, epilepsia; dois, catarata; um com doenças sistema respiratório; um, sintomas respiratórios inespecíficos; um, sífilis terciária; um, doença gastrointestinal; um, sintoma gastrointestinal inespecífico; um apresentava fratura do fêmur; e um, escara de decúbito.

O cuidado clínico é uma questão importante que faz parte das dificuldades do programa apontadas pelos profissionais do HPJ. O acesso à rede de saúde geral para essa clientela é permeado por importantes obstáculos. Esses dados apontam também para a necessidade da presença de médicos clínicos no corpo de funcionários do hospital e de uma adequação da rede para a realização de exames complementares para o atendimento de pacientes internos de longa permanência. A partir de 2007, parte dos pacientes internados de longa permanência do HPJ, especificamente do albergue, passaram a fazer tratamento clínico e psiquiátrico em unidades extra-hospitalares (ambulatório ou nos CAPs) da região.

O tratamento clínico medicamentoso faz parte da rotina diária de 24 pacientes (57,1%). Fazem uso de algum tipo de medicamento para tratamento das doenças clínicas 17 mulheres (68%) e sete homens (41,2%). Quando observamos o total de pacientes, estratificado por sexo, que utilizam medicamentos para tratamento clínico, 29,2% são homens e 70,8% são mulheres. Entre os medicamentos utilizados, dois pacientes faziam uso de hipoglicemiantes; nove utilizavam anti-hipertensivos; três, diuréticos; cinco, broncodilatadores; quatro, antidiarréicos; cinco, complexos vitamínicos minerais; um, antiosporótico; três, anticonvulsivos; um, mucilítico; dois, analgésicos; um, cicatrizante tópico; um, antitrombótico e um anticonstipante.

Grande foi a amplitude do tempo de internação entre os pacientes de longa permanência do HPJ, variando de 19 a 372 meses. Os pacientes com até três anos de internação eram nove (21,43% da amostra); cinco (11,9%) pacientes encontravam-se internados de três a seis anos; dez pacientes (23,81%), de seis a 11 anos; dois pacientes

(4,76%), de 11 a 16 anos; três (7,14%) estavam internados de 16 a 21 anos; e 13 pacientes (30,95%) tinham de 21 a 31 anos de internação.

No sexo feminino chamaram atenção dois grandes grupos de internos: 12 (48%) com tempo de internação de até 11 anos e o outro tinha de 21 a 31 anos de internação (11 pacientes ou 44% das mulheres). O último grupo nos aponta para uma herança do modelo assistencial hospitalocêntrico que caracterizou a instituição até o início da década de 80. Nesse grupo se concentram os pacientes com maior grau de dependência institucional, o que nos faz reconhecer a necessidade de cuidados mais intensivos e constitui um desafio na construção de estratégias de cuidado no eixo territorial.

Em contraponto, entre os homens, a maior parcela de internos (6 ou 35,29%) estavam internados há até três anos e mais de dois terços tinha até 11 anos de tempo de internação. Denominamos de “novos institucionalizados” os sujeitos que, por outros fatores ligados à precariedade do suporte social, a uma ausência dos vínculos e ao acesso aos bens da seguridade social, acabam retornando ao hospital.

Tabela 3. Tempo de internação, tempo de evolução, número de internações no HPJ e anteriores ao HPJ dos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, por sexo. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil (2005/2006)

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tempo de internação						
Até 3 anos	6	35,29	3	12,0	9	21,43
De 3 a 6 anos	2	11,76	3	12,0	5	11,90
De 6 a 11 anos	4	23,53	6	24,0	10	23,81
De 11 a 16 anos	1	5,88	1	4,0	2	4,76
De 16 a 21 anos	2	11,76	1	4,0	3	7,14
De 21 a 31 anos	2	11,76	11	44,0	13	30,95
Tempo de evolução da doença						
De 6 a 11 anos	0	-	1	4,0	1	2,38
De 11 a 16 anos	3	17,65	1	4,0	4	9,52
De 16 a 21 anos	1	5,88	1	4,0	2	4,76
De 21 a 31 anos	4	23,53	5	20,0	9	21,43
De 31 a 41 anos	5	29,41	8	32,0	13	30,95
Mais de 41 anos	0	-	3	12,0	3	7,14
Ignorados	4	23,53	6	24,0	10	23,81

Número de internações no HPJ						
1 a 3	5	29,41	9	36,0	14	33,33
4 a 10	3	17,65	4	16,0	7	16,67
11 a 15	1	5,88	3	12,0	4	9,52
16 a 20	1	5,88	0	-	1	2,38
Inúmeras	0	-	2	8,0	2	4,76
Não informados	7	41,17	7	28,0	14	33,33
Número de internações anteriores ao HPJ						
1 a 3	3	17,65	3	12,0	6	14,29
4 a 10	1	5,88	7	28,0	8	19,05
11 a 15	2	11,76	0	-	2	4,76
16 a 20	1	5,88	0	-	1	2,38
Mais de 21	1	5,88	0	-	1	2,38
Nenhuma	1	5,88	3	12,0	4	9,52
Inúmeras	5	29,41	9	36,0	14	33,33
Não informados	3	17,64	3	12,0	6	14,28

Sobre o tempo de evolução da doença de cada paciente, mais uma vez nos deparamos com grande número de prontuários sem informação (10 no total, perfazendo 23,81% dos nossos pacientes). Sobre a distribuição dos pacientes, um (2,38%), de seis a 11 anos; quatro (9,52%), de 11 a 16 anos; dois (4,76%), de 16 a 21 anos; nove (21,43%), de 21 a 31 anos; 13 (30,95%), de 31 a 41 anos; e três (7,14%) apresentavam mais de 41 anos de evolução da doença psiquiátrica.

Entre o sexo feminino, quase todo o grupo (16 mulheres ou 64%) tinha mais de 21 anos de tempo de evolução da doença, assim distribuídos: cinco (20%), de 21 a 31 anos; oito (32%), de 31 a 41 anos; três (12%), acima de 41 anos de tempo de evolução da doença; e seis pacientes (24%) não possuíam informações em seus prontuários.

No sexo masculino, observamos uma distribuição mais aleatória entre as categorias: três (17,65%), de 11 a 16 anos; um (5,88%), de 16 a 21 anos; quatro (23,53%), de 21 a 31 anos; cinco (29,41%), de 31 a 41 anos; e estavam sem informações quatro pacientes (23,53%).

Rede extra-hospitalar

Faziam tratamento na rede extra-hospitalar 40 pacientes, sendo 23 em ambulatórios de saúde mental, dez em CAPS e sete em hospitais clínicos.

Quanto à quantidade de internações anteriores ao HPJ, seis (14,3%) tiveram de uma a três internações anteriores; oito (19%), de quatro a 10; dois (4,8%), 11 a 15; um (2,4%), 16 a 20; um (2,4%), mais de 21; quatro (9,5%), nenhuma; 14 (33,3%), inúmeras; sobre seis (14,3%), não informado ou ignorado.

Sobre a quantidade de internações no HPJ, 15 (35,7%), de uma a três internações anteriores; sete (16,7%), de quatro a 10; quatro (9,5%), 11 a 15; um (2,4%), 16 a 20; dois (4,8%), inúmeras; e sobre 13 (31%), não informado ou ignorado.

Os dois dados referentes às quantidades de internação de cada paciente nos remetem ao processo conhecido como *revolving door* (porta giratória), que também é um dos fatores que levam ao esmaecimento dos vínculos. Esse movimento constante de construção e reconstrução ocorre até que num momento esses sujeitos perdem o lugar para onde voltar ou desistem de investir na criação de novos laços.

Conclusão

Uma característica marcante da pesquisa em curso foi a percepção da precarização dos vínculos sociais e afetivos da população estudada, os quais, associados a aspectos do quadro psíquico desses sujeitos, se configuraram como os principais motivos para a manutenção do longo período de internação.

A clientela do HPJ não possui vínculo familiar efetivo, apesar de grande parte possuir familiar vivo (principalmente parentes de primeiro grau) e terem morado em casa de familiares antes da internação, mas isso não se reflete numa relação efetiva com esses familiares. Podemos pensar na discussão de uma noção de cuidado, de doença, que vem de uma cultura hegemônica de hospitais psiquiátricos onde a única forma era excluir o sujeito. Ao ser internado, tinha seu percurso selado, não havendo outra possibilidade de tratamento ou de inserção na comunidade. Ressaltamos, no entanto, que esta visão ainda é muito presente na cultura dos familiares em relação a seus doentes psiquiátricos.

O quantitativo de reinternações no período anterior ao atual constitui um dos aspectos que sinalizam a insuficiência da rede de saúde mental para oferecer dispositivos de cuidado que pudessem garantir a manutenção desses pacientes fora do espaço hospitalar –

fator apontado pela Organização Mundial da Saúde como um dos determinantes do processo de institucionalização.

A faixa etária produtiva dos pacientes nos remete à necessidade de maior suporte social voltado para a construção de estratégias de geração de renda e qualificação dos internos. Não se trata somente da obtenção de um suporte financeiro, mas de resgatar o seu papel social, ou seja, a posição ocupada na família e na comunidade, algo que coloque o sujeito pró-ativo, que ele seja visto como alguém que produza.

Com o advento do capitalismo, concepção que veio com a Revolução Industrial, o sujeito passou a ser o que ele produz. Na Grécia antiga, o ócio era valorizado. O sujeito que tinha uma posição social era aquele que vivia para pensar. Num determinado momento isso mudou, e passou-se considerar o desemprego e a miséria formas de remissão do pecado, ou seja, seu destino. Com a burguesia ascendente, o trabalho passou a ser uma virtude e, automaticamente, lugar da produção no imaginário do valor do sujeito enquanto caráter. O vagabundo era um anormal, um desviante, e não mais considerado de forma romântica. O louco se colocou como um paradoxo. Ele precisava de uma ordem médica para colocá-lo no lugar do incapaz.

A reabilitação psicossocial dos usuários de longa permanência institucional deve perpassar intersecções de vários campos, saberes e práticas, apontando para uma compreensão aprofundada do conceito de integralidade em saúde. Para além do cuidado, a inclusão social desses sujeitos pressupõe ter trabalho, casa e lazer, permitindo assim reconstruir sua rede social. Para tanto, torna-se necessário ultrapassar os espaços institucionais, não se restringindo apenas à reorganização de serviços. Considerar as dimensões contidas no processo de desinstitucionalização significa ampliar o escopo de intervenções para além do setor saúde, adotando práticas que viabilizem o resgate dos direitos básicos de cidadania dos pacientes de longa permanência institucional.

Referências

- ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad. Saúde Pública*, v. 10, n. 1, jan./mar.1994.
- BANDEIRA, M. *et al.* Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1.338-1.340, Oct 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. “De Volta para Casa”: *Manual do Programa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS. *Saúde Mental no SUS*: Informativo da Saúde Mental, ano V, n. 24, .nov./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS*: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, Janeiro, 2007.

CERQUEIRA, M. P. *et al.* Notas sobre Serviços Residenciais Terapêuticos e processos de desinstitucionalização em uma gestão estadual. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22: p. 121-127, 2006.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. *Relatório de Gestão 2005 do Programa de Saúde Mental*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, maio 2006. Mimeo.

FURTADO, J. P. A ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, p. 39-51, 2006b.

_____. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais terapêuticos no SUS. *Rev C S Col*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-95, 2006a.

GASTAL, F. L. *et al.* Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. *Revista de Psiquiatria RS*, v. 28, n. 3, p. 245-254, set/dez. 2006.

GOMES, M. P. C. *et al.* Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1.803-1.807, nov-dez. 2002.

GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R.; SILVA JR., A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital de Jurujuba, Niterói-RJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 113-134.

KEUSEN, A. L.; LIMA, L. A. Perfil da clientela de um asilo: Colônia Juliano Moreira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 43, p. 281-283, 1994.

SILVA, J. P. L.; COUTINHO, E. S. F.; AMARANTE, P. D. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 3, p. 505-511, jul-set. 1999.

PARTE III

Contribuições dialógicas sobre desinstitucionalização para estudos avaliativos em saúde mental

Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização

EROTILDES MARIA LEAL
PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO

Os centros de atenção psicossocial – CAPS – são serviços que já possuem alguma história. Vinte anos se passaram desde a criação do primeiro CAPS – Luiz da Rocha Cerqueira – localizado na Rua Itapeva, bem no centro de São Paulo.

Dispositivo estratégico da atual política pública de assistência à saúde mental, esses serviços têm como desafio central a desinstitucionalização. Vinte anos de história trouxeram muitas dúvidas e alguns importantes ensinamentos sobre o cuidado a ser desenvolvido para se alcançar este propósito.

Dentre os ensinamentos destacaríamos um, fundamental para a discussão apresentada aqui: o CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde. O modo “caps” de operar o cuidado, ou seja, essa outra lógica de atenção, não é algo abstrato, impalpável. Trata-se de um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, grades das tarefas dos profissionais, grades das atividades realizadas no cotidiano dos serviços, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas; e da ligação que se estabelece entre tais elementos.¹

Um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e

¹ Essa definição de CAPS como uma estratégia, uma lógica de operar o cuidado, toma como referência a noção de dispositivo proposta por Foucault em *Microfísica do poder* (1989, p. 244).

para aquele que a *experiencia* se, no seu dia-a-dia, no seu cotidiano, inventar um outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade. Esse serviço comunitário, para se tornar ferramenta da desinstitucionalização, necessitará de marcas muito específicas – é o que apresentamos aqui como pressuposto. O caminho percorrido já nos indicou que tais marcas, constitutivas do dia-a-dia, sustentam-se sobre um tripé – a rede, a clínica e o cotidiano do CAPS. Sem a consideração de cada um deles, indispensáveis para a sustentação da estratégia “caps” de cuidado, o serviço CAPS não será instrumento eficaz da desinstitucionalização.

Existem hoje no Brasil aproximadamente 40.000 pessoas internadas e estima-se que 60% delas ainda dependem do hospital ou vivem nele.² Agenciar sua saída para a vida em comunidade deve ser uma das tarefas primordiais dos CAPS. No início desta década,³ esse processo ganhou força com várias ações governamentais. Pacientes com grave comprometimento mental e história de internação começaram a sair dos hospitais para viver na comunidade, quer em residências terapêuticas, ou com suas próprias famílias, com famílias substitutivas, ou ainda em pensões e/ou repúblicas.

O cuidado cotidiano a essas pessoas na comunidade não tem sido simples. Os desafios são inúmeros. A saída de um indivíduo de uma longa internação requer um intenso trabalho de agenciamento no território, que vai desde o acompanhamento dos familiares, caso estes existam, até a aquisição de direitos sociais que garantam sua sobrevivência fora da instituição hospitalar. Se este paciente não tem família, sustentar a sua vida na cidade muitas vezes requer a construção de redes alternativas de cuidado e suporte na comunidade, freqüentemente tecidas junto com familiares de outros pacientes e mesmo usuários.

² Ver dados em Brasil/MS (2007).

³ No ano 2000, duas portarias governamentais normatizaram as residências terapêuticas, dispositivo essencial para o processo de desinstitucionalização de pessoas que viviam nos hospitais psiquiátricos (Portarias nº 102/00 e 1.220/00) e, em 2003, marcando a desinstitucionalização como política de Estado, foi aprovada a Lei nº 10.708, que criou o Programa de Volta para Casa. Ocorreu também um crescimento significativo dos Centros de Atenção Psicossocial. Em 2002 existiam 85 residências terapêuticas em todo o território nacional. Em quatro anos o número quintuplicou: em dezembro de 2006 existiam 475 residências e 2.519 pessoas eram beneficiárias do Programa de Volta pra Casa (BRASIL/MS, 2007).

Esses desafios, ligados principalmente à necessidade de criação de rede de suporte e acolhimento, de extrema complexidade, para essas pessoas, tornaram-se tão evidentes nessa curta história de 20 anos que desviaram nossa atenção dos outros elementos do tripé – a clínica e o cotidiano do CAPS. Por isso, neste artigo, a discussão estará centrada nestes dois últimos, o que só se justifica metodologicamente, já que os três elementos encontram-se intrinsecamente articulados. Antes, entretanto, retomaremos resumidamente os sentidos atribuídos à desinstitucionalização, categoria de crucial importância para o campo da atenção psicossocial.⁴ O propósito é explicitar quais aspectos desse complexo processo servirão, aqui, de baliza para o debate sobre a clínica e o cotidiano do CAPS.

Desinstitucionalização: breve discussão dos seus sentidos mais comuns

Brevíssimo levantamento identifica no campo da atenção psicossocial dois grandes sentidos atribuídos a esta categoria:

- a) agenciamento de saída de pessoas com transtornos mentais graves dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, garantindo seu cuidado na cidade;
- b) enfrentamento da alienação a que estamos sujeitos em nossa vida cotidiana, que pode ser promovida pelo manicômio, e também por outras instituições com características totais.⁵

As duas acepções indicam a complexidade deste processo e se complementam. Nenhuma delas, entretanto, toma como questão central o fato de que não estamos falando de pessoas quaisquer, mas de um grupo especial: pessoas que têm transtornos mentais graves. Se estamos interessados em nos ocupar especificamente dessas pessoas, será necessário pôr em evidência o modo singular como elas constituíram sua relação consigo e com o mundo.

Tais modos, é preciso destacar, não caracterizam apenas experiências anômalas⁶ de constituição de si e de relação com o mundo. São experiências anômalas para as quais a dimensão “patológica”, ao

⁴ Sobre desinstitucionalização, ver Basaglia (2005a, 2005b e 2005c) e Rotelli (1990a e 1990b).

⁵ Como sugerido por Goffman (1974).

⁶ A palavra *anômala* está sendo utilizada aqui como uma categoria descritiva, que indica o que é diferente da média, mas que não necessariamente atribui a esta diferença um valor negativo. Apropriamo-nos aqui da discussão feita por Canguilhem em *O normal e o patológico* (1982).

comprometer o desempenho normativo do indivíduo em sua relação com o meio e restringir os limites de sua autonomia,⁷ se impôs. Esses indivíduos têm comprometida a sua capacidade de adequação às exigências do meio porque tiveram reduzida sua capacidade de criar novas normas para sua relação com o ambiente. Perderam parcial ou totalmente a possibilidade de influir sobre o ambiente e modificá-lo, segundo suas aspirações e formas de vida.⁸

A compreensão de que a dimensão patológica é sempre a expressão de uma dificuldade de dupla face – dificuldade de adequar-se ao meio, cuja causa é a dificuldade de criar novas normas para a relação com o ambiente, capazes de modificá-lo – é imprescindível para a atenção psicossocial. Permite não só a tematização da especificidade desse campo, mas o livra de permanecer enredado em definições e práticas restritivas. Quando a atenção psicossocial toma a saúde como mera adaptação do sujeito ao meio e predetermina os objetivos a alcançar, adota uma orientação puramente normativa que se faz a partir de abordagens de fora da pessoa, desconhecendo a particularidade desses indivíduos.

Muito freqüentemente os saberes e práticas que informam e conformam a atenção psicossocial não reconhecem que esses indivíduos têm modos particulares de constituir sua relação consigo e com o mundo, e que tais formas singulares de existência se tornaram “patológicas”, não porque são diferentes, mas porque tiveram comprometida sua capacidade de criar novas normas em sua relação com o meio. Ignorar isso aumenta o risco de privilegiarmos aspectos funcionais da reabilitação, para impor a esses sujeitos modelos de ser e estar no mundo que desconhecem seus modos particulares de existência.

Quando se privilegiam abordagens que não dialogam com tais experiências particulares de ser e estar no mundo, o projeto de adaptação acaba por exigir dessas pessoas um outro processo de alienação – que desconsiderem e “corrijam” tais experiências particulares – operação passível de ser identificada, sem grandes dificuldades, como uma nova forma de institucionalização. Por isso, neste artigo, ao discutirmos a clínica e o cotidiano do CAPS como elementos imprescindíveis

para a tematização do processo da desinstitucionalização, vamos fazê-lo com foco nos aspectos que podem singularizar os desafios de tal processo para esta clientela específica, e não naqueles mais próximos do desafio da desinstitucionalização para outros grupos sociais.

O exame do processo da desinstitucionalização a partir deste foco poderá, ainda, nos ajudar a compreender melhor um fenômeno recente que temos percebido nos CAPS: semelhantes aos pacientes que viveram em hospitais psiquiátricos por longos períodos, temos encontrado pessoas que, embora não tenham passado por internações longas ou sequer tenham sido internadas, apresentam um cotidiano aparentemente pobre, vazio, opaco e sem sentido, mesmo estando sob tratamento em serviços territoriais. Isto é tão surpreendente que não raro suscita a pergunta: estão os CAPS repetindo o asilo?⁹

Muitos daqueles que tratamos nos serviços comunitários, tenham tido histórias de internação psiquiátrica ou não, apresentam um modo de relação com o mundo e com o outro aparentemente vazio e empobrecido, parecendo repetir as marcas de exclusão promovidas pela vida asilar.¹⁰ Enfrentar essa dimensão da institucionalização é um desafio complexo e os elementos para compreendê-lo não podem ser reducionistas. Se tomarmos como pressuposto que o CAPS – um serviço comunitário, aberto, que não opera o cuidado a partir idéia de que o adoecimento do sujeito diz respeito exclusivamente ao seu organismo – é capaz de repetir integralmente os manicômios, por que lutamos tanto para acabar com eles?

O pressuposto de que os serviços territoriais podem repetir integralmente estruturas asilares dificulta, como uma nuvem, a visão do que temos à frente. O desafio atual talvez seja mais bem compreendido se nos ocuparmos em conhecer e descrever a clínica, o cuidado desenvolvido ali e o “espaço” onde os pacientes adotam modos de vida que, olhados com uma lente de pouca acuidade, parece alienado, pobre e vazio. Este “lugar”, que se realiza sempre no tempo presente, é o que

⁹ Sobre este debate, ver Lancetti (2006) e Rodrigues (2007).

¹⁰ O impacto da vida asilar sobre a subjetividade, a “goffmannização” dos sujeitos, estará presente também nos CAPS? – parece ser a pergunta que se faz. Os “dispositivos institucionais de cronificação” (DELGADO, 1991) se reproduzem nos novos serviços da Reforma? Certamente não. Mas, como possibilidade, sim. A resposta está no que se faz em cada um desses lugares: isto é, na clínica.

⁷ Sobre a noção de autonomia na Reforma Psiquiátrica, ver Leal (2001 e 2006).

⁸ Sobre a noção de normal e patológico, ver Canguilhem (1982), Serpa Jr. (2003) e Bezerra (2006).

chamamos aqui de cotidiano¹¹ e será a categoria que, articulada à idéia de clínica, utilizaremos para refletir sobre o dia-a-dia dos serviços.

A clínica dos CAPS

A noção de clínica discutida aqui tem recebido algumas nomeações: “clínica ampliada”, “clínica da atenção psicossocial”, e “clínica da reforma”.¹² A associação de uma outra palavra ao vocábulo clínica indica, sem que maiores reflexões se façam necessárias, que não se trata de qualquer clínica, mas de um conjunto particular de princípios e preceitos¹³ que definem uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento. De imediato vale destacar que, sob essa perspectiva, o sujeito não se define exclusivamente por sua singularidade. As variações do modo hegemônico de descrever sua subjetividade na modernidade – a partir do corpo biológico ou psicológico – tornam-se insuficientes. Impõe-se a necessidade de levar em conta uma definição de sujeito que o considere como expressão da relação humano-social.

Embora esse desafio – definir o sujeito considerando-o enquanto uma expressão da relação humano-social – possa ser tomado como uma característica central do campo da Reforma Psiquiátrica, a forma de enfrentá-lo tem sido bastante diversa, se considerarmos os vários atores existentes no campo.¹⁴ Todavia, a despeito dessas significativas diferenças, há características que são comuns ao que cada um dos diversos atores nomeia como clínica. O que, então, de modo geral, tem-se entendido como clínica?

Considerando os textos que tratam do tema, é possível afirmar que essa clínica diz respeito a um cuidado que é fruto da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico apresentado

pelo paciente. Não é por acaso que tal relação ganha lugar central nesta perspectiva clínica. Afinal, é da relação que se estabelece entre o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente, o serviço e a comunidade, que se produz a intervenção. Ou seja, o cuidado que poderá, ou não, promover mudança na evolução do adoecimento mental é construído a partir da articulação complexa que se estabelece entre esses elementos. É essa relação que definirá, também, o lugar dos pacientes, dos profissionais e dos familiares/comunidade na promoção do cuidado. O que é, então, posto em evidência quando se fala dessa clínica?

Dois aspectos, dentre outros, ganham relevância quando essa idéia de clínica é adotada: a vivência de cuidado e a experiência da loucura. Nesta perspectiva, importa sobremaneira o que se passa entre a equipe de cuidado e o paciente. Observa-se ainda que perde potência uma idéia de clínica como referida à essência da doença, ou seja, algo que diria respeito particularmente a uma evolução “natural” da enfermidade mental. O que o sujeito *experiencia* em seu adoecimento – por exemplo, essa aparente desconexão do mundo e às vezes de si próprio – não diz apenas da sua doença e de seus sintomas, mas de um modo de relação consigo e com o outro. O reconhecimento desta configuração como algo que diz também destes sujeitos exigirá que as pistas para enfrentar os problemas que dela decorrem deverão partir desta experiência e não de fora destas pessoas, dando destaque também ao que ele vivencia como cuidado.

Essa perspectiva exigirá que se abandone por completo a possibilidade de definir a clínica como algo dissociado do serviço, e da forma de organização do cuidado. A realidade, o contexto do paciente, o dia-a-dia do serviço e o seu contexto tornam-se elementos considerados relevantes para a evolução do quadro.

Essa idéia de clínica, por se constituir a partir da articulação desses elementos, convoca para o seu corpo de princípios e preceitos duas noções que não são originariamente do campo do cuidado, as noções de território e de rede. Tais noções realizam algumas funções importantes: 1º) introduzem na dimensão da clínica conceitos que são do campo do social, da política, no sentido da pólis, daquilo que se refere à cidade; 2º) ao provocarem esse diálogo, apontam para o paradigma da reinserção social, ou seja, tornam tarefa nobre do cui-

¹¹ Sobre a discussão da importância da noção do cotidiano no campo da assistência em saúde mental, ver Goldberg (1998).

¹² A palavra *reforma* refere-se aqui à Reforma Psiquiátrica brasileira – ver Delgado (2001 e 2007). Em vários textos do campo observamos que frequentemente a expressão “clínica da reforma” aparece como sinônimo destas outras expressões: “clínica do cotidiano”, “clínica da atenção psicossocial”, “clínica ampliada”. Tentaremos, ao longo do texto, indicar o que sustenta tais aproximações.

¹³ Sobre a noção de clínica enquanto conjunto de princípios e preceitos que definem uma prática de cuidado e um modo de conhecer o homem, ver Foucault (1980).

¹⁴ A esse respeito, ver Leal (1999 e 2000).

dado agenciar a inserção social, considerando que é importante garantir a coexistência de diferentes modos de conceber a loucura e o tratamento. Mas de que “lugar”, de que espaço social estamos falando quando trazemos para o campo da clínica, a partir das noções de rede e território, a dimensão do político?

A noção de território refere-se ao campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do usuário, e ao lugar de recursos onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca¹⁵. A introdução da noção de território no conjunto de princípios e preceitos que define essa clínica desloca algumas importantes questões. O cuidado deixa de dizer respeito apenas à doença e passa a dizer respeito também ao sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social. As ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive. Por último, percebemos a articulação de dois conceitos que em geral operam separados, o conceito de indivíduo e de sociedade. Há entre eles uma relação de imanência e não de oposição.

A noção de rede, assim como a de território, deve ser igualmente tomada em sua dimensão política, social e afetiva. De fato, as redes são as linhas que preenchem o território. Por isso, devem ser pensadas como fluxos permanentes que se articulam e desarticulam. Essas duas noções redefinem a idéia de clínica. Introduzem a possibilidade da construção de um campo de conhecimento sobre o homem que não o dissocia da sociedade que o constitui. Fica incorporada, assim, a sua dimensão política.

Feita a discussão do que se tem compreendido como clínica, estamos habilitados a iniciar o debate sobre o cotidiano do CAPS.

O cotidiano do CAPS

A idéia de cotidiano¹⁶ não está sendo adotada aqui como o topo estável e homogêneo da vida social, como a esfera privada da ação submersa num *modus operandi* mecânico e repetitivo, aquém do mundo social, mas como espaço mesmo de vida. Ou seja, a instância onde

¹⁵ Para uma discussão mais abrangente de território, sugerimos a leitura de Santos (1994,1998,1999).

¹⁶ Sobre esta noção de cotidiano, ver Crespi (1983 *apud* GOLDBERG, 1998, p. 189).

ocorre o entrelaçamento ou a colisão das estruturas socioculturais mais ou menos instáveis e enraizadas com o indeterminado da dimensão subjetiva. O cotidiano é o “mundo de vida”, é o lugar de existência de todos nós. Único lugar possível de existência para todos nós, lugar de vida feito de heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos modulados pela especificidade dos interesses de seus protagonistas. O cotidiano seria, então, não só o contexto que nos determina, mas, ao mesmo tempo, o texto, a obra que construímos na nossa vida.

O propósito de fazer do CAPS um dispositivo da desinstitucionalização exigirá, assim, a consideração do cotidiano. A partir da tematização deste “lugar” onde a vida acontece, acessaremos tanto a vida institucional e o cuidado ali oferecido, quanto a experiência desses sujeitos nas redes que os constituem e das quais eles se valem para sustentar sua existência.

No que diz respeito à vida institucional e ao cuidado oferecido no CAPS, é preciso assegurar que o cotidiano do serviço não seja rígido a ponto de traduzir tudo o que o paciente vive ali e fora dali apenas como feixe de sintomas. O cotidiano do CAPS precisa ser aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida, uma forma de existir e estar no mundo, obra construída a cada tempo de sua existência, por mais que pareça vazia de sentido.

E como o CAPS poderia fazer isso? Como considerar que aquilo que o paciente expressa cotidianamente no serviço não é o oco de uma história prévia e que, da mesma forma que nós o encontramos com tudo que nos marcou nas nossas vidas e na nossa formação, ele certamente nos encontra do mesmo modo? Como desenhar intervenções que não tratarão a história vivida pelo paciente nem como mero sintoma a ser ultrapassado, nem como destino a ser cumprido, mas que, partindo dela, terão o propósito de facilitar a sua reescritura? Para responder a essas perguntas, utilizaremos o exemplo de uma situação clínica.

Desinstitucionalização: a clínica e o cotidiano do CAPS a partir de um fragmento clínico

Luzia é uma mulher com longa história psiquiátrica. Nos últimos dez anos, fez tratamento num hospital psiquiátrico, onde frequentemente se reinterna. Quando tem alta, faz acompanhamento ambulatorial no mesmo hospital. Tem uma relação estabelecida com o médico que a

acompanha, mas recorrentemente deixa de tomar a medicação. Esses recursos de cuidado foram incapazes de produzir mudança na sua história. Por isso foi encaminhada recentemente ao CAPS.

Seu prontuário hospitalar indica piora significativa ao longo do tempo. Os relatos do início do seu adoecimento sugeriam maior organização, conseguia falar de sua vida. Posteriormente foi-se desorganizando. Nas últimas anotações, nada mais além do seu comportamento bizarro era relatado. Ao chegar ao CAPS, seu discurso era muito delirante e não-estruturado. Como se tornou, ao longo desses anos, uma pessoa muito violenta – ameaça e agride fisicamente as pessoas – sabia-se cada vez menos dela. O comportamento violento tornou-se o único indicador de quem ela era. Isso se passou assim não apenas no hospital onde se tratava, mas também no lugar onde vive. Numa das últimas vezes em que foi internada, estava nua na frente de uma cabine da polícia e “nem eles fizeram nada”, comentou um profissional.

A forma como essa paciente desenha o seu cotidiano é esta: o mínimo de troca que tinha com a cidade se operava, na grande maioria das vezes, mediada pelo papel de louca perigosa, pelo grito, pela violência. Em geral ia num crescendo de ameaças e violências até chegar a um nível insuportável. Então era violentamente internada: bombeiros, contenção, etc. Esse é o modo como Luzia vivia: sua violência era o seu único modo de expressão no mundo, um modo que, por suas características, produzia cada vez mais seu distanciamento dos outros, e sua presença na cidade só era percebida nesses episódios difíceis.

Quando Luzia chegou ao CAPS, tivemos dificuldade de dialogar com seu cotidiano. Achávamos que ela devia se adequar ao cotidiano do serviço, embora não falássemos disso claramente. O CAPS tendia a repetir nas relações que estabelecia com ela o mesmo padrão de relação que apresentava com a cidade – a sua violência tinha também aí o poder de nos capturar e de se fazer o principal recurso de linguagem. Estávamos, neste caso, o que pode parecer paradoxal, totalmente imersos e à mercê do cotidiano que ela pôde inventar ao longo desses anos: tínhamos muito medo dela, medo legítimo porque ela de fato se tornou uma pessoa violenta e agressiva; e como todos, fomos tentados a fazer vista grossa aos atos de violência que foram aparecendo na relação que estabeleceu conosco e a ignorar as ameaças diárias. Provavelmente, se seguissemos assim teríamos que muito em breve interná-

la sem, aí sim, a menor possibilidade de atribuir a esse ato um sentido novo, que com ela, diminuísse seu isolamento.

O que pode ser destacado dessa situação clínica, no sentido de nos auxiliar a compreender a importância da clínica e do cotidiano do CAPS no processo de desinstitucionalização? Todos nós, no nosso espaço de vida, ou seja, no nosso cotidiano, oscilamos entre movimentos de conexão maior com o mundo, com o outro, em que nos sentimos parte de uma totalidade, e movimentos de afastamento, em que, para sustentarmos nossa individualidade, nossa singularidade, colocamos esse mundo em parênteses, nos desconectamos dele.

Os pacientes graves têm grande dificuldade de realizar em seu cotidiano esse movimento pendular. É preciso que a nossa intervenção favoreça esse movimento. No caso de Luzia, por exemplo, há uma experiência muito visível de não-pertencimento ao espaço social e de uma quase total invisibilidade, só ultrapassada quando os episódios de violência acontecem, e às vezes nem assim.

Como poderia o CAPS intervir nisso, sem fazer da eliminação desse comportamento a questão central de sua tarefa? Como o CAPS poderia tomar esse comportamento como uma linguagem que tem a intenção de transmitir algo da experiência dessa pessoa? Como tomar seu comportamento como algo que ao mesmo tempo em que a conecta com seu espaço de vida, e que por isso precisa ser considerado, constitui-se num modo de dizer que necessita ter seu vocabulário enriquecido?

Para fazer isso, o CAPS não pode considerar que o tratamento do sujeito se limita ao espaço físico do serviço. É preciso acompanhá-lo e conhecê-lo no território, nos lugares da cidade que percorre e habita. É preciso que a equipe reconheça também o que Luzia produz na sua relação com o espaço social, no interstício de sua agitação e violência. Obviamente fazer isso é difícil e será impossível se toda a nossa agenda diária e a forma de organização do trabalho da equipe estiverem fechadas, sem que o tempo para o encontro com o modo de vida do outro esteja previsto. Também não será possível fazer isso se as ações de reabilitação forem separadas das de tratamento. Se acharmos que a reabilitação, a inserção em projetos de trabalho, de lazer etc., são atividades para se realizarem quando o paciente estiver melhor, adequado ao meio, ou exercendo sua existência do modo

como nós achamos que deve ser. No caso de Luzia, por exemplo, não seria difícil sermos levados pela idéia de que a medicação, para fins de controle da violência, seria o recurso primeiro e prioritário, ficando tudo mais para um segundo tempo, quando tal sintoma já estivesse sob total controle.

Para ter essa idéia de cotidiano como algo que deve operar o cuidado que oferecemos nos CAPS, o cardápio de atividades e recursos terapêuticos deve ser variado e *aberto*. A vida cotidiana dos pacientes, o modo como desenham sua existência no serviço e fora dele devem ser a baliza para indicar o recurso a ser privilegiado. Classicamente reconhecidos como do campo do cuidado, os atendimentos individuais médicos, psicológicos etc., atendimentos grupais médicos, psicoterápicos, visitas domiciliares, administração de medicação etc. não precisarão ser ofertados a todos e quaisquer pacientes. Do mesmo modo, as atividades que envolvem ações da vida cotidiana – lazer, trabalho etc. – não precisam ser permanentes e mantidas perenemente.

Tais atividades num CAPS podem ser definidas com a participação do coletivo de pacientes, mas podem também ter início a partir do interesse particular de um paciente. O mais importante é que essas atividades sejam oferecidas como ferramentas capazes de abrir possibilidades de promover a conexão do paciente com o serviço e a partir daí com o território, com a cidade.

As atividades que envolvem ações da vida cotidiana podem ser desenvolvidas pelo profissional que tiver interesse ou por aquele que, a partir do vínculo, estiver indicado para realizá-lo. Não faz sentido que tais atividades – tais como oficinas terapêuticas – tenham todas as mesmas regras de funcionamento. O propósito de qualquer uma delas deve ser promover um lugar onde o sujeito com transtorno mental grave possa, através da atividade, ter uma outra experiência de ligação com o mundo, diferente em qualidade daquela que vivencia. Esta experiência de conexão com o ambiente se deve contrapor à experiência de isolamento que muito freqüentemente é relatada por eles como experiência de exclusão.

Aqueles que tentaram entender o processo de adoecimento grave a partir do que esses sujeitos vivenciam, e não a partir da pura observação, nomearam este afastamento do mundo como “autismo”,

ou “perda da evidência natural da realidade”, “perda do senso comum” etc.¹⁷ Por defini-la como um modo particular de conexão, que se dá exatamente por este afastamento, por esta perda de evidência natural da realidade ou por esta perda do senso comum, esses autores nos estimulam a pensar que o que deve caber ao tratamento não é corrigir ortopedicamente este modo de estar ligado ao mundo que se estabelece exatamente pelo afastamento, mas ajudá-los a valorizá-los e a vivê-los de modo positivo.

Ellen Corin (1988, 1992, 2002 e 2003) é uma das autoras que contemporaneamente muito nos tem auxiliado a entender o que significaria isso. Em investigações recentes, realizadas com pacientes esquizofrênicos, a autora, após examinar as estratégias básicas utilizadas por essas pessoas para reorganizar suas experiências de si e de mundo, e tentar entender a dinâmica e fundamento dessas estratégias, chegou a algumas conclusões bastante interessantes. Por exemplo, têm menos recaídas e se reinternam menos os pacientes menos referidos ao cotidiano das instituições psiquiátricas. Essas pessoas, em sua quase totalidade, conseguiram de algum modo encontrar no espaço social um “lugar” tolerante o suficiente para acolher seu modo de estar no mundo.

Tais lugares, em geral, são espaços também marginais porque não operam com as mesmas exigências performáticas a que estamos usualmente submetidos. O relato de bem-estar e a avaliação de melhora da perspectiva de quem vive o adoecimento mental grave não estão, deste modo, necessariamente na dependência da eliminação de sintomas considerados graves por quem cuida, tais como delírios, alucinações ou isolamento. Em geral o reconhecimento de melhora se dá quando, a despeito da irredutibilidade de tais sintomas, eles foram *experienciados* de outra forma. Em geral essas pessoas conseguiram achar “lugares” que de algum modo acolheram essas experiências, ajudando-os, por causa desse acolhimento, a ressignificá-las.

Esses dados sugerem não só que as intervenções nos serviços comunitários devem-se abrir para o território, como fazem pensar que as atividades que ofertamos nos serviços tanto não podem ter

¹⁷ Sobre as categorias “autismo”, “perda da evidência natural da realidade” e “perda do senso comum”, ver Blankenburg (1971), Stanghellini (2000, 2002 e 2004), Minkowski (1923 e 1933) e Binswanger (1945).

todas as mesmas regras de funcionamento, como precisam elas mesmas constituírem espaços de liberdade capazes de acolher a idiossincrasia dessas pessoas e operar a partir delas. Só assim esses espaços não irão reproduzir a atitude, comum no meio social, de intolerância a esses modos marginais de existir. Para isso é fundamental que as atividades oferecidas no serviço não se esgotem em si mesmas.

O que possibilitará às atividades realizadas no CAPS se oferecerem como ferramenta de ressignificação das difíceis experiências desses sujeitos é também o fato de elas próprias se articularem, de algum modo, na trama do território. Se a noção de território é tomada como uma idéia viva, processual, dinâmica, que deve atravessar o próprio CAPS, torna-se possível apostar que as atividades realizadas *dentro* do CAPS ganham sentido porque estão articuladas com a vida *fora* do CAPS. A dicotomia dentro/fora fica relativizada. Seguindo nessa perspectiva, será possível até tematizar a questão da “nova” institucionalização promovida pelos CAPS, expressa muito freqüentemente na discussão sobre o que devíamos produzir na vida desses sujeitos – instrumentalizá-los a “ir para a vida” ou “seguir com eles para sempre”.

Uma das conseqüências do abandono dessa oposição é a possibilidade de transformação da expectativa que se tem em relação aos efeitos do cuidado sobre os pacientes graves. Não almejar a restituição de um padrão de normalidade idealizada transforma os efeitos do cuidado num objetivo não-estático, mas sempre processual. Deste modo, caso alguma transformação se opere na vida de um paciente grave a partir do tratamento, poder-se-ia pensar que essa pessoa pudesse necessitar de outro padrão de cuidado, quer no CAPS ou em outro serviço de cuidado em saúde mental da comunidade.

Obviamente que para isso ser possível – sem que se desconsidere a importância que tem para esses pacientes o vínculo com o serviço e com os profissionais que os tratam – é preciso que pensemos essas instituições funcionando em rede. Rede, neste caso, deverá ser tomada como um conceito que implica ligação, articulação viva entre as instituições, processo no qual ao longo do tempo se produzem encontros e se operam separações, mas principalmente se dá movimento. Isso significaria a possibilidade de rearticulação de encontros permanentes entre os vários atores em cena.

Sob esse cenário de redes em movimento, um paciente referenciado para outra instituição, num processo em que o CAPS transfere para a outra instituição não apenas o paciente, mas realiza um trabalho de transferência também de algo desse vínculo que foi construído com o serviço, pode novamente procurar o CAPS se cuidados mais intensivos se fizerem novamente necessários.

Ressignifica-se, a partir dessa compreensão, até mesmo a idéia de alta. A despeito da saída do paciente do serviço, permanece uma idéia de responsabilidade sobre a evolução do seu transtorno, o que de modo algum significa que o paciente deva ficar “para o resto da vida no serviço”. É importante ressaltar que não é a magnitude do sintoma que define o serviço que deverá ter responsabilidade pelo cuidado, num dado momento da vida do paciente. Será, sim, a complexidade dos cuidados necessitados naquela situação; e essa complexidade se define a partir de um conjunto de aspectos em que a magnitude do sintoma é apenas mais um desses elementos.

Identificados assim, a partir da consideração deste fragmento clínico, alguns elementos que sustentam nossa proposição de que a clínica e o cotidiano de CAPS são elementos fundamentais para operar o processo de desinstitucionalização, um último aspecto merece ser destacado. A dificuldade de adesão ao tratamento – problema comum em pessoas com transtornos mentais graves que freqüentemente são acusadas de “resistirem” ao tratamento que lhes é oferecido – deixa de ser compreendida a partir da consideração exclusiva do feixe sintomático apresentado pelo paciente.

Os argumentos aqui propostos passam a exigir uma permanente observação, para a compreensão desse fenômeno, do cotidiano do serviço e do desenho do cuidado ali desenvolvido. Em tais casos, o CAPS deverá ser posto em questão junto com o paciente. A tematização do encontro que se operou entre o serviço – seu cotidiano e sua clínica – e o paciente – sua forma de ser e estar no mundo – nos permitirá suportar a tese da responsabilidade pelo tratamento dessas pessoas nos territórios em que vivem e nos ajudará a manter sob questão o postulado de abandono de tratamento (pelo paciente), porque insuficiente para refletir a complexidade das situações que nós, trabalhadores e pacientes, experimentamos.

Referências

- BASAGLIA, F. Um problema de psiquiatria institucional. A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005(a). p. 35-59.
- _____. Apresentação a Che_co's è la psichiatria. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005(b), p. 61-72.
- _____. Corpo e instituição. Considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005(c). p. 73-89.
- BEZERRA JUNIOR, B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: NAVARRO, A.; PITANGUY, J. (orgs.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 91-111.
- BINSWANGER, L. Sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie. In: _____. *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours, et Freud*. Paris: Gallimard, 1970. p. 51-84.
- BLANKENBURG, W. *La perte de l'évidence naturelle. Une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*. Paris: PUF, 1991.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007.
- CORIN, E.; LAUZON, G. Réalités et mirages: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. *Santé mentale au Québec*, v. 13, n. 1, p. 69-86, 1988.
- _____. Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics. *Psychiatry*, V. 55, p. 266-278, August 1992.
- CORIN, E. Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Revue Santé Mentale au Québec*, v. XXVII, n. 1, p. 65-82, 2002.
- _____. L'ombre de la Psychose. Des tracés en creux aux marges de la culture. *Cahiers de Psychologie Clinique*, n. 21, p. 197-218, 2003.
- CRESPI, F. Le risque du quotidien. *Cahiers Internationaux de Sociologie: sociologie des quotidiennetés*. Paris: Presses Universitaires de France, v. LXXIV, p. 39-45, 1983.
- DELGADO, P. G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, p. 19-34, nov-dez. 2006.
- _____. Determinantes institucionais da cronificação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 40, n. 3, abril 1991.
- _____. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. e TAVARES, M. Saúde mental – campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB, 2001. p. 283-290.

- _____. O otimismo da prática em tempos de mudança: clínica e política no novo cenário da reforma psiquiátrica. In: RIBEIRO, T.; BERNARDES, J.; LANG, C. (Orgs.). *A produção na diversidade: compromissos éticos e políticos em Psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- GOLDBERG, J. *A Clínica da psicose. Um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1994.
- _____. *Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- LEAL, E. M. *O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira: modelos de conhecimento*. Tese (Doutorado em Saúde Mental): Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- _____. O campo da Reforma Psiquiátrica brasileira: noções de sujeito e de mundo presentes no discurso dos agentes do cuidado. *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro, n. 18, 2000.
- _____. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma psiquiátrica brasileira. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: IPUB, 2001, p. 69-84.
- LEAL, E. M. et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. IX, n. 3, p. 433-446, set. 2006.
- MINKOWSKI, E. *La schizophrénie*. Paris: Payot & Rivages, 1997.
- _____. *Le temps vécu*. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.
- RODRIGUES, H. de B. C. Michel Foucault, as “marcas da pantera” e a “pantera cor-de-rosa”. Apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. In: DIMENSTEIN, M. (org.) *Vivência: subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco*. Natal: UFRN/CCHLA, 2007. p. 41-60.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, F. (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990(a), p. 17-61.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICACIO, F. (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990(b). p. 89-101.
- SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. de; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. *A natureza do espaço: técnica e tempo/razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel, 1998.

SERPA JUNIOR, O. D. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de *O normal e o Patológico* de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.121-135, 2003.

STANGHELLINI, G. At issue: vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophrenia Bulletin*, v. 26, n. 4, p. 775-787, 2000.

_____. *Disembodied spirits and deanimated bodies*. The psychopathology of common sense. Oxford: Oxford University Press, 2004.

STANGHELLINI, G.; BALLERINI, M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in Schizophrenia. *World Psychiatry*, v. 1, n. 2, p. 102-106, 2002.

CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros

SILVIO YASUI

Introdução

O presente trabalho apresenta algumas reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica como processo social complexo e sobre a atual mudança da assistência na saúde mental, que tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal eixo. Pretende-se apontar para alguns aspectos que caracterizam a diversidade e a amplitude desse processo e destacar que o CAPS não é apenas um serviço, mas uma estratégia para a mudança do modelo assistencial e para a produção de cuidado e bons encontros.

CAPS: estratégia de produção de cuidados

A Reforma Psiquiátrica é um amplo e diversificado movimento de transformação da assistência em saúde mental, com conseqüências e repercussões que a caracterizam, segundo Amarante (2003; 2005), como um processo social complexo. A palavra “processo” nos remete a algo em permanente movimento, sem um fim predeterminado, nem objetivo último ou ótimo. Para o dicionário Houaiss (2001), significa ação continuada, realização contínua e prolongada de alguma atividade.

Assim é a Reforma Psiquiátrica que vem produzindo uma diversidade de ações iniciadas ao final dos anos 70, com críticas ao manicômio e ao totalitarismo das instituições psiquiátricas. Nos anos 80, afirmou-se como movimento social, articulando usuários e familiares e inventando novas instituições e novas formas de produzir o cuidado em saúde mental. Consolidou-se, nos anos 90 e neste início do

século XXI, como uma política pública nacional. É um processo social, pois não se restringe apenas ao subsetor da saúde mental, mas amplia-se, implica e estabelece alianças com outros segmentos da sociedade, colocando em cena muitos e diferentes atores sociais com proposições e interesses que entram em conflito, exigem negociação, superação, mudança. E é processo social complexo, pois:

se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade (AMARANTE, 2003, p. 49).

Embora a palavra “reforma” não contemple a amplitude deste processo, podendo ser associada a mudanças meramente superficiais, ou mudanças para não mudar, é um conceito consagrado que guarda estreita e profunda ligação histórica com o movimento da Reforma Sanitária. Em comum, ideais e utopias, problemas e dilemas, contradições e desafios. Damaso, a propósito das limitações do termo “reforma”, afirma:

Em que pese a sua ameaça reformista, o conceito de Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido “forte”: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto da sociedade (DÁMASO, 1995, p. 73).

Nesta perspectiva, ao superar a idéia de um reformismo simplista, restrito a uma mudança técnica ou administrativa, os diferentes segmentos desse amplo movimento buscam construir uma conceituação “forte”¹ da Reforma Psiquiátrica, colocando-a no sentido de uma transformação que impacta e ressoa na sociedade. Ela é, essencialmente, um processo que se vai constituindo em estreita vinculação com seu tempo histórico, com seus atores, nos territórios e locais em que está inserida. Caracteriza-se como uma radical ruptura com o modelo hegemônico de produção de saberes que fundamentam e autorizam o

¹ O termo “forte” também é utilizado por Rotelli (2001) para definir um serviço inteiramente substitutivo à internação, que responde à complexidade das necessidades dos usuários, antes absorvidas pelo asilo psiquiátrico.

saber/fazer psiquiátrico baseados no isolamento, na tutela, na disciplinarização e que têm no manicômio uma de suas expressões, mas não a única. Modelo que ainda permeia a prática dos profissionais de saúde e que, mesmo nos chamados novos serviços, podem reproduzir a mesma lógica que leva à exclusão e à violência institucional.

Há um grande desafio epistêmico: desconstruir o conceito de doença mental; reconstruir a complexidade deste nosso objeto, que é o existir humano e construir um novo paradigma científico, ético e político. Desafio compartilhado também pela saúde como campo geral. O movimento da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS) apontam para a mudança do modelo assistencial baseado na racionalidade médica hegemônica, centrado na doença e na atenção individual, hospitalocêntrica e com grande ênfase nos procedimentos e instrumentos técnicos. Essa transformação implica a construção de um novo paradigma que considera a saúde como resultante do processo de produção social (LUZ, 2004; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; MENDES, 2006). Como consequência, as ações deslocam seu foco da doença para a promoção da saúde e da qualidade da vida, para a criação de novas estratégias de cuidados que incluem a subjetividade e as necessidades coletivas, para a articulação de uma rede intersetorial, visando à inclusão social e a uma crescente autonomia dos usuários.

Para a Reforma Psiquiátrica, essa mudança, essa ruptura, nasce da invenção de saberes e fazeres que constroem um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico. Sua concretização se dá em novos serviços constituídos por coletivos de profissionais que se responsabilizam pelo acesso e pela demanda de saúde mental de seu território, acolhendo e produzindo ações diversificadas de cuidado de saúde e de inclusão, tecendo uma ampla rede social.

De outra parte, temos um processo social complexo encarnado e concretizado pelo protagonismo de seus atores que, imersos e implicados profundamente com seu tempo histórico, ampliaram o campo da Reforma Psiquiátrica, fazendo dela também uma luta política para uma transformação social, em estreita vinculação com a Reforma Sanitária. Parafrazeando Sérgio Arouca, a Reforma Psiquiátrica, assim como a Reforma Sanitária, é um projeto civilizatório. Projeto que implica, na afirmação de princípios e valores que tensionam cotidi-

anamente as relações sociais produtoras de desigualdades, de heteronomias, de injustiça, de uma quase barbárie. É um processo que aponta para a construção de um novo lugar social para a loucura (BIRMAN, 1992), por meio da transformação do seu imaginário social e de suas relações com a sociedade.

Desta forma, construir uma conceituação forte da Reforma Psiquiátrica implica não confundi-la com uma transformação nos serviços de saúde mental, ou seja, uma modificação na organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho. Ela é muito mais ampla e complexa. Trata-se do estabelecimento de uma estratégia de cuidados que envolve o reconhecimento do território com seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território; implica estabelecer diferentes formas de acolhimento ao sofrer e à demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de modos de cuidado articuladas em rede a esse território. Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

O principal instrumento de implementação da Política Nacional de Saúde Mental definido pela portaria do Ministério da Saúde nº 336/02, que é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), deve, portanto, ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, e não se limita ou se esgota na sua implantação como um serviço de saúde.

A palavra *estratégia*, que pode ser definida como “a arte de aplicar com eficácia os recursos de que se dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura se desfrute, visando ao alcance de determinados objetivos” (HOUAISS, 2001), descreve precisamente um dos aspectos mais importantes da proposta de mudança do modelo assistencial que se está a construir no campo da saúde mental. Em um lugar, em um tempo, com diferentes atores e com os recursos disponíveis, aplica-se a melhor maneira de

combinar esses elementos para provocar, proporcionar, produzir ou construir um processo de transformação.

O CAPS é um lugar de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugar para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. E isso implica desenvolver, a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de ações que contemplem distintas dimensões do existir.

A construção dessas ações é um grande desafio. Inicia-se com a sementeira de um vínculo no momento crítico de aproximação do usuário ao serviço, de sua recepção, do acolhimento e da escuta de seu mundo, seu modo de viver e de seu entorno (família, trabalho, amigos). A relação de um usuário com o serviço não se dá *a priori*. Vínculos iniciais são frágeis e demandam uma atenção e um cuidado especial. Um descuido, uma desatenção qualquer, eles se rompem, se quebram.

Durante esse processo, desenha-se e explicita-se uma proposta de um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores: o usuário, seu familiar, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços ativados a partir da necessidade do usuário. Pacto que pressupõe uma negociação que envolve a organização de uma nova rotina, definição de quais ações participar, assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas entre os diferentes atores. Negociação que envolve, também, interesses nem sempre convergentes ou conciliáveis: por vezes a família quer internar; ou o local de trabalho quer demitir o usuário, ou a escola não o aceita mais. Quase sempre, existem divergências entre os integrantes da equipe sobre a melhor conduta e o melhor projeto; em outras ocasiões, temos resistência do usuário em comparecer ao serviço ou às atividades propostas.

O CAPS é meio, caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho.

Cuidar: a essência do nosso cotidiano

O cuidar é a essência de nosso trabalho cotidiano. Somos profissionais produtores de atos de cuidados. Porém, ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar na psiquiatria criou instituições da violência. Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. A desqualificação social do louco estabeleceu práticas sociais, mais ou menos legitimadas pela ciência. Uma proposta como a da Reforma Psiquiátrica, que representa uma ruptura com essa racionalidade médica, deve também se apresentar com a construção de um cuidar que se distancie dos crimes da paz cometidos em nome da razão (BASAGLIA, 1977).

Em artigo sobre o cuidado e a integralidade, Mattos (2004) se utiliza de uma analogia muito próxima ao que estamos aqui a trabalhar. Parafraseando a proposição “uma ciência prudente para uma vida decente”, de Boaventura Souza Santos, propõe no título “um cuidado para prudente para uma vida decente”. Reflete sobre a prudência que se deve ter ao utilizar o conhecimento para a produção do cuidado: “o que caracteriza melhor o cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade” (MATTOS, 2004, p. 121).

Mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro. Nesta mesma perspectiva, podemos encontrar contribuições do teólogo Leonardo Boff, para quem

cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2002, p. 33).

A filologia da palavra “cuidado” deriva do latim *coera*, usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando a atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimulação.

Outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus* [...]. O sentido [...] é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida (BOFF, 2002, p. 91).

Podemos encontrar condensados, nessas citações, elementos que me parecem centrais para nos aproximarmos dessa essência de nosso cotidiano que é a produção dos atos de cuidado. O cuidado é uma condição que a possibilita, produz, mantém, preserva a vida humana, que é frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas executar ações que visem a tratar a doença que se instala em indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um técnico especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro.

Neste sentido, nos aproximamos muito da afirmação de Basaglia (2005), de que é necessário colocar a doença mental entre parênteses para que possamos enxergar o sujeito. Ver e ouvir aquele que tem uma história de vida pessoal, marcada por condições sociais, econômicas e culturais de um dado tempo e lugar. Não é apenas a doença mental que deve ser colocada entre parênteses, mas a doença naquilo que induz e tem como conseqüências olhares e práticas reducionistas (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 71).

Cuidar significa pensar numa atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, preciso reconhecê-lo como alguém que represente para mim mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isto representa uma ruptura epistemológica de grande importância. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas, centrados na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação

biologizante. Ruptura² que inaugura uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que toma o existir humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção daí decorrentes se ampliam para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer, projetos de vida. É uma relação.

Merhy & Franco (2003) definem o trabalho em saúde como relacional, pois depende do “trabalho vivo” em ato, ou seja, trabalho no momento em que este é produzido. Chamam a atenção para características das relações produzidas por esse ato:

Estas relações podem ser, de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY; FRANCO, 2003, p. 318).

Merhy (2002) define intercessores em alusão a Deleuze e Guattari, e utiliza o termo para designar o que se produz nas relações entre

“sujeitos”, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para “os dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro (MERHY, 2002, p. 51).

A proposta de ruptura com a racionalidade médica que deveria estar presente no cotidiano dos novos serviços encontra ainda muitas dificuldades para se efetivar. Tenho acompanhado o trabalho de muitos CAPS, em diferentes regiões do país e, mais de perto, em muitos municípios no interior do Estado de São Paulo, que corroboram o alerta para as relações burocráticas.

Com muito mais frequência do que gostaríamos, o que vemos é uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e seus

² Ruptura com o modelo e as práticas hegemônicas não significa desprezar o conhecimento produzido e acumulado. Pelo contrário, trata-se aqui de retomá-lo, de agenciá-lo a uma perspectiva diferente que relativiza sua importância como única verdade e o coloca em articulação com outros saberes e fazeres.

atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico. A utilização de outras ações não muda a lógica do modelo: a oficina terapêutica, por exemplo, transforma-se não em um campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas mera reprodução de técnicas muitas vezes de caráter moralizante e de controle que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático. Reproduz-se a utilização das ferramentas conceituais das práticas hegemônicas: isolamento (ainda que num serviço aparentemente aberto); discursos técnicos que calam o paciente (monólogo da razão sobre a loucura); a doença suplantando a complexidade da vida; e medicalização como estratégia terapêutica central.

Para romper essas relações burocráticas, é necessário ousar, inventar, correr riscos. A produção de novas relações e a construção de projetos de vida mais autônomos não se dá em lugares com relações mediadas pelo medo, na mesmice, na mediocridade. Entenda-se medíocre aqui como de qualidade média, modesto, sem expressão ou originalidade, pouco capaz, sem qualquer talento que, de modo geral, fica aquém. Ou seja, serviços absolutamente comuns, que reproduzem as mesmas práticas que podemos nomear de manicomialis.

Pelo contrário, produzir cuidado através do encontro de subjetividades, na perspectiva da uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas, significa coragem e ousadia para correr riscos, abrir-se para a potencialidade produtiva do encontro; do bom encontro, como nos fala Espinosa. Produção de afetos como sentimento amoroso, mas também como instigação, mudança.

CAPS: um lugar para bons encontros

Não tenho a pretensão de detalhar a filosofia de Espinosa, mas gostaria de assinalar alguns pontos que merecem atenção, pois provocam uma reflexão sobre o nosso cotidiano como produtor de atos de cuidado.

Na filosofia de Espinosa, tudo na natureza participa de uma ordem comum de encontros e os seres podem ser definidos pelo seu poder de “afetar” e de serem “afetados” por outros seres. Trata-se sempre de

um encontro de corpos e, também, de idéias, que podem ser considerados bons ou maus. Um bom encontro é como um alimento, ou um ser amado, que se compõe com o nosso corpo e aumenta nossa potência de existir, de agir e pensar. Um mau encontro é, ao contrário, aquele que em um corpo ou uma idéia não se compõe com meu corpo e com minhas idéias, deixando-me, por isso, mais fraco. O mau encontro é como a ingestão de um veneno, ou a relação com um inimigo: ele decompõe parcial ou totalmente os elementos que estão sob a relação característica que constitui nosso ser existente e diminui ou destrói nossa potência de existir, agir e pensar.

A esta potência que se fortalece ou enfraquece com os encontros, a este poder de afetar ou ser afetado, que produz um movimento interno do corpo e o nexos das idéias na alma constituem uma essência que Espinosa denomina *conatus*. *Conatus* é o esforço para perseverar na existência, poder para vencer os obstáculos exteriores a essa existência, poder para expandir-se e realizar-se plenamente.

Podemos dizer que a alegria aumenta nossa potência de agir, e a tristeza a diminui. E o *conatus* é o esforço para experimentar alegria, ampliar a potência de agir, imaginar e encontrar o que é causa de alegria, o que mantém e favorece esta causa: mas é também esforço para exorcizar a tristeza, imaginar e encontrar o que destrói a causa de tristeza. [...]. O *conatus* é, pois, esforço para aumentar nossa potência de agir ou experimentar paixões alegres (DELEUZE, 2002, p. 106-107).

“Toda a potência é ato, ativa, e em ato” (DELEUZE, 2002, p. 103). Na perspectiva que estou a trabalhar aqui, parece-me que o ato de cuidar será sempre uma busca para produzir bons encontros.

Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim o cuidado, a essência da vida humana, precisa também ser continuamente alimentado. As ressonâncias do cuidado são sua manifestação concreta nas várias vertebrações da existência e, ao mesmo tempo, seu alimento indispensável. O cuidado vive do amor primal, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivialidade, da medida justa em todas as coisas. Sem cuidado, o ser humano [...] definha e morre. (BOFF, 2002, p. 190).

E de qual alimento falamos? O ato de cuidar deve ser uma produção regida pela alegria, pela beleza, pela poesia. São os afetos alegres que produzem os bons encontros, que produzem potencialidade, que

produz vida. Olhar e ouvir desde esse lugar do cuidado, daquele que investe seu afeto e sua atenção para produzir efeitos, para potencializar a autonomia, apresenta às vezes resultados surpreendentes.

Certa ocasião conheci um paciente, morador de um grande hospital psiquiátrico por mais de 40 anos, que era tido como mudo. Convidado a participar de atividades de oficinas expressivas e de grupos, começou, lenta e discretamente, a balbuciar alguns sons. Após algum tempo, os sons já se transformavam em vogais, sílabas. Mais um tempo, em palavras, pequenas frases. E, “milagre”, o mudinho falou! A conclusão é óbvia: submetido a um cotidiano de violência institucional que lhe tirou tudo o que era mais importante de sua vida, não lhe restou outra saída para preservar o pouco de sanidade que lhe restava a não ser silenciar. Já ouvi histórias semelhantes a esta se repetirem em muitos serviços de saúde mental. Não há milagre, apenas um bom encontro que produz efeitos, que faz a diferença na vida das pessoas que tomamos o encargo de cuidar.

Falar sobre cuidado é falar de uma produção de atos, regidos pela alegria e pela beleza, que produzem bons encontros, potencializando a vida. Parafraseando o poeta, o cuidado, assim como a vida, é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida.

Para finalizar estes apontamentos, destaco que Boff, na citação acima, se refere à medida justa do cuidado. Não apenas as estratégias do modelo hegemônico podem provocar problemas, mas também o excesso de cuidado pode sufocar, produzir dependência. O cuidado não pode exceder certo limite, correndo o risco de se tornar assistencialismo. E isto se torna especialmente importante se considerarmos que pensamos o CAPS não só como um serviço, mas como uma produção de atos de cuidado que se faz em rede, numa diversidade de ações executadas para além das fronteiras do serviço, integradas e em articulação outras instituições e serviços.

Isto pressupõe um olhar para além da “doença”. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que demandam o serviço. Entender a saúde como uma produção social e agir sobre esses determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além. Mas, ao mesmo tempo, atentar para um tênue limite além do qual corremos o risco de criar uma estratégia que pode ter a pretensão de totalizar e controlar a vida do indivíduo.

O sonho de uma psiquiatria preventiva era o de se infiltrar na trama cotidiana da sociedade e localizar a doença e o doente antes mesmo de sua emergência. O justo limite é aquele que escorrega no fino gelo entre produzir autonomia ou dependência, cuidar ou tutelar. Entre produção da liberdade ou a reprodução da servidão.

Referências

- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-66.
- AMARANTE, P.; GULJOR A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 65-76.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.O. *Los crimines da la paz*. México: Siglo Veintiuno, 1977.
- BASAGLIA, F *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano/compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde *Portaria n.º 336*. Brasília, 2002.
- DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 61-90.
- DELEUZE, G. *Espinoza: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 119-132.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 316-323, set./dez. 2003.

- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998.
- ROTELLI, F.; LEONARDI, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001.

O “cuidador da desinstitucionalização”: o trabalho político no cotidiano das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos

CARLOS EDUARDO DE MORAES HONORATO
ROSENI PINHEIRO

Este capítulo visa a refletir sobre o cuidado em saúde mental, a partir das ações executadas pela equipe de profissionais de saúde mental envolvidos em um processo de desinstitucionalização. Considerando o trabalho junto ao objeto de cuidado, o portador de transtorno mental grave, ressaltamos aquelas ações que visam a estimular a reflexão e a capacidade de pensar dos usuários, como estratégia para a reinserção social dos mesmos.

Tomaremos como base o trabalho de uma equipe de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) no município de Carmo, situado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Estes dispositivos de saúde constituem uma etapa no processo de desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão, um hospital psiquiátrico do tipo colônia agrícola, fundado na década de 40 do século passado. Em 2003, a unidade foi descredenciada do sistema SUS pelo PNASH- Psiquiatria, cabendo ao gestor estadual proceder a sua extinção e municipalização dos recursos técnicos e financeiros. Com o trabalho clínico, parte dos pacientes retornou ao convívio familiar, e o restante (cerca de 150) foi alocada em serviços residenciais terapêuticos, a partir de dezembro de 2005.

Em 2006, realizamos uma pesquisa qualitativa junto à equipe profissional responsável pela assistência aos moradores, observando durante três meses, por dois dias consecutivos a cada semana, o

trabalho técnico que era realizado.¹ Esta investigação deu origem à dissertação de mestrado em Saúde Coletiva (HONORATO, 2007), na qual apresentamos uma cartografia daquele momento do trabalho de desinstitucionalização. Vale dizer, tomando a reinserção social como tarefa para o profissional de saúde mental e identificando, nas relações dos profissionais entre si, com os moradores e com membros da sociedade civil, elementos implicados nos processos de trabalho. Foi possível identificar, então, um certo repertório de ações que os técnicos realizam no trabalho de desinstitucionalização. Entretanto, se essas ações apontam recorrência e regularidade em determinados temas – como o uso do dinheiro, a apropriação do espaço de moradia, os hábitos civilizatórios, por exemplo – sua execução nunca é repetição, mas recriação, transformação da tarefa que decorre das interações interpessoais.

Para tanto, apoiamos-nos nos conceitos da ergonomia de inspiração francesa (MUNIZ, 2000; BRITO, 2004; TELLEZ, 2004, entre outros) e da ergologia (SCHWARTZ, 2004), em suas abordagens aos processos de trabalho, o que nos permitiu perceber cada atividade como evento singular, na qual o profissional cria e transforma a tarefa (transformando-se a si próprio, também, no processo), diante daquilo que se coloca como facilitação ou como resistência no território onde o trabalho se dá.

O território é, então, espaço de relacionamento, de encontro com o outro, que concretiza o mundo das diversidades e potencialidades. A interação entre o profissional e portador de transtorno mental é então pautada por um trabalho que visa a reintegrar ao espaço social e reverter um modelo de exclusão historicamente construído. Não se trata, entretanto, de um trabalho de modelagem, de adaptação. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem por objetivo também uma transformação social, a mudança de um estatuto social que sustentava o modelo manicomial. É preciso garantir que, em sua diferença, o louco mantenha sua presença no mundo social, no mundo dos homens.

O pensamento de Hannah Arendt (1991) permitiu uma aproximação com esse trabalho cotidiano da equipe de profissionais de saúde

mental como um trabalho político (HONORATO, 2007). O termo “política” refere-se aqui à forma de relacionamento entre os cidadãos da *polis* grega, onde, iguais entre si, dispunham, através do convencimento recíproco, sobre os assuntos relativos ao bem comum. Isto pressupõe um espaço público, caracterizado pela multiplicidade e pela pluralidade. A política é a arte da convivência entre os homens, da construção e manutenção de um mundo comum. Este conviver se apóia em debates, em negociações.

O trabalho dos profissionais não se limita, portanto, à relação com o morador, mas inclui o seu território de circulação, território afetivo, social e cultural. Daí, também, não poder nunca esgotar-se num saber específico, ou num único profissional. Por definição, requer a formação de uma rede, de uma equipe, cujos saberes se transversalizem (GUATTARI, 1987) no exercício do cuidado.

Focalizaremos aqui um aspecto do trabalho dos profissionais junto aos moradores. Algo sobre o uso do pensamento por técnicos e moradores. Pois desinstitucionalizar, reintegrar o louco que há anos sobrevivia atrás dos muros do hospital psiquiátrico é algo que requer paciência e delicadeza.

Segundo a OPAS/OMS (ALMEIDA; GONZÁLEZ, 2005), os programas residenciais têm como objetivo a melhora da funcionalidade pessoal e social e a permanência na comunidade de portadores de transtorno psicótico. Isto se dá através da recuperação, estabelecimento ou manutenção de uma casa própria, da provisão de alojamento com níveis distintos de supervisão e apoio, e de um programa individualizado de cobertura das necessidades cotidianas, em coordenação com os serviços de saúde mental. A agência enfatiza que o principal objetivo das residências é a vida independente do usuário e o estímulo de sua autonomia pessoal e social. Para tanto, sua participação ativa é essencial, devendo-se evitar esquemas paternalistas ou excessivamente institucionais.

Em nosso país, têm-se procurado falar de uma especificidade do trabalho em saúde mental a partir de uma proposta de Reforma Psiquiátrica, entendendo-a como a reconstrução de um modelo de assistência que se baseava na exclusão social do louco, historicamente determinada na medicalização da loucura perpetrada pela psiquiatria (TYKANORI, 1996; DELGADO, 1992; TENÓRIO, 2001, entre

¹ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em 16/08/2006.

outros). A clínica da atenção psicossocial, portanto, deve guiar-se por esta função complexa, de executar um conjunto de ações que aumentem a circulação social e evitem o isolamento do portador de transtorno mental. A abrangência da tarefa logo aponta para a necessidade de uma rede de cuidados, que garanta o exercício da cidadania.

O trabalho de desinstitucionalização destaca esta luta contra o estigma social: a desconstrução do estatuto médico-jurídico do louco, o resgate de cidadania com ampliação de direitos, a coresponsabilização e a participação comunitária. Valores da Reforma Psiquiátrica que é preciso fazer valer; que, dimensionados na tarefa, configuram uma especificidade: a intervenção no espaço social. Considerar este viés político da Reforma Psiquiátrica é pensá-la em sua integralidade, pensar um cuidado que envolva produção de autonomia e o estabelecimento de uma nova posição social.

Leal (1999) nos fala de uma tendência presente no campo da atenção psicossocial, que é a de, mesmo quando pretendemos abordar a clínica da Reforma, nos tornarmos prescritivos, utilizando os jargões oficiais sem efetivamente descrevermos ou refletirmos sobre a forma como se dá a clínica, seus impasses e contradições. Diz ela:

Esboçamos um conjunto de idéias que temos tentado fazer nortear a construção deste cuidado que reputamos como o mais adequado. Empenhamo-nos a cada dia para alcançá-lo. Todavia, negligenciamos que tais princípios têm caráter prescritivo e que toda prescrição indica uma escolha ética. Passamos a naturalizá-los, utilizando-os como descrição do nosso fazer. Deste modo, reduzimos sobremaneira as possibilidades de efetivamente conhecer o que estamos produzindo. Os discursos produzidos sobre o cuidado desenvolvido nestes serviços exprimem muito freqüentemente uma certa noção de tranquilidade e calma que em nada corresponde à experiência vivida nos CAPS que conheço, ou daqueles de que faço ou já fiz parte. Nestes espaços, o que de fato experimentamos é sempre muita inquietação, muita tensão, muita discordância sobre o que fazer e como devemos fazer o dia-a-dia (LEAL, 1999, p. 48-49).

Em sua dissertação de mestrado, Lobo (2004) analisou 30 serviços residenciais terapêuticos do Estado do Rio de Janeiro durante o ano de 2003, procurando identificar, em questionários respondidos pelos gestores, as características dos moradores e as principais dificuldades para a implantação e manutenção daqueles dispositivos. As

dificuldades apontadas pelos gestores para a implantação e gestão referiam-se em grande parte aos aspectos financeiros, como o aluguel dos imóveis ou os trâmites burocráticos para a implantação e o cadastramento dos serviços.

Já as dificuldades para o funcionamento e a manutenção diferiam significativamente, pois estavam relacionadas a dificuldades da equipe técnica. Destacamos as duas de maior freqüência: 1) sustentar a tensão entre tutela e cuidado (em sua dimensão ética, política e clínica) diante do mandato institucional de resposta total após o asilo – 55,17%; 2) construção de demanda no trabalho com pessoas institucionalizadas e com insuficiente investimento clínico das equipes dos hospitais – 55,17%.

O trabalho em saúde mental: o binômio autonomia-tutela

O trabalho técnico que é executado pela equipe está pautado por uma noção abrangente de cuidado, em que a questão da autonomia difunde-se do autocuidado ao exercício dos direitos de cidadania no espaço social.

Analisando as premissas que delimitam o conceito de cuidado em saúde mental, Alves e Guljor (2006) remetem ao conceito de liberdade, em oposição ao isolamento do sujeito de seu meio, para observação e tratamento.

Ao lançar mão do conceito de liberdade, imediatamente nos reportamos ao respeito às diferenças e esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautada em sua história e de forma singularizada (ALVES; GULJOR, 2006, p. 227).

O profissional, assim, adquire mais propriamente as funções de um “agenciador” que visa à emergência de um outro: ele espera que o sujeito “se coloque”, que ele “fale por si”.

Na dimensão tutelar clássica, há apenas um sujeito, que responde pelo outro nas demandas sociais. Isto pressupõe que o tutelado se encontra incapacitado a falar por si, no mundo comum dos homens. Sua palavra é desconsiderada. Em sua dissertação de mestrado, Silva (2004) mostra como o trabalho da Reforma Psiquiátrica, se por um lado pretende opor-se ao sentido tutelar que tinha a ordem psiqui-

átrica (subtraindo direitos e o estatuto de sujeito), por outro mantém-se tutelar como modo de regulação social, presente, para o autor, na ênfase que a noção de responsabilidade (seja de usuários, profissionais, familiares ou da comunidade) foi adquirindo no discurso e na prática da atenção psicossocial.

A idéia geral é a de que a dimensão tutelar das atividades de administração pública não se expressa exclusivamente através da atividade pericial de interdição civil ou penal dos loucos, mas também da própria prática da atenção psicossocial, no âmbito da qual ocorrem processos de responsabilização dos atores sociais envolvidos no cuidado em saúde mental (SILVA, 2004, p. 2).

Delgado (1997) aponta que o diferencial da Reforma Psiquiátrica Brasileira está no paradoxo de lutar pela autonomia de pessoas tuteladas. Em sua discussão sobre práticas tutelares, Diaz (2001) define que o papel tutelar do profissional de saúde mental é construir ativamente condições para que o louco estabeleça trocas sociais de valor.

Já Tenório (2001) aponta que atenção integral, cidadania, território, responsabilidade são conceitos norteadores da atividade clínica dos profissionais, cujo trabalho oscila entre tutela e cuidado, autonomia e escuta.

Tykanori (1996, p. 58) descreve esta função específica da equipe de saúde mental como a tarefa de aumentar o poder contratual do louco. Segundo o autor, o estatuto de doente mental anula este poder contratual (o valor atribuído a cada indivíduo dentro do campo social, e que medeia as trocas no interior do universo social). Como conseqüência, os bens dos loucos tornam-se suspeitos, suas mensagens são percebidas como incompreensíveis, e seus afetos são desnaturalizados.

O papel da equipe é, de tal perspectiva, construir e mediar a efetivação de projetos práticos, através de sua delegação social, “emprestando-lhes” seu poder contratual. O que se coloca em jogo são as relações de poder que se estabelecem e a posição que o profissional de saúde mental ocupa na relação com o louco e a sociedade. Ora, a relação profissional-usuário não raro se caracteriza pela dependência, que está presente em qualquer relação pedagógica, ou de cuidado. Não é, assim, em muitos momentos, horizontalizada.

Merhy (2005) pensa a tutela do cuidado como uma tutela outorgada, a qual pode constituir-se como uma tutela castradora ou como uma tutela libertadora, que produza autonomia.

A tutela autonomizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar liberação, para não se tornar um mero projeto “autocentrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador coetaneamente com a do processo público do estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento das máquinas desejantes estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados ao estilo das relações sociais, que são ético-politicamente constituídas, como contratos. E que, de um certo modo refere-se a processos relacionais eu e tu, ou nós e os outros (MERHY, 2005, p. 4-5).

Desta forma, a responsabilização pode ser pensada como possibilidade produtiva. Como Merhy, pensamos que qualquer que seja o nível de comprometimento que o morador possua, é necessário reconhecer, ali, uma outra vida, cuja normatividade indica a potencialidade para a mudança. O cuidado em saúde é, a nosso ver, mesmo em situações de dependência intensa (e talvez por isso mesmo) um fazer sempre dialogado. Há um pouco do conceito de *mãe suficientemente boa*, de Winnicott (1978), a mãe que, para possibilitar o crescimento do filho, não pode ser totalmente boa, pois é preciso deixá-lo um pouco em falta, o que o levará ao movimento transformador da realidade. A regulação da maternagem, entretanto, dependerá do vínculo estabelecido, e requer atenção e sensibilidade.

O outro de quem cuidamos é vida que se impõe, a nós e ao mundo, mundo social, como cidadão, como um ser que porta direitos e deveres. Pensamos que essa ética imponha a qualquer trabalho em saúde o viés político que, no caso do louco, a reforma psiquiátrica de tradição basagliana visa a recuperar. Para usar um exemplo no campo da arte, citamos o filme de Pedro Almodóvar, *Fale com ela*². Como ali, o exercício do cuidado numa dimensão relacional, dimensão de negociação, pode operar milagres. Como quando, em nossa pesquisa nas residên-

² Filme do diretor espanhol Pedro Almodóvar, *Habla con Ella*, no qual um enfermeiro cuida de uma mulher em coma.

cias terapêuticas de Carmo, observamos uma moça, neuropata grave, algumas semanas após mudança para a residência, numa relação de diálogo com a equipe de cuidadores e técnicos. Comunicação muda, da parte dela, mas plena de sentidos e mútuos entendimentos. No trabalho em saúde, a entrada para a autonomia se dá pelo fazer político que existe na comunicação entre dois seres livres, embora um deles seja o cuidador, e o outro, o que é cuidado. Isto quer dizer que a relação de cuidado, o trabalho, é sempre negociada.

Pensamento e autonomia: o trabalho como diálogo entre saber e fazer

Considerando as atividades políticas, entendemos ser o exercício do pensamento o que possibilita a circulação pelo mundo social. A conquista de uma maior autonomia em um processo de desinstitucionalização requer a mobilização da capacidade de pensar, a fim de que ele possa “falar por si” nas interações sociais.

Não falamos de um pensamento ligado ao conhecimento, ou mesmo o pensamento filosófico clássico, que buscava a verdade no isolamento, mas algo que Arendt (2004) identifica como pré-filosófico mesmo, na medida em que se institui para o sujeito quando ele estabelece uma consciência de si, que se traduz pelo diálogo consigo mesmo, diálogo no qual me observo e examino minhas ações e palavras.

Estará aí a base de toda ética que não se apóia em verdades exteriores ao homem, supra-sensoriais e absolutas, como, no mito platônico da caverna, as idéias que o filósofo contempla, ao afastar-se do convívio humano. Tampouco as promessas de castigos ou felicidades eternas numa vida após a morte das religiões cristãs. Nem mesmo um sistema de leis escritas pode fornecer as medidas para o agir humano, pois que são também mutáveis.

Trata-se então de formular uma ética que está centrada no homem e, em última instância, na relação que ele estabelece consigo mesmo. Quando penso sobre mim, um diálogo se estabelece. Este *mim* é pensado como um outro; então, mesmo quando me retiro do mundo para dentro de mim, a pluralidade me alcança. Esta é a inversão que Arendt introduz na máxima socrática “é melhor ficar em desacordo com todo o mundo do que, sendo um só, estar em desacordo comigo mesmo”. Então, é só para os outros é apareço como um.

Arendt (1993) busca em Sócrates a natureza deste pensamento que questiona as palavras e os conceitos, para entendê-los, nunca para afirmar sobre eles verdades definitivas. Nem mesmo acerca do bem ou do mal. Como uma pura potência, ela utiliza a metáfora do vento, para significar um movimento que tudo arrasta, que tudo pode desfazer. Sócrates chamava a dialética platônica de maiêutica, a arte da parteira, onde, através de perguntas simples, desconstruía os conceitos para buscar extrair, de uma mera *doxa* (opinião), uma mera verdade, a verdade de cada um. Em Arendt (2004), o pensamento socrático está ligado à ação, à *práxis*: seja Sócrates o moscardo que atíça e irrita, seja a arraia-elétrica que paralisa na medida em que é paralisada, seja como parteira, que depura o que é ruim para permitir a expressão. Para Sócrates, a maiêutica era uma atividade política, baseada na igualdade, que buscava a discussão, e não uma verdade final, e a palavra falada nada mais é do que a expressão mundana do pensamento.

Se esse pensamento não pode garantir o estabelecimento de verdades finais, se potencialmente, todas as idéias podem ser provisórias ou circunstanciais, onde buscar este norte ético?

Como diz Arendt (2004), na Antigüidade todas as virtudes eram virtudes políticas. Assim, pensar o bem ou o mal encontra sentido na perspectiva de um bem comum, de uma vida coletiva que se impõe como condição de existência a cada um de nós. É em nome de um mundo humano que nos é dado, onde a vida de cada um é vivida, entre muitos. A convivência entre os homens é, portanto, o que se coloca como necessidade para o ser individual. E é à luz deste mundo humano e plural que cada uma de nossas ações é pensada e realizada. Mundo da *polis*, onde as ações de saúde implementam um cuidado voltado ao outro, um cuidado que é dialogado com cada um, a cada momento.

Esta noção de bem, *agathos*, não tem nada a ver com bondade, mas com ser bom para algo, útil (*chrésimon*), e é portanto instável, acidental, mutável.

O trabalho em saúde mental, principalmente num processo de desinstitucionalização, situado na interação do louco com a sociedade civil, é, antes de tudo, em nosso entendimento, a inclusão do louco no mundo coletivo. A desinstitucionalização só tem sentido num mundo público. O que se faz através de atividades políticas, no

âmbito da fala e do discurso humano, em processos de negociações e argumentações. Preferimos não falar em embotamento, mas numa paralisia do pensamento, nos portadores de transtorno mental institucionalizados. O cuidador estimula a fala e o pensamento do morador, ele o estimula a pensar suas atitudes e motivações, a colocar-se para o mundo, com sua singularidade.

Cuidado e cuidador: reflexão e pensamento no trabalho cotidiano de desinstitucionalização

Partimos do trabalho de um cuidador, um rapaz de nível médio de escolaridade e que não passara por qualquer curso de formação ao iniciar suas atividades. Em entrevista, ele diz que sua tarefa é “recuperar a vida das pessoas” (entrevista, 04/10/2006) que se encontravam internadas no hospital psiquiátrico. Como o cuidador “recupera”, no cotidiano?

Acontece de várias formas. Às vezes num simples fato de você fazer com que ele chegue perto e te peça alguma coisa, ele já tá aprendendo alguma coisa. Eu acho que a pessoa quando, por exemplo, tem uma barba por fazer ou quando quer alguma coisa, a gente tem que pegar e estimular a pessoa a pedir, a pessoa tem que ter noção de que ela tem um problema, mas que aquele problema não é o fim do mundo, problemas todo mundo tem. Então eu induzo eles a conversar, a se comunicar, a se expor, a dizer o que estão pensando, o que estão sentindo (diário de campo, 04/10/2006, *apud* HONORATO, 2007).

O cuidador estimula, induz o morador à comunicação, e a oportunidade para isto se dá na necessidade de resolver problemas; questões que a vida nos coloca, desafios e obstáculos que devemos enfrentar.

A gente vai fazendo no decorrer do dia. Igual o seu F, um morador que é muito quieto, muito fechado, ele só chega perto da gente quando quer café e quando quer cigarro. Então quando ele chega perto da gente, em vez da gente chegar e dar o cigarro a ele, a gente fala: Que é que o senhor quer, seu F? Água? Não. Suco? Não. Então? Quero cigarro. Desta forma a gente tá induzindo ele. Porque todos os cuidadores sabem que é o cigarro que ele quer, mas se a gente chegar e der o cigarro, ele nunca vai abrir a boca pra falar uma coisa com a gente. Ele tem que botar na cabeça que ele tem que falar, que ele tem que se expor (diário de campo, 04/10/, *apud* HONORATO, 2007).

A ação é individualizada, e é ação de dificultar, de desnaturalizar o instituído do corpo. Colocar em movimento o pensamento inerte. E falar para o outro, pedir ajuda, estabelecer contato e vincular. Pensar é abordar o mundo para modificá-lo. Para Freud (1980), o pensamento tem originalmente esta função, a de um processo secundário que adia uma satisfação para poder realizá-la. Daí a preocupação de não responder, de questionar, de problematizar com o morador. Vejamos dois exemplos simples e cotidianos.

A técnica de referência fuma com eles na varanda. No fim, joga a guimba no chão. C. se precipita para pegá-la, ela o interrompe: “C., não tem necessidade!”. Ele pára, desvia para outro lugar da varanda (diário de campo, 17/08/2006, *apud* HONORATO, 2007).

A técnica está atenta para o comportamento asilar dos moradores: pegar guimba no chão e fumar. Ela o testa e reprime, mas a ação de reprimir, que de início nos parece totalmente cognitiva, da forma como é enunciada: “Não tem necessidade!”, estimula-o a retomar o estímulo – o desejo de fumar – e reendereçá-lo, *i.e.*, procurar cigarros de outras maneiras – pedindo, por exemplo. Mesmo morador, agora com o cuidador:

O cuidador vem à sede procurar ajuda e conversa com os coordenadores. Entra o morador G., anunciado pelo motorista que diz que ele não queria mais permanecer no táxi. G. atravessa a sala, dirige-se diretamente ao cuidador, que pergunta: “Mas você não quis vir antes...?”. O morador pede um cigarro e o cuidador insiste: “Não me diga que você veio só para fumar...”. Dá-lhe um cigarro, mas diz que não tem fósforos. Ele fica com o cigarro na mão e olha cada um dos presentes (diário de campo, 14/09/2006, *apud* HONORATO, 2007).

O cuidador estranha a mudança de atitude do morador, questionando-o a respeito dela. Ele entende, mas verbaliza sobre ela, forçando o morador também a explicar-se a si mesmo. Ele não naturaliza o comportamento do morador, inscreve-o numa ordem de sentido, em um diálogo.

Vemos nesses exemplos os técnicos em sua atividade socrática de moscardo, a provocar os moradores, forçando-os a pensar sobre si mesmos, a refletir sobre aquilo que os move e tentar ampliar suas possibilidades de atuação. O cuidador ensina o exercício de cidadania,

de participação na *polis*. O cuidador estimula o morador a debater, a julgar e avaliar. Atividades do pensamento, um pensamento dialogado.

A capacidade (e o recurso) ao estranhamento é uma ferramenta valorizada do trabalho em saúde mental. Trata-se de uma atitude de atenção e questionamento de idéias e modos de agir que por vezes se apresentam como verdades, como relações naturais.

Para intervir junto ao morador, é preciso que também a equipe possa pensar e descobrir suas potencialidades: “A supervisora ressalta que, em se tratando do humano, o importante é a postura do não saber. Muitas vezes aquele que opera melhor na clínica é aquele que não sabe” (diário de campo, 20/07/2006, *apud* HONORATO, 2007). A supervisora destaca a vantagem do desconhecimento: quem não sabe e está interessado, engajado num trabalho clínico, está aberto à discussão e à reflexão sobre o cuidado prestado.

Em sessão clínica, a técnica de referência mostra como o estranhamento prolonga os limites de intervenção da equipe, no caso de um morador do núcleo rural que costumava permanecer dias sumido no mato.

Um tempo depois da implantação do trabalho das residências terapêuticas, este morador passou a permanecer mais na vizinhança da casa, ou a retornar à noite para dormir. A técnica “estranha” a melhora atribuída pelos cuidadores como insuficiente, pois ele continuava comendo com os cachorros, e avidamente. Tomou então como meta que ele se sentasse à mesa para comer, propondo a toda equipe esta tarefa. Ela não se dirigia diretamente ao morador, pois na época ele sequer a olhava. Hoje ele lhe estende a mão para cumprimentar. Mão suja, que ela recusa, dizendo que gostaria muito de as apertar, caso estivessem mais limpas, estimulando-o indiretamente a lavá-las e tomar banho (diário de campo, 30/08/2006, *apud* HONORATO, 2007).

Vemos como, em sua prática, a técnica de referência propõe um questionamento de condutas produzidas ou mantidas no contexto manicomial. Na colônia psiquiátrica, o conceito de melhora, no sentido de uma normalização, difere daquele que é proposto numa ação de desinstitucionalização. No território do HETB, é muito mais limitado o horizonte de possibilidades para o interno conhecido por um codinome que foi ali gerado, e que remete a uma coisificação. Esperar que ele pare de desaparecer no mato e retornar sujo e doente, quase confundido

com os elementos vegetais, animais ou minerais, em meio aos quais ele parece se perder, já é pedir muito? A técnica de referência adverte que pode haver um passo mais, que é preciso tentar que ele dê.

Perplexa diante do que vê e experimenta, a técnica não conhece as respostas, mas, como a arraia-elétrica socrática, tenta contagiar os outros membros da equipe com sua perplexidade. Problematizar é tomar algo como objeto de investigação. É disparar sobre um evento o processo de pensamento. Estranhar é constituir um evento, um objeto.

Toda a condução técnica se realiza a partir de construções, da problematização ao planejamento da intervenção. No processo de desinstitucionalização, os passos são definidos um a um na discussão dos projetos terapêuticos individuais.

A problematização permite formular hipóteses causais e possibilidades de intervenção. A clínica procede através destas operações de análise e buscas de sentido.

Em sessão clínica, a técnica de referência M. apresenta o genograma do morador de modo a contextualizar, para a equipe de cuidadores, as limitações do morador. Ela enche o quadro verde de círculos com quatro gerações da árvore genealógica do morador, “para que todos compreendam a doença dele, já que os cuidadores me dizem que eu passo muito a mão pela cabeça dele” (diário de campo, 13/09/2006, *apud* HONORATO, 2007).

Em seu mandato tutelar, a técnica de referência avalia as possibilidades do morador; toma como questão para a discussão a dificuldade de relacionamento da equipe com o morador, e expõe o genograma para que a equipe perceba todo o peso do estigma que o determina como doente, para conseguir que a equipe se distancie dos sentimentos negativos que ele pode gerar, como o trabalho depurativo da parteira, recolocando-o no lugar de objeto de cuidado.

O manejo das crises já tende nítida e explicitamente ao questionamento causal. Nos processos terapêuticos, as recaídas são freqüentes, e sua abordagem implica sempre uma avaliação de motivações e uma busca de determinantes.

Sessão clínica. O morador apresenta uma regressão do processo. Volta a ficar sujo e a passar os dias pelo chão, indiferente aos estímulos dos cuidadores. A recaída é atribuída pela equipe responsável pela residência como reação à saída de uma cuidadora, e tam-

bém a uma certa rigidez usada para que ele tomasse banho. A técnica de referência propõe que a equipe use a seguinte estratégia: indagá-lo sobre o que havia acontecido. Observaram também que ele fazia as refeições em outra casa. Parecia que ele gostava da cuidadora que trabalhava lá. A regra do núcleo, de que eles só podem comer em suas casas, foi flexibilizada, para aproveitar a transferência positiva com a cuidadora (diário de campo, 30/08/2006, *apud* HONORATO, 2007).

Se, em uma inspiração psicanalítica, a crise é interpretada como um sintoma que responde aos sentimentos gerados pela perda afetiva, esta hipótese não é tomada como verdade absoluta ou a resposta final, provocando ainda uma reflexão sobre o trabalho realizado e oportunidade para a aprendizagem e revisão dos projetos terapêuticos. No plano institucional, esta postura gera debate e a regra é flexibilizada, pois está subordinada ao processo clínico.

A crise é a não conformidade, é o desvio de um caminho esperado. Daí seu caráter de analisador do processo. Ela coloca em xeque as implicações e desestabiliza os sentidos. Compreender a crise é procurar contextualizá-la, e inscrevê-la num processo histórico, que seguirá pela constituição de novos sentidos. A mudança no comportamento do morador indica, talvez, um sofrimento, cujo sentido é ininteligível para a equipe. Esta, então, pensa por si, mas seu cuidado precisa de elementos sobre os quais arriscar-se, precisa de alguma resposta, para prosseguir. A equipe pensa e busca uma empatia para compreender o morador, mas insiste em questioná-lo, para não perder de vista o outro. Assim, empreende uma tutela atenta ao outro, sem desinvestir de sua aposta na inserção política do morador.

O trabalho do cuidador é acompanhar e intervir nas relações que o morador estabelece, na diversidade das situações possíveis. Daí sua visão de que suas ações não seguem uma agenda, um planejamento detalhado.

A única coisa que a gente sabe ao certo na residência terapêutica é quando tem médico, quando tem alguma atividade que eles frequentam em algum dia da semana. O resto a gente vai vendo de acordo com o que vai acontecendo na residência, se tem alguma oportunidade de você conversar um assunto mais aprofundado com um sobre alguma coisa. Igual tem muitos lá que falam muito em ir embora, aí a gente pergunta: mas quer ir embora pra onde? Aonde

você morava? Aí você pode descobrir alguma coisa. Até então um assunto que se você for pra perguntar pra eles, diretamente, eles falam ah não sei, não lembram onde moravam, mas em uma hora ele fala que quer ir embora, ou quer alguma coisa, ou um nome, um negócio que seja diferente naquele momento, pra gente, pode ter sentido, mas pra muitas pessoas pode parecer paranóia da doença deles, o que às vezes é uma coisa verdadeira que ele tá falando [...]. Não tem muito como planejar não, tem que ver só na hora mesmo que você vai procurar tomar a decisão – pelo menos eu faço assim – tomar a decisão mais correta (entrevista com cuidador, 04/10/2006, *apud* HONORATO, 2007).

A tarefa não tem ações planejadas outras que as do cotidiano. É no cotidiano da vida social que eles constroem o projeto terapêutico: ir ao dentista, fazer compras. Ali o cuidador exerce sua atividade. Mas ele toma o seu objeto a sério, como um enigma.

É preciso atenção e um senso de oportunidade para fazer com que este enigma se revele, ou para conseguir uma certa resposta do morador. A convivência com o morador engendra um certo saber, um certo grau de generalizações, de “macetes”, mas estes serão sempre singularizados e abertos aos atravessamentos.

Com relação ao J, se ele tiver muito quieto, não estiver perto, não estiver falando... Tem que dar um tempo, deixar ele dar a volta dele porque ele não tá muito bem, alguma coisa aporrinhou ele e não adianta perguntar a ele na hora porque ele não vai falar. Ele só fala depois. O D, se estiver gritando muito, pode chegar perto dele, conversar com ele, pedir pra ele parar de gritar... mas tem horas que não vai dar certo... A gente não sabe se vai dar certo ou não, muitas vezes a gente chuta... o H., se ele começar a falar muito, se a pessoa ficar falando com ele prá ele parar, mais ele vai falar... Agora, se a pessoa deixar ele quieto, a falação dele vai durar cinco minutos só e vai parar. Só tem que tomar cuidado porque quando ele começa a falar muito ele sai pra rua. Aí ele começa a bater na casa dos vizinhos pra reclamar, começa a querer bater em cachorro... Então, tem que deixar ele falando, ir lá fora, encostar o portão, fechar o portão. Aí pode deixar ele falar que ele não sai não... Mas se o portão estiver aberto, ele sai. Porque, na realidade, quando ele fica agitado, não é aquela agitação agressiva, igual os outros ficam, igual o M. ficou daquela vez. Ele fica só gritando, xingando, falando palavrão... Então, se a gente fica em cima dele: pára, pára, então, eu acho que ele, na cabeça dele, ele acha que a gente está querendo

mandar nele, entendeu? Aí, de certa forma, pra mostrar que a gente não manda nele ele fica gritando mais ainda. A gente pega, deixa isso pra lá, ele grita um pouquinho, depois vai e pára (entrevista com cuidador, 04/10/2006, *apud* HONORATO, 2007).

O cuidador destaca a paciência para esperar o momento certo de agir, o que é sempre arriscado. Ele inclui o risco que é lidar com o incerto do outro. As peculiaridades de cada um exigem que o cuidador desenvolva o exercício da tolerância, da espera. O imprevisível potencial dos encontros faz com que não haja uma linha reta para a execução da tarefa de desinstitucionalizar. A tarefa se realiza no cotidiano e através dos erros e acertos, no dia-a-dia- do processo. A execução é processual: queremos que ele tome banho, que ele tenha uma vida melhor, mas não sabemos se conseguiremos, porque dependemos do outro e no fim só o outro pode julgar nossa intervenção. Esse outro é o morador, o objeto de trabalho. Faz-se porque se acredita que seja melhor assim. A vida melhor é um julgamento nosso, mas a vida, ao final, é do usuário. A autonomia que o profissional persegue não é predeterminada, não é um modelo de autonomia. Respeitando o silêncio e até o mau humor do morador, ele enxerga ali uma autonomia de vontade, que ele, é claro, busca entender e transformar, desejando um morador mais cordato e sociável, mas já existe ali, naquela tutela, uma pluralidade de singularidades que o cuidador integra.

A convivência é a situação social por excelência, estabelece vínculos e agencia os relacionamentos. O isolamento social e afetivo é descrito como um sintoma psiquiátrico classicamente característico em muitos transtornos mentais. No asilo psiquiátrico, onde a superpopulação nivela os internos às categorias nosológicas ou comportamentais, onde os dispositivos são rotinas unificadoras (os horários bem demarcados para as atividades) e a oferta de atividades individualizadas é insuficiente, as relações são embrutecidas. Neste cenário, só a submissão a um sistema qualquer de regalias, ou a resistência ativa à ordem manicomial possibilitam a singularização, gerando, no primeiro caso, o estabelecimento de relações perversas ou individualistas, e no segundo, a fúria dos procedimentos do aparato psiquiátrico.

Conviver em um serviço residencial terapêutico com poucos moradores, mais ou menos escolhidos, implica outras negociações no tecido social que ali se forma.

Em reunião na residência, os cuidadores comentam sobre como estão passando cada um dos moradores. De S., contam de como ele quando apronta alguma e é repreendido, “faz igual criança”, vai para a cama e fica lá quietinho, depois vem e pergunta: “por que você falou assim comigo?”. Durante a reunião, este morador circula bastante entre nós. É um negro alto e magro, com os lábios e os dedos queimados de cigarros, lábios onde há sempre um meio sorriso. Ele segue atrás de C. (outro morador). “Eles passam o dia inteiro um atrás do outro”, os cuidadores comentam. A técnica de referência volta a falar que, embora possuam menos autonomia, estes moradores se importam mais uns com os outros do que os que moram em uma outra residência sob sua responsabilidade. Contam como S. fica lembrando ao cuidador, quando algum deles está internado no hospital: “Tem que pegar o fulano em tal lugar!” Que C. costuma “se jogar”, quando deita, fazendo grande barulho. Ele racha as paredes da casa, batendo com suas costas quando se apóia para sentar-se no chão. Pois S. muitas vezes sai de seu quarto e pergunta: “Você caiu?”. Contam que V., outro morador, é mal humorado muitas vezes, mas ajuda C. a calçar as sandálias, quando eles vão sair (diário de campo, 17/08/2006, *apud* HONORATO, 2007).

O saber-fazer do cuidador na desinstitucionalização: o trabalho ético-político para integralidade em saúde mental. À guisa de conclusão

Entendemos que a formação de uma coletividade implique o desejo de uma vida comum, na qual cada um possa se expressar em sua diferença. Em seu trabalho tutelar, o profissional coloca em movimento os moradores entre si e com a sociedade civil, fazendo-os interagir. Sua intervenção é maior ou menor, conforme haja necessidade de uma “mediação”. A reinserção social se dá a partir de microcosmos, entre os moradores e técnicos da residência terapêutica, no bairro, na cidade.

Pensando sobre a integralidade das ações de saúde, Gomes *et al.* (2007) diferenciam entre valores morais e valores éticos. Os primeiros seriam aqueles formulados por imperativos, em que as ações pretendem o cumprimento de regras preestabelecidas, e os valores éticos seriam aqueles onde se coloca em jogo...

... uma certa preocupação com as conseqüências de nossas ações no mundo, uma postura afirmativa diante das questões com as quais nos deparamos. Essa ética é expressa sempre por um contexto histórico-político, e revela a forma como nos relacionamos e criamos o mundo, e ainda, o valor que atribuímos a nossas ações e suas conseqüências sobre os outros (GOMES *et al.*, 2007, p. 23-24).

Neste sentido, dizer que o trabalho é pautado por uma ética significa que essa atitude ética é construída cotidianamente, que, assim como o conhecimento, ela não existe como idéia independente da experiência. É exatamente na experiência, no encontro com o outro, na consideração desse encontro, que um fazer é constituído. Portanto, é a abertura ao outro que possibilita o estabelecimento de uma ética.

Todo trabalho em saúde é, por esta perspectiva, um fazer coletivo. A reinserção social é um processo coletivo no qual a participação do portador de transtorno mental só pode ser definida por ele mesmo.

Refletindo sobre a categoria do cuidado na saúde, Ayres (2003) postula uma articulação entre as práticas assistenciais e a vida. Para isto, importa para as opções cotidianas dos profissionais considerar o ato assistencial sempre como proposta, a ser dialogada com o outro e, portanto, visto no âmbito dos projetos de vida e de felicidade dos sujeitos de quem cuidamos. O trabalho de desinstitucionalização começa por interrogar esses projetos, plantando-os num mundo humano. Incessantemente pensando e fazendo pensar, pois nada está, nunca, definitivamente dado. Então é sempre pensar, para caminhar.

Referências

- ALMEIDA, J. M. C.; GONZÁLEZ, F. T. (Eds.). *Atención Comunitaria a Personas com Trastornos Psicológicos*. Washington: OPS/OMS, 2005.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 8, n. 14, p. 3-92, set 2003-fev 2004.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.
- _____. *A dignidade da política: ensaios e conferências*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

- _____. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- DELGADO, P. G. G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- DIAZ, F.S. “*Loucos de todo gênero são incapazes*”: Justiça e Saúde Mental no município de angra dos Reis na década de 90. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- GOMES, F. *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.
- GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- HONORATO, C. E. M. *O trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Dissertação (MESTRADO em saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- LEAL, E. Tudo está em seu Lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro, n. 14, p. 47-54, 1999.
- LOBO, M. C. C. A. *Serviços residenciais terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico inicial*. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Programa de Mestrado Profissional, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.
- MERHY, E. E. *Realizar no micro a luta macro: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador* (2005). Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/>. Acessado em: 4 out. 2007.
- MUNIZ, H. P. *A Gestão do tempo de permanência do paciente de neurocirurgia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*. Tese (Doutorado em Ciências em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- SILVA, M. B. B. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial*. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação social no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: textos escolhidos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

Desinstitucionalizando a formação em saúde mental: uma história em dois tempos

PAULA CERQUEIRA
VICTORIA BRANT
CLAUDIA TALLEMBERG
LEILA VIANNA
EDNEIA TAYT-SOHN MARTUCHELLI

Introdução ou o tempo dos estranhamentos

A história, fio que conduz às reflexões deste ensaio, inicia-se em 2001 com alguns estranhamentos e várias questões. O cenário era o antigo Hospital Estadual Psiquiátrico Teixeira Brandão; a ação, uma visita técnica da Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Naquela manhã de quarta-feira começava o processo de desinstitucionalização da engenhoca manicomial. Para além dos imensos pavilhões e jardins que ofuscavam os olhos, pela beleza e tradição da arquitetura colonial, estavam lá os habitantes daquele lugar: pacientes, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, clínicos gerais, fonoaudiólogos, dentistas, médicos sanitaristas, administradores, auxiliares de limpeza e funcionários administrativos.

Ao todo, cerca de 680 pessoas circulavam e habitavam aquele espaço microcosmo, bucólico, mas que encerrava uma estrutura e modos de funcionar panópticos.¹ No hospital essa lógica se aplicava por meio dos muros concretos mas também daqueles invisibilizados, instituindo lugares físicos mas, sobretudo, sociais e restringindo os espaços de circulação de todos.

¹ Segundo Foucault (1979), a arquitetura e os modos de circulação panópticos se constituíam como uma “diabólica peça de maquinaria”, um microcosmo idealizado da sociedade do século XIX, na qual as práticas disciplinares eram institucionalizadas nas prisões, nas escolas, nos hospitais, nos asilos e nas formas de operar o cuidado aos doentes, produzindo uma sujeição total por meio de mecanismos de vigilância e esquadramento dos espaços.

O primeiro estranhamento se deu quando percebemos que grande parte dos integrantes daquela instituição de saúde eram funcionários e não pacientes – 400 funcionários para 280 pacientes. Isto sem contar com os funcionários que, ao longo dos anos, foram fixando moradia e habitando o local em residências, não-terapêuticas, no interior do hospital, para onde levaram suas famílias. Na ocasião, eram 18 casas.

Nesse cenário se produziu um segundo estranhamento com relação ao aspecto e conservação das residências dos funcionários. Apresentavam-se como espaços acolhedores, bem cuidados, que coexistiam paradoxalmente com a degradação dos pavilhões e enfermarias úmidos, fétidos, nos quais os pacientes deveriam ser cuidados.

Outro estranhamento também se produziu após algumas horas da visita técnica: tratava-se de uma apatia generalizada por parte dos profissionais que operavam o cuidado. Essa apatia era denunciada pelos seguintes enunciados: “este é mais um paciente crônico”; “conduta mantida (chegava e ser repetida durante meses)”; “fora de possibilidade terapêutica” e “tratamento de manutenção”. A rotina dos procedimentos e a padronização nos modos de se operar o cuidado instalavam uma verdadeira banalização do horror, cuja potência analisadora² despontava por meio da naturalização dos contrastes, da impossibilidade de afetação e de estranhamentos. Tal situação exigia indagar sobre os processos de produção daquele contexto e das forças em jogo, uma ação que não poderia ser explicada com julgamentos ou categoriais morais, ou mesmo com um arcabouço conceitual facilmente evocável, mas igualmente engessado e indutor daquilo que Rolnik denominou como *síndrome de padronização subjetiva*. Isto é, quanto maior a desorientação, maior a vulnerabilidade a se deixar pelo amparo que as centrais de distribuição de sentido e valor oferecem (ROLNIK, 1989). Ali não havia

² Segundo Rodrigues (1992, p. 42), o analisador é um acontecimento ou movimento social que vem ao nosso encontro, de forma abrupta, convergindo e fomentando uma série de forças até então dispersas; contudo, realiza a análise por si mesma, acelerando a intensidade e o movimento das relações, das forças em jogo, tal qual um catalisador químico. Ainda nesta vertente da Análise Institucional, tomamos Baremlitt (1992, p. 152), que aponta dois tipos de analisadores – os espontâneos e os analisadores artificiais ou construídos – que funcionariam como dispositivos no sentido de explicitar os conflitos, podendo estes serem instrumentalizados, utilizando-se de diversos recursos, tais como artísticos, dramáticos etc. Diz respeito a qualquer montagem que vise a explicitar os jogos de forças de determinado contexto.

dúvidas, questões, muito menos experimentações; só queixas e lamentações, que arrastavam a todos.

Para entender aquele cenário devastado e árido, no qual a vida há muito foi suspensa em um tempo qualquer, era preciso não ter pressa e reconhecer que ação que ali começava era de responsabilidade de muitos e por muito tempo.

Como, em qual momento, a dimensão cuidadora da assistência foi perdida? Como era possível um estabelecimento de saúde com 400 funcionários e 280 pacientes, uma relação de quase dois técnicos para cada paciente, se revelar tão desumana? Quais os motivos que levaram um profissional de saúde a trabalhar numa racionalidade linear, monotematicamente centrada? Por que a crença de que um sujeito sob seus cuidados se reduz a um tratamento de manutenção, a uma pessoa fora de possibilidades terapêuticas? Por que a crença de que o diagnóstico é auto-explicativo, que revela a verdade do sujeito porque revela a patologia, a entidade (como o próprio nome diz) mórbida? Por que ele é separado do indivíduo doente?

O indivíduo, o sujeito, ali era reduzido a um objeto meramente quantificável, à soma correspondente de seus sintomas. Logo, o tratamento prescrito era sempre possível de ser generalizado a muitos dos internos, padronizando as ações e os projetos terapêuticos. Naquele espaço asilar operava-se o retorno à velha máxima: para um conjunto de sinais e sintomas, um determinado diagnóstico, uma determinada intervenção terapêutica, que por sua vez determina o destino do sujeito e as formas de andar a vida: produz-se, assim, uma verdade.

As produções de verdade que sustentam parte dos processos de trabalho ali encontrados não se iniciaram no Hospital Teixeira Brandão, mas foram construídas ao longo do tempo, fundadas, como nos diz Madel Luz:

no descolamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças. [...] ao longo da época clássica, a prática clínica vai-se transformando, com a reorganização dos hospitais como espaço clínico, numa ciência das entidades patológicas. A patologia que é, num primeiro momento, auxiliar da clínica das doenças, converter-se-á em patologia clínica, tendo sobre a prática clínica a liderança da teoria, e o privilégio da ciência sobre a arte (LUZ, 1988, p. 83-86).

Mesmo de posse de alguns nortes teóricos, que iluminavam esses tratamentos centrados em procedimentos, ainda cabia o questionamento sobre o trabalho vivo em ato, como nos diz Merhy (2000), daqueles profissionais que lá estavam. Como era possível que um profissional da área da saúde tratasse de alguém ainda vivo, não reconhecendo e por isso mesmo, muitas vezes, destruindo qualquer possibilidade de manifestação de vida daquelas pessoas? Não havia desconforto, não havia estranhamento. Havia certezas que foram construídas ao longo das trajetórias profissionais desses técnicos.

Era preciso encontrar o fio dessa trajetória. Já naquele momento foi possível perceber que construir as respostas para todas essas questões era tarefa de muitos – daqueles que ali estavam e dos que ainda vão chegar. Assim, é que todos nós, pacientes, profissionais, estudantes, professores, gestores temos a ver com isso.

A multiplicidade de atores e ações evoca a imagem de que um processo de desinstitucionalização, minimamente responsável e eticamente exitoso, nos aproxima de alguns conceitos que tanto Espinoza quanto Deleuze nos ofertaram em suas produções. Ou seja, a imagem de que nos processos de desinstitucionalização sejam disparados encontros que afetem nossas capacidades de pensar, agir e sentir, e que operem de modo rizomático,³ transdisciplinar⁴ e em múltiplas dimensões (DELEUZE, 2002; DELEUZE; GUATARRI, 1995).

É verdade inquestionável que a assistência de saúde mental no Brasil, desde o início da década de 90, do século passado, passa por uma transformação de seu modelo, com ampliação significativa de sua rede de atenção psicossocial, extra-hospitalar, de base comunitária. Mas

³ Deleuze e Guattari (1995) capturam a metáfora vegetal de rizoma, indicando-a como conceito problemático no campo da filosofia, e aperfeiçoando-o em 1980 no texto *Mil Platôs*. Esse conceito se opõe ao modelo de conhecimento arborescente e unificado do pensamento, problematizando o sistema árvore-raiz, propondo um outro, baseado num certo “espraiamento” do pensamento, baseado na multiplicidade.

⁴ “uma clínica transdisciplinar deve imediatamente se afastar de qualquer identificação a uma nova técnica [...]. A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos. [...] A clínica transdisciplinar se formaria como um sistema aberto, onde o analista não apenas criaria intercessores, elementos de passagem de um território a outro, mas onde ele próprio seria um intercessor. Produzindo agenciamentos, misturando vozes, as enunciações, agora sem sujeito, nasceriam da polifonia dos regimes de signos que se atravessam” (BENEVIDES; PASSOS, 2000, p. 8).

também é verdade que formação dos profissionais que atuam no campo ainda é maciçamente centrada na reificação da técnica, dos procedimentos e na redução do tratamento à remissão dos sintomas. A operação clínica, que está em jogo para se pensar a intervenção terapêutica para nossos pacientes, se centra muitas vezes na eliminação da complexidade. Tratar, cuidar são sinônimos de conhecer por intermédio da separação, da classificação, para depois determinar relações sistêmicas entre o que se separa. Assim, o rigor científico afere-se pelo rigor das medições (LUZ, 1988). O que não é quantificável é cientificamente irrelevante; talvez resida aqui parte da justificativa daquilo que pode ser chamado de furor dos *check-lists* sintomáticos.

Ao olhar o ensino e os processos de formação, verificamos ainda muitos aspectos similares – a cronificação, a rotinização, a institucionalização –, encontrados nos locais de assistência e de gestão. Esse debate não pode ser enfrentado somente no campo da saúde mental. Ele indica uma tomada de responsabilidade pública que fala das equipes de saúde mental, das equipes de saúde, das instituições de ensino e da sociedade em geral.

O inegável avanço da política de saúde mental, a implantação de sua potente rede de assistência – com o funcionamento de mais de mil centros de atenção psicossocial (CAPS), dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs), das emergências psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros dispositivos – não significa que toda essa rede opera na lógica da responsabilização do cuidado e da humanização da assistência em defesa da vida. Muitos serviços extra-hospitalares ainda funcionam mantendo a mesma lógica asilar, centrada no procedimento, na remissão do sintoma, na redução do sujeito à doença, nas múltiplas formas de exclusão encontradas nos hospitais psiquiátricos. Seguindo a mesma direção, também podemos reconhecer esse panorama em outras ações e programas de saúde – por exemplo, nos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários em saúde, no atendimento às emergências, enfim, na assistência em geral.

Portanto, o desafio de desinstitucionalizar as ações de saúde é de todos, do controle social, das instâncias de gestão, das instituições formadoras, da rede de assistência, dos movimentos estudantis e das 14 profissões da área da saúde. É nesse contexto que se insere o segundo tempo deste ensaio, ou seja, o encontro da assistência com a formação.

Partilhamos com Ceccim e Feuerwerker a idéia de que a formação dos profissionais de saúde deve ser pensada como um projeto no qual são indissociáveis as ações de ensino, assistência e produção do conhecimento.

formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. A formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 2).

Por isso precisamos nos voltar para nossas instituições de ensino e incluí-las com vigor na agenda de ativação de processos de mudança desses coletivos. Parte dessa agenda pode ser vista nas discussões da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES-MS/CNS, 2006).⁵ A conferência explicitou, de forma inequívoca, uma série de desafios, entre os quais aqueles situados no campo da Educação, e que se mostram evidentes no exato momento em que o egresso dos cursos de graduação dá início às atividades profissionais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Formação contextualizada, ampliação da capacidade de cuidado, humanização das práticas, capacidade de refletir e transformar a realidade são elementos considerados essenciais no perfil esperado para

⁵ Realizada em Brasília, em março de 2006, a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES-MS/CNS), reuniu mais de 1.100 representantes de trabalhadores, usuários e gestores da saúde que definiram algumas prioridades – conforme proposições aprovadas nas pré-conferências organizadas em 2.205 municípios de todos os estados – e que foram consolidadas no Documento Referência da III CNGTES, entre as quais destacamos a *adequação dos currículos da área de saúde à realidade brasileira*.

os profissionais de saúde, o que torna indispensável o progresso das instituições formadoras na implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde.

Nessa direção, na agenda nacional observam-se diversificadas iniciativas que buscam confluir esforços para superar os desafios relativos a esses dois campos – saúde e educação.⁶ Pode-se afirmar que a formação para o SUS e a educação permanente dos trabalhadores da rede representam importantes ações, necessidades essenciais, para a melhoria das condições de saúde da população.

Apesar de vários esforços, a geração de conhecimento no campo da Saúde e a formação de seus profissionais ainda são consideradas atividades isoladas. Por um lado, as práticas educativas raramente privilegiam um enfoque que possibilite aos grupos de estudantes e profissionais a oportunidade de vivenciar ativamente a aprendizagem como construção de conhecimento, por meio da reflexão sobre suas próprias experiências e a participação ativa em estudos, investigações e foros de debate (ROSHKE; BRITO, 2002). Por outro, a disseminação de novos conhecimentos científicos está pouco orientada para a prática profissional, havendo, inclusive, um longo período de defasagem entre sua produção e difusão, e sua integração à prática dos serviços de saúde. É fundamental, portanto, que sejamos capazes de vencer os atuais desafios do processo de educação permanente na área da Saúde.

Foi nesse contexto que o segundo tempo desta história iniciou seus trabalhos, produzindo o encontro da assistência, da gestão e do ensino. Após o fechamento do hospital, em 2005, foi construído um

⁶ A mais recente dessas iniciativas foi o curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, realizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e a Rede Unida. O curso, de âmbito nacional, proporcionou oportunidades significativas de reflexão sobre o processo de aprendizagem em saúde, a dinâmica das instituições formadoras e sobre as práticas de saúde, com o objetivo de ampliar as possibilidades de intervenção transformadora dos participantes em suas instituições de origem. Como resultado, estão sendo desenvolvidas experiências inovadoras no âmbito da atuação docente e da organização dos cursos de graduação na área da Saúde. A UFRJ e a UNIFESO se fizeram presentes nessa iniciativa, com um número expressivo de profissionais docentes e técnicos de nível superior de diversas unidades acadêmicas, exercendo as funções de tutoria e de ativadores de mudanças, o que permitiu uma aproximação de várias instituições de ensino e de serviço, e sinalizou possibilidades de outros desdobramentos e novas parcerias.

projeto de estágio interinstitucional, multi-referencial, de seguimento do processo de desinstitucionalização, na modalidade de acompanhamento terapêutico.

O segundo tempo em ação: sobre redes, malhas e laços interinstitucionais

O projeto, seus encontros, conceitos e uma virtude

Como já foi dito, o embrião da idéia foi gestado durante o processo de desinstitucionalização do Hospital Teixeira Brandão, quando, no início da intervenção, a tarefa primeira era reorientar a assistência psiquiátrica. Nessa etapa, o trabalho ali realizado pelos seus funcionários operava de forma excludente, fragmentada e algumas vezes desumanizada, perversa, com uma rígida posição de resistência a qualquer tipo de movimento.

Quando os atos de cuidados e institucionais eram colocados em análise, não raro os pacientes institucionalizados por mais de 30 anos respondiam às intervenções com muito mais facilidade do que os profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

Esta situação ilustra vários momentos nos quais em “ato” foi possível perceber o quanto o “saber” e o “fazer” estavam atrelados, tanto nas ações dos profissionais como na tarefa de cuidado na instituição.

Naquele início da ação, houve a entrada por meio de concurso público de novos profissionais no hospital. Mas a forma de operar o cuidado daqueles profissionais, em sua maioria jovens e recém-saídos dos bancos da universidade, revelava também como a academia reforça práticas fragmentadas e excludentes, práticas concebidas e realizadas numa lógica biologicista, que não inclui outras lógicas de análise possíveis para se entender a realidade local, tal como a lógica institucional. Assim, mais uma vez a importância da formação, da prática no serviço e da gestão caminham de forma inseparável destaca-se como um imperativo ético.

Com o fechamento do hospital e a montagem de um complexo aparato assistencial extra-hospitalar - um Centro de Atenção Psicossocial - CAPSII, vinte e sete Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, um ambulatório, um centro de convivência, três leitos de atenção integral em hospital geral – essa rede se afirmou como um

campo privilegiado de formação em saúde mental. Além disso, a própria ação de desinstitucionalização, em curso, apontava a necessidade do enfrentamento de algumas situações clínicas inadiáveis. Existiam ainda muitas dificuldades relacionadas ao cuidado dos moradores das residências que era preciso superar. Foi com base em todas as questões apresentadas que o projeto de estágio foi construído como disparador de intervenções e problematizações nesse campo de práticas, gestão e formação.

Esse estágio reúne a gestão (Assessoria Estadual de Saúde Mental da Secretaria do Estado do Rio de Janeiro), o ensino (UFRJ e UNIFESO),⁷ a assistência (Programa de Saúde Mental do município de Carmo) e se dá no modelo de acompanhamento terapêutico. Conta, atualmente, com oito alunos, sendo cinco de graduação de Medicina (UNIFESO) e três da graduação de Psicologia (UFRJ). Sua finalidade é proporcionar aos estudantes uma imersão no campo das políticas públicas de saúde mental, no SUS, por meio de vivências clínico-institucionais e pela oferta uma experiência de estágio interinstitucional e multiprofissional na rede pública de saúde do Município de Carmo, na Região Serrana do estado do Rio de Janeiro.

O projeto sustenta-se conceitualmente nas reflexões e contribuições de alguns autores que, ao longo de suas vidas, com suas produções de conhecimento, reconheceram a indissociabilidade da ação e da produção do conhecimento. Um dos efeitos dessa indissociabilidade surgiu, em sua dimensão analisadora, em uma das supervisões. Os estagiários propuseram iniciar a produção científica sobre sua prática com base na construção de um instrumento cujo objetivo era avaliar o impacto dos dispositivos de cuidado na cidade de Carmo e, especialmente, o grau de conhecimento da população sobre a rede de saúde mental. A primeira questão colocada foi: por que não falar do impacto do acompanhamento terapêutico e da rede com base no próprio cenário de práticas e nas experimentações no cotidiano com cada paciente? A questão colocou em xeque as

⁷ A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), por meio do Departamento de Psiquiatria e Medicina legal da Faculdade de Medicina e do Laboratório de Currículo e Ensino do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (LCE-NUTES), e o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), por meio da Pró-Reitoria de Graduação, do Centro de Centro de Ciências da Saúde e da Coordenação do Curso de Graduação em Medicina.

dicotomias entre produção científica e produção de conhecimento. Foi possível debater e compreender que aquele campo experimental – o que era discutido e experimentado no cotidiano – se constituía, também, como produção legítima de conhecimento.

A obra de Paulo Freire e, mais recentemente, os trabalhos de Merhy, Fagundes e Fróes-Burnham, transmitem a defesa de que o que se aprende tem relação com o local, com a interação entre as pessoas e com o momento (MERHY, 1997, 1998, 2000, 2004, 2005; FAGUNDES; FRÓES-BURNHAM, 2005). Os autores afirmam a existência de outros espaços para o processo de formação para além da escola. Reconhecem várias dimensões espaço-temporais, subjetivas e múltiplas aprendizagens que acontecem em cada um desses espaços. Por isso, ativar e sustentar movimentos de mudança na formação requer o exercício de deslocamentos subjetivos, de disparar processos de problematização e ressignificação no mundo do trabalho, esteja ele na instituição de ensino, de assistência ou de gestão (MERHY, 2004 e 2005). Implica em olhar para as tramas e significados das redes em movimento no interior das instituições, cartografá-las, identificar as produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar, o ensinar e o gerir sobre sentidos dos processos coletivos em ato. Não há algo que se ensine, uma técnica, um procedimento, muito menos um manual de como ativar esses processos; há uma transmissão em ação, processos, redes de afecção.

Novamente este ensaio se aproxima da idéia de afecção espinoziana. Essa aproximação se justifica pelo fato de que toda experiência de ensino e de assistência é uma experiência com as afecções da existência, ou com isso que se produz a partir de nossa posição no mundo, como corpo em encontro com outros corpos que assim se afetam de modo alegre ou triste (DELEUZE, 2002). Este projeto se sustenta na defesa de que não há ativação de processos coletivos na gestão, no ensino ou na assistência sem encontros que potencializam a vida, ampliando nossos processos cognitivos, afetivos e sensoriais. Estão incluídos aqui os que produzem desconforto, ruídos, os mobilizadores, os problemáticos, todos os encontros que revelam a vida em sua tensa produção. Afinal, mudar significa se colocar em movimento, disparando redes de problematização no/do tempo(s) e espaço(s), individuais e coletivos (CERQUEIRA-GOMES, 2006).

Quando a construção da proposta de estágio foi iniciada, o conjunto de instituições envolvidas partilhou o entendimento que o estágio deveria ser investido, não só concreta, mas subjetivamente, na idéia de uma viagem. Uma viagem que chamasse a todos para o exterior, uma viagem conectiva que construísse laços com o mundo das coisas, das pessoas, e que simultaneamente, durante sua trajetória, possibilitasse um olhar para dentro de cada um dos viajantes. Um olhar provocador que disparasse questões sobre como nos apresentamos neste mundo e como nos ofertamos para o trabalho.

Trabalhou-se com o entendimento de que todos os envolvidos – estudantes, supervisores, a rede em geral – não produzem ações, trabalhos, estudos, externos ao ato de estar no mundo, à forma como, por exemplo, o trabalho é organizado, a vida é organizada. A ação de ensino, assistência, formação e gestão é simultaneamente um processo individual e coletivo.

A noção de coletivo aqui é operada como um espaço múltiplo, que para ser potente precisa se abrir à inclusão das diferenças, dos diferentes e das tensões. Não é possível ativar processos de mudança querendo se fazer do coletivo um – uma unidade, uma homogeneidade. Coletivos devem sustentar o múltiplo, aquilo que escapa, que resiste. Não há mudança sem resistência e onde há resistência há muito trabalho.

Assim, pode-se dizer que este projeto foi construído por muitos, ao longo do tempo, com base em algumas “ferramentas-funções”. A idéia é que essas ferramentas auxiliem os estudantes a operar no interior dessas lógicas institucionais, tornando-as sonoras, e trazendo para o espaço público o debate sobre estratégias que sustentem projetos políticos que atuem em defesa da vida (MERHY, 1998).

Sobre a estratégia metodológica

A estratégia metodológica utilizada, o acompanhamento terapêutico, consiste numa prática que se insere para além do espaço estrito dos estabelecimentos de saúde. Amplia os espaços de produção da vida instaurando outros territórios e, em sua radicalidade, problematiza a loucura na sua condição de existência doente. Produz outros modos de existência e territórios reais de vida não doentes. O espaço de atuação do acompanhante terapêutico é da ordem do “*entre*”: saúde

e doença, cidade e estabelecimento de cuidado, indivíduo e família, clínica e política. Realiza-se com o acompanhamento terapêutico, uma clínica sem muros na qual o lugar do cuidado se configura a cada incursão pelo espaço da cidade (PALOMBINI, 2004).

Mapeia-se um novo lugar para a experiência clínica com o paciente, o que impõe a transversalização do intrapsíquico e do social. Os estudantes experimentam as ferramentas conceituais propostas nos modos de atuação e no próprio cenário de práticas. Por exemplo, a multiprofissionalidade e a transdisciplinaridade são operadas por meio do trabalho de duplas formadas por estagiários de Medicina e de Psicologia, acompanhando cada paciente indicado pelo Programa de Saúde Mental de Carmo que necessita de cuidados mais intensivos.

Nesse encontro, diferentes saberes se transversalizam⁸ na construção de uma rede de produção de saúde, operando com a lógica da integralidade: para além do plano dos especialismos e saberes instituídos. O acompanhamento terapêutico, em sua movimentação por diversas paisagens, modifica, intervém, afeta e é afetado, constituindo uma *itinerância*. Assim, esta modalidade de estágio constitui-se como estágio-intervenção:

O acompanhante terapêutico nota intrigado que chamou sua prática de intervenção. Se este termo o incomoda, por trazer no contexto da política o ranço de uma ingerência autoritária na vida alheia, o termo interpretação que ele teria usado em seu lugar, traz um ranço que o incomoda muito mais, desta vez no contexto da clínica-prática de substituir vivências por significações, além do mais estabelecidas *a priori*. Neste sentido lhe parece interessante manter o termo intervenção, pois além de enfatizar a idéia de que a interpretação é um ato – e não só discursivo –, ele chama a atenção para a natureza experimental desse ato essencial em seu trabalho. Sua tarefa consiste em tentar tecer junto com o louco que é acompanhado redes para as quais seus investimentos façam sentido. A experimentação consiste em fisgar no contexto problemático que se delinea ao longo das *errâncias* do acom-

⁸ Guattari (1981) oferece o conceito de transversalidade como forma de problematização das relações de poder, subvertendo-o, a partir do conceito de transferência, onde as relações se dariam por delegação hierarquizada. A transversalidade estaria em oposição a uma verticalidade e a uma horizontalidade no processo de construção e organização do conhecimento. Nesta direção coloca em análise o papel do professor e do supervisor, bem como o do aluno, renunciando à égide da verticalização e horizontalização, possibilitando encontros, devires e criação de conceitos.

panhamento elementos que possam eventualmente funcionar como componentes dessas redes, identificar focos suscetíveis de fazer a existência do louco bifurcar em novas direções, de modo que territórios de vida possam vir a ganhar consistência. (ROLNIK, 1997, p. 91).

Merhy, em seus estudos sobre os processos de trabalho em saúde, nos indica que a produção do cuidado deve ser o objetivo principal de todo aquele que trabalha na área de Saúde, independentemente da especialidade ou especificidade de sua profissão. O caso do Sr. João, morador de um SRT, ilustra a afirmação acima. Durante uma situação de crise precisou ser internado no hospital psiquiátrico por três meses. Após a alta, a equipe que acompanhava o serviço residencial terapêutico, ainda muito mobilizada pelas agressões produzidas por João, demandava sua transferência para outra moradia. Foi possível, com o estágio de acompanhamento terapêutico, trabalhar em detalhes toda a situação que levou à internação de João, desconstruindo a naturalização da crise e das agressões como algo inerente à sua patologia. Novos problemas se tornaram visíveis, a clínica e a gestão da casa surgem, então, como os principais problemas. Desloca-se o foco do “morador-problema” para os processos de trabalho e para a atuação clínica dos profissionais que se apresentavam em crise.

A inclusão dos estudantes nesse cenário de práticas tem-se mostrado, até o momento, como potente ferramenta de ampliação do conhecimento, por meio de uma prática de cuidado transversal, inclusiva e ética, prática esta que apresenta resultados significativos na assistência prestada à população. É visível não só a construção de direções de tratamentos singulares, antes impensados, sobretudo para os casos mais graves, como também o impacto efetivo na redução do número de internações psiquiátricas e na qualidade do serviço prestado.

O estágio como um encontro com os coletivos: a função dispositivo

Se possível é marcar um significante prevalente nesse encontro é o da diversidade; se igualmente possível é extrair um princípio, este é o do exercício da tolerância das diferenças. Nesses encontros é preciso, como já foi dito aqui, reconhecer a pluralidade. Discutir e buscar as matrizes teóricas, os conceitos que se apresentam, nos ajuda a colocar em análise os eixos da gestão, da clínica e do

ensino, de forma que novas e potentes conexões possam ser estabelecidas em prol da construção de um projeto coletivo. Conexões em rede no qual o exercício de aproximar esses eixos necessariamente convoca cada um do coletivo a refletir sobre seus processos de trabalho e, conseqüentemente, sobre o lugar que cada um ocupa na arena pública.

Para explicar esse movimento, foi tomado emprestado o conceito foucaultiano de dispositivo como aquilo que engendra movimento produzindo novos sentidos e significações no cotidiano. O dispositivo se apresenta como um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, leis, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais. Os *ditos* e o *não ditos* são seus elementos constitutivos, assim como a rede tecida *com* e *entre* esses elementos (FOUCAULT, 1986). O efeito do dispositivo é então experimentado, não só na forma de se discutir e problematizar as histórias clínicas dos pacientes, mas sobretudo na forma e modo de conduzir a supervisão como *dispositivo*, no qual os encaminhamentos e impasses se dão no plano do coletivo.

O estágio operando a função mudança

É preciso se interrogar sobre a mudança? Qual o objetivo da mudança? De que mudança se fala aqui: daquela que coloca o sujeito no centro da cena da arena pública! Com que intenção? A de ocupar um lugar de defesa da vida, de ampliação e de responsabilização na produção de cuidado e na produção de conhecimento nessa arena. Tomar esta posição impõe algumas conseqüências, entre as quais a defesa de que haja potência “do” e “no” movimento de mudança. Sustentar essa potência significa trabalhar numa direção que aponte para dois vetores, duas dimensões, em tempo real: a espacial e a própria dimensão temporal.

Espacial porque é necessário que esse movimento, ao se produzir, construa e conecte laços afetivos, sociais, culturais, subjetivos, territorializando e desterritorializando campos de práticas e saberes que circulem entre os atores que se ocupam, por exemplo, dos diferentes equipamentos sociais. Esses deslocamentos espaciais, esses encontros no território desenham, qualificam múltiplas trajetórias ao mesmo tempo singular e coletiva.

Temporal, porque deve produzir e sustentar ritmos e intensidades diferentes. É preciso garantir, na linha do tempo desses encontros, a pintura, os desenhos de diversas formas e paisagens, com muitos matizes. Se assim é, isto nos coloca também em contato com a complexidade do tempo. Porque a construção deste múltiplo é ao mesmo tempo urgente, posto ser inadiável, mas igualmente lenta, com a demora necessária à construção de uma malha de cuidados contínua, ininterrupta, plural, equânime, fraterna e solidária.

O estágio produzindo a função do cuidado

Tomar o ensino e o ato da assistência como sinônimos de construção de planos de cuidado, há de se reconhecer os vários mapas de cuidado que são produzidos e se colocam em disputa na arena pública entre profissionais, professores, alunos, usuários, famílias, instituições. Trabalhar reconhecendo que esses planos de cuidado, muitas vezes em disputa, falam e reconhecem a existência de muitos saberes sobre os sujeitos: o saber tradicional, o saber científico, o saber legitimado, o senso comum. Esse reconhecimento abre espaço para contratualizar e criar espaços intercessores, espaços estes que, ao se ocuparem de todos os personagens protagonistas dos planos de cuidados, geram novos espaços movidos por uma tomada de responsabilidade partilhada. A idéia é que o reconhecimento do cuidado, como um território múltiplo que fala de várias conformações, recuse o atual modelo technoassistencial profissional-centrado. O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato dependente (MERHY, 2000 e 2002). Reconhecer as existências dos distintos planos de cuidado, colocar em cena esses saberes como opções tecnológicas, permite pensar estratégias de cuidados para além do campo sanitário *stricto sensu*, ampliando as ações em saúde a serviço do usuário e de seu problema (MERHY, 2000, 2004 e 2005).

nos modelos technoassistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores sobre o processo de adoecimento são produzidas com base em espaços intercessores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário. (MERHY, 1988, p. 12).

Essa afirmação autoriza a extensão dessa relação para a dinâmica entre professor e estudante nas instituições de ensino em saúde.

Deve-se fazer a defesa da intersecção partilhada. Seguir provocando a construção de espaços de intersecção partilhada nos cenários da universidade, da gestão e das práticas, surge como um desafio potente para os que operam nesses coletivos.

O estágio produzindo a rede, a função conectiva

Construir e sustentar encontros conectivos, não só como uma característica pessoal como epistemológica, é o desafio de fazer rede, de preencher os espaços com relações, criando os laços possíveis a cada um. Vincular, fazer conexões, implica estabelecer redes de conversações entre aqueles que demandam o cuidado e aqueles que agenciam e/ou potencializam o cuidado. Implica em reconhecer nesse encontro um conjunto de ações que se orienta para a busca de ganhos cada vez maiores de contratualização e autonomia dos usuários perante seus modos de andar a vida. Significa, também, ampliar as conexões do olhar, afetar e se deixar afetar pelas múltiplas formas de existência dos sujeitos. É, em última instância, reconhecer o outro enquanto um sujeito e, como tal, reconhecer que está nele, na sua narrativa, no seu corpo, na sua posição na vida o eixo para a construção dos planos de cuidado partilhados, de processos de ensino ampliados, de coletivos responsáveis e implicados. Verifica-se aqui novamente a tensão constitutiva do trabalho em coletivos; é preciso reconhecer essa tensão não para diluí-la, mas para sustentá-la. No interior desses espaços existem sujeitos em ação com suas múltiplas produções individuais e coletivas.

O estágio produzindo a função acesso

Essa função é trabalhada na sua radicalidade. Quem faz o acesso senão o conjunto dos processos de trabalho de um determinado local? O estudo de como o local toma para si o tema do acesso sempre revela certa organização social, que muitas vezes pode ser sinônimo de distância, estranhamento, imobilismo. Entender como a equipe e a clientela circulam no local, como os alunos, os professores circulam nos espaços de produção do conhecimento, de assistência, como esses espaços revelam ou não as diferenças entre as pessoas, pode indicar maior ou menor grau de movimento, de flexibilidade

institucional e, por consequência, maior ou menor probabilidade de se reverem os pactos e contratos estabelecidos. Em última instância, significa identificar a maior ou menor probabilidade de reconhecer a parte que cada um tem na produção do cotidiano do serviço e das instituições. Assim, o acesso deixa de ser problema de recepção, de construção de fluxos, de diagramas, e se torna objeto da prática de todas as equipes das instituições de ensino, de saúde, e de todos os coletivos institucionais que operam no campo público.

O estágio produzindo a virtude da militância

Esta virtude convoca todos ao trabalho. A construção de coletivos para ativação de mudanças necessariamente são multiprotagonistas centrados. A responsabilidade de construção desses espaços é de todos, rigorosamente de todos os atores, estejam eles circulando ou fixados nesses espaços. O exercício dessa virtude, no entanto, deve reconhecer as ações de transformação, por mínimas que sejam.

Paulo Freire sustentou ao longo de sua vida a virtude da militância. Dizia ele que ela mantém a utopia, que faz a defesa de uma pedagogia dos sonhos possíveis. Sonho, crença de que é possível seguir com nosso trabalho, como agentes e atores públicos, cada um ocupando seus distintos lugares na arena pública, ampliando o acesso, qualificando o cuidado, construindo uma assistência humana e produzindo conhecimento de uma forma interessada, ética e digna para a nossa população. Diz ele:

sonhar não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação da forma histórico-social de estar sendo de mulheres e homens. Faz parte da natureza humana que, dentro da história, se acha em permanente processo de tornar-se [...]. Não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança! (FREIRE, 1992, p. 91-92).

Quando o estágio foi pensado para operar esses processos nos coletivos da rede municipal de Carmo, houve uma aposta na criação de espaços intercessores⁹ partilhados sustentando a indissociabilidade

⁹ Intercessão não no sentido de convergência, mas ao contrário, daquilo que diverge, produz desvios, interferências, tal como Deleuze (1998) define o conceito de intercessor como a possibilidade de desvio que cria.

entre ensino, assistência, produção do conhecimento e gestão. A aposta foi produzir um movimento entre os estudantes, os pacientes, as equipes e a rede de permanente experimentação e criação. Assim, provocar todos, da forma que é possível para cada, o exercício dessas posições, radicalmente desinstitucionalizantes, tem sido uma tarefa precípua desse projeto.

Referências

- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BENEVIDES, R. B.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan-abr 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. IN: CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. 3., CNGTES – MS/CNS, *Anais...*, Brasília, 2006.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.
- CERQUEIRA-GOMES, M. P. *Se não agora, quando?* Um ensaio sobre algumas ferrematas de um ativador de mudanças. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. EAD/ENSP/FIOCRUZ/ Ministério da Saúde/Rede Unida, 2006. Mimeo.
- DELEUZE, G. *Espínosa, filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- _____. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1998.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. V. 1*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- FAGUNDES, N. C.; FRÓES-BURNHAM, T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 105-14, set2004/fev. 2005.
- FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: MACHADO, R. (Org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança*. um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- GUATTARI, F. Transversalidade. In: GUATTARI, F. (Org). *Revolução molecular*. pulsões políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105.
- _____. A transversalidade. In: _____. *Psicanálise e transversalidade*. ensaios de análise institucional. São Paulo. Letras e Idéias, 2004. p 102.
- LUZ, M. T. *Natural, racional social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. M. (Org). *Democracia e saúde*. São Paulo, 1998.

_____. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.: *Cadernos CINAEM - Fase III*. São Paulo, 2000.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 15-35.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 195-206.

PALOMBINI, A. *et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

RODRIGUES, H. C. Psicanálise e análise institucional. In: _____. *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 1992, p. 42.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. p. 109-110.

_____. Clínica nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (Org). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997. p. 91-93.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P. *Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud: manual del educador*. Washington: OPS, 2002.

TALLEMBERG, C. *Todos os nomes: Percurso-montagem das práticas em reabilitação psicossocial em um serviço de atenção diária no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Estudos da Subjetividade) - Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil

GINA FERREIRA

O presente artigo tem sua origem no projeto de tese, ainda em elaboração, para o doutoramento em Psicologia Social da Universidade de Barcelona. No entanto, é importante que as reflexões que apontam a integralidade e a desinstitucionalização no processo da reforma da assistência psiquiátrica no Brasil sejam compartilhadas com outros ao longo do caminho.

Para isso é necessário analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil desde 1986, ocasião de implementação do Sistema Único de Saúde (doravante SUS), até os dias atuais. Partirá do princípio de que tal reforma percorreu um longo trajeto junto à reformulação das políticas públicas de saúde, considerando a integralidade como princípio de valores éticos, ao se opor à visão dicotômica nas práticas de intervenção das enfermidades. Esses valores constituíram as bases para a reorientação da assistência psiquiátrica, construindo as práticas de desinstitucionalização como pensamento fundamental para reversão do modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico.

Antecedentes da Reforma Psiquiátrica

Poderíamos dizer que a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso na década de 70, durante a ditadura militar, época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. A forte

recessão, derivada da política econômica que obedecia a grupos de pressão internacionais, tinha como consequência a precariedade do trabalho, a acelerada baixa da renda familiar e o índice alarmante de miséria absoluta, o que exigia maior atenção da saúde. Paralelamente, percebia-se a falta de recursos, especialmente no aparato dos serviços sanitários, onde havia ainda o clientelismo na esfera pública, o investimento da rede privada – favorecendo o desmonte da *coisa pública* – e o pouco interesse do Poder Legislativo em valorizar as políticas sociais. Todos esses são fatores que contribuíram para a ineficácia e a não-resolução dos serviços, como comenta Merhy (1997, p. 125):

Inumeráveis são os exemplos que apresentam a desumanização dos serviços com relação à clientela, a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade na atenção dos diferentes estratos econômico-sociais e o privilégio dos cidadãos que podem pagar preços altos por serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor.

Na tentativa de responder às pressões sociais que se intensificam, o governo criou, com a Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975, o Sistema Nacional de Saúde. A nova lei definia a responsabilidade da saúde de forma dicotomizada, na qual delegava ao Ministério da Saúde as práticas de saúde pública, e ao da Previdência e Assistência Social a assistência médica, destinando a este último a regulação da distribuição de recursos. Essa dicotomia expressava o pensamento de gestores da saúde que privilegiava a assistência médica em lugar da saúde pública – o curativo em lugar do preventivo.

Deste modo, criou-se um sistema de práticas de saúde fragmentária sem visão de *integralidade* e sem que respondessem à demanda real da população. Cabe acrescentar que a *integralidade* em saúde estabelece uma ruptura com a hegemonia do pensamento cartesiano dicotômico do problema-solução/enfermidade-cura. Segundo aponta Araújo (2001, p. 44), ao referir-se à origem da integralidade:

Suas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou

sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isto significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude freqüentemente adotada por médicos era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais.

Nesse contexto se configurava a crise do setor saúde, com graves consequências para a saúde mental. O hospital psiquiátrico passa a ser a resposta de intolerância social com aqueles que não podem administrar sua enfermidade por meios próprios, ou seja, a população de maior precariedade econômica e social. Nestes casos, o diagnóstico muitas vezes é apenas a grande oportunidade para legitimar a exclusão social. Neste sentido, nos revela Sánchez (1999, p. 69): “Ao segregar o outro como distinto e estranho (outsider), a exclusão moral se constitui num processo marginal básico tanto para construir os problemas sociais como para impedir sua solução social”.

O início da Reforma é paralelo às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país. Ocorreu, pois, no contexto de reivindicações de mudanças políticas concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais, na conjunção da sociedade civil e do Estado, ante o fortalecimento da sociedade civil que Gramsci chamou de “a hegemonia política e cultural de um grupo cultural sobre toda a sociedade, como conteúdo ético do Estado” (citado por BOBBIO, 1999, p. 56). Portanto, pode-se dizer que a Reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país.

O sistema de financiamento do setor sanitário na década de 70 revelava a estrutura perversa da gestão administrativa e a irresponsabilidade do Estado frente à proteção social. Percebe-se a retração do papel do Estado em relação à proteção social de toda a população, o que é visível na proposta de uma ordem política baseada na desigualdade e na exclusão de direitos como o acesso à distribuição da riqueza e aos bens públicos.

Crescia a inconformidade social com o sistema de saúde. Em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) gas-

tava 95% do fundo de saúde mental com 269 hospitais da rede privada. A partir daí, tornam-se inadiáveis as discussões que permitiriam a reorganização do setor, que passa a entender as práticas de saúde como práticas sociais articuladas segundo fatores econômicos, políticos e ideológicos.

Com essa preocupação, em 1976 é criado o CEBES (Centro de Estudos Brasileiro de Saúde), organizado por sanitaristas e intelectuais que, através do meio acadêmico, começam a manifestar o ideário da Reforma Sanitária. Nesse período, técnicos mais visionários da saúde, influenciados pelo modelo de psiquiatria comunitária americana, começaram a propor mudanças no modelo assistencial. Este, assim, passa do modelo clássico, de atenção à doença já constituída, ao preventivista, implicando a criação de alternativas extra-hospitalares como as oficinas terapêuticas, hospitais-dia, programas de atenção primária, entre outros.¹ No entanto, essa proposta não cumpriu seu objetivo, porque se centrou exclusivamente na ampliação da rede ambulatorial, sendo pouco significativa a redução das internações. Em 1975, verificava-se que 13% das consultas resultavam em internações, enquanto a Organização Mundial da Saúde estimava o limite em 3%. Outro fato relevante é que tampouco se evitavam a cronificação e o *hospitalismo*, já que em 1980 a porcentagem de reinternações chegava a 65% (SANTOS, 1994).

Em 1986, organizava-se a VIII Conferência Nacional da Saúde. A intenção era promover a saúde, tomando por base a melhoria da qualidade de vida através de vários fatores como educação, moradia, alimentação, bem como o direito à liberdade e cabendo ao Estado o papel de facilitador dessas condições reivindicando-se a criação do SUS, com a separação do Ministério da Saúde da Previdência Social. Esse sistema estabelece as diretrizes que permitirão construir as bases necessárias de uma reforma sanitária e psiquiátrica, gerando, de maneira

¹ “O preventivismo, sob inspiração dos princípios de Psiquiatria de G. Caplan, em 1960, apresenta três ordens prioritárias: 1) aquelas destinadas a reduzir (e não curar), numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a ‘sanidade mental’ dos grupos sociais (prevenção primária); 2) aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente (prevenção secundária); e 3) aquelas cuja finalidade é minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais (prevenção terciária)” (LANCETTI, 1989 *apud* AMARANTE 1992, p. 105).

objetiva, a reformulação do setor de saúde com propostas efetivas de redefinição das políticas sociais. O lema defendido é “*a saúde como um direito de todos*” e são adotados os seguintes princípios básicos:

- a) **universalidade**, que permite à população o acesso, sem restrições, aos serviços e ações de saúde;
- b) **descentralização** do sistema e **hierarquização** das unidades de atenção à saúde, o que propicia a fragmentação de responsabilidade entre níveis de governo, além de romper com a concepção de territórios burocráticos das instâncias federativas; Esta incorpora o projeto de serviços locais de saúde (SILOS)² como proposta de distritalização, no qual as ações são planejadas de acordo com a realidade sanitária de cada região.
- c) **participação e controle da população na reorganização do serviço**.

São criadas instâncias de controle colegiadas com a função de se sobrepor à ordem burocrática, criando uma cultura de participação dos setores populares, para a qual é necessário o conhecimento do direito social (FERNANDES, 1996). Esse princípio aponta claramente a qualidade de uma democracia participativa: as decisões se democratizam quando os usuários de saúde têm acesso às informações e direito a expressar suas opiniões em defesa do interesse coletivo, tornando-se sujeitos ativos na construção de políticas sociais, sobretudo as de saúde.

Com a aprovação de um conjunto de leis referentes à saúde na Assembléia Constituinte de 1988, foi possível caracterizar a saúde como direito universal. A Lei Federal nº 8.080 criou o SUS, estabelecendo uma política para o setor privado que obedecesse às normas do poder público.

A criação do SUS propiciou mecanismos de financiamento que ofereceram incentivos para a adesão dos municípios ao SUS; o que se deu proporcionalmente: em 1993, 26% haviam se habilitado; em 1996, chegava-se a 72% e em 2000 tínhamos a quase totalidade, 98,96%. (COTA; SILVA; RIBEIRO, 1999, *apud* PERISSINOTO; FUCKS, 2002).

² Preconizado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), na década de 1970, e de acordo com o modelo sanitário italiano.

A VIII Conferência Nacional de Saúde é uma resposta à ausência de políticas sociais no país voltada à saúde com efeitos na política de saúde mental. O impacto dessa conferência tem sua raiz na participação de integrantes de vários setores e segmentos sociais, ampliando os espaços de participação e incluindo, na agenda do Estado, propostas que remodelaram o campo social. Isto significa que o fundamento técnico e ideológico na construção de novas formas de políticas públicas ressaltava a importância da conjunção Estado/sociedade.

Reforma Psiquiátrica / Movimentos Sociais: proposta sociopolítica para a desinstitucionalização

Antes de prosseguir, é oportuno aclarar as bases sociais sobre as quais se desenvolveu a Reforma Psiquiátrica. No final dos anos 70 e início dos 80, com o declive da ditadura militar, o país passa por transformações importantes no campo político e social, apresentadas por vários fatores que vão construindo o trajeto da democracia. Os movimentos sociais emergem da multiplicidade de representações de novos atores legitimados: mulheres, camponeses, indígenas, negros, sem tetos e outros. Assim, as minorias discriminadas reclamam aspectos relativos à discriminação de gênero, raça e etnia, ecologia, violência e direitos humanos, reivindicando do Estado condições para o desempenho de sua cidadania.

Outro fator de suma importância é a formação de bases sindicais que conquistam, como mediadores, o poder de negociação para a regulação das relações de trabalho, havendo sido até então de âmbito exclusivo do Estado. Nesse momento se concretiza outro fator reconhecido: a consolidação de um partido de representação de forças sindicais e populares, o Partido dos Trabalhadores (fundado em 1980). Seguindo esses acontecimentos, podemos apresentar como último fator a Constituição de 1988, principalmente como aspecto de relevância para a dinâmica do processo democrático, onde se reconhecem os direitos sociais e civis. Assim, “o novo texto legal traduz uma exigência de participação na gestão da coisa pública, levando a possibilidade de construção compartilhada e negociada na legalidade capaz de conciliar democracia e cidadania” (TELLES; PAOLI, 2000, p. 109).

Nesse cenário podemos elucidar o campo em que ocorreu a vitória da VIII Conferência Nacional de Saúde. Considera-se que esta

teve relevância na hora de estabelecer as bases da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987: apresentam-se denúncias sobre a violência e os maus-tratos a que estão expostos os internos dos hospitais psiquiátricos; exige-se a Reforma Psiquiátrica e surgem propostas que implicam o reverso do modelo hospitalocêntrico custodial, através da diminuição de leitos.

A partir dessas duas conferências e da criação do SUS, vêm à luz fatos importantes para a história da Reforma Psiquiátrica: a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, por parte do governo local, em 1989, na cidade de Santos, promovida por denúncias de maus-tratos, como apresenta Chioro citado por Guljor (2003, p. 17):

superpopulação, com taxas de ocupação de 210%. Para 214 leitos havia 580 pacientes, disputas dos pacientes por camas, com a presença de “leito-chão”, eletrochoques e contenção física punitivas; existência de celas fortes sem luz, sem sanitários e com orifícios de abertura para dar a alimentação.

Santos foi um dos primeiros municípios a aderir ao SUS, e em 1989 propôs a intervenção em função de denúncias de maus-tratos. Uma comissão de reorientação da assistência foi criada, construindo uma rede alternativa de atenção até que se pôde fechar o hospital.

Em 1990, a Organização Panamericana da Saúde promove a Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, da qual resultou a Declaração de Caracas, em que se destaca:

A revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; a preservação da dignidade pessoal e os direitos humanos e civis nos recursos oferecidos; a oferta de serviços que garantissem a manutenção do paciente no meio comunitário; a internação, quando fosse necessário, num hospital geral (OPAS, 1992).

Em decorrência disso, novas diretrizes são estabelecidas e o Ministério da Saúde cria ações como:

1. mudar o financiamento da área de Saúde Mental na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde;
2. constituir um conselho permanente composto por coordenadores / assessores estaduais de Saúde Mental para gerir articuladamente o processo de mudança;

3. pactuar com a sociedade o processo de mudança, convocando a Conferência Nacional de Saúde Mental;
4. assessorar o Parlamento com vistas a alterar a legislação psiquiátrica;
5. incrementar as relações de intercâmbio internacional, assessorados pela OPAS e OMS (ALVES, 1996, p. 3).

Apesar de já delineada como um movimento que reivindica mudanças na política de saúde, só em 1992 a Reforma Psiquiátrica ganha características mais definidas no campo sociopolítico. Isto se faz evidente durante a II Conferência, quando há grande representação dos usuários de serviços em saúde mental questionando o saber psiquiátrico e o dispositivo tecnicista frente a uma realidade que só eles conhecem e pedindo o **fim do manicômio**, através da criação de **equipamentos e recursos não-manicomiais**, tais como: centro de atenção diária, residências terapêuticas e cooperativas de trabalho na rede pública de assistência à saúde.

A participação dos usuários, constituída como base organizada e integrada em diversos movimentos sociais, é corretamente descrita por Desviat (1999, p. 143):

O total de participantes – profissionais, políticos, associações de usuários e familiares de pacientes e de movimentos sociais da área de Saúde Mental vindos de todos os cantos deste imenso país – havia sido superior a 1.500 pessoas. Muitos partiram sem mais delongas, já que os motoristas dos ônibus estavam cansados da longa espera e temiam o retorno que poderia durar até 35 horas. Mas aqueles momentos de júbilo puseram fim ao encontro e inauguraram um caminho de esperança, de participação democrática no futuro da atenção psiquiátrica brasileira e talvez da América Latina.

É inquestionável que nesse cenário é gerado um instrumento de transformações importantes para a construção efetiva da Reforma Psiquiátrica. Nessa conferência se caracteriza a participação dos pacientes e de seus familiares, reconhecidos como integrantes da sociedade civil e exigindo junto ao poder público o fim da prática assistencial fragmentária e excludente, como uma revisão de práticas, valores e discursos que apontam um conceito de cidadania, tal como conceituado por Marshal (citado por VICHERAT, 2001): a conquista de direi-

tos à liberdade (**direitos civis**), de participação na vida pública (**direitos políticos**) e à melhor qualidade de vida (**direitos sociais**).

Entende-se a Reforma Psiquiátrica como uma prática democrática, uma vez que a democracia se constrói quando se ampliam os canais de participação e se distribuem as forças entre classes e sociedade civil em favor do bem comum, dotando o **político** de significado. Portanto, a Reforma Psiquiátrica se torna democrática ao definir como campo de atuação o espaço público, atribuindo-se uma categoria política e social, principalmente por levar o coletivo à discussão sobre os conflitos de sua cotidianidade.

O movimento da Reforma Psiquiátrica assume assim, a partir de 1992, o desafio para expressar a ética em todos os domínios da vida, um desafio para a construção de uma democracia real que tem na participação (interesse, valores e opiniões) a força do coletivo como instrumento de referência nas diversas instâncias que compõem o público.

Embora a força desses coletivos construa o contexto ideológico da Reforma Psiquiátrica, há que reconhecer também aqui a influência de outras implicações que redimensionam o campo político e motivam as mudanças na política de saúde mental: o meio acadêmico passa inserir o “louco” num novo modelo social. Isto porque já a partir da década de 70, houve uma “grande renovação na maneira de fazer ciência” (CARDOSO, 1994, p. 85), a academia passa a valorizar a investigação qualitativa, encontrando nos movimentos alternativos um novo campo para a técnica de observação participante, construindo uma ciência social crítica; a visita ao Brasil de personalidades importantes como Laing, Basaglia, Goffman e Foucault, denunciando o manicômio como instrumento de exclusão propiciaram, além disso, um novo olhar sobre a assistência psiquiátrica, o que gerou um ambiente favorável à produção intelectual a respeito de experiências procedentes de fora. Por último, a importância no intercâmbio de profissionais brasileiros e italianos, que trazem a experiência da Psiquiatria Democrática na Itália, a formulação da Lei nº 180, que exigia o fim dos manicômios e a construção de novos dispositivos terapêuticos com ênfase na inserção social dos pacientes, o que permite visualizar a desconstrução do manicômio.

Considera-se como processo estratégico para o desmonte da cultura institucional a desinstitucionalização, sintetizada por Rotelli (2001, p. 29) como o seguinte processo:

um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema [...] a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mais como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar das estratégias indiretas e imediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Resgatando aqui as propostas de reformulação assistencial apresentadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental, sucedem-se três momentos importantes da Reforma Psiquiátrica, nas quais as práticas de desinstitucionalização são relevantes na construção de uma nova assistência:

1º - A fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas

No Rio de Janeiro, os velhos pavilhões dos três grandes hospitais federais (Colônia Juliano Moreira, Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Philippe Pinel) transformam-se em centros comunitários, hospitais-dia, clubes de lazer etc. Como consequência, presta-se melhor qualidade à assistência e se efetua menor demanda de internação.

2º - Implantação de serviços que substituem os manicômios

As instituições psiquiátricas de longa permanência são instituições autoritárias que exercem controle sobre os pacientes a serviço de uma estrutura organizativa do hospital. Uma enfermagem psiquiátrica possui uma espécie de força centrípeta. Nela o “paciente” perde os laços com o mundo. O leito psiquiátrico é a expressão desse centro no qual se deposita a vida que lhe parece *morta*. Não há espaço afetivo. Essa ausência de *vida* leva ao vazio, outorga imobilidade afetiva, levado por um autoritarismo disciplinador / mecânico (VANDERLEI, 2002) e, nessa perspectiva, o princípio fundamental para a lógica da Reforma Psiquiátrica é restabelecer o conceito de autonomia visível nas práticas democráticas – ou seja, pessoas livres, com iguais ofertas de oportunidades que estimulem a gestão de suas próprias vidas.

Surgem unidades de serviços extra-hospitalares, com investimento em ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades. Desse modo, é implantada uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa. Desta forma, a psiquiatria abandona a objetivação racionalizadora da medicação como único instrumento do tratamento. Os novos serviços apresentam uma clara distinção da assistência prestada no hospital psiquiátrico. Além das oficinas, surgem as cooperativas sociais, como construção real de oferta de trabalho para pessoas com desvantagens sociais, para quem o mercado não facilita oportunidades (AMARANTE, 1997). Isto significa a desinstitucionalização de práticas hospitalares voltando a atenção para o resgate de cidadania, englobando um olhar ético, técnico e político.

Com a finalidade de responder às demandas sociais, os novos serviços passam a incorporar ações mais complexas. Cabe mencionar aqui o projeto desenvolvido em 1996 pela Prefeitura de Angra dos Reis/RJ, o “De Volta para Casa”, que teve como objetivo trazer de volta à comunidade pessoas com longa internação, consideradas crônicas pela psiquiatria. Trazê-las de volta a Angra seria muito fácil: bastava localizar os familiares, suspender as guias de internação e buscá-las. Mas não era essa a questão. Tratava-se de desenvolver algo de mais profundo: devolver a elas a curiosidade e a paixão pela vida, preparando a cidade para recebê-las.

O paradeiro dos familiares era procurado, e através de levantamento das condições socioeconômicas e emocionais, oferecia-se suporte para que a família resgatasse seus vínculos afetivos com esses pacientes, propiciando seu retorno à comunidade de origem. Paralelamente, incentivava-se a população a debater com a equipe de saúde mental, através de eventos que eram realizados em praça pública, trazendo questões a respeito da loucura e a melhor forma de compreendê-la, além de participar de conselhos e fóruns de saúde.

3º - A preocupação com a questão de moradia leva à criação de residências terapêuticas

O primeiro momento, embora trazendo modificações e técnicas humanizadoras, não suplantou a lógica manicomial – não suplantou a distância da sociedade e da cultura que impõe a seus pacientes. O

hospital psiquiátrico, mesmo humanizado, é excludente e mantém ainda características de uma instituição total.

No segundo momento, a ruptura é mais clara. Os novos serviços se distinguem radicalmente da atenção prestada nos hospitais psiquiátricos. Os CAPS, como dispositivos de bairros, situados dentro do percurso cotidiano de seus pacientes, exigem a instituição de uma nova prática baseada na noção de integralidade e desinstitucionalização. Dessa forma, antigas práticas hospitalares, como as oficinas terapêuticas, ganham novos significados. O próprio lazer passa a ser questionado, deixando de ser simplesmente atividade para preencher o tempo, como nos antigos hospitais psiquiátricos, passando a ser visto como uma instância social na promoção da qualidade de vida.

Com relação ao terceiro momento, a fragmentação dos hospitais federais e a criação dos CAPS mostraram que a questão da moradia é um dos motivos principais da ocupação dos hospitais psiquiátricos. Faz-se necessário mostrar à sociedade civil e ao Estado que muitos pacientes internados em hospitais psiquiátricos poderiam viver em pequenas moradias, conviver em harmonia com a vizinhança, a um custo menor para o governo. Nasceram dessa forma as residências terapêuticas em vários estados. Em fevereiro de 2000, o Governo Federal cria a Portaria nº 106, instituindo as residências terapêuticas com o objetivo de reformular o modelo de assistência em saúde mental, dando relevo à inserção social do paciente.

A organização dos serviços não-manicomial, sobretudo as residências terapêuticas, supõe uma vivência desafiante na reconstrução da assistência psiquiátrica e seu planejamento. É a construção da noção de *território*, que deve ser entendida como recurso terapêutico, como referência na construção de relações sociais. Como afirma o geógrafo Milton Santos (1991, p. 18):

um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social: um conjunto indissociável em que participam, de um lado, certos adereços de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os leva e os anima, ou seja, a sociedade em movimento.

O conceito de Santos valoriza o território como espaço de articulação entre atores e processos sociais. Assim nasce um novo con-

ceito em saúde mental, enfatizando o território como instrumento de reabilitação. Entende-se que as ações técnicas/políticas exercidas durante o processo de desinstitucionalização devem envolver a participação da comunidade, serem utilizadas como canais de interlocução, implicando participação popular na organização de novos serviços, participação de profissionais e usuários-pacientes em conselhos de saúde, associação de moradores etc.

A Reforma Psiquiátrica exige que as residências terapêuticas se desenvolvam através de atividades que permitam maior trânsito dos moradores pela cidade. Dessa forma, a comunidade e a cidade se tornam protagonistas do processo de reabilitação e de construção da rede social como característica importante na mudança da vida cotidiana dos pacientes. Neste sentido, Pinheiro (2001, p. 65) aponta que:

Por cotidianidade se entende o *locus* onde se expressam não somente as experiências de vida, a perspectiva individual que o termo pode conter, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto as pessoas, como a coletividade e as instituições em espaços e tempos determinados.

Deste modo se estabelecem mudanças, se tece uma rede de relações e se cria uma osmose entre o *dentro e o fora* da casa. Esta relação de aproximação constante entre pessoas (usuários, vizinhos, profissionais) e espaços vividos como algo de ordem natural da existência permite que as crises típicas de transtornos psíquicos sejam mais toleradas, identificando-se outra maneira de cuidar sem interromper o fluxo com a vida.

Em dezembro de 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, sobre o tema “Cuidar sim. Excluir não!”, com 1.500 participantes. Essa conferência potencializou politicamente os agentes da Reforma. Não se aprovou nenhuma recomendação que não fosse coerente com a nova lei antimanicomial e se constatou que tampouco ocorreu a abertura de novos hospitais psiquiátricos (ALVES; VALENTIN, 2003). Aparece claramente o vínculo entre saúde mental com os processos sociais e a gestão global da saúde pública.

Dessa forma, serviços que mantêm contato direto com a população são capazes de multiplicar atores para intensificar ações comunitárias e propiciar a mudança de valores sociais para a transforma-

ção da cultura. A Reforma reconhece a cultura como o modo de vida de um povo, suas instituições, seus códigos de linguagens, suas estruturas de poder, não somente suas práticas culturais como substrato de uma política cultural de consumo. A transformação dos valores instituídos está, sobretudo, na ruptura da cultura excludente baseada no modelo manicomial hegemônico. Ao construir os novos serviços com a população, a nova concepção de assistência não só deve desestabilizar os significados culturais dominantes, senão fazer da Reforma um movimento social que estabelece uma relação entre cultura e política, entre cidadania e o paradigma da integralidade como construção democrática.

É importante destacar que, apesar das incertezas quanto à sustentabilidade plena da Reforma Psiquiátrica viabilizada como transformação cultural e política, todas as dúvidas se entrecruzam e convergem para uma verdade: o caminho percorrido pela Reforma é irreversível e aponta uma nova ordem para a reconstrução de identidades políticas e sociais.

Referências

- ALVES; VALENTIN, W. *Política de Saúde Mental no Brasil*. In: MORRAL, P.; HAZELTON, M. (Eds). *Mental health: global policies and human rights*. London: Whurr Publishers, 2003. p. 26-41.
- ALVES, D. A reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil. IN: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL., 5. *Anais...* Rotterdam, Holanda, 23 abr. 1996.
- AMARANTE, P. A. Trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (org) *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- AMARANTE, P. A. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. M. (Org). *Saúde e democracia*. A luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemos, 1997. p. 163-186.
- ARAÚJO, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 39-64.
- BOBBIO, N. *Ensaio sobre Gramsci e o conceito de Sociedade Civil*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CARDOSO, R. *A trajetória dos movimentos sociais*. In: DAGNINO, E. (Orgs.) *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 81-89.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FERNANDES, V. Implantação do Sistema Único de Saúde em Angra dos Reis: a saúde vista como produção de vida. *Caderno IPUB*, v. 4, p. 24, 1996.
- GULJOR, A. P. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação assistencial*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- HELD, D. *A democracia e a ordem global*. Barcelona: Paidós, 1997.
- MERHY, E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. M. (Org.). *Saúde e democracia: a Luta do CEBES*. Rio de Janeiro: Lemos, 1997. p. 125-141.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina*. Washington, D.C.: OPAS, 1992 (Boletim Informativo, 3).
- PERISSINOTO, R.; FUCKS, M. *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 65-112.
- ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.
- SÁNCHEZ, A. *Ética de la intervención Social*. Barcelona: Paidós, 1999.
- SANTOS, M. *Metamorfose do espaço habitado*. São Paulo. Hucitec, 1991.
- SANTOS, N. *Do hospício à comunidade: política pública de Santa Catarina*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.
- TELLES; PAOLI, M. Direitos sociais. Conflitos e negociações no Brasil Contemporâneo. In: _____. *Cultura e políticas dos movimentos sociais latino-americanos*. Belo Horizonte: UFMG, 2000. p. 101-105.
- VANDERLEI, R. *O dragão pousou no espaço*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.
- VICHERAT, D. *Sociedad civil y desarrollo: hacia la materialización de la libertad*. Disponível em: <http://www.iigov.org/dhial/'p=10>. Acesso em 2001.

Desinstitucionalização e integralidade no Sertão Cearense

LUÍS FERNANDO TÓFOLI

Apresentação

A história que aqui vem a ser contada aconteceu. E não foi “no tempo em que os bichos falavam” – embora ela fale de gente que foi tratada como bicho. Este texto, embora não seja um cordel, também não é exatamente uma análise acadêmica exaustiva, e muito menos uma avaliação rigorosa de um modelo. Antes, trata-se mesmo da *contação* de um caso, ocorrido no Sertão do Ceará, na cidade de Sobral. No entanto, seu desenrolar será ponderado por algumas considerações que envolvem elementos do princípio da integralidade, seja como “imagem-objetivo” da Reforma Sanitária brasileira (MATTOS, 2001), seja como um diálogo entre cotidiano, oferta e demanda em saúde (PINHEIRO, 2001).

Território Sobral

Sobral é um município de médio porte do noroeste cearense. Com uma população estimada de cerca de 175 mil habitantes em 2006, e uma área de 2.123 km² (IBGE, 2006) localizada numa paisagem semi-árida, a sede do município é um pólo econômico e sanitário de uma região de cerca de 1,5 milhão de habitantes. Sobral é uma importante referência cultural no imaginário cearense. A sensação de pertença ao seu universo recebe inclusive uma nomeação ímpar, conhecida como *sobralidade* (FREITAS, 2000). A manifestação da “sobralidade” se traduz por certa noção de diferenciação e um peculiar gosto por inovações, características que são frequentemente tratadas de forma jocosa por cearenses de outras cidades.

A Reforma Sanitária de Sobral, embora extremamente tardia, foi implementada de forma radical a partir de 1997, focada principalmente em deslocar os cuidados da tradicional assistência hospitalar prestada pela Santa Casa de Misericórdia local, um grande hospital regional, para o foco territorial e o trinômio promoção-prevenção-assistência, através da implementação da Estratégia Saúde da Família – ESF (ANDRADE *et al.*, 2004).

Quanto à saúde mental, o município não acompanhou a velocidade das mudanças que ocorreram na atenção primária à saúde.¹ No entanto, quando elas aconteceram, foi diante de um evento dramático e que veio a ter, posteriormente, repercussões de magnitude internacional.

O caso Damião Ximenes Lopes

No dia 4 de outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes, portador de transtorno mental severo e persistente, morreu nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, hospital psiquiátrico particular conveniado ao SUS, situado em Sobral, e que atendia a toda sua macrorregião. À época, não havia qualquer outro recurso para o tratamento especializado em saúde mental nos municípios próximos, a não ser o hospital Guararapes. Mesmo no município de Sobral, onde um discreto ambulatório de saúde mental já funcionava como a semente de um CAPS desde 1998, o único recurso para situações de crise eram os leitos da Casa de Repouso.

As circunstâncias da morte de Damião até hoje, passados quase oito anos do ocorrido, não foram esclarecidas, e nem os seus responsáveis punidos (DUTRA, 2007). Os sinais de maus-tratos físicos em seu corpo, e o entendimento de que o caso não estava sendo adequadamente acompanhado pelo sistema judiciário, levaram sua família a uma procura insistente de recursos para obter alguma reparação. Foram contactados, entre outros, militantes da luta antimanicomial e dos direitos humanos, a Assembléia Legislativa do Estado do Ceará e o sistema de saúde do município.

Embora já houvesse claros indícios de que os 50 leitos psiquiátricos do hospital Guararapes não prestavam assistência adequada

antes do incidente, circunstâncias políticas dificultaram que medidas mais radicais fossem tomadas, e a resposta à denúncia da morte de Damião por parte da Secretaria da Saúde de Sobral foi inicialmente morosa. Porém, conforme a pressão da sociedade organizada aumentou, uma sindicância da Comissão Municipal de Controle e Avaliação foi instaurada, e daí em diante as mudanças aconteceram com celeridade. O relatório final da comissão sindicante recomendou a intervenção municipal do hospício, o que ocorreu em março de 2000. Após alguns meses dessa intervenção, o poder sanitário local decidiu descredenciar a Casa de Repouso do SUS em 10 de julho do mesmo ano (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Paralelamente às consequências dessa morte na transformação do sistema de saúde mental municipal, a família de Damião encaminhou uma denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), que decidiu levar o caso para a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), e o país tornou-se réu (OEA, 2002). O julgamento ocorreu no final do ano de 2005, e a sentença foi proferida em agosto de 2006 (CIDH, 2006). Nela, o Brasil foi condenado pela violação de quatro artigos da Convenção Americana de Direitos Humanos: os artigos 4º (direito à vida) e 5º (direito à integridade física), pelo fato de o Guararapes ser, ao momento da morte de Damião, agente do Estado brasileiro; e os artigos 8º (direito a garantias judiciais) e 25º (direito à proteção judicial), pela morosidade da responsabilidade judicial do caso (OEA, 1969).

De volta a Sobral, Moura-Fé (2005), num texto comemorativo das mudanças que lá aconteceram, compara o acontecido no caso Damião a um mito grego da cidade de Delfos, cujos avaros habitantes provocaram a morte da menina Cárila, que se suicidara após estes lhe terem negado comida. Depois de ser castigada através de uma peste, a cidade recebeu a orientação do oráculo de Apolo: deveria purgar sua culpa publicamente, num festival anual em homenagem à vítima inocente de sua insensatez coletiva. Em Sobral, a purgação do crime cometido, que foi o da indiferença diante dos maus-tratos da Casa de Repouso Guararapes, foi a substituição do hospício, primeiro fisicamente, e depois paulatinamente, no imaginário dos cidadãos, por uma rede de cuidados, a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral, ou RAISM.

¹ Não se faz neste texto oposição entre os termos “atenção primária à saúde” e “atenção básica à saúde”, que serão aqui, por convenção, tratados como sinônimos.

Rede de Atenção Integral à Saúde Mental

Quando o hospital Guararapes foi fechado, ele era responsável pela internação psiquiátrica de uma vasta área do Estado do Ceará. A alternativa substitutiva precisaria dar conta de um total quase 60 municípios. Nas circunstâncias do fechamento do manicômio, a opção escolhida para os casos com indicação de internação psiquiátrica foi o uso de leitos em hospital geral. Assim, foram criados uma unidade de internação psiquiátrica com 15 leitos (UIP) e leitos adicionais de saúde mental na Clínica Médica, em um hospital particular conveniado ao SUS, tendo uma equipe de médicos e enfermeiros mantida pela Secretaria Municipal de Saúde (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Ao longo de sete anos de funcionamento, e tendo já passado por uma profunda reforma para adaptar-se às especificidades da saúde mental, as internações psiquiátricas que ocorrem na UIP de Sobral têm apresentado uma média de permanência em torno de sete a oito dias (BRASIL, 2007). Este tempo curto de internação, que é buscado para que o paciente possa estar o mais rapidamente possível de volta ao contato com sua comunidade, não significa necessariamente uma reinternação precoce: houve, entre 1999 e 2004, uma queda significativa no número total de dias gastos em internação psiquiátrica por habitante na macrorregião de Sobral (TÓFOLI, 2006), e as internações de curta duração não estiveram estatisticamente associadas à reinternação precoce (SOUZA *et al.*, 2004).

Quando do fechamento da Casa de Repouso, havia moradores que não puderam ser reintegrados às suas famílias, mesmo com grande dedicação da equipe de saúde mental constituída no município. Assim, para um grupo de usuários de autonomia muito prejudicada, foi criada uma residência terapêutica, o “Lar Renascer”, a primeira do Norte-Nordeste, na qual alguns conseguiram, ao longo dos anos, viver com suas famílias ou para habitações individuais não-supervisionadas.

No campo da assistência aos transtornos mentais moderados a severos, os cuidados vêm sendo realizados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes incluem um CAPS Geral (CAPS-G), que veio a receber o nome de CAPS Damião Ximenes Lopes, e, a partir de 2002, um CAPS voltado para usuários e dependentes de álcool e outras drogas (CAPS-AD Maria do Socorro Victor). Inicialmente, a equipe da RAISM se defrontou, particularmente no CAPS-G, com

um tipo de demanda muito freqüente em áreas onde a assistência ambulatorial em saúde mental é previamente deficitária ou inexistente. Apesar de a posição do Ministério da Saúde recomendar que as pessoas a serem atendidas nos CAPS portem, preferencialmente, “transtornos mentais severos e persistentes” e que esse tipo de serviço foi “criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004, p. 15 e 13), tem sido mais a regra do que a exceção que tais centros tenham que se equilibrar também com uma grande demanda de portadores de transtornos mentais que são tipicamente atendidos em ambulatórios de saúde mental – em especial se levarmos em consideração que os CAPS têm sido mais rapidamente implantados nas cidades de médio e pequeno portes.

É preciso notar, entretanto, que uma tradição autóctone em atenção psicossocial veio se desenvolvendo no interior do Ceará, e que inclui o primeiro CAPS do Norte-Nordeste, o de Iguatu, fundado em 1991, quatro anos depois do primeiro CAPS do Brasil, e o inovador CAPS Quixadá, criado em 1993 (SAMPAIO; SANTOS, 2001). Neste modelo cearense, nascido adaptado a municípios menores, o CAPS não é tão somente voltado aos importantes cuidados intensivos que previnam internação psiquiátrica e promovam a (re)habilitação psicossocial de pacientes portadores de transtornos mentais de baixa autonomia, mas também é responsável tanto por portadores de transtornos mentais de gravidade intermediária (como psicóticos de razoável autonomia ou ansiosos e deprimidos de maior gravidade), quanto pelos transtornos mentais comuns, através de sua interface com a rede básica. Assim são mantidos, no mesmo serviço, cuidados de baixa intensidade para clientes que demandam atenção menos freqüente, paralelamente a oficinas terapêuticas, atividades de ambiência e promoção da cidadania para clientes cujo cuidado precisa ser mais complexo. Tudo isto acontece no sentido de tornar o CAPS um espaço vivo de saúde mental onde transitem graus variados de sofrimento psíquico, e desta forma reduzir o estigma (SAMPAIO; BARROSO, 1995), ao mesmo tempo que se evita a indesejável “ambulatorização” (ALVES; GULJOR, 2004).

Assim, logo que o CAPS foi estruturado em Sobral, um vasto número de pessoas com transtornos mentais comuns passou a ser referenciado ao serviço, encaminhado pelas equipes de saúde da

família. Entretanto, mesmo optando por uma maior flexibilidade em relação ao modelo de CAPS das grandes metrópoles, e não restringindo sua clientela interna somente à *clínica da psicose* e à reabilitação psicossocial (GOLDBERG, 2001), muitos casos que, pela menor complexidade, mereceriam receber cuidados na atenção básica, começaram progressivamente a lotar as agendas do CAPS-G de Sobral.

Integração da saúde mental aos cuidados primários

A solução para os casos de menor complexidade no CAPS-G começou a se apresentar antes mesmo de o CAPS ter sido criado. Como já mencionado, uma notável reforma da atenção à saúde se iniciara em Sobral antes do fechamento da Casa de Repouso. No tempo em que o CAPS-G teve que se estabelecer, já havia cobertura territorial de 100% pela ESF, e saúde do município “respirava” saúde da família. Desde muito cedo na história da RAISM, a psiquiatria começou a visitar algumas unidades de saúde da família (USF) para orientar e capacitar equipes de saúde da família sobre saúde mental e sobre o manejo dos transtornos mentais de perfil típico de atendimento nesse ambiente (PEREIRA *et al.*, 2001).

Seguindo a vocação prescrita tanto pela orientação de funcionamento de CAPS sob uma perspectiva cearense (SAMPAIO; BARROSO, 1995), quanto ministerial (BRASIL, 2004, p. 31 e 77-84), a equipe da RAISM – e aqui vale mencionar que se trata dos mesmos profissionais que também trabalham nos CAPS e, em alguns casos, também na UIP – começou a progressivamente se deslocar para a realização de um tipo de apoio que se chamou, num primeiro momento, de *preceptoría de psiquiatria*, voltada para a formação de residentes multiprofissionais (médicos ou não) em Saúde da Família (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004). Mais recentemente, tem-se convencionado nomear esse tipo de atividade pelo termo utilizado na literatura brasileira em Saúde Coletiva: *apoio matricial* (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Vale aqui mencionar que o apoio matricial em Sobral não se limita à saúde mental, mas também inclui, por exemplo, a saúde infantil e a saúde da mulher, com a visita de especialistas em pediatria e ginecologia às USF.

Com a resposta progressivamente positiva das equipes de saúde da família frente ao apoio matricial de saúde mental no município, a

ida de psiquiatras à atenção primária se intensificou, até que, em agosto de 2004, decidiu-se realizar todas as triagens da saúde mental na sede do município e nos distritos maiores nas próprias USF. Os casos, que antes eram referenciados pelas equipes de saúde da família para acolhimento e classificação de risco na estrutura física do CAPS, passaram a ser triados no próprio ambiente da Saúde da Família (TÓFOLI *et al.*, 2005). Com o tempo, outros profissionais da equipe de saúde mental foram-se aliando aos psiquiatras nas visitas às unidades, justificando o nome “apoio matricial em saúde mental”, e não somente o conceito mais restrito de “preceptoría de psiquiatria”, que era voltado mais intensamente para a assistência médica. O principal recurso no qual esta ação se apóia é a consulta conjunta, através da qual se proporciona atenção, triagem de risco e um ambiente de educação permanente, onde vários profissionais têm a oportunidade de aprender, ao mesmo tempo que cuidam². Há evidências internacionais favoráveis a esse modelo (BOWER; SIBBALD, 2005).

No formato atual, o apoio matricial de Sobral difere do de alguns lugares do país, em especial do que é realizado em Campinas. Na cidade paulista, equipes específicas de saúde mental, compostas na maioria por profissionais não-médicos, realizam ações pedagógicas, mas também atendem diretamente a usuários – principalmente em grupos, embora não exclusivamente (FIGUEIREDO, 2006).

No caso sobralense há, na verdade, um duplo matriciamento. Um deles é o realizado pela equipe da saúde mental, cujo foco principal é no transtorno mental. O outro, semelhante ao que é realizado pelo matriciamento de Campinas, é o campo de atuação dos profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que se tornou mais coordenado desde que foi reorganizado em 2005, no modelo dos *núcleos de saúde integral*, seguindo a orientação de um projeto de portaria ministerial que não chegou a ser publicada (BRASIL, 2005).

Especificamente na modalidade de saúde mental desses núcleos, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais vinculam-se diretamente a certo número de equipes de saúde da família, circulan-

² Alguns cuidados precisam ser tomados, obviamente, como o consentimento explícito do usuário em ser atendido por um grupo, discussões realizadas sem a presença de clientes e orientações sobre a importância do sigilo – o que pode ser especialmente importante no âmbito quase doméstico da ESF.

do em várias unidades, trazendo apoio pedagógico e também atendendo a grupos de usuários e, mais excepcionalmente e em caráter temporário, indivíduos. A noção principal é a de que o vínculo dos residentes dos núcleos é principalmente no território com a ESF, voltada para a promoção da saúde mental (mas também para a atenção e prevenção a agravos menores), enquanto a ação matricial da RAISM mantém foco no sofrimento psíquico e no transtorno mental. Vale ainda a importante menção de que acontecem vários grupos de *terapia comunitária* no município (GUIMARÃES, 2006; TORQUATO *et al.*, 2006), o que provê, junto com outras atividades típicas da ESF, como atividades físicas e grupos operativos, alternativas não-medicamentosas de cuidados e promoção em saúde mental.

“Des-hierarquização” e saúde mental

Uma das características que mais salta aos olhos de quem vê a equipe de saúde mental de Sobral trabalhar é o fato de que é difícil determinar onde cada profissional é “lotado”. Existe uma grande probabilidade de que determinado trabalhador – e em especial, os psiquiatras – esteja atuando em mais de um campo de atenção, e em mais de um serviço. Em geral, nas discussões de caso e nas reuniões semanais do serviço, assuntos de esferas diferentes de cuidados são abordados, desde o hospital geral até a inserção da ESF na comunidade, passando pela defesa de direitos, situações domésticas na residência terapêutica e o financiamento.

Embora não existam ainda estudos de avaliação sistemáticos da RAISM, é possível que a avaliação externa conferida pelas recentes premiações da rede sirva como um indicativo de boa prática³. Uma das razões possíveis para que possamos considerar a experiência da RAISM como digna de nota é justamente o fato de ela suplantarem de

³ Prêmio Prêmio David Capistrano Filho – Experiências exitosas em Saúde Mental, durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 (http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf, p.199, acesso em 10 ago. 2007); Prêmio de Inclusão Social – Saúde Mental, na Categoria Clínica em 2005 (http://www.premiodeinclusaosocial.com.br/Vencedores_2005_Clinica.aspx; acesso em 10 ago. 2007); e Prêmio Saúde!, na Categoria Saúde Mental, em 2006 (<http://saude.abril.com.br/premiossaude/2006/vencedores.shtml>, acesso em 10 ago. 2007). As instituições que promoveram esses prêmios foram o Ministério da Saúde, a indústria farmacêutica com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria, e um órgão da imprensa, respectivamente.

forma notável a clássica visão preventivista e hierárquica dos níveis de atenção à saúde mental (ALVES; GULJOR, 2004).

Assim como, em teoria, o usuário não abandona os cuidados primários quando é referenciado para campos de atenção de maior complexidade, deve haver espaço para a inclusão de componentes da saúde mental – incluindo transtorno mental, sofrimento psíquico e mesmo a experiência subjetiva comum – em todos os âmbitos de atenção e prevenção. Sobral, embora sem atingi-lo na totalidade, procura se espelhar e funcionar dentro desse ideal, que é regido pela égide da integralidade.

Na observação da experiência de Sobral – sugere-se aqui um ponto a ser avaliado futuramente de forma mais sistemática –, transitar entre as esferas de cuidado parece trazer ao profissional de saúde mental, após uma breve insegurança inicial, uma sensação de maior conforto e satisfação do que o trabalho fixo num único serviço. Se considerarmos a integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2003), é lícito vislumbrar que esse princípio pode ter uma insuspeitada verve terapêutica.

Outra característica da rede de cuidados de saúde mental sobralense é a responsabilidade territorial, herdada basicamente através de boas tradições da ESF. Porém, não existem mini-equipes regionalizadas nos CAPS de Sobral. A equipe de saúde mental é uma só para todas as áreas, com a exceção dos apoiadores matriciais, que se territorializam – mas somente quando vão às USF, e não nos atendimentos realizados em outros serviços. O território da saúde mental é toda Sobral. Aparentemente, o atual porte do município tem permitido que isso não impeça a boa atenção. Porém é lícito indagar se aconteceria o mesmo com um CAPS responsável pelo mesmo número de habitantes, mas dentro da complexidade de uma metrópole brasileira.

Pode-se perguntar se o gosto pela novidade característico da “sobralidade” facilitou o processo de desenvolvimento da RAISM (ou mesmo da ESF) em Sobral. É possível que sim, pois a parcela formadora de opinião da cidade tem aceitado positivamente a chegada de inovações no âmbito das políticas públicas – talvez da mesma maneira que há cem anos aguardava com ansiedade novas mercadorias vindas

do exterior através do vizinho porto do Camocim (FREITAS, 2000). No entanto, não se pode negar, no caso específico dos profissionais de saúde de Sobral, que exista uma dedicação e um grau de conhecimento do SUS que não é comum, em especial nas cidades maiores. No âmbito da saúde mental, houve a conquista desta parcela da população – que antes cruzava a calçada para não passar em frente ao CAPS-G, e agora procura seu auxílio. Da exclusão da Casa de Repouso, que ficava do outro lado do Rio Acaraú, o âmbito da saúde mental migrou não só para um belo casarão de área central, mas também, e principalmente, para um lugar na vida da cidade.

Vale mencionar que, evidentemente, a maneira pela qual a RAISM faz transitar a saúde mental nos sistemas locais está longe de ser perfeita, e é obviamente submetida a algum grau de fragmentação, em especial no tocante à promoção de saúde. Porém, acreditamos que através da experiência sobralense pode-se reconhecer uma configuração de serviços permeada pela integralidade prática (MATTOS, 2004), ao mesmo tempo em que se percebe a complexa teia de interações da integralidade também como um ideal (PINHEIRO; LUZ, 2003). Assim, diante da experiência da RAISM, lança-se uma hipótese que se deseja ver testada em outros lugares do Brasil: *uma equipe de saúde mental que funcione numa lógica que transcenda a hierarquização dos níveis de atenção à saúde, estando consciente das diferentes esferas de complexidade na atenção à saúde, mantenha em foco que é responsável pela saúde mental de todos os habitantes de seu território adscrito, e esteja preparada para aprender, tem maiores chances de praticar um cuidado que se aproxima da prática da integralidade, que é, ao mesmo tempo, mais satisfatório para quem o oferece e para quem ele é destinado.*

Saúde mental e integralidade: tão longe, tão perto

É desnecessário reafirmar aqui a história e a importância do movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira (ALVES; GULJOR, 2004; SAMPAIO; SANTOS, 2001). Nos anos recentes, esse movimento parece ter descoberto como novo universo a atenção básica, numa interação que, no dizer de Antonio Lancetti (2006), pode “turbinar” o ambiente potencialmente burocrático dos CAPS. A vivência de “turbinação” é talvez a melhor descrição para a sensação do profissional de saúde mental que descobre a atenção primária. Entretanto, um ou dois alertas são aqui necessários.

Já conhecemos (de ouvir falar ou mesmo de testemunhar) os riscos habituais pelos quais os novos dispositivos substitutivos estão eternamente sujeitos, e que têm a ver com a tendência humana de deslocar do modo de ser do cuidado para a aridez mecânica do modo de ser do trabalho. Diz Leonardo Boff: “A lógica do ser-no-mundo no modo de trabalho configura o situar-se *sobre* as coisas para dominá-las e colocá-las a serviço dos interesses pessoais e coletivos⁴” (BOFF, 1999, p. 94). Esse movimento insidioso é a fonte de toda sujeição das pessoas e das coisas, que são instrumentalizadas e transformadas em meios de obtenção de um fim. Evidentemente, esse processo se dá de forma muito mais radical no ambiente do manicômio. Mas ele pode se manifestar de formas sutis nos CAPS e também nas USF do cotidiano. É um desafio da saúde em geral saber lidar, como diz Ayres (2004), com projetos de vida, construções de identidade, confiança e responsabilidade.

Assim, mover o foco pura e simplesmente do âmbito “tradicional” da saúde mental para a comunidade, através da ESF, também não configura uma resposta definitiva. É necessário compreender como interagem as pessoas dentro da realidade de cada serviço e cada comunidade. É mister entender que há demandas do horizonte básico da atenção (aliás, antes complexas do que “básicas”), que muitas vezes os trabalhadores de saúde mental não vêem, antes de chegar a conhecer melhor a USF, devido a seus vieses reabilitatórios de formação.

Pode-se dizer, por um lado, que a saúde mental tem características que a aproximam do mundo da integralidade real: nela se costuma trabalhar intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersectorialidade (ALVES, 2001). Por outro, ela se tem voltado há tanto tempo para o horizonte da patologia que, mesmo que se afirmar discursivamente que “todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2004, p. 79), é difícil desviar o olhar das modalidades de prevenção terciária (ou seja, de reabilitação⁵) e contemplar a demanda dita “ambulatorial” em saúde mental. O que se dirá, então, do usuário que sofre e faz sofrer cotidianamente com

⁴ Grifo no original.

⁵ Obviamente, não se discutem a relevância da reabilitação psicossocial e a necessidade do desenvolvimento contínuo de novos saberes neste âmbito. O que se critica aqui é fincar-se a tratar da árvore, sem conhecer o florestal.

o seu “baticum” fora de ritmo no coração, e que superlota os serviços de cuidados primários (GUREJE *et al.*, 1997)?

Sim, a incorporação da saúde mental na ESF pode ser a “fronteira final” da Reforma Psiquiátrica brasileira (ALVES, 2001). Sim, os agentes comunitários de saúde são capazes de operar prodígios nos cuidados a pacientes com enfermidades mentais severas (LANCETTI, 2006). Sim, existe uma evolução paralela na história das duas Reformas, a Sanitária e a Psiquiátrica (SAMPAIO; BARROSO, 2001), e ambas se direcionam no sentido da integralidade. Mas, para uma mudança mútua que ao mesmo tempo revolucione e se sustente, é preciso haver, literalmente, cuidado.

E o cuidado se move. O espaço do manicômio é o da Casa de Repouso. Lá é onde nada acontece. A verdadeira desinstitucionalização precisa estar pautada por uma clínica que transite e supere o ideal estanque de hierarquização. O signo é o da teia, o da rede de proteção que ao mesmo tempo une e dá sustento para quem perder o passo na travessia da corda bamba. A história da peleja da Rede de Cuidados – tome ela o nome RAISM ou outro, esteja ela onde estiver – com a Casa de Repouso não terminou, nem em Sobral, em nem em qualquer lugar. Talvez nunca termine – e esta é uma história que nos chama à participação.

Referências

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *SANARE: Revista de Políticas Públicas*, v. 5, n. 1, p. 9-20, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.
- BOFF, L. *Saber cuidar. Ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOWER, P.; SIBBALD, B. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, n. 330, p. 839-842, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004.

- _____. Ministério da Saúde. *Núcleos de Saúde Integral*. 2005. Versão 14, de 10 fev. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS*. 2007. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 20 ago. 2007.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Caso Ximenes Lopes versus Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006. San José, Costa Rica, 2006.
- DUTRA, G. Lula indeniza família sobralense. *O Povo*, Fortaleza, 16 ago. 2007, Política. Disponível em <<http://www.opovo.com.br/opovo/politica/720885.html>>. Acesso em 16 ago. 2007.
- FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2006.
- FREITAS, N. A. *Sobral: opulência e tradição*. Sobral: UVA, 2000.
- GOLDBERG, J. Reabilitação como processo. O centro de atenção psicossocial (CAPS). In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 33-47.
- GUIMARÃES, F. J. *Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- GUREJE, O. *et al.* Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*, v. 154, n. 7, p. 989-95, jul. 1997.
- IBGE. *Cidades@*. 2006. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em 20 ago. 2007.
- LANCETTI, A. Caps: burocracia e turbinação. In: _____. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 39-52.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- _____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v. 0, n. 5, p. 1.411-1.416, set-out 2004.
- MOURA-FÉ, N. *O exemplo de Apolo*. Fortaleza: 11 nov. 2005. 2005. (mimeo).
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convención americana sobre derechos humanos. “Pacto de San José de Costa Rica”*. 1969. Disponível em <<http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/b-32.html>>. Acesso em 10 jul. 2007.
- _____. Comissão Interamericana de Derechos Humanos. *Relatório nº 38/02. Admissibilidade petição 12.234: Damião Ximenes Lopes*. 9 de outubro de 2002. Washington, DC, 2002.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Orgs.). *SaúdeLoucura 7 – Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-198.

PEREIRA, A. A.; OLIVEIRA, J. C.; COSTEIRA, A. Programa de saúde da família e saúde mental: a experiência de Sobral. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *III Conferência Nacional de Saúde Mental - Caderno de Textos*. Brasília, 2001.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

_____. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *Boletim ABEM*, v. 31, n. 1/2, p. 8-11, 2003.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. *Manual de organização dos centros de atenção psicossocial*. Quixadá: Secretaria Municipal de Saúde, 1995 (mimeo).

_____. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Orgs.). *SaúdeLoucura 7/ Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 199-219.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, W. G. S. A experiência dos centros de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 127-134.

SOUZA, A. *et al.* Ausência de associação entre internações breves e reinternação em unidade psiquiátrica de hospital geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, p. 27, 2004. Pôster apresentado no XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Salvador, BA, 13-16 de out. 2004.

SUCUPIRA, A. C.; PEREIRA, A. A preceptoria na Residência em Saúde da Família. *SANARE: Revista de Políticas Públicas*, v. 5, n. 1, p. 47-53, 2004.

TÓFOLI, L. F. Georreferenciamento de índices de internação psiquiátrica nos municípios do Estado do Ceará nos anos de 1999 e 2004. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, p. S19, 2006. Pôster apresentado no XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Curitiba, PR, 25-28 out. 2006.

TÓFOLI, L. F. *et al.* Estudo caso-controle de dois modelos de triagem em saúde mental segundo seu local de realização: atenção secundária versus atenção primária. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, p. S36, 2005. Pôster apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, MG, 12-15 out. 2005.

TORQUATO, G. L. *et al.* Terapia comunitária em Sobral: aspectos históricos, avanços e perspectivas. *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública (CD-ROM)*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro de Coleta de Dados

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS / PERFIL DOS INTERNADOS

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento:/...../..... Idade:.....anos Sexo: (F/M):.....

2 - DADOS SOCIAIS

Possui residência?(S/N).....

Que tipo de residência?.....

Local de moradia:.....

Estado:.....

Cidade:.....

Bairro:.....

Possui documentos: (S/N):.....

Quais:.....

Já exerceu atividade laborativa? (S/N):.....

Qual (is):.....

Possui ocupação atualmente? (S/N):

Qual?.....

Possui algum rendimento? (S/N):.....

Que tipo de rendimento:

Possui família (S/N):.....Quem?

Conta com a família? (S/N).....

Com quem conta?.....

3 - DADOS CLÍNICOS

Motivo de permanência na internação / descrito no prontuário:

.....

Diagnóstico inicial (SRI) - CID X

.....

Diagnósticos clínicos associados

.....

Faz tratamento clínico medicamentoso? Qual?

.....

Tempo de internação (dias):

.....

Tempo de evolução da doença (em anos do primeiro surto):

.....

Faz uso de medicamentos? (S/N): Quais?

.....

Número de internações anteriores:

.....

Projeto terapêutico em curso:

.....

Atividades terapêuticas que frequenta?

.....

Possui perspectiva de alta hospitalar? Em quanto tempo?

.....

4 - REDE HOSPITALAR

Possui local de tratamento anterior à internação? (S/N):

Qual?.....

Possui local de tratamento extra hospitalar durante a internação? (S/N):.....

Frequenta o tratamento extra hospitalar atualmente (no mínimo quinzenal)?.....

ANEXO 2

	<p>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO Instituto de Medicina Social Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Blocos D e E - Maracanã CEP: 20559.900 - Rio de Janeiro - RJ - BRASIL TELS: 55-21-587-73 03/587-7540/587-7422/587-7572/284-8249 FAX: 55-21-264-1142 http://www.ims.uerj.br</p>	
---	---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulado(a) **NECESSIDADES E PRÁTICAS NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA CLIENTELA DE LONGA PERMANÊNCIA INSTITUCIONAL: AVALIAÇÃO DA DEMANDA E ADEQUAÇÃO DA OFERTA DE CUIDADO** desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Roseni Pinheiro, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 21 25877540 ou e-mail lappis.sus@ims.uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais Avaliar o processo de desinstitucionalização na rede pública de saúde mental, a partir da relação demanda do cuidado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – adequação da oferta de cuidado na rede pública de saúde mental.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada e realização de grupo focal, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável [ou seus orientadores], ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

A pesquisador a principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO 3 ROTEIROS DE ENTREVISTAS

Roteiro de entrevista – profissionais da unidade de internação: coordenador do setor

Nome:

Categoria profissional:

Ano de graduação profissional:

Especializações:

Sexo:

Idade:

- 1- Quantos pacientes são atendidos em regime de internação no setor que coordena?
- 2- Quantos profissionais possui no setor/ Quais categorias? (contabilizar todos os níveis)
- 3- Quantos pacientes possuem tempo de permanência ininterrupta maior que 01 ano?(inclui os transferidos com tempo de permanência inferior a 30 dias em sua residência)
- 4- Quais os recursos disponíveis em seu setor para atividades terapêuticas?
- 5- Quais os recursos utilizados por estes pacientes que possuem tempo de permanência ininterrupta maior que 01 ano em seu projeto terapêutico?(internos ao setor e externos da rede pública e tb social)
- 6- O que vc entende por “trabalho de porta de saída?” Há este tipo de trabalho no setor? Em que consiste o preparo de saída? Há diferença para os de permanência maior de 01 ano?
- 7- Possui pacientes que tiveram alta nos últimos dois anos após mais de 01 ano de internação?

- 8- Quais os recursos que utilizou da rede de saúde mental extra hospitalar?
- 9- Houve pacientes que permaneceram internados por mais de 01 ano e depois reinternaram após a alta? Por que?
- 10- O que você compreende por desinstitucionalização?
- 11- O que você compreende por Integralidade?
- 12- Como você insere a noção de integralidade no que diz respeito a prática utilizada no cuidado aos pacientes?
- 13- Quais os principais conceitos utilizados no cuidado aos pacientes em seu setor? Explique.
- 14- Quais os recursos que julga necessário para a reinserção territorial destes pacientes?
- 15- Em sua opinião, quais são os principais obstáculos para a reinserção destes pacientes?

Roteiro de entrevista - profissionais dos setores hospitalares

Nome:

Categoria profissional:

Ano de graduação profissional:

Especializações:

Sexo:

Idade:

- 1- De onde foram encaminhados, para o hospital, os pacientes que hoje são de longa permanência neste setor?
- 2- O que você considera ter sido o motivo da vinda deste paciente para este setor?
- 3- Quantos pacientes possuem tempo de permanência ininterrupta maior que 01 ano são acompanhados no setor?(inclui os transferidos com tempo de permanência inferior a 30 dias em sua residência)
- 4- Quantos pacientes você acompanha em seu setor? Acompanha algum paciente no setor com tempo de permanência maior que 01 ano?
- 5- Existem profissionais de referência individuais para cada interno? Há diferença para os de permanência maior de 01 ano?
- 6- Com são elaborados os projetos terapêuticos? Em que consistem? Há diferença para os de permanência maior de 01 ano?
- 7- Quais os recursos terapêuticos disponíveis em seu setor?
- 8- Você utiliza recursos extra-hospitalares no cuidado aos pacientes internados? Quais? Há diferença para os de permanência maior de 01 ano?
- 9- Quais os principais referenciais teóricos utilizados em sua prática? Explique.

- 10- O que você compreende por Integralidade?
- 11- Como você insere a noção de integralidade na prática utilizada no cuidado aos pacientes?
- 12- O que você compreende como desinstitucionalização?
- 13- Quais os recursos necessários em sua opinião para a reinserção dos usuários que acompanha no setor?
- 14- Quais as principais dificuldades no processo de reinserção dos pacientes com tempo de permanência maior de 01 ano acompanhados no setor?

Roteiro de entrevista - coordenador de Saúde Mental

Nome:

Categoria profissional:

Ano de graduação profissional:

Especializações:

Sexo:

Idade:

- 1- Caracterize a rede de saúde mental municipal – Recursos humanos, rede de serviços, organização de serviços.
- 2- Como vc entende a desinstitucionalização?
- 3- O que vc entende por integralidade? Como se insere a integralidade neste tipo de cuidado?
- 4- Quais os principais conceitos utilizados no planejamento das ações e implementação das práticas desinstitucionalizantes (voltadas para pessoas com tempo de internação igual ou superior a 01 ano)?
- 5- Quais os projetos de desinstitucionalização em curso no município (voltadas para pessoas com tempo de internação igual ou superior a 01 ano)?
- 6- Quais as perspectivas de ações a ser implementadas no âmbito da desinstitucionalização (voltadas para pessoas com tempo de internação igual ou superior a 01 ano)?
- 7- Quais os critérios adotados para inserção dos pacientes no processo de desinstitucionalização?
- 8- Quantos pacientes estão inseridos neste processo em seu município?
- 9- Onde estão internados estes pacientes?

- 10- Quais os recursos disponíveis na rede pública de saúde mental? E de outros setores incluindo os não governamentais?
- 11- Quantos pacientes já foram reinseridos no território tendo em vista o processo em curso?
- 12- Em sua opinião, quais as principais necessidades para a efetiva implementação do processo de desinstitucionalização em seu município?
- 13- Em sua opinião, quais as principais dificuldades encontradas na implantação do processo de desinstitucionalização?

Roteiro de entrevista - coordenador da unidade/setor extra-hospitalar

Nome:

Categoria profissional:

Ano de graduação profissional:

Especializações:

Sexo:

Idade:

- 1- Quantos pacientes, que possuem história de um período de internação superior a 01 ano, são atendidos na unidade que coordena? E o total de pacientes atendidos em sua unidade?
- 2- Quantos profissionais possui na unidade/ Quais categorias?
- 3- Como é o processo de cuidado em sua unidade (menu de atividades – da admissão ao acompanhamento contínuo)?
- 4- Quais os recursos disponíveis em sua unidade para atividades terapêuticas? Há diferença para os de permanência maior de 01 ano?
- 5- Utiliza outros recursos da rede de saúde mental? E de outros setores governamentais ou sociais? Especifique.
- 6- Quais os recursos utilizados no projeto terapêutico dos pacientes que possuem história de um período de internação superior a 01 ano?
- 7- Existe trabalho de preparo de saída junto a rede hospitalar dos pacientes que possuem história de um período de internação superior a 01 ano? Quais?
- 8- A unidade está inserida em algum processo de desinstitucionalização municipal? Como?
- 9- Quantos pacientes atendidos em sua unidade, que possuem história de um período de internação superior a 01 ano, que retornaram para o

regime de internação após o trabalho de reinserção territorial? Qual(is) o(s) motivo(s)?

- 10- Quais os recursos que julga necessário para a reinserção territorial dos pacientes que possuem história de um período de internação superior a 01 ano?
- 11- Em sua opinião, quais os principais obstáculos para a reinserção dos pacientes que possuem história de um período de internação superior a 01 ano?
- 12- O que você compreende por desinstitucionalização?
- 13- O que vc entende por integralidade? Como você insere a noção de integralidade no que diz respeito à prática utilizada no cuidado aos pacientes?
- 14- Quais os principais conceitos utilizados no cuidado aos pacientes em sua unidade? Explique.

Roteiro de entrevista - profissionais da rede pública de saúde mental extra-hospitalar

Nome:

Categoria profissional:

Ano de graduação profissional:

Especializações:

Sexo:

Idade:

- 1- Quantos pacientes você atende na unidade?
- 2- Quantos pacientes atendidos por você possuem história de internação de longa permanência (maior que 01 ano)?
- 3- Quantos pacientes atendidos por você, que possuem história de um período de internação superior a 01 ano, retornaram para o regime de internação após o trabalho de reinserção territorial? Qual(is) os motivos?
- 4- Quais os recursos utilizados por você no projeto terapêutico dos pacientes que possuem história de um período de internação superior a 01 ano? Em que consistem?
- 5- Como é o processo de cuidado em sua unidade (menu de atividades – da admissão ao acompanhamento contínuo)?
- 6- Quais os recursos disponíveis em sua unidade para atividades terapêuticas?
- 7- Utiliza outros recursos da rede de saúde mental? E de outros setores governamentais ou sociais?Especifique.
- 8- Você participa de algum trabalho de preparo de saída junto a rede hospitalar de pacientes internados por um período maior ou igual a 01ano? Qual(is)?

- 9- Você faz parte de algum trabalho de desinstitucionalização em sua unidade? Como?
- 10- Quais os recursos que julga necessário para a reinserção territorial destes pacientes que possuem história de um período de internação superior a 01 ano?
- 11- Em sua opinião, quais os principais obstáculos para a reinserção dos pacientes que possuem história de um período de internação superior a 01 ano?
- 12- O que você compreende por desinstitucionalização?
- 13- O que vc entende por Integralidade? Como você insere a noção de integralidade no que diz respeito à prática utilizada no cuidado aos pacientes?
- 14- Quais os principais conceitos utilizados por você no cuidado aos pacientes? Explique.

Roteiro de entrevista - coordenador SRTs

Nome:

Categoria profissional:

Ano de graduação profissional:

Especializações:

Sexo:

Idade:

- 1- O que você compreende por desinstitucionalização?
- 2- O que vc entende por integralidade? Como você insere a noção de integralidade no que diz respeito a prática utilizada no cuidado aos pacientes?
- 3- Quantos dispositivos residenciais existem no município? Há quanto tempo?
- 4- Qual a demanda global de SRTs? É um dado oficial?
- 5- Quantos pacientes são atendidos nas residências terapêuticas?
- 6- Qual a média de tempo de internação dos pacientes acompanhados?
- 7- Quais os recursos disponíveis para estes dispositivos e suas atividades? (RH, material, infra estrutura física etc).
- 8- Quantos profissionais possui neste trabalho/ Quais categorias? (contabilizar todos os níveis).
- 9- Quais os recursos utilizados pelos residentes em seu projeto terapêutico? (governamentais e sociais)
- 10- Qual o trabalho realizado pela equipe técnica com os residentes após a inserção?

- 11- Como se dá a relação casa X tratamento?
- 12- Quais os principais conceitos utilizados no cuidado aos pacientes? Explique.
- 13- Existem casos de retorno para internação? Quais os motivos?
- 14- Quais os recursos que utilizou da rede de saúde mental extra hospitalar?
- 15- Quais os recursos que julga necessário para a reinserção territorial destes pacientes?
- 16- Em sua opinião, quais são os principais obstáculos para a reinserção destes pacientes?

Roteiro de entrevista - diretor da unidade de internação

Nome:

Categoria profissional:

Ano de graduação profissional:

Especializações:

Sexo:

Idade:

- 1- Caracterize a rede de saúde mental municipal e o papel do Hospital Psiquiátrico na mesma.
- 2- Quantos leitos possui o HPJ e qual a porcentagem de pacientes de longa permanência (tempo de internação igual ou superior a 01 ano de internação)?
- 3- Como você entende a desinstitucionalização?
- 4- O que você entende por integralidade? Como se insere a integralidade neste tipo de cuidado?
- 5- Quais os principais conceitos utilizados no planejamento das ações e implementação das práticas desinstitucionalizantes na sua gestão neste hospital (voltadas para pessoas com tempo de internação igual ou superior a 01 ano)?
- 6- Quais os projetos de desinstitucionalização em curso no HPJ (voltadas para pessoas com tempo de internação igual ou superior a 01 ano)?
- 7- Quais as perspectivas de ações a ser implementadas no âmbito da desinstitucionalização (voltadas para pessoas com tempo de internação igual ou superior a 01 ano)?
- 8- Quais os critérios adotados para inserção dos pacientes no processo de desinstitucionalização?

- 9- Quantos pacientes estão inseridos neste processo no HPJ?
- 10- Quais os recursos disponíveis na rede pública de saúde mental? E de outros setores incluindo os não governamentais?
- 11- Quantos pacientes já foram reinseridos no território tendo em vista o processo em curso?
- 12- Em sua opinião, quais as principais necessidades para a efetiva implementação do processo de desinstitucionalização no HPJ?
- 13- Em sua opinião, quais as principais dificuldades encontradas na implantação do processo de desinstitucionalização?

ANEXO 4

Instrumento de Monitoramento do Processo de Desinstitucionalização – IMPD

Hospital: _____

Data de aplicação do questionário: ____/____/____

I – Identificação

- 1) Nome: _____
- 2) N°. do prontuário: _____
- 3) Sexo: () 1. Feminino 2. Masculino
- 4) Data de nascimento: ____/____/____

II – Dados sócio-demográficos do usuário

- 5) Cor de pele ()
1. Branco
 2. Pardo
 3. Preto
 4. Amarelo
 5. Indígena
- 6) Naturalidade ()
1. Rio de Janeiro
 2. Sudeste (exceto RJ)
 3. Nordeste
 4. Sul
 5. Norte
 6. Centro-oeste
 7. Estrangeiro
 99. Sem informação

7) Município de origem: _____

8) Escolaridade ()

1. Analfabeto
2. Ensino Fundamental Incompleto
3. Ensino Fundamental Completo
4. Ensino Médio Incompleto
5. Ensino Médio Completo
6. Ensino Superior Incompleto
7. Ensino Superior Completo
8. Pós-graduação Incompleta
9. Pós-graduação Completa
99. Sem informação

9) Estuda atualmente () 1. Sim 2. Não

10) Situação Conjugal

1. Solteiro
2. União Consensual
3. Casado
4. Separado
5. Divorciado
6. Viúvo
7. Namorando
8. Outros: _____
99. Sem informação

10) Tem filhos? () 1. Sim 2. Não 3. Sem informação
Quantos? _____

III – Práticas de cuidado

Possui documentação oficial original? () 1. Sim 2. Não

Se sim, quais? ()

1. Certidão de nascimento/casamento
2. Identidade (RG)
3. Cadastro de Pessoa Física (CPF)

4. Carteira de Trabalho Profissional (CTPS)

5. Título de eleitor

6. Outros: _____

Possui vínculos sociais e afetivos? () 1. Sim 2. Não

Se sim, quais? () familiares () amigos () outros

Quem? _____

Está inserido em atividades comunitárias? () 1. Sim 2. Não

Quais? () escola () cursos () outros

Trabalha atualmente? () 1. Sim 2. Não

Se sim, () rede formal () informal

Participa de atividades extra-hospitalares em saúde mental?

() 1. Sim 2. Não

Se sim, quais? ()

1. Ambulatório
2. Centro de Atenção Psicossocial
3. Hospital-dia
4. Cooperativa de saúde mental
5. Trabalho protegido
6. Oficinas terapêuticas
7. Centro de convivência
8. Outros: _____

Participa de atividades de lazer no espaço extra-hospitalar?

() 1. Sim 2. Não

Quais? _____

Utiliza serviços de saúde da rede pública? () 1. Sim 2. Não

Quais? _____

Possui rendimento? () 1. Sim 2. Não

qual? _____

Data da internação atual desde: ____/____/____

Usuário realiza auto-cuidado? () 1. Sim 2. Não

Qual? ()

1. Alimentação
2. Higiene pessoal
3. Vestuário

Usuário realiza operações com dinheiro? () 1. Sim 2. Não

Possui orientação espacial? () 1. Sim 2. Não

Possui orientação temporal? () 1. Sim 2. Não

Está inserido em atividade de geração de renda? () 1. Sim 2. Não

Qual? _____

Possui outras intercorrências clínicas? () 1. Sim 2. Não

Quais? ()

1. Diabetes
2. Hipertensão Arterial
3. Doença Sexualmente Transmissível
4. AIDS
5. Outras: _____

No último ano, apresentou distúrbio de comportamento? () 1. Sim

2. Não

Quais? ()

1. Agressividade
2. Comportamento inadequado
3. Atos impulsivos
4. Outros: _____

No último ano, apresenta sintomatologia produtiva? () 1. Sim 2. Não

Quais? ()

1. Delírio
2. Alucinação
3. Maneirismo
4. Outros: _____

No último ano, apresenta sintomas deficitários? () 1. Sim 2. Não

Quais? ()

1. Retraimento social
2. Embotamento afetivo
3. Outros: _____

IV – Práticas de gestão

Usuário possui técnico de referência? () 1. Sim 2. Não

A equipe possui discussão coletiva de casos? () 1. Sim 2. Não

Usuário possui projeto terapêutico individualizado? () 1. Sim 2. Não

Se sim, o projeto terapêutico descrito foi implementado?

() 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente

A equipe desenvolve atividades com outros serviços territoriais?

() 1. Sim 2. Não

Quais atividades? _____

Quais serviços? _____

A equipe desenvolve ações no território extra-hospitalar? () 1. Sim 2. Não

Quais? _____

O serviço desenvolve educação permanente para os profissionais?

() 1. Sim 2. Não

Quais? _____

O serviço possui supervisão clínica? () 1. Sim 2. Não

A equipe intervém no âmbito familiar? () 1. Sim 2. Não

De que forma? _____

O serviço desenvolve projeto de acompanhamento domiciliar?

() 1. Sim 2. Não

Qual profissional que acompanha? _____

Número de leitos: _____

Número de usuários internados há mais de 1 ano: _____

Número de usuários internados de longa permanência (mais de 1 ano) com alta no último ano: _____

Número de reinternações de usuários de longa permanência (mais de 1 ano) que tiveram alta*: _____

* Este item só deverá ser preenchido da segunda aplicação deste instrumento.

Quantitativo de profissionais por categoria profissional:

- () Psiquiatra.
 () Enfermeiro.
 () Psicólogo.
 () Assistente Social.
 () Terapeuta Ocupacional.
 () Nutricionista.
 () Musicoterapeuta.
 () Outros profissionais de ensino superior.

Quais? _____

- () Técnico de enfermagem
 () Outros profissionais de ensino médio.

Quais? _____

- () Auxiliar de enfermagem
 () Outros profissionais de ensino fundamental.

Quais? _____

O município possui instituições que possibilitam recursos para o usuário?

- () 1. Sim 2. Não

Quais?

1. Passe livre
2. Bolsa-auxílio
3. Programa de trabalho
4. Outros: _____

ANEXO 5

Devolutiva da pesquisa à instituição do estudo

SIMPÓSIO SOBRE NECESSIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE PRÁTICAS QUALITATIVAS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O Laboratório de Pesquisa e Práticas sobre Integralidade em Saúde convida para o Simpósio *Necessidades e Demandas em Saúde Mental: uma proposta de práticas avaliativas para a desinstitucionalização*.

No contexto atual de Reforma Psiquiátrica a desinstitucionalização se constitui no principal desafio para profissionais, usuários e gestores. A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) refletiu-se em um aumento do acesso da clientela portadora de transtornos mentais a um cuidado voltado para o sujeito em sofrimento.

Entretanto, apesar da redução progressiva dos leitos psiquiátricos no Brasil ainda nos deparamos com uma clientela de longa permanência institucional (internada há mais de 1 ano) em número significativo. Deste modo, o LAPPIS tem buscado aprofundar a discussão no campo da Saúde Mental através de pesquisas que buscam estabelecer a relação integralidade e desinstitucionalização.

A promoção de espaços de interlocução entre os atores do processo de desinstitucionalização é um dos objetivos deste simpósio.

20 de Setembro – Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ)

8h30min-9h30min – Abertura

Lilian Koifman - Instituto de Saúde da Comunidade -UFF

Sídio Werdes Machado - Pró-Reitor de Extensão/UFF

Ruben Araujo de Mattos - Diretor do Instituto de Medicina Social-UERJ

Eduardo de Carvalho Rocha - Diretor do HP Jurujuba/FMS-Niterói

Maritelmá Vieira dos Santos – Coordenadora de Saúde Mental de Niterói

Luiz Roberto Tenório - Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Niterói

9h30min-12h30min – Clientela de longa permanência institucional.**Uma proposta de pesquisa.**

Sandra Fonseca (Coordenadora) – Chefe da divisão de ensino HPJ

Roseni Pinheiro - Coordenadora do LAPPIS/IMS/UERJ

Jaqueline Rodrigues Robaina - Pesquisadora do LAPPIS/IMS/UERJ

Naiara Castellar - Equipe de supervisão hospitalar – FMS/Niterói

13h30min-15h – Perspectivas de cuidado na desinstitucionalização: necessidade, demanda e oferta.

Ândrea Cardoso de Souza (coordenadora) – EEAAC -UFF/pesquisadora associada do LAPPIS-IMS/UERJ

Ana Paula Guljor - Coordenadora da residência médica em psiquiatria – FMS-Niterói /UFF e pesquisadora do LAPPIS-IMS/UERJ

Suely Azevedo – Diretora Técnica HPJ

Adriana Cerdeira – Coordenadora do Setor Albergue HPJ

15h-17h – Os desafios da construção de um processo de avaliação e monitoramento em Saúde Mental

Ana Paula Guljor (Coordenadora) - Coordenadora da residência médica em psiquiatria – FMS Niterói /UFF e pesquisadora do LAPPIS-IMS/UERJ

Domingos Sávio do N. Alves – IFB e pesquisador associado do LAPPIS-IMS/UERJ

Aluísio Gomes da Silva Jr. – ISC-UFF e pesquisador associado do LAPPIS-IMS/UERJ

Roseni Pinheiro – coordenadora do LAPPIS-IMS/UERJ

Comissão organizadora

Alan Teixeira Lima, Aluísio Gomes da Silva Jr, Ana Paula Guljor,

Ândrea Cardoso de Souza, Ariadne Marra, Jaqueline Rodrigues Robaina,

Roseni Pinheiro

Informações: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - Divisão de Ensino e Pesquisa

Tel. 2610-8028 – Secretária: Tania Dias

ANEXO 6

Mapa de práticas (sentidos) por categorias analíticas (demanda, oferta e necessidade), organizado segundo categorias temáticas e empíricas¹ nas redes extra e intra-hospitalar – Niterói - 2006

Rede Extra-hospitalar

Práticas de Gestão		
Demanda	Oferta	Necessidade
Articulação Acompanhamento compartilhado dos casos com as instituições/ serviços de internação Demanda por articulação com a rede de saúde mental Demanda por maior acesso aos pacientes internados nas clínicas conveniadas Maior integração dos profissionais intra-serviço e intra-rede Realização de permanente contato com o meio externo para evitar a institucionalização do tratamento ambulatorial	Articulação Agendamento/ inserção dos pacientes no tratamento ambulatorial ainda durante a internação Articulação com a rede de saúde (PMF, Álcool e drogas, criança e adolescente) com profissionais de referência na equipe Articulação com a rede extra-hospitalar Articulação com a unidade de internação em saúde mental Articulação com o Programa Médico de Família Articulação com unidades de saúde da rede	Articulação Inserção no CAPS durante o período de internação Acompanhamento na rede extra Saúde Mental Relação do serviço extra hospitalar com o setor de internação como fundamental Manutenção do vínculo do paciente internado com o serviço extra hospitalar de referência Manutenção do acompanhamento do paciente pela equipe E.H. durante a internação

¹ As categorias temáticas e empíricas foram sendo “mapeadas” de acordo com os sentidos atribuídos pelos entrevistados (profissionais de saúde), segundo o espaço-cotidiano que ocupavam (rede extra-hospitalar e intra-hospitalar). O agrupamento das categorias em práticas de gestão e de cuidado é um recurso de sistematização do tratamento do material empírico coletado, sendo orientado pelo marco lógico proposto pela pesquisa. Ver capítulo 2, parte I, desta coletânea.

<p>Intersetorialidade Demanda por acesso à educação Demanda por atividades extra-CAPS (extra-instituição) Expansão para fora do serviço Intersetorialidade/Parcerias com outras secretarias</p> <p>Multiprofissionalidade Demanda dos técnicos por atenção não restrita ao atendimento médico</p> <p>Infra-estrutura Ampliação do número de profissionais Ampliação dos recursos Demanda para a implantação de CAPS III no município Demanda por leito de observação (visando diminuir o número de internações) Demanda por serviços extra-hospitalares e territoriais (CAPS, moradias, etc.) Melhor estruturação dos serviços e da rede Recursos humanos Recursos materiais (viatura) Suporte medicamentoso</p> <p>Singularidade Demanda dos técnicos por atendimento singularizado Demanda por trabalhos singularizados de porta de saída</p> <p>Responsabilização Aumento da potencialidade das ações do CAPS Aumento de cobertura/ ampliação do escopo das ações Demanda por compartilhar os casos com toda a equipe Implicação profissional</p>	<p>Fórum de saúde mental – criança e adolescente – intersetorial Interlocação com a comunidade Interlocação do serviço extra-hospital, ambulatorial, com CAPS AD e enfermaria de AD Supervisão de saúde mental específica para o PMF</p> <p>Intersetorialidade Intersetorialidade (educação, ação social)</p> <p>Multiprofissionalidade Equipe multiprofissional Recepção multiprofissional (em dupla)</p> <p>Infra-estrutura Acompanhante domiciliar Equipe de supervisão hospitalar Suporte farmacológico (fornecimento de medicação)</p> <p>Singularidade Acolhimento diferenciado para receber os diferentes tipos de encaminhamento Acompanhamento singularizado</p> <p>Responsabilização Atendimento de casos graves Discussão de casos clínicos Discussão dos casos com a equipe de assessoria de saúde mental do Estado do RJ Referência compartilhada Reunião de equipe semanal Técnico de referência</p>	<p>Acolhimento Avaliação/recepção processual</p> <p>Multiprofissionalidade Avaliação/ recepção inicial por equipe não médica</p> <p>Responsabilização Discussão dos casos em reunião de equipe</p> <p>Projeto terapêutico Elaboração coletiva do PTI em reunião de equipe</p> <p>Singularidade Acolhimento imediato com frequência intensiva em casos agudos e/ou graves Atenção diferenciada na recepção para os casos de maior gravidade, prevenir reinternações</p> <p>Acompanhamento Trabalho ‘anterior’ para inserção dos pacientes de longa permanência ‘Proximidade’ (presencial) da equipe de cuidado com os pacientes de longa permanência em tratamento Contínua institucional como necessário durante certo tempo do trabalho de saída do hospital;</p> <p>Intersetorialidade Parcerias intersetoriais Efetivação de projetos ligados ao trabalho e a Educação Articulações interinstitucionais</p>	<p>Rediscussão contínua de casos voltada para evitar a institucionalização Responsabilização coletiva pelo usuário</p> <p>Acolhimento Demanda dos técnicos por acompanhamento intensivo do usuário Qualidade da recepção (acolhimento) ofertada ao usuário Recepção imediata/ acolhimento sem agendamento prévio Serviço de porta de entrada</p> <p>Acompanhamento Demanda de acompanhamento familiar</p> <p>Qualificação profissional Demanda dos técnicos por maior qualificação dos profissionais das clínicas conveniadas Demanda por atividades que proporcionem maior qualificação profissional Qualificação profissional para trabalho com a longa permanência Transformação da compreensão do profissional</p> <p>Projetos terapêuticos Projetos terapêuticos singularizados</p> <p>Intervenção na cultura Intervenção na sociedade Produzir diferenças na cultura</p> <p>Atividade de geração de renda Abertura do mercado de trabalho para essa clientela</p>	<p>Acolhimento Atendimento de primeira vez Grupo de recepção Recepção diária Serviço de porta de entrada e triagem para outras unidades</p> <p>Acompanhamento Acompanhamento do paciente durante a internação (para equipe extra-hospitalar de referência) Acompanhamento domiciliar Acompanhamento durante o período de internação Acompanhamento familiar Acompanhamento individual (Assistente Social) Atendimento psiquiátrico Consulta médica Grupo de família</p> <p>Projetos terapêuticos Atividades em grupo Atividades extra-serviço Projeto terapêutico</p> <p>Intervenção na cultura Atividade de cultura</p> <p>Atividade de geração de renda Atividades de geração de renda</p> <p>Práticas integrais Ambulatório diferenciado (oferecendo oficinas) Apoio matricial Atividade de lazer Atividades de cultura e lazer (futebol, teatro, jornal, costura, leitura, atividades expressivas, culinária) Flexibilidade das ações Práticas solidárias</p>	<p>Geração de renda Geração de renda e ampliação do mercado de trabalho (para consolidar inserção social) Conquistar espaços na sociedade através da produção de mercadorias competitivas para o mercado</p> <p>Infra-estrutura Ampliação de recursos SRTs, medicamentos, renda Suporte infra-estrutural (ex. carro)</p> <p>Macropolítica Qualificação dos investimentos a partir do reconhecimento pelo poder municipal das necessidades da clientela de longa permanência; Impossibilidade de parceria com clínica conveniada</p> <p>Intervenção na cultura Ocupação de espaços sociais extra-CAPS</p> <p>Recursos de seguridade e cidadania Recursos para a família</p> <p>Multidisciplinaridade Construção de prática interdisciplinar</p> <p>Qualificação profissional Clareza do papel de sua categoria profissional no trabalho de equipe</p> <p>Responsabilização Prática de intercâmbio do técnico de referência com o processo de internação – manter a equipe informada para discussão</p>
---	---	---	---	---	---

<p>Recursos de seguridade e cidadania “Preocupação” com a questão social</p> <p>Práticas integrais Ampliar a possibilidade de tratamento das doenças associadas (diabetes, hipertensão) Desenvolvimento de práticas integrais</p> <p>Macropolítica Demanda por políticas públicas voltadas para a desinstitucionalização Divulgação do trabalho do CAPS Organização da rede</p>	<p>Macropolítica Equipe de referência para supervisão hospitalar de clínicas conveniadas</p>
--	---

Práticas de Cuidado		
Demanda	Oferta	Necessidade
<p>Articulação Articulação com a rede de saúde mental Demanda dos técnicos por articulação com a comunidade</p> <p>Participação Demanda dos técnicos por maior participação dos usuários no processo de construção/elaboração das atividades/projetos terapêuticos Demanda dos técnicos por maior participação e envolvimento dos familiares no tratamento</p> <p>Intersetorialidade Demanda dos técnicos pela construção de práticas intersetoriais</p>	<p>Articulação Articulação com o PMF Articulação com outras unidades de saúde mental Articulação com outros profissionais do serviço/rede Articulação com unidade básica de saúde (tratamento para hipertensão, diabetes) Utilização dos recursos da comunidade (padaria)</p> <p>Participação Assembléia (organização do dia-a-dia do CAPS)</p> <p>Intersetorialidade Intersetorialidade</p>	<p>Acompanhamento Cuidado com a imagem corporal e auto-cuidado através de estratégias ligadas as atividades cotidianas (ex. esporte no Caio Martins) Proximidade dos técnicos durante os períodos que os LP freqüentam os espaços de convivência Maior proximidade dos técnicos nos espaços de convívio Necessidade de proximidade nas questões do cotidiano Acompanhamento cotidiano (familiar e da comunidade) Acompanhamento processual do cotidiano</p>

<p>Demanda dos técnicos por atividades intersetoriais fora do espaço do CAPS (como, por exemplo, com esporte)</p> <p>Multiprofissionalidade Atenção multiprofissional intensiva</p> <p>Singularidade Demanda dos técnicos por um suporte diferenciado para os moradores de áreas de risco Projeto de inserção gradual no CAPS Projeto terapêutico singular Projetos terapêuticos em permanente avaliação</p> <p>Acolhimento Estratégias para fortalecimento de vínculos</p> <p>Acompanhamento Visitadores domiciliares como profissionais estratégicos na desinstitucionalização</p> <p>Projetos terapêuticos CAPS como lugar de passagem CAPS como lugar de referência</p> <p>Intervenção na cultura Demanda por desconstrução de estigmas e preconceitos em relação à loucura</p> <p>Atividade de geração de renda Projetos de geração de renda</p>	<p>Singularidade Acompanhamento individual Acompanhamento singularizado Não padronização do cuidado aos usuários de longa permanência egressos Projeto terapêutico diferenciado para clientela egressa de hospital psiquiátrico e para moradores de residências terapêuticas</p> <p>Responsabilização Acompanhamento do técnico de referência Co-responsabilização pela clientela</p> <p>Acolhimento Atendimento de demanda espontânea Oficinas (carpintaria, sabonete, culinária, etc.) Oficinas (sabonete, pintura, desenho contos, culinária, projeto biblioteca) Oficinas de terapia ocupacional Serviço de recepção integrada</p> <p>Acompanhamento Acompanhamento domiciliar (visitador/acompanhante domiciliar) Atendimento coletivo Atendimento individual Atendimento médico, psicológico e de terapia ocupacional Grupo do bom dia (participação de usuários, familiares e técnicos) Grupos / Oficinas (assembléia, grupo de música, sexualidade, bom</p>	<p>Projeto terapêutico Designação de um profissional a quem o paciente se referencie e conheça profundamente seu tratamento Inserção em espaços de convivência mais que nas oficinas (sobre os pacientes de LP) Realização de trabalho processual Projeto terapêutico singularizado após grupo de recepção</p> <p>Singularidade Projetos terapêuticos flexíveis e singularizados Flexibilidade das formas de inserção no serviço extra hospitalar Rediscussão continuada das estratégias terapêuticas</p> <p>Intervenção na cultura Resgate de hábitos e tradições sociais</p> <p>Acolhimento Escuta apurada, qualificada</p> <p>Práticas integrais Instrumentos que possibilitem poder de trocas (p.ex. R\$) Flexibilidade para avaliar transferência para outro dispositivo ou inserção de outros recursos no PTI Acompanhamento familiar Preparo da família como primeira intervenção a ser desencadeada no retorno ao lar de pac. de longa permanência</p>
--	---	---

<p>Práticas integras CAPS como possibilidade de maior convivência/convívio social</p>	<p>dia, fuxico, alfabetização, oficina da palavra, esporte e de expressão) Grupos terapêuticos (família, para neuróticos) Visita domiciliar</p> <p>Intervenção na cultura Interlocução com a comunidade</p> <p>Atividade de geração de renda Atividade de geração de renda</p> <p>Práticas integras Atividade de lazer Atividades extra-CAPS (esporte, visita a museus) Projeto de lazer nos finais de semana</p>	<p>Participação Estratégias terapêuticas pactuadas com os usuários</p> <p>Articulação CAPS como referência</p>
--	--	--

Rede Intra-hospitalar

Práticas de Gestão		
Demanda	Oferta	Necessidade
<p>Participação Demanda por maior sociabilidade</p> <p>Acompanhamento Acompanhante hospitalar devido a dificuldades de manutenção do tratamento na residência Demanda da equipe por acompanhamento ambulatório, por acompanhamento no CAPS</p> <p>Projetos terapêuticos Demanda da equipe pela “saída”, retorno do usuário ao convívio familiar</p>	<p>Articulação Articulação com a rede de saúde mental de Niterói Articulação com o CAPS Articulação com unidades extra-hospitalares Parcerias com PMF, CAPS, UFF e serviços de odontologia</p> <p>Participação Associação de familiares e de usuários</p> <p>Intersetorialidade Intersetorialidade/articulação com a</p>	<p>Acolhimento Acolhimento das famílias de pacientes de primeira internação Estreitamento de laços familiares durante a internação</p> <p>Acompanhamento Fortalecimento dos vínculos pac./serviço, pac/profissional</p> <p>Recursos de seguridade e cidadania Documentação</p>

<p>Demanda da equipe: inserção/vinculação do usuário no CAPS Demanda da equipe: resgate dos vínculos familiares Demanda dos técnicos por maior autonomia dos usuários (saber andar na rua sozinho, por ex.)</p> <p>Atividade de geração de renda Demanda do paciente por retorno ao trabalho / atividade laborativa</p> <p>Recursos de seguridade e cidadania Demanda da equipe: maior suporte financeiro dos usuários Demanda dos técnicos por maior suporte social</p> <p>Função hospital/internação Busca por internação proveniente de instituições públicas (polícia, bombeiro) Demanda por internação devido à interrupção da medicação e problemas no convívio familiar Demanda da equipe por suporte familiar Demanda da família por internação Demanda de internação definida pela emergência Demanda de internação pela fundação Leão XIII Demanda maior de internação por casos de psicose Demanda para internação através de bombeiro</p>	<p>Defensoria, Ministério Público e Detran Parcerias com os recursos sociais da comunidade (projeto de horta)</p> <p>Multiprofissionalidade Acompanhamento clínico multiprofissional</p> <p>Infra estrutura Albergue (origem dos pacientes) – Jurujuba antigo Moradia assistida (extra-hospitalar) Unidade de álcool e drogas (internação) Unidade de longa permanência</p> <p>Responsabilização Reunião de equipe Técnico de referência</p> <p>Acolhimento Atendimento de emergência / Porta de entrada Referência para internação</p> <p>Acompanhamento Acompanhamento domiciliar Atendimento coletivo (AT) Atendimento individual Internações prolongadas em enfermaria de agudos Oficinas terapêuticas Visitas domiciliares para família</p> <p>Qualificação profissional Seminário / Sensibilização de profissionais para as práticas de desinstitucionalização (moradia)</p>	<p>Intersetorialidade Articulação com o Ministério Público Busca de recursos fora do hospital que não sejam da saúde estritamente Construção de laços fora do hospital</p> <p>Macropolítica Ampliação de verbas para a saúde Melhor gerenciamento dos recursos financeiros</p> <p>Responsabilização Reflexão sobre o trabalho executado Cuidados intensivos Construção coletiva de projetos Co-responsabilização de casos entre a equipe Reavaliação de projetos Maior investimento na autonomia; autonomia Compartilhamento de casos</p> <p>Qualificação profissional Maior qualificação profissional</p> <p>Singularidade Maior conhecimento da história dos pacientes Produção de subjetividades, de desejos Potencialização da autonomia Conhecimento da história de vida dos pacientes Espaço diferenciado para acolhimento de pacientes em crise e os de longa permanência Passagem de casos não burocráticas e não restritas aos encaminhamentos</p>
--	--	--

<p>Demanda para internação de outros setores do hospital (albergue, ambulatório) Demanda por “contenção” de agressividade e agitação nas ruas Demanda por abrigo de pessoas em situação de rua Demanda por abrigo por instituição pública Demanda por internação devido a conflitos familiares e com a vizinhança Demanda por internação devido a dificuldades de adesão ao tratamento extra-hospitalar Demanda por internação em situação de crise Encaminhamento de abrigos</p>	<p>Projetos terapêuticos Projeto terapêutico</p> <p>Intervenção na cultura Articulação com atividades culturais</p> <p>Atividade de geração de renda Atividade de geração de renda</p> <p>Práticas integrais Desenvolvimento de atividades extra-hospitalares (baile) Passeios</p> <p>Macropolítica Ambulatório regionalizado Equipe de desinstitucionalização</p>	<p>Projetos terapêuticos Implantação de projetos terapêuticos reais Reavaliação permanentes dos projetos terapêuticos Projeto terapêutico singularizado Técnico de referência para todos os usuários Projetos terapêuticos que contemplem a saída dos pacientes do hospital Reavaliação de projetos terapêuticos</p> <p>Articulação Interlocação com o CAPS Articulação com a rede</p> <p>Intervenção na cultura Redução do estigma da sociedade em relação a loucura Transformação social para melhor convivência com as diferenças Realização de atividades extra-hospitalares</p> <p>Infra-estrutura Construção de portas de saída Construção de um espaço possível fora do hospital Acesso a medicação de última geração Local para acolhimento de pacientes sem referência de moradia Residências terapêuticas</p> <p>Práticas integrais Ampliação do cuidado para além da assistência estritamente por médicos Maior aproximação com a família Contato com a família</p> <p>Macropolítica Reconhecimento do hospital como lugar transitório Maior apoio político</p>
---	---	--

Práticas de Cuidado		
Demanda	Oferta	Necessidade
<p>Infra estrutura Demanda dos técnicos por ampliação dos recursos terapêuticos externos</p> <p>Singularidade Demanda por cuidados específicos para portadores de deficiência física Demanda por cuidados intensivos (suporte clínico) e por cuidados individualizados (cadeirantes)</p> <p>Acompanhamento Demanda do paciente por manutenção das relações afetivas intra-setor hospitalar Demanda dos técnicos por acompanhamento familiar Demanda dos técnicos por maior orientação/habilitação da família em lidar com a doença Demanda dos técnicos: melhores condições de relacionamento familiar</p> <p>Projetos terapêuticos Demanda da equipe por maior autonomia do usuário (sair, ir ao bar, por exemplo) Demanda da equipe por resgate dos vínculos familiares Demanda do usuário em usar as residências terapêuticas como lugar de passagem Potencializar o relacionamento familiar</p>	<p>Articulação Acompanhamento na rede de saúde mental extra-hospitalar durante o período de internação Articulação com a rede clínico-hospitalar Articulação com demais serviços de saúde Articulação com o CAPS Atividade extra-hospitalar (para utilização da rede de saúde) Interlocação / articulação / parcerias com a comunidade Interlocação com a rede de saúde mental</p> <p>Intersetorialidade Articulação com o projeto viva idoso Articulação com projetos sociais Articulação intersetorial (recursos da comunidade) Parcerias com a universidade</p> <p>Multiprofissionalidade Acompanhamento multiprofissional Equipe multiprofissional</p> <p>Infra estrutura Acompanhante terapêutico Oferta medicamentosa / Suporte farmacológico</p> <p>Singularidade Acompanhamento singularizado Projetos singularizados</p>	<p>Acompanhamento Manutenção de vínculo familiar Acompanhamento das famílias Período de preparo para a saída para as SRTs</p> <p>Acolhimento Manutenção de vínculos com os profissionais Cuidados intensivos Intensificação do cuidado (presença de cuidador na moradia) Vinculação Convivência Conhecimento das histórias de vida Espaço onde os usuários possam falar e serem ouvidos Mudança no olhar de profissionais no sentido de investirem no processo de saída dos usuários</p> <p>Articulação Vinculação com serviços territoriais Interlocação com a equipe do CAPS Articulação com o CAPS Projeto terapêutico e compartilhamento dos casos entre as equipes Articulação das equipes hospital/CAPS</p> <p>Intervenção na cultura Realização de atividades extra-hospitalares Ampliação dos espaços de circulação dos paciente</p>

<p>Recursos de seguridade e cidadania Demanda da equipe por recursos de cidadania (documentação/ identificação social) Demanda dos técnicos por maior suporte familiar e social Demanda dos técnicos: suporte financeiro para a família (ex. de volta pra casa)</p> <p>Práticas integras Demanda da equipe pelo aumento de participação dos usuários nos espaços extra-hospitalares (espaço de lazer, de convivência) Demanda do paciente por circular em outros espaços que não os da internação Demanda por atendimentos específicos/especiais em saúde (ginecologia, etc.) Demanda por suporte clínico na rede de saúde municipal Tratamento odontológico</p> <p>Função hospital/ internação Demanda por internação por reagudização do quadro/gravidade</p>	<p>Responsabilização Circulação de informações Reunião de equipe Técnico de referência</p> <p>Acompanhamento Acompanhamento domiciliar Acompanhamento individual Atendimento familiar Atendimento familiar em grupo Atendimento individual Atendimento médico e psicológico (individual) Atendimento psicoterápico Atividades de musicoterapia Atividades diárias (grupos e oficinas) Grupo de família Grupos terapêuticos (bom dia e bate papo) Oficina de sexualidade Oficinas Oficinas de vídeo Visitas domiciliares</p> <p>Projetos terapêuticos Setor de portas abertas</p> <p>Intervenção na cultura Projeto para implantação de atividades cultural/lazer durante o fim de semana Teatro</p> <p>Atividade de geração de renda Atividade de geração de renda</p> <p>Práticas integras Ações extra-hospitalares Atividade de lazer Atividade de passeio (idas a museu, praia)</p>	<p>Desmistificação da loucura Intervenção na comunidade Transformação social quanto a visão sobre a loucura Intervenção na cultura Ocupação de espaços</p> <p>Práticas integras Proporcionar a reintegração social dos pacientes Estabelecimento de contato com familiares e vizinhança Apoio familiar Trabalho com a família Construção de laços sociais Construção de lugar social Intervenção familiar Estabelecimento de relações fora do hospital Ampliação do convívio social dos pacientes Inserção social Estabelecimento de laços com os familiares Fortalecimento de laços sociais Ressocialização da clientela Reinserção social Suporte familiar Investimento no trabalho familiar Inserção social Atividades de lazer/ passeio fora do hospital Estímulo ao convívio social entre os usuários</p> <p>Projeto terapêutico Inserção em oficinas terapêuticas Estratégias de intervenção no espaço domiciliar Projeto terapêutico singularizado</p>	<p>Atividades externas (cultura e lazer) Oficina de mosaico, natação, jardinagem (atividades extra-hospitalares) Priorização de atividades extra-hospitalares</p> <p>Macro política Ambulatórios ampliados</p> <p>Função hospital/ internação Articulação difícil com o PMF</p>	<p>Projetos de atividades de vida diária Convivência Reformulação de projetos terapêuticos Autonomia</p> <p>Intersetorialidade Articulação com os outros setores da saúde Maior contato com a comunidade Atividades externas</p> <p>Responsabilização Compartilhamento de casos entre a equipe</p> <p>Infra estrutura Moradia Maior suporte da rede ambulatorial (reforço de RH e infra-estrutura) Moradia assistida Ampliação da equipe para desenvolver atividades extra-hospitalares Ampliação de recursos financeiros para a família manter o paciente no domicílio Ampliação da rede de saúde mental Ampliação de RH na rede ambulatorial Ampliação do número de CAPS SRTs Recursos financeiros Ampliação da equipe Qualificação das equipes</p> <p>Recursos da seguridade e cidadania Receber auxílio financeiro (De volta pra Casa)</p>
---	---	---	---	--

		<p>Intersetorialidade Ampliação dos recursos da rede Construção de parcerias (com a família ou comunidade) Assessoria Jurídica</p> <p>Singularidade Acompanhamento singularizado; Resgate da história dos pacientes Autonomia Encaminhamentos não burocráticos Acompanhamento diferenciado Singularização no atendimento Singularização dos espaços de moradia que reflitam o usuário residente Possibilidade de retorno para a família ou ida para SRT como oferecimento possível ao usuário</p> <p>Multiprofissionalidade Trabalho integrado da equipe</p> <p>Multidisciplinaridade Trabalho em equipe Reunião de equipe</p> <p>Geração de renda Projetos de geração de renda</p>
--	--	--

SOBRE OS AUTORES

ALAN TEIXEIRA LIMA

Psicólogo, especialista em Saúde da Família nos moldes de Residência pela ENSP/FIOCRUZ, aluno do Mestrado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. Endereço eletrônico: alan.lima@ensp.fiocruz.br.

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

Médico, professor adjunto no Instituto de Saúde da Comunidade da UFF (Niterói-RJ), pesquisador do Lupa-Saúde/UFF. Endereço eletrônico: agsilvaj@uninet.com.br.

ANA PAULA GULJOR

Psiquiatra, mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; coordenadora da Residência Médica em Psiquiatria da FMS/NITERÓI-UFF; pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: anapaulaguljor@gmail.com.

ÂNDREA CARDOSO DE SOUZA

Enfermeira, mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, professora na Escola de Enfermagem da UFF. Endereço eletrônico: andriacz@ig.com.br.

CARLOS EDUARDO DE MORAES HONORATO

Médico psiquiatra, mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; médico psiquiatra da Assessoria de Saúde Mental da SESDEC-RJ. Endereço eletrônico: caduhonorato@uol.com.br

CLAUDIA TALLEMBERG

Mestre em Psicologia pela UFF; supervisora do Estágio Multiprofissional Docente Assistencial/Acompanhamento Terapêutico na rede municipal de Carmo e membro da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro; supervisora clínico-institucional do Caps Linda Batista. Endereço eletrônico: claudia.tallemberg@gmail.com.

EDNEIA TAYT-SOHN MARTUCHELLI

Médica; especialista em Saúde Pública; mestre em Educação; professora titular dos cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia do UNIFESO; diretora do Centro de Ciências da Saúde da UNIFESO; coordenadora do PRÓ-SAÚDE-UNIFESO; diretora de Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde de Teresópolis-RJ; especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde – DEGES / SGTES / MS / ENSP / FIOCRUZ / Rede Unida. Endereço eletrônico: edtsm@terra.com.br.

EDUARDO HENRIQUE GUIMARÃES TORRE

Psicólogo; especialista em Saúde Mental; mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Endereço eletrônico: laps@ensp.fiocruz.br.

EROTILDES MARIA LEAL

Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UER; doutora em Psiquiatria e Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ; pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Subjetividade (IPUB/UFRJ); supervisora de CAPS do Município do Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: eroleal@uol.com.br.

GINA FERREIRA

Psicóloga; doutoranda em Psicologia Social pela Universidade de Barcelona; subgerente de Atenção Psicossocial do IMAS Nise da Silveira – RJ. Endereço eletrônico: gina.ferreira@terra.com.br.

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA

Psicóloga, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ, área de concentração em Epidemiologia. Endereço eletrônico: jrobaina@ims.uerj.br.

LEILA VIANNA

Psicóloga; especialista em Psiquiatria Social pela ENSP/FIOCRUZ; especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde – DEGES / SGTES / MS / ENSP / FIOCRUZ / Rede Unida; supervisora do Estágio Multiprofissional Docente Assistencial/

Acompanhamento Terapêutico na rede municipal de Carmo e membro da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: lviannareis@gmail.com.

LUÍS FERNANDO TÓFOLI

Psiquiatra; professor adjunto na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral; apoiador institucional (supervisor) da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral. Endereço eletrônico: luisfernandotofoli@gmail.com.

PAULA CERQUEIRA

Professora no IPUB/LCE-NUDES/UFRJ; pesquisadora do CNPq; especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde – DEGES / SGTES / MS / ENSP / FIOCRUZ / Rede Unida; coordenadora de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro de 2000 a 2003. Endereço eletrônico: paulacerqueiraufrij@gmail.com.

PAULO DUARTE DE CARVALHO AMARANTE

Psiquiatra; doutor em Saúde Pública; professor titular e coordenador do Laboratório de Estudos em Pesquisas em Saúde Mental (LAPS) da ENSP/FIOCRUZ. Endereço eletrônico: pauloamarante@ensp.fiocruz.br.

PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO

Mestre em Psiquiatria pela UFRJ; doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo; professor na Faculdade de Medicina da UFRJ; coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Endereço eletrônico: pgabriel@ipub.ufrj.br.

ROSENI PINHEIRO

Enfermeira; sanitária; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde, IMS-UERJ; líder de pesquisa do Grupo CNPq LAPPIS e coordenadora do projeto *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde, IMS-UERJ; coordenador adjunto do LAPPIS. Endereço eletrônico: rubenm@uol.com.br.

SILVIO YASUI

Psicólogo, doutor em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ; professor no curso de Psicologia da UNESP- Assis-SP; coordenador do grupo de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva credenciado junto ao CNPq. Endereço eletrônico: sysui@assis.unesp.br.

VICTORIA BRANT

Professora no Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ); pesquisadora CNPq. victorianutes@gmail.com.

