



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

BRUNO FERRARI EMERICH

**Desinstitucionalização em Saúde Mental: processo de
formação profissional e de produção de conhecimento a
partir da experiência**

**CAMPINAS
2017**

BRUNO FERRARI EMERICH

**Desinstitucionalização em Saúde Mental:
processo de formação profissional e de produção de conhecimento
a partir da experiência**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno **BRUNO FERRARI EMERICH** e orientado pela **PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS**

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Emerich, Bruno Ferrari, 1983-
Em32d Desinstitucionalização em saúde mental : processo de formação profissional e de produção de conhecimento a partir da experiência / Bruno Ferrari Emerich. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Desinstitucionalização. 2. Formação profissional em saúde. 3. Serviços de saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica. I. Campos, Rosana Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Deinstitutionalization in mental health : process of professional formation and knowledge building from experience

Palavras-chave em inglês:

Deinstitutionalization
Professional health training
Mental health services
Brazilian psychiatric

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]
Pedro Gabriel Godinho Delgado
Marcos Roberto Vieira Garcia
Egberto Ribeiro Turato
Mônica de Oliveira Nunes Torrenté

Data de defesa: 23-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO
BRUNO FERRARI EMERICH

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF^a. DR^a. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

2. PROF. DR. PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO

3. PROF. DR. MARCOS ROBERTO VIEIRA GARCIA

4. PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

5. PROF^a. DR^a. MÔNICA DE OLIVEIRA NUNES DE TORRENTÉ

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 23/02/2017

À Cecília,
por me apresentar outras temporalidades à vida.

AGRADECIMENTOS

À Michelle, pelo companheirismo, delicadeza e amor que fazem com que as incertezas possam ser vividas e as conquistas, usufruídas; e à Cecília, por me ensinar que o “novo amanhece”, e que o amor deve ser o mote da vida.

À minha família, pelo suporte em minhas experimentações pela vida, sempre “sabendo entender o silêncio e manter a presença mesmo quando ausentes”.

Aos trabalhadores do SUS e da Reforma Psiquiátrica, que cotidianamente sustentam práticas de cuidado frente a tantos desafios que se colocam em campo, costurando potências e transformações nas vidas dos sujeitos e dos territórios.

Aos usuários, por me advertirem constantemente sobre a importância de nos dispormos a acompanhá-los nos percursos que traçam para suas vidas, ao invés de indicarmos qual deveria ser a trilha assumida.

Aos alunos da graduação e pós-graduação, pelas inquietações, trocas, ensinamentos e construções que me transformam e formam minhas práticas de ensino, pesquisa e extensão.

Aos bons professores com os quais tive a experiência de aprender durante meu percurso acadêmico, e que em grande parte foram responsáveis pela minha trajetória e pela minha atuação enquanto professor. Ainda, pela possibilidade de me tornar parceiro de pesquisa, discussão e publicação, com alguns deles.

Ao Prof Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia e ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato pelas valiosas discussões e contribuições no exame de qualificação da tese, que compuseram nortes importantes para a construção do produto final

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Interfaces, pela composição e pela experiência de que modos plurais e compartilhados de construção de conhecimento e de pesquisa se fazem possível, e, mais do que isso, necessários. Aos da “velha guarda” que por aqui estiveram, em mim deixaram marcas, e se espalharam por

cantos do Brasil e da América do Sul. Aos que por aqui estão, em especial ao Thiago Trapé pela amizade, parcerias profissionais e conversas étlicas; e à Ellen Ricci pelo trabalho conjunto, ajuda e suporte nos momentos em que a intensidade e fluxos da minha vida pediram passagem.

Aos parceiros que compuseram a equipe de trabalho do 'Percurso Formativos' e tornaram a realização do projeto possível, e em consequência essa tese. À Luciana Surjus, amiga inquieta e tão competente, pela proposição e sustentação ética e política do Projeto, enquanto esteve à frente da Coordenação de Saúde Mental de Sorocaba. Aos facilitadores, pela construção do trabalho cogestivo, pela implicação na formação de trabalhadores e pela coerência nos encontros com atores do SUS que participaram do 'Percurso': Carlos Eduardo Amaral, Erika Marinheiro, Lara Blanes, Ana Carolina Diniz, Thiago Marques, Mariana Barbosa Pereira, Carine Sayuri, Renata Magalhães.

Aos meus amigos, que me ensinam que o aumento da rede de suporte é fundante para a construção de maiores graus de autonomia e para a sustentação de projetos de vida, dentre os quais pode-se incluir um doutorado.

A CAPES, pela bolsa de doutorado que fez com que houvesse maior possibilidade de dedicação à pesquisa.

À Rosana Onocko Campos, pelas construções e contribuições que tem trazido para a formação de profissionais e de pesquisadores, dentre os quais me incluo. Agradeço a confiança, ensinamentos, apostas e descobertas compartilhadas.

RESUMO

A Desinstitucionalização, um dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, traz em seu escopo a necessidade da construção de novos modos de cuidar dos usuários em intenso sofrimento psíquico. Tal perspectiva convoca os trabalhadores e gestores da área da saúde a um contínuo questionamento das práticas, sob o risco de repetirem a exclusão dos usuários nos processos de fechamentos de Hospitais Psiquiátricos e nos cuidados propostos em serviços territoriais a céu aberto.

O trabalho aqui apresentado, de cunho qualitativo e participativo, tem por objetivo descrever e compreender um processo de formação de trabalhadores e gestores na perspectiva da Desinstitucionalização, a partir da experiência de imersão em pontos de atenção da RAPS de uma cidade de médio porte que viveu o fechamento de hospitais psiquiátricos.

Através de narrativas construídas e validadas pelos participantes nos Grupos de Apreciação Partilhada (GAP), os conteúdos foram compreendidos por meio da abordagem hermenêutico-dialética.

Discutimos a importância de três dimensões serem consideradas em processos formativos para trabalhadores e gestores de serviços de Saúde Mental: a do Sujeito, a do Coletivo e a da Instituição. As interpenetrações entre essas dimensões dependem das metodologias formativas utilizadas, do contexto em que se dão e das pactuações entre os atores que dela participam.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Formação Profissional em Saúde; Serviços de Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica Brasileira.

ABSTRACT

Deinstitutionalization, one of the guiding principles of the Brazilian Psychiatric Reform, brings in its scope the need to build new forms of caring users in intense psychic suffering. Such perspective summons the workers and managers of the health area to a continuous questioning of the practices, with the risk of repeating the exclusion of users in the Psychiatric Hospitals closure processes and in the care proposed in open-air territorial services.

The study presented herein, with qualitative and quantitative characters, aimed to describe and understand a training process of workers and managers in the Deinstitutionalization perspective from the immersion experience in points of attention of RAPS of a medium sized city that lived the closure of psychiatric hospitals.

From the narratives constructed and validated by participants in the Shared Appreciation Groups (GAP), the contents were understood by the dialectical hermeneutical approach.

We discuss the importance of the three dimensions to be considered in the formative processes of workers and managers of the mental health services: Subject, Collective and Institution. The interpretations of these dimensions depend on the formative methodologies used, context in which they occur and agreement between the actors that participate of it.

Key-words: Deinstitutionalization; Professional Health Training; Mental Health Services, Brazilian Psychiatric Reform.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
GAP	Grupo de Apreciação Partilhada
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Psiquiátrico
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NP	Narrativa dos participantes
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Reforma Sanitária
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes.....	38
Tabela 2 Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo.....	39
Tabela 3 Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos Habilitados por Tipo, UF e número de moradores.....	46

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 RAPS.....	35
Figura 2 Arranjo formativo do 'Percurso em Desinstitucionalização'.....	56
Figura 3 Processo formativo de interfaces entre as três dimensões.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano.....	28
Gráfico 2	Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial.....	37
Gráfico 3	Série Histórica de Beneficiários do Programa de Volta para Casa.....	43
Gráfico 4	Participantes do 'Percurso', por gênero.....	80
Gráfico 5	Participantes do 'Percurso', por cidade.....	80
Gráfico 6	Participantes do 'Percurso', por local de trabalho.....	81
Gráfico 7	Participantes do 'Percurso', por profissão.....	84

SUMÁRIO

	Pág.
1- INTRODUÇÃO.....	16
1.1- Sobre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.....	16
1.2- Desinstitucionalização.....	18
1.2.1- Alguns marcos conceituais.....	18
1.2.2- Algumas tradições internacionais que influenciaram a experiência brasileira.....	22
1.2.3- Desinstitucionalização no Brasil: para além da desospitalização, sem negá-la.....	28
2- JUSTIFICATIVA.....	34
2.1- Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira: expansão de serviços e desafios que se colocam frente a processos de Desinstitucionalização.....	34
2.2- Formação em saúde.....	47
2.3- Formação, saúde mental e desinstitucionalização.....	49
2.4- Formação de trabalhadores em Saúde Mental: “Percurso Formativos em Desinstitucionalização”.....	52
3- OBJETIVOS.....	57

4- METODOLOGIA.....	58
4.1- Pesquisa qualitativa: o caso da saúde mental.....	58
4.2- Pesquisa participativa.....	61
4.3- Campo.....	66
4.4- Sujeitos da pesquisa.....	79
4.5- Aspectos Éticos da Pesquisa.....	85
4.6- Grupos de Apreciação Partilhada - GAP.....	86
4.7- Narrativas.....	88
4.8- Compreensão dos dados.....	91
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	94
5.1- Dimensão dos Sujeitos.....	96
5.2- Dimensão da Instituição.....	109
5.3- Dimensão do Coletivo.....	118
6- CONCLUSÃO.....	129
7- BIBLIOGRAFIA.....	133
8- ANEXOS.....	144
8.1- ANEXO 1- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	144
8.2- ANEXO 2- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp.....	148
8.3- ANEXO 3- Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Sorocaba....	152

INTRODUÇÃO

1.1- Sobre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo complexo, com a participação de diversos atores, que aponta para a transformação do paradigma de cuidado aos usuários em intenso sofrimento psíquico, tendo no fechamento das instituições asilares e na construção de uma rede de serviços comunitários estratégias que buscam contemplar a singularidade e a garantia de direitos dos sujeitos ditos loucos.

Fortemente inspirada nos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, a partir dos princípios da Desinstitucionalização e da construção de novas possibilidades de sociabilidade para o sujeito no território (Yasui, 2010) , a experiência brasileira tem sido internacionalmente reconhecida pelos avanços alcançados na estruturação de uma política pública de saúde mental e na melhoria das condições de vida dos sujeitos que conseguem acessá-la.

Originada na década de 70, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) contou em seu germe com a participação de diversos atores (trabalhadores, familiares, representantes da sociedade civil, acadêmicos), que questionavam as condições de tratamento dos internos e o desrespeito aos direitos humanos nos serviços asilares. Esse movimento, transversalizado pelo contexto histórico de luta pela redemocratização no nosso país, surge em consonância com a Reforma Sanitária (RS).

Segundo Paim (2008), a RS pode ser entendida a partir das lutas pela democratização da saúde, considerando a elevação da consciência sanitária e reconhecimento do direito à saúde, com acesso universal e igualitário ao SUS com participação social na política e gestão; pela democratização do Estado e de seus aparelhos, por meio da descentralização das ações e do controle social; e pela democratização da sociedade, por meio da maior distribuição da riqueza e saberes produzidos. Para o autor, mais do que um processo restrito a políticas de saúde, é uma reforma social.

Interessa-nos aqui retomar o cerne da constituição do Sistema Único de Saúde, quando consensos entre RS e RP foram estabelecidos. A política de saúde mental no Brasil só foi e é possível a partir da constituição do SUS, por meio de aspectos legais que concretizam o acesso universal, a equidade e integralidade do tratamento e o direito à saúde. A normatização de leis e portarias tem fundamental importância na regulamentação do repasse financeiro, estruturação de serviços e definição de responsabilidades entre os entes federativos.

Certamente, a qualificação da assistência aos usuários que apresentam algum sofrimento psíquico pressupõe uma complexidade para além dos aspectos legais, passando pela formação profissional de trabalhadores que estejam em consonância com a proposta, pela construção de conhecimento condizente com as ideias da RP e da RS, e pelo fortalecimento do paradigma de tratamento calcado na existência- sofrimento dos sujeitos, dentre outros aspectos.

Nesse sentido, alguns dos desafios vividos pela estruturação das políticas públicas de saúde mental passam diretamente por desafios vividos pelo próprio Sistema Único: subfinanciamento do Sistema (Bahia, 2008), direcionamento de verbas públicas para lucros de entidades privadas de saúde (Santos, 2013), dificuldade de integração e gestão (Santos e Campos, 2015).

O contexto em que vivemos parece evidenciar a incompletude da RS, ao mesmo tempo em que parece mobilizar com maior intensidade, novamente, diferentes setores em torno de agendas comuns em defesa do SUS. Tal perspectiva se coloca fundamental na luta por uma reforma psiquiátrica mais potente, integral, acessível e democrática. Por um Sistema de Saúde que também assim o seja.

Lutar por princípios e valores que apontem para justiça social, acesso a políticas sociais e econômicas equânimes, baseados na coletivização, solidariedade e criação de resistência (Yasui, 2009), é um processo civilizatório. Intermitente, e cada mais vez mais necessário.

1.2- Desinstitucionalização

1.2.1- Alguns marcos conceituais

Os efeitos da institucionalização dos usuários em Hospitais Psiquiátricos (HP) têm sido discutidos sob diferentes vértices, nas últimas décadas.

Os clássicos, e por isso ainda atuais, estudos de Goffman (1974) apontam para a mortificação do eu e perda da singularidade dos sujeitos, a partir da massificação do cuidado e do funcionamento pautado no controle do maior número possível de usuários pelo menor número de funcionários. A totalização da vivência de todas as esferas da vida dos usuários no mesmo espaço, sob o controle da mesma autoridade, produz perdas identitárias. Ainda, a submissão dos internos à (a)temporalidade da Instituição Total, em detrimento de suas necessidades ou interesses, converge para uma gradual e agressiva alienação em relação ao contexto externo do hospital e à sua própria vida durante a internação.

Basaglia (2010) denunciou os efeitos da institucionalização na vida dos internos:

“A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que -justamente enquanto tais- não levem em conta o indivíduo singular e as circunstâncias de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo” (p.24).

Continua, dizendo que

“para o doente a perda de liberdade que está na base da sua doença se identifica inevitavelmente com a liberdade da qual nós o privamos: ele é a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam” (Basaglia, 2010, p. 27).

Foucault (1999) aponta que o poder anátomo-político incide sobre o corpo considerado como máquina, que deve ser vigiado, corrigido ou modelado via instituições disciplinares como o hospital psiquiátrico. Na passagem do louco pelo hospício, a vigilância produz formas de subjetivação por meio do controle das ações, reações, através da homogeneização proposta pelo funcionamento institucional. Está na gênese do HP o olhar do profissional, que classifica, avalia, volta-se para a doença mental.

“Desta forma, (os HPs) excluem o indivíduo do convívio social, incluindo-o numa lógica normalizadora, por meio da invisibilização do exercício do poder, que se capilariza formando um tecido microfísico onde a verticalidade do exercício do poder é substituída por uma horizontalidade ou lateralidade de suas práticas” (Emerich, 2012, p. 50).

Para Venturini (2016):

“O manicômio é espaço de internamento, o qual priva da autonomia. Paredes e muros que se reproduzem continuamente. A arquitetura do manicômio não merece tal nome: ela é de fato ‘arquitetônica’, uma convergência de múltiplas intenções que querem encarcerar, separar um dentro e um fora, erigir barreiras, criando uma sociedade em miniatura, fictícia, uma paródia, um simulacro da sociedade real. Ao mesmo tempo, paradoxalmente, o manicômio é o lugar da encenação, da exibição da loucura com intenções moralistas” (p.119).

A inércia institucional é uma marcante característica das Instituições Totais. A experimentação de uma nova temporalidade produz efeitos nos sujeitos que nela mergulham.

“(...)a desinstitucionalização provoca uma espécie de aceleração radical do tempo dos pacientes. A admissão do tempo revela àqueles que tinham sido expulsos do tempo o engano da atemporalidade e das imprevisibilidades do futuro em que estavam imersos. A crise do louco, tratado como doente, se torna permanente e definitiva se o louco, que se perdeu no mundo, vem ao mundo subtraído para ser trancado naquele não mundo que se chama manicômio” (Venturini, 2016, p.155).

A Desinstitucionalização pode ser concebida como um processo contrário à lógica manicomial por colocar em crise os antagonismos doença/saúde, dependência/autonomia, loucura/norma. Deve ser conformada nos campos organizativo e cultural, colocando o poder no centro da terapêutica, promovendo articulação entre as necessidades dos sujeitos (sobretudo dos usuários), mudança estrutural e bem-estar psíquico (Venturini, 2016). Faz-se necessário o encontro com o outro e a escuta clínica para que a experimentação do tempo cronológico partilhado socialmente não fique descompassada da vivência do tempo singular e subjetivo do sujeito que sofre.

Rotelli (1990) aponta que *“a verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto”* (p. 90), o que inclui a construção de um conjunto de aparatos administrativos, disciplinares, científicos e normativos que suportem o usuário como sujeito de desejos e de direitos.

Ao fazer tal afirmação, Rotelli propõe a negação da instituição loucura tal qual se apresenta, e não simplesmente do manicômio. *“Este tão diferente objeto”* é a concepção da existência/sofrimento do paciente (Rotelli, Leonard e Maury, 1990) constituída no contexto em que a vida acontece, nas relações sociais nele estabelecidas, com a conseqüente quebra do equilíbrio e da linearidade do que se entende como loucura ou doença a ser tratada, o que desloca a ação em saúde mental da intervenção corretiva ou curativa.

Aposta-se na passagem da pesquisa causal para a concatenação de possibilidades-probabilidades, transformando-se também os modos como as pessoas são tratadas para que seus sofrimentos se transformem: tratar significa *“ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana”* (Rotelli, 1990, p.91). A equação loucura-desrazão, ou loucura-doença mental se desloca para a possibilidade de construções singulares dos sujeitos a partir de suas histórias, novas conexões na vida e nos territórios, vivência de diferentes modos de lidar com seus sintomas, aposta no aumento da probabilidade de novas formas de subjetivação.

Torna-se fundamental a concepção de vínculos-oportunidades (Venturini, 2016) num processo contínuo e indefinido de transformação dos sujeitos envolvidos nas relações: usuários, trabalhadores, comunidade, família. Há que se investir na reciprocidade dos olhares entre usuários e profissionais, e na reciprocidade dos olhares entre usuários e comunidade, visto que *“a unicidade do olhar é o que conduz à aniquilação”* (Venturini, 2016, p.121).

Interessante provocação, que não nega o efeito do olhar sobre os sujeitos; antes, propõe ressignificá-lo a partir da expansão de redes, de outros olhares, tal qual acontece na vida, no desenvolvimento humano, considerando os desafios da construção de possibilidades para essa clientela e para os profissionais que a atendem.

Coloca-se como pressuposto de um processo de Desinstitucionalização construir com o usuário novas possibilidades de experimentação entre o dentro e o fora, entre o privado e o público, entre o que pode ser próximo e distante, entre a totalidade da vida num ambiente restrito e a imensidão da cidade. Cotidianamente, na delicada e difícil modulação entre o tempo do usuário e o desenrolar de processos institucionais. Cezir estratégias de integração, que tragam o pressuposto da transformação da cidade para acolher o usuário, e não apenas de inserção social, em que o usuário deve se adaptar à cidade.

Nesse caminho, o conflito é esperado e desejável. Devemos compreender que a crise do sujeito é a nossa crise, uma vez que a exclusão do doente para *“fora do mundo dos sãos livra a sociedade dos seus elementos críticos e, ao mesmo*

tempo, sanciona a validade do conceito de norma por ela estabelecido” (Basaglia, 2010, p. 103).

Afirma ainda o autor que

“toda sociedade cujas estruturas se baseiem apenas em diferenciações culturais, de classe e em sistemas competitivos, cria dentro de si uma área de compensação às próprias contradições, áreas nas quais pode concretizar a necessidade de negar ou de fixar, numa objetualização, uma parte da própria subjetividade” (Basaglia, 2010, p. 117).

O HP é a concretização da metáfora da exclusão de parte do humano que não conseguimos que nos caiba, encarnado na clivagem que a sociedade produz entre os sãos e os insanos (Bleger, 1991). Porém, ele não encerra esta metáfora, uma vez fechado. Por isto há de se pensar em desmontagem, reconhecendo as estruturas que o sustentam, e as mudanças possíveis a partir de novos desenhos.

1.2.2- Algumas tradições internacionais que influenciaram a experiência brasileira

O início da segunda metade do século XX foi marcado, na América do Norte e em alguns países europeus, pelas críticas ao modelo de tratamento centralizado nos Hospitais Psiquiátricos. Dentre elas, estavam a segregação e cronicidade dos internos; a crise econômica que se instalava em alguns países, que juntamente com o questionamento acerca dos gastos em saúde mental também traziam a necessidade de reabilitação de usuários para o mercado de trabalho (Amarante, 2003)

Destacamos aqui algumas experiências que promoveram fechamento de leitos em HP, sob diferentes perspectivas, e se constituem em influências para a RP Brasileira.

A experiência posta em curso pela Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos trouxe como uma de suas marcas a estratégia de intervir na comunidade por meio da prevenção e da promoção da saúde mental, a partir do reconhecimento das causas do adoecimento da população. Construiu-se uma crítica acerca da realidade e funcionamento dos HPs e foram feitos investimentos em equipamentos territoriais (Amarante, 2003), com fechamento de leitos em HPs.

A construção e proposição de cuidados territoriais, entretanto, não colocaram em cheque a existência das Instituições Totais, visto que os equipamentos comunitários constituíram-se em intermediários à internação ou desinternação dos sujeitos.

Para Amarante, critica-se o sistema psiquiátrico, por ser centrado no HP, mas não há crítica acerca da natureza do saber que o autoriza:

“(...) não se está falando, necessariamente, na superação do paradigma fundante da psiquiatria, nem na negação de seu mandato social, mas em transformações mais ou menos superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático- discursivo” (Amarante, 1996, p.20).

A perspectiva de prevenção e promoção da saúde mental teve como consequência a ampliação do território psiquiátrico, que alargou o conceito de anormalidade e desvio social, não diminuiu custos e aumentou a demanda hospitalar por meio dos serviços intermediários.

Na Inglaterra, um estudo de cinco anos acompanhou mais de 95% dentre 970 pacientes cronicados e não demenciados que tiveram alta de HP, e encontrou que:

“- Após cinco anos, dois terços dos pacientes ainda estavam vivendo em suas residências de origem;

- *Mudar os pacientes para a comunidade não aumentou a taxa de mortalidade ou de suicídio;*

- *Menos de 1 em cada 100 pacientes permaneceu sem teto, e nenhum paciente de uma residência terapêutica foi perdido do acompanhamento;*

- *Houve pouca diferença entre os custos das intervenções hospitalar e comunitária, mas a avaliação econômica sugere que a atenção comunitária é melhor em termos de custo-benefício do que a internação psiquiátrica de longo prazo porque houve maior eficácia” (Thorncroft e Tansella, 2008, p.16).*

O mesmo estudo constatou que mais de um terço dos pacientes foram reinternados durante o período do acompanhamento, e no seu término 10% estavam no hospital geral; e que a qualidade de vida foi melhorada por conta da mudança para a comunidade, mesmo permanecendo desabilidades decorrentes do adoecimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda em seu Relatório “Saúde Mental Nova Concepção Nova Esperança” (WHO, 2001) a constituição de cuidados territoriais para as pessoas em intenso sofrimento mental, levando em conta a necessidade de fechamento de leitos em HPs e aberturas de equipamentos comunitários e integrados à atenção primária, a constituição de legislação de saúde mental nos países e políticas de financiamento que sustentem tal intento.

Afirma que “quando a desinstitucionalização é cuidadosamente planejada e gerenciada, os prognósticos serão mais favoráveis para a maioria dos pacientes encaminhados para a atenção comunitária” (Idem, p. 16).

A adoção de um modelo de saúde mental equilibrado que incorpore equipamentos comunitários e Hospitais Gerais é fundante para assistência ampliada e qualificada dos usuários. De acordo com a capacidade de investimento financeiro dos países, diferentes modelos de atenção à saúde mental podem ser implementados. É desejável e necessário que todos, porém, tenham por base a

responsabilização da atenção primária pelo cuidado à saúde mental, com apoio de especialistas, assim como acesso à internação hospitalar para casos agudos, à atenção residencial prolongada e à atenção diária ocupacional.

A experiência italiana constitui-se como grande influência na construção e estruturação da RPB.

Nicácio (2003) aponta que a proposta italiana teve início após as experiências americana e inglesa, o que permitiu maior indagação, compreensão dos conflitos e reflexão sobre os significados das novas práticas postas em curso.

A construção da Reforma Psiquiátrica Italiana trouxe em seu cerne a crítica ao ideal da ciência moderna, ao questionar a relação causa-efeito e o curso do adoecimento nas questões ligadas a saúde mental.

Basaglia, ao aprofundar seus trabalhos em Gorizia, apontou que a reorientação das ações em saúde mental deveria ultrapassar a reforma do espaço institucional, rumo à decodificação da demanda do manicômio e interrogação das respostas científicas, institucionais e sociais para a loucura (Nicácio, 2003).

Ao trazer o conceito de existência-sofrimento para a centralidade das relações, criticou o saber psiquiátrico que reduzia a experiência dos sujeitos ao adoecimento mental, assim como passou a problematizar a função social e política que a ciência assumiu ao legitimar o manicômio como lugar dos expulsos da organização social. Nesse sentido, deixou-se de buscar a cura ou equilíbrio dos usuários, e passou-se a investir na emancipação dos sujeitos.

Passou-se a problematizar o lugar dos profissionais (sobretudo enfermeiros e médicos) no cotidiano asilar, com tensionamento em prol do aumento da participação dos usuários nas discussões e decisões do funcionamento institucional. Paulatinamente colocou-se em xeque o sistema coercitivo-punitivo do HP e a estrutura hierárquico-autoritária na qual ele se ancorava. (Nicácio, 2003)

Calcado na influência das Comunidades Terapêuticas inglesas, buscou-se a construção de relações de reciprocidade que tivessem como pressuposto a liberdade e a assunção de responsabilidade entre todos os envolvidos.

“A reforma proposta era necessariamente um processo dinâmico, conflituoso, inscrito nas relações sociais que, antes de pretender fixar uma solução, engendrava um “percurso social complexo”, inclusive porque, como discutimos anteriormente, a superação do hospital psiquiátrico é um produto indireto de um conjunto de transformações que atravessam as diferentes dimensões nas quais o sistema psiquiátrico está inserido” (Nicácio, 2003, p. 100).

Antes que o fechamento do HP acontecesse, Basaglia e sua equipe deixaram Gorizia.

Em 1971, com os pressupostos desenvolvidos a partir da vivência acima explicitada e com a crítica acerca das limitações do modelo da CT, Basaglia chegou a Trieste para a desmontagem do manicômio.

“Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco - através do trabalho, amizade e vizinhança-, matéria-prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização para falar de si” (Amarante, 2003, p. 48).

Esse processo é posto em operação tendo por base a restituição dos direitos dos internados ainda durante a internação, a valorização da singularidade e história de vida dos internos, a discussão e construção de formas de lidar com a crise da estrutura hierárquico-institucional. A isto se somaram a reversão das tutelas e reorganização dos pavilhões do manicômio por áreas geográficas.

Houve a produção de possibilidades de relação e de vida fora do manicômio, a partir de marcas sociais entre usuários, comunidade e da construção de uma rede de suporte institucional, como os Centros Comunitários e grupos-

apartamento, participação dos usuários em Cooperativas Sociais de Inserção e Trabalho. A perspectiva colocada foi que a imagem social do HP dificilmente seria destruída, mas deveria ser trazida à cena a questão da loucura, com tudo que isso engendra.

Um ponto importante para a sustentação dessas experiências foi a concretização de aspectos legais que garantiram os direitos dos ditos loucos, assim como o financiamento e responsabilização dos serviços territoriais pelos cuidados dos usuários.

A experiência de Trieste concretiza a possibilidade da construção de uma rede, de um 'circuito de atenção' e de produção de novas formas de sociabilidade e de subjetividade para os que dela participaram (Amarante, 2003).

Nicácio (2003) aponta que esse processo não foi linear, nem livre de tensões. Muito menos foi uniforme em todo o país.

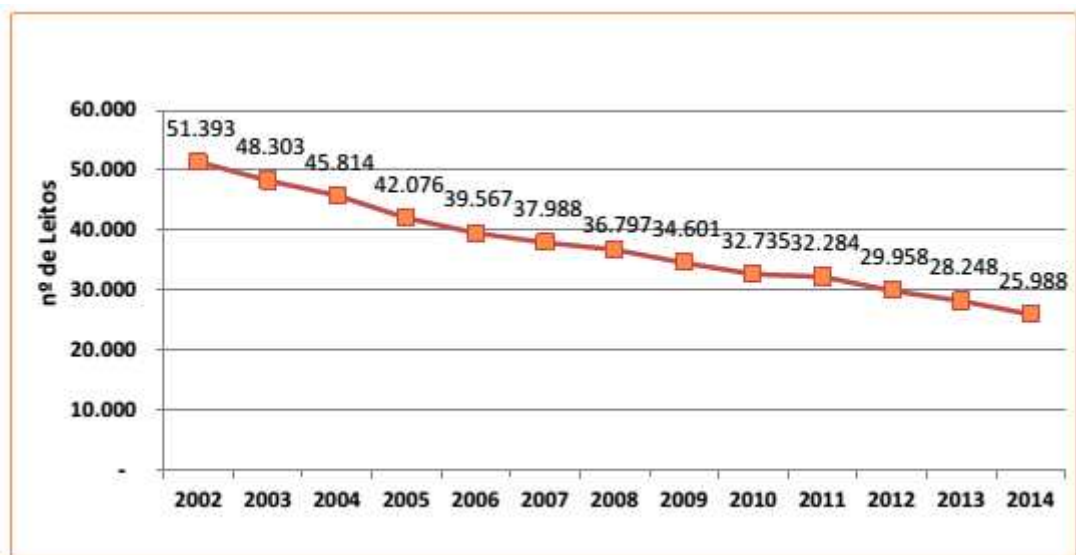
Porém, mesmo com a heterogeneidade das regiões e com os desafios jurídicos e culturais que se colocaram, houve o fechamento quase integral dos leitos em HPs.

“Em 1977, um ano antes da promulgação da lei 180, existiam 58 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos públicos; em 1996, 11.783, e em 1999, permaneciam internadas apenas 221 pessoas (ITÁLIA, 2000). A trajetória de gradual superação dos hospitais psiquiátricos encontra-se, evidentemente, articulada à implantação de um amplo conjunto de novas instituições e de modalidades de intervenção. Dentre as novas estruturas criadas destacam-se: os Centros de Saúde Mental, os Centros Diurnos, os Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Tratamento nos hospitais gerais e as estruturas residenciais com diferentes modalidades e intensidades de atenção” (Nicácio, 2003, p.102).

A inspiração triestina serviu como influência para o paradigmático processo capitaneado por David Capistrano em Santos, em 1987, que teve na intervenção na Casa de Saúde Anchieta o disparador para o desmonte do HP e constituição de serviços comunitários de cuidado.

1.2.3- Desinstitucionalização no Brasil: para além da desospitalização, sem negá-la

Atualmente existem no Brasil 25.988 leitos em Hospitais Psiquiátricos credenciados no SUS (Brasil, 2015).



Fonte: Brasil, 2015

Gráfico 1- Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)

São 167 HPs distribuídos por 116 municípios, em 23 estados. Nas últimas décadas tem havido decréscimo do número de leitos em HP, ao mesmo tempo em que tais leitos têm-se localizado cada vez mais em equipamentos de menor porte: metade dos leitos em HP tem capacidade para até 161 leitos, cerca de 1/4 com capacidade entre 161 a 240 leitos e o restante em HP com mais de 240 leitos. Essa transição, segundo o MS, se dá a partir da perspectiva de fechamento gradual dessas instituições.

O estado de São Paulo atualmente concentra 9.539 leitos, sendo o terceiro que apresenta a maior concentração de leitos por habitantes, atrás de Alagoas e Rio de Janeiro, respectivamente. Em 2012, 2.700 leitos se concentravam na região de Sorocaba, distribuídos por 7 HPs (Fundap, 2015).

Em recente censo de moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, foram contabilizados 4439 moradores no ano de 2014, 1910 pessoas a menos do que as que moravam nos mesmos estabelecimentos em 2008, quando do censo anterior, que levantou 6349 moradores (FUNDAP, 2015).

Dos 1910 moradores que não mais estavam nesses locais, 739 tiveram alta, 1 não teve o paradeiro identificado e 1170 morreram nos Hospitais Psiquiátricos. A morte mostrou-se mais possível que a alta para os moradores.

Neste mesmo período, foram identificadas 702 novas internações nesses estabelecimentos.

Quase 75% dos moradores estão internados há pelo menos 10 anos, tendo ficado ao menos um terço de suas vidas encarcerados. Cerca de 70% dos moradores são analfabetos, e aproximadamente metade não recebe visita de familiares ou de outras pessoas. 45% nunca saem do HP, para circular em outros espaços.

Esses dados, mesmo que circunscritos a um estado, trazem a dimensão da complexidade da proposta da saída de moradores de HPs, assim como apontam para a continuidade de internações em HP como um recurso ainda utilizado em grande escala, mesmo com a entrada em vigor da Lei 10.216 (Brasil, 2001).

O processo de desospitalização dos milhares de pessoas asiladas em solo brasileiro se faz necessário e urgente, assim como o fechamento das portas de entrada para novas internações em HPs. Enquanto houver porta aberta, haverá procura por internações, mesmo que os municípios contem com outras estratégias de cuidado para usuários. Interesses econômicos, descontinuidade na execução de políticas públicas de saúde mental nos diferentes entes federativos e o lugar social que a loucura ocupa nas relações e na cultura são alguns dos desafios a serem enfrentados nesse cenário.

Porém, o fechamento dos hospícios por si só não soluciona a questão da mudança paradigmática proposta pela RP, visto que a desinstitucionalização como princípio norteador de construção de autonomia e de emancipação de sujeitos é um processo intermitente.

A instituição asilar materializa o anseio social pelo controle do desconhecido, pela separação do que nos parece estrangeiro. Esse anseio continua a incidir sobre as relações a céu aberto, moduladas pelo biopoder, que captam a dimensão pulsional do viver e constroem modos homogeneizados de subjetivação (Emerich, Onocko Campos e Passos, 2014).

Autores brasileiros têm-se debruçado sobre o tema da Desinstitucionalização.

Amarante (1996) aponta que a desinstitucionalização traz em seu bojo três possibilidades de atuação: desospitalização, desassistência e desconstrução. Crítico das duas primeiras aponta que os países que foram pela via única da desospitalização produziram um contingente de usuários desassistidos, o que muitas vezes gerou novas internações e transinstitucionalização.

A Desinstitucionalização deve ser um processo de desconstrução do aparato manicomial, o que inclui transformação das práticas de cuidado, construção de novos serviços, produção de vida e de sentido na relação com a diferença, tanto para usuários como para sociedade.

“(...) torna-se um processo, a um só tempo, dos saberes e práticas psiquiátricas - expresso principalmente nos princípios do colocar entre parênteses a doença mental, o que permite a identificação e a desmontagem do duplo da doença mental, e no trabalho com o sujeito concreto, encortinado pelo conceito da doença-, de invenção prático teórica de novas formas de lidar, não mais com a doença, mas com o doente” (Amarante, 1996, p.100).

Para Nicácio (2003), a desinstitucionalização

“não se realiza como percurso linear e unívoco. Trata-se de um “processo social complexo” que busca transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições, agenciando diversas pessoas como atores do processo, a partir da desconstrução dos saberes, práticas e culturas, da reconversão dos recursos existentes, da produção de projetos de saúde mental totalmente substitutivos ao modelo asilar, da invenção da saúde e do social, da produção de novos lugares e da complexificação das linguagens (...)” (p.98).

Em trabalho anterior, discutimos a reprodução de práticas segregadoras que desconsideram a singularidade dos usuários e desinvestem na emergência dos sujeitos de direitos nos serviços de saúde mental territoriais (Emerich, Onocko Campos e Passos, 2014). Alvarenga e Dimenstein (2006) apontam os riscos de reprodução de ações que desconsideram a construção de outro estatuto social para o sujeito dito louco e mantêm a lógica da homogeneização e controle das diferenças em equipamentos substitutivos. Lucena e Bezerra (2012) discutem os desafios para os gestores, ao encamparem processos de fechamento de HPs e transformação da lógica de cuidado nos territórios.

Recente documento técnico produzido por pesquisadores brasileiros e estrangeiros (Fiocruz, 2015) aponta que a Desinstitucionalização pode ser compreendida

“como um processo complexo que envolve não apenas a retirada dos usuários dos hospitais, mas fundamentalmente, a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos que necessitem de atenção e tratamento” (pag. 7).

A partir de levantamento bibliográfico e da análise dos artigos (Fiocruz, 2015), reconhecem avanços, desafios e estratégias úteis para a potencialização de processos de desinstitucionalização. Como avanços, são citadas a transformação da qualidade de vida e afirmação de cidadania dos pacientes que deixam os HPs, a implantação de uma rede de cuidados ampliada, com destaque para importância dos CAPS e dos SRTs. A superação das reinternações, ou revolving door, os entraves relativos ao financiamento e a dificuldade de expansão de dispositivos estratégicos que garantam princípios básicos de cuidados aos usuários são citados como desafios, assim como a aproximação entre usuários com longo tempo de internação e seus familiares (se assim o desejarem). Como estratégias úteis, são citados o fortalecimento e expansão da rede comunitária (o que inclui serviços da atenção primária), programas de Inclusão pelo Trabalho e Renda, acesso às políticas de financiamento previdenciário (LOAS, etc..) e ao Programa de Volta Pra Casa, e o uso de atividades artísticas como criação de novas formas de sociabilidade e de Acompanhamento Terapêutico.

Cabe ressaltar a forte tendência de neoinstitucionalizações oriundas das políticas de assistência social, políticas de álcool e drogas, sistema socioeducativo e dos manicômios judiciários. No que concerne à institucionalização em CT, essa tendência tem sido crescente no cotidiano dos serviços:

“Em 2010 foram financiados 895 leitos nestas instituições, via edital conjunto do Ministério da Saúde e da Justiça; com o lançamento do Programa Crack é possível vencer por parte do governo federal em 2011, passou a ocorrer a ampliação regular do número dessas vagas, através do financiamento público. Dados de 2014 mostram que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça, financia atualmente 8.500 vagas em comunidades terapêuticas. Em sua quase totalidade de filiação religiosa tais instituições adotam práticas terapêuticas que incluem o isolamento e a longa permanência, o que significa uma tendência de retomada de institucionalização(...)” (Fiocruz, 2015, p. 37).

Além do investimento em saúde mental ser subfinanciado (2,5% do total do SUS, quando o mínimo recomendado pela OMS é de 5% do total dos gastos em saúde), parte do financiamento pode voltar-se para a contramão da proposta de uma lógica de desinstitucionalização.

JUSTIFICATIVA

2.1- Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira: expansão de serviços e desafios que se colocam frente a processos de Desinstitucionalização

Em 2001 foi aprovada a Lei 10.216 (Brasil, 2001), que dispõe da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ela estimula a expansão dos equipamentos substitutivos ao modo asilar para o cuidado às pessoas com transtornos mentais indicando o tratamento preferencialmente em equipamentos comunitários, visando à reinserção social do paciente a partir de seu meio, sendo a internação o recurso último a ser acionado, quando as estruturas extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Em relação às pessoas com histórico de longas internações, a referida lei determina que sejam inseridas em processos de altas planejadas e a reabilitação psicossocial assistida.

É possível constatar fundamentais avanços trazidos pela lei, sobretudo no que tange aos direitos dos usuários, desde o acesso a informações, garantia de sigilo das informações, até a responsabilidade de serviços e profissionais quando da internação involuntária ou internação compulsória. Delgado (2011) destaca a importância da lei ao trazer à cena o usuário enquanto ser político, fundamentando sua cidadania plena, ao contrário de leis anteriores que tinham como alicerce a defesa social e ratificavam a incapacidade civil dos pacientes. Tal perspectiva qualificou a discussão acerca dos direitos e da participação de usuários e familiares, principalmente através de espaços de debates e tomadas de decisão, o que ainda necessita ser ampliado. Importante, também, ressaltar que a Lei 10216 demorou 12 anos para ser aprovada, o que evidencia a disputa de interesses e negociações para sua aprovação, resultando em importantes alterações desta durante o curso. Uma delas foi a retirada da parte em que se propunha a “extinção progressiva dos manicômios”, deixando brechas para a continuidade desses equipamentos.

Recentemente foi instituída a normativa que define os diferentes componentes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Brasil, 2013a). Essa normativa nasce em um momento em que o tema da regionalização tem sido

discutido enquanto proposta de organização, planejamento da saúde e articulação interfederativa do SUS (Brasil, 2011a).

São objetivos da RAPS: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Segundo Assis et al (2014), a RAPS existe em função de projetos, e tem uma dimensão normativo-institucional, que organiza os serviços e as articulações e responsabilidades entre os pontos de atenção; e uma dimensão operacional, que depende das relações entre as pessoas, incluindo profissionais, gestores e usuários.

Constituem-se como pontos de atenção da RAPS:



Fonte: Brasil, 2013a

Figura 1- RAPS

O conteúdo da RAPS traz relevantes avanços, como a organização sistêmica por Rede, diversidade dos pontos de cuidado, combate a estigmas e preconceitos, desenvolvimento de estratégia de Redução de Danos, estímulo à participação de usuários e familiares no controle social, além de não incluir o Hospital como local de tratamento.

Notam-se, porém, algumas questões problemáticas em seu conteúdo. As Comunidades Terapêuticas (CT), controversa oferta de tratamento também contratadas e em parte financiadas pelo SUS, passam a ser formalizadas na RAPS, categorizadas como “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, ou seja: “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.” (Brasil, 2013a, s/p).

Em que pese a pressão social e midiática por soluções instantâneas e definitivas à questão do uso abusivo de substâncias psicoativas, sobretudo as ilícitas (ao que poderíamos perguntar: o que é uma “solução” para o uso de substância? Para quem? Ou para quê? Ou por quê?), a formalização da CT como ponto de atenção é uma clara contradição à aposta de desinstitucionalização: contrapõe-se ao tratamento comunitário e ao fechamento de leitos em Instituições Totais ou de outras que apresentem funcionamento que fragmenta cuidados; desconsidera o contexto de produção de saúde e de doença dos sujeitos; e trabalha na grande maioria das vezes com ofertas terapêuticas restritas, quase que exclusivamente pautadas na perspectiva da abstinência. Formaliza-se o risco de transinstitucionalização.

Considerando o desenho do projeto aqui apresentado, na linha da Desinstitucionalização, optamos por abordar algumas questões relativas aos serviços substitutivos que contam com espaços de retaguarda diuturna para internação ou hospitalidade integral, a saber: CAPS III, CAP Ad III, Leitos em Enfermarias em HG e em Hospital Psiquiátrico, assim como as estratégias de Desinstitucionalização.

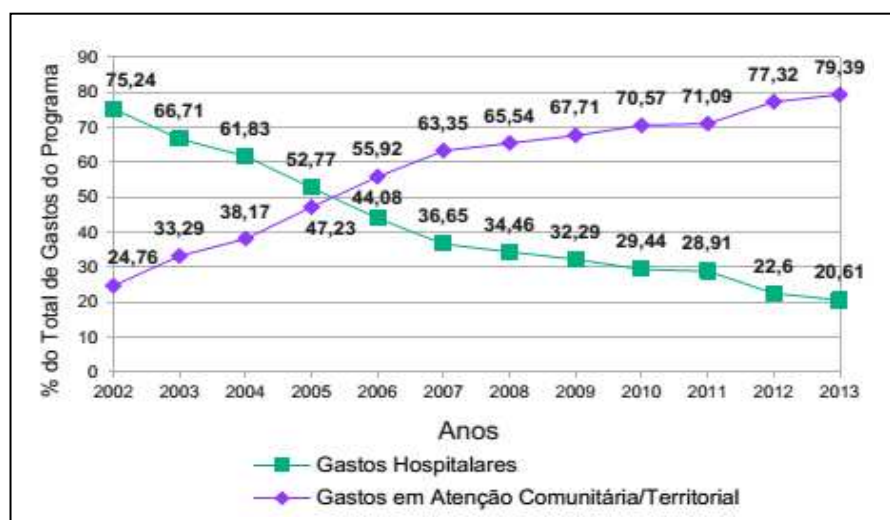
Esta escolha metodológica não nega a importância dos demais pontos da RAPS na transformação do paradigma e nas ofertas de cuidados aos usuários com transtornos mentais, mas pauta-se na perspectiva de que o HP ocupa (dentre vários

outros lugares) o local de “cuidado” às crises, ou de intensificação do tratamento. Deste modo, analisar a expansão dos equipamentos acima enunciados pode ajudar a compreender o quanto a rede tem sido ampliada, de modo a prescindir dos leitos de hospitais psiquiátricos e acolher os usuários nos equipamentos substitutivos. Enquanto houver leitos em hospitais psiquiátricos, haverá encaminhamentos e internações para estes, e diferentes causas serão citadas para justificá-los.

O último “Saúde Mental em Dados”, da Coordenação Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2015), aponta a expansão significativa dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dentre todas as modalidades, são 2209 unidades distribuídas pelo território nacional, numa curva que demonstra crescimento gradual destes equipamentos.

O documento traz também diversos aspectos ligados à divisão de serviços por região, gastos em saúde mental, diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, além de indicadores de cobertura de CAPS, por exemplo.

No decorrer dos últimos anos tem sido crescente o investimento financeiro na rede extra-hospitalar, que em 2005 passa a ser maior do que o financiamento de instituições asilares, e em 2013 chega a 79.39% do financiamento total.



Fonte: Brasil, dez/2002 a dez/2013*

Gráfico 2- Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial

Ainda que no plano legal possam se considerar avanços na legitimação e consolidação da Reforma Psiquiátrica, o processo de implantação de serviços substitutivos é bastante desigual no nosso país, dada a extensão territorial brasileira e as diferentes realidades de implantação do SUS como um todo, no que se incluem os equipamentos de saúde mental.

No que concerne aos CAPS III, equipamentos estratégicos na composição de uma rede substitutiva, há grande concentração em algumas regiões. Em 2014 (Brasil, 2015), existiam 85 CAPS III cadastrados junto ao MS, sendo que destes 50 se localizavam na região sudeste. Na própria região, havia grande disparidade entre os estados, tendo o Rio de Janeiro 3 CAPS III e o Espírito Santo, nenhum. Na região Norte, por exemplo, 4 dos 7 estados não tinham nenhum CAPS III, conforme pode-se analisar na tabela abaixo.

Tabela 1- Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes

UF	UF	Pop (IBGE 2014)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPSad	CAPSad III	Total	Cobertura CAPS
AC	Acre	790.101	2	1				1	4	0,44
AM	Amazonas	3.873.743	13	5	1	1	1		21	0,39
AP	Amapá	750.912				1	1	1	3	0,47
PA	Pará	8.073.924	44	16	3	3	6	1	73	0,66
RR	Roraima	496.936	5	1	1		1		8	1,21
RO	Rondônia	1.748.531	13	5		1	1		20	0,77
TO	Tocantins	1.496.880	8	4				2	14	0,73
NORTE		17.231.027	85	32	5	6	10	5	143	0,61
AL	Alagoas	3.321.730	45	6		1	2	1	55	0,99
BA	Bahia	15.126.371	149	35	3	10	17	2	216	0,95
CE	Ceará	8.842.791	62	29	3	7	21	3	125	1,10
MA	Maranhão	6.850.884	43	15	3	3	7		71	0,74
PB	Paraíba	3.943.885	49	8	4	9	7	5	82	1,57
PE	Pernambuco	9.277.727	46	26	4	8	14	2	100	0,86
PI	Piauí	3.194.718	39	7	1	1	4	2	54	1,13
RN	Rio Grande do Norte	3.408.510	17	11	1	3	6	1	39	0,92
SE	Sergipe	2.219.574	25	4	3	2	4	1	39	1,28
NORDESTE		56.186.190	475	141	22	44	82	17	781	1,00
ES	Espírito Santo	3.885.049	10	7		1	5		23	0,46
MG	Minas Gerais	20.734.097	125	52	12	19	30	10	248	0,95
RJ	Rio de Janeiro	16.461.173	43	45	3	25	22	1	139	0,73
SP	São Paulo	44.035.304	80	90	35	58	76	14	353	0,77
SUDESTE		85.115.623	258	194	50	103	133	25	763	0,79
PR	Paraná	11.081.692	47	28	3	11	24	5	118	0,89
RS	Rio Grande do Sul	11.207.274	77	41	1	21	29	11	180	1,32
SC	Santa Catarina	6.727.148	55	14	2	8	11	1	91	0,97
SUL		29.016.114	179	83	6	40	64	17	389	1,07
DF	Distrito Federal	2.852.372	1	3		1	4	3	12	0,46
GO	Goiás	6.523.222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
MS	Mato Grosso do Sul	2.619.657	11	6	1	1	4		23	0,69
MT	Mato Grosso	3.224.357	27	3		3	5		38	0,76
CENTRO OESTE		15.219.608	72	26	2	8	20	5	133	0,66
TOTAL GERAL		20.2768.562	1.069	476	85	201	309	69	2.209	0,86

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Fonte: Brasil, dez/2014

Em que pese a maior distribuição de CAPS I e II pelo território nacional, o que está em consonância com características populacionais do Brasil e indica interiorização dos equipamentos de Saúde Mental pelo país, o baixo número de CAPS III, associado ao número baixo de leitos de enfermagem de saúde mental em HG aponta para insuficiência de estratégias de cuidado quando há necessidade de hospitalidade integral.

O CAPS III enquanto equipamento que pode acolher pessoas em tempo integral, o que inclui espaço para retaguarda noturna e aos finais de semana, mostra-se estratégico ao cuidar dos usuários em seu território, valorizando o acompanhamento ao manter e fortalecer os vínculos com usuários em momentos de maior sofrimento ou de crises. Mais do que de um equipamento, é uma estratégia de cuidados (Yasui, 2010). Ao considerar a crise do usuário ligada a seu PTS, para além da exacerbação da sintomatologia psiquiátrica, aposta na diminuição do risco de fragmentação de ações e no aumento da potência de singularização de cuidado e composição de ofertas terapêuticas, além da diminuição do tempo de permanência do usuário em hospitalidade integral, se comparado às internações em Hospitais Psiquiátricos. A indução financeira aos CAPS III (2011b) e o redimensionamento dos parâmetros populacionais para a implementação desses serviços são estratégias importantes para a expansão deles.

Porém, o aumento de 7 CAPS III no Brasil todo de 2013 para 2014, que acompanha a tendência dos anos anteriores, conforme ilustrado no quadro abaixo, coloca-se como um dado alarmante, quando se propõe a ampliação da rede e fechamento de leitos em HP.

Tabela 2- Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPE/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

Fonte: Brasil, dez/2006 a dez/2014

Os CAPS Ad III, por sua vez, apresentam um aumento mais intenso: de 27 em todo o Brasil, em 2012, para 69, em 2014 (Brasil, 2015). A indução financeira, articulada aos investimentos federais no programa “Crack, é possível vencer”, cumprem importante papel nesta expansão. Se por um lado a política pública de álcool e drogas apresenta anacronismos, como o viés proibicionista que criminaliza e afasta os sujeitos do tratamento, por outro se faz necessário reconhecer os ganhos desta expansão, considerando a dimensão clínica e de construção de rede proposta pela modalidade CAPS III, conforme apontado nos parágrafos anteriores.

Existem 888 leitos de saúde mental habilitados em 187 Hospitais Gerais (HG). Estes leitos se diferenciam dos leitos de psiquiatria em HG (que em 2014 totalizavam 4.620) por definirem parâmetros de cobertura, rede e diretrizes de funcionamento no contexto de atenção hospitalar da RAPS (Brasil, 2015). Tal qual a distribuição dos CAPS, esta também ocorre de forma bastante heterogênea pelo território, servindo como estratégia de cuidados para usuários que apresentem comorbidades clínicas que justifiquem tal complexidade de acompanhamento em dado momento, ou que precisem de cuidados intensivos, quando os outros pontos da rede não puderem ou não conseguirem oferecer.

Dias, Gonçalves e Delgado (2010) problematizam que há posições contrastantes quanto à apropriação do espaço do HG pela Saúde Mental. A proposta trazida pelo ideário da Reforma toma o HG como parte da Rede de atenção, sem atribuir a ele nenhuma centralidade. Já a posição de parte de setores da psiquiatria clínica pós 1990 tem no hospital a reafirmação da especialidade médica, sendo o espaço hospitalar o lócus privilegiado de atuação. Decorrente dessa influência última, os autores apontam a centralidade em procedimentos médicos e dificuldade na realização de trabalho interdisciplinar, o que em alguma medida está em consonância com o funcionamento hierarquizado e fragmentado da estrutura hospitalar.

Considerando a perspectiva de cuidado proposta pela Atenção Psicossocial, os autores apontam princípios gerais de funcionamento que devem servir como balizadores, tais quais: articulação dos leitos à Rede e equipamentos de saúde, regulação da internação a partir de critérios clínicos e instâncias de gestão,

qualificação da equipe técnica; cuidados a partir de projetos individualizados, orientação e esclarecimento de informações a usuários e familiares, quando da admissão.

Interessa-nos apontar que, quando os CAPS recorrem à internação em HG, a responsabilidade pela continuidade de acompanhamento durante esse processo continua, ou, ainda, aumenta (sobretudo se for CAPS III o encaminhador). A construção de sentido para a internação deve-se dar juntamente com o usuário e familiares, o que é possível se ligada a um PTS em curso, à concepção da crise (ou necessidade de cuidados clínicos) como parte da vida do sujeito. Isto, a nosso ver, deve convocar o serviço que encaminha para a continuidade dos cuidados: psicólogo que atendia o sujeito no CAPS deve manter os atendimentos no HG, médico precisa discutir questões do núcleo com médicos do HG; os acolhimentos e atendimentos com a família durante a internação não podem estar desconectados do que vinha acontecendo no serviço anteriormente, ao mesmo tempo em que podem abrir outras possibilidades de construção e de cuidados, quando da volta deste usuário ao serviço.

De outro modo: a internação no HG, mesmo ocorrendo em outro paradigma de cuidado se comparado ao HP, pode trazer fragmentação das ações, afastamento dos serviços de origem na construção (ou continuidade) de cuidados aos sujeitos. Internar em outro serviço deve tornar-se sinônimo de se responsabilizar ainda mais pelo sujeito.

Recentemente (Brasil, 2012), foi instituída portaria que define normas de funcionamento e habilitação para Serviços Hospitalares de Referência de álcool e drogas (SRHad) destinados a pessoas com sofrimento mental advindo do uso de álcool, crack e outras drogas. Dentre outras diretrizes, traz a concepção de redução de danos como oferta norteadora, além de ratificar a radicalidade do cuidado em equipe multiprofissional, por meio da construção de Projetos Singulares de cuidado, sendo o HG ponto integrado na RAPS. Tal documento traz especificações para implantações de leitos, o que inclui repasse financeiro, estrutura física e características dos territórios. Atualmente, existem 33 SRHad qualificados e habilitados (Brasil, 2015).

Em relação às Estratégias de Desinstitucionalização apontadas na RAPS, o Programa de Volta para Casa tem papel fundamental. Instituído em 2003 regulamenta o *“auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação)”* (Brasil, 2003, p.2), ao atender a população desprovida de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação que dispõe sobre o bem-estar social e proteção do trabalho. Assegura ainda um meio eficaz de suporte social, evitando o agravamento do quadro clínico e do abandono social.

Constitui-se como estratégia de construção de maiores graus de autonomia ao investir na circulação do usuário no território, a partir do aumento do poder contratual nas relações e de novas possibilidades de circulação pelo território, considerando suas escolhas, necessidades, experimentações.

Atualmente, são beneficiados 4339 usuários. Em 2012, integravam o Programa 4085 usuários.

Nota-se que o aumento do número de cadastrados tem-se dado de forma lenta, sobretudo se considerarmos o número de usuários que têm direito e se beneficiariam disso. Segundo o Manual do PVC (Brasil, 2003), estimava-se, naquele momento, que cerca de 15.000 usuários cumpririam os requisitos para ingressar no Programa.



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, e Datasus

Fonte: Brasil, 2003 - dez/2014

Gráfico 3- Série Histórica de Beneficiários do Programa de Volta para Casa

Ao analisar o gráfico, é possível notar que o pequeno crescimento de 2012 a 2015 (254 pessoas, em 3 anos) acompanha a curva de crescimento histórica, na média. A adesão ao Programa apresenta diversos desafios, sobretudo se consideramos que muitos dos usuários moradores de HPs não têm documentação civil necessária, e a consecução dessa fica ao sabor da morosidade jurídica brasileira. Ainda há pouca produção teórica sobre este Programa, o que parece refletir também o grau de importância que a ele tem sido atribuído por pesquisadores.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) têm sua estrutura, modo de operar e financiamento regulamentados no Brasil a partir da portaria 106/2000 (Brasil, 2000). Como germe dessa estratégia agora instituída, Furtado et al (2010) apontam experiências anteriores em Porto Alegre, Ribeirão Preto e Campinas, que tinham em comum

“a busca de resposta concreta à situação de moradia para internos de longa data e a utilização de formas de financiamento totalmente determinadas pelas circunstâncias locais, já que se tratava de modalidade assistencial oficialmente inexistente no Sistema Único de Saúde (SUS)” (p.390).

Definidos pelo MS como

“moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social” (Brasil, 2000, s/p) os SRTs devem estar vinculadas a serviços/equipes de saúde mental que deem suporte de acordo com a complexidade das necessidades de seus moradores, nas diferentes modalidades (tipo I e tipo II) (Brasil, 2011c).

Esses espaços trazem em seu bojo um paradoxo: ao mesmo tempo em que são “serviços”, atravessados por normatizações técnico-governamentais, por deliberações de Conselhos de Classes Profissionais que regem condutas de trabalhadores que ali mais ou menos diretamente atuam; carregam em si uma dimensão privada, um projeto de “casa” (Furtado et al, 2010). Para os mesmos autores, essas contradições não inviabilizam o funcionamento e potência desses equipamentos, e nem são completamente superáveis: constituem a essência da proposta, e a partir dessa é que devem ser pensadas as relações que podem promover maiores graus de autonomia e apropriação do território e da cidade.

As moradias, como muitas vezes são chamados os SRTs, são espaços que podem fazer convergir diferentes aspectos da vida dos sujeitos, do mais íntimo e pessoal, até o social e relacional, o que é corroborado por estudos internacionais e nacionais que apontam para esses efeitos no processo de subjetivação dos moradores.

Furtado et al (2013a) consideram a interdisciplinaridade uma ferramenta importante para compreender os modos de habitar e a inserção social de usuários em intenso sofrimento psíquico, seja em SRTs, seja em casas em que usuários vivem sozinhos. Para compreender se esses espaços se configuram de modo a considerar a experiência e inserção social dos usuários, os autores trazem contribuições a partir da saúde coletiva, antropologia, arquitetura e psicanálise.

No âmbito da Saúde Coletiva, trazem a importância de as equipes de referência dos sujeitos os acompanharem no processo de habitar a casa, considerando as ações de reabilitação psicossocial e promoção de autonomia. No que concerne à Antropologia, é ressaltada a importância de se considerar o significado das relações na casa e as possibilidades dos moradores organizarem seus modos de habitá-la em função do que é por eles escolhido, a partir de suas lembranças e novos significados a serem construídos. A disposição arquitetônica da casa pode possibilitar ou interditar formas de sociabilidade, comportamentos, sendo necessário para isso atentar-se para como a casa se articula com possibilidade de subjetivação na relação com o outro. Apoiados em conceitos psicanalíticos, argumentam que as moradias podem-se colocar como estratégicas na (re)construção do mundo subjetivo dos moradores.

Em meio a complexidade das estratégias de desinstitucionalização que perpassam os SRTs, vários desafios se colocam, como o risco dos moradores serem convidados a se adaptarem socialmente (Amorim e Dimenstein, 2009), risco do usuário ter pouco protagonismo na invenção de seu cotidiano (Furtado et al, 2013a), risco dos trabalhadores não atentarem às delicadezas e especificidades ao acompanharem os usuários nas descobertas e construções dos modos de habitar onde vivem, e o que disso pode se expandir para outras relações.

Hoje existem no Brasil 601 SRTs, dentre habilitados e não habilitados junto ao MS, sendo que 2031 pessoas moram nos 289 SRTs habilitados (Brasil, 2015).

Tabela 3- Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos Habilitados por Tipo, UF e número de moradores

Região	UF	TIPO		Total SRT	Total de Moradores
		SRT Tipo I	SRT Tipo II		
CENTRO OESTE	GO	3	8	11	69
	MS		1	1	6
Subtotal Centro-Oeste		3	9	12	75
Nordeste	BA	3	5	8	56
	CE	3		3	24
	PB	1		1	5
	PE	50	3	53	393
	PI	4	1	5	28
	SE		5	5	35
Subtotal Nordeste		61	14	75	541
Norte	TO	1		1	7
Subtotal Norte		1		1	7
Sudeste	MG	33	36	69	525
	RJ	17	36	53	365
	SP	26	22	48	331
Subtotal Sudeste		76	94	170	1221
Sul	PR	8	2	10	72
	RS	10	10	20	107
	SC	1		1	8
Subtotal Sul		19	12	31	187
TOTAL		160	129	289	2.031

Fonte: Brasil, dez/2014

Apenas 15 Estados contam com SRTs, um pouco mais da metade das unidades federativas.

Estudo anterior (Furtado, 2006) aponta que, ao considerarmos a estimativa de que 30% dos leitos de HP seriam ocupados por moradores com perfil para compor SRTs, o número de moradias representava naquele momento apenas 10% do necessário (252 moradias).

Não existe formalização por parte do MS do número de moradores em HP, porém se mantivermos a estimativa proposta pelo autor quase 7.800 leitos de HP hoje seriam ocupados por moradores, o que traria a necessidade de pelo menos 370 novos SRTs. Isso se forem considerados somente moradores de HP como público-alvo dessa estratégia, que no cotidiano dos municípios tem abarcado muitos outros usuários para além dessa clientela.

2.2- Formação em saúde

“O SUS não muda sem as mudanças dos trabalhadores, dos usuários... Não adianta mudar as leis e as estruturas sem mudar as pessoas.” (Campos, 2014, p. 1147).

O SUS, enquanto arranjo organizativo do Estado brasileiro contempla no seu arcabouço legal a responsabilidade quanto à formação de profissionais por ele e para ele.

A lei 8080 (Brasil, 1990) aponta que é um dos objetivos do Sistema Único a formação de recursos humanos na área de saúde (Artigo 6), sendo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde uma atribuição comum a todos os entes federativos (Artigo 15).

Para tal, deve ocorrer integração entre serviços de saúde e instituições formadoras para a implementação de ações de Educação Permanente (Artigo 14). Ainda, o Artigo 27 aponta que deve haver a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (s/p).

A formação de trabalhadores para a saúde no Brasil historicamente tem-se pautado por influências do modelo positivista, com fragmentação do conhecimento e ênfase na perspectiva tecnicista (Gigante e Campos, 2016).

Nos cursos de graduação das áreas da saúde, em grande medida imperam estruturações de currículos que culminam na compartimentalização do ensino, por meio da transmissão vertical de conhecimento e da especialização precoce dos alunos (Campos, Aguiar e Belisário, 2012). Atrelado a isso, o distanciamento muitas vezes existente entre instituição formadora e campos de atuação no qual os alunos desenvolvem experiências práticas pode-se constituir em uma defasagem entre o que se ensina na Universidade e as especificidades, demandas e necessidades dos sujeitos nos territórios.

Para reduzir essas defasagens, além de alterações nos cursos de graduação, como a definição de novas diretrizes curriculares básicas para cursos da saúde (Brasil, 2001) e as novas ofertas para diminuir a distância entre serviço e realidade (VER-SUS, PET-Saúde, Pró-Saúde¹) têm sido utilizados processos de educação permanente com políticas voltadas para profissionais (Campos, Aguilar e Belsário, 2012). Para profissionais formados, também tem sido viabilizadas políticas, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), o Programa Pró-Residência e as Residências Multiprofissionais e Residência em Área Profissional de Saúde (Idem, 2012).

Trata-se de ofertas para que a formação esteja em consonância com o enfrentamento dos problemas de saúde da população e com o desenvolvimento do próprio Sistema Único de Saúde (Carvalho e Ceccim, 2012).

A educação permanente se pauta na aprendizagem pelo trabalho, sem dissociação entre aprender e ensinar, incorporados no cotidiano dos locais onde ocorrem, numa lógica em que se propõe que

“(...) processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho” (Brasil, 2004, p. 38).

Se metodologicamente bem estruturada, consegue efetivar a inversão da sequência clássica teoria/ensino, sendo que

¹O VER-SUS tem por objetivo a realização de estágio, por estudantes, em sistemas municipais de saúde de outros municípios, junto a estudantes de diferentes cursos. O Pró-Saúde propõe o investimento nas profissões inseridas diretamente na Saúde da Família. O PET-Saúde investe na educação pelo trabalho, e constitui-se como uma das ações do Pró-Saúde, sendo composto pelo PET-Saúde/Saúde da Família; PET-Saúde/Vigilância em Saúde e PET-Saúde/Saúde Mental/Crack

“a primeira viria, nesse caso, após a reflexão sobre o contexto do trabalhador/estudante e sua prática, o que contribui para um aprendizado mais significativo, uma vez que ele se ancora na real necessidade do indivíduo. Dessa forma, constrói-se o conhecimento por meio da sequencia ‘ação-reflexão-ação’” (Campos, Aguilar, Belisário, 2012, p. 901).

A aposta em metodologias ativas potencializa a aprendizagem significativa, e pressupõe a existência de gestão democrática para que se operacionalize. Espera-se, assim, o aumento da *“articulação entre ensino, trabalho e cidadania, a vinculação entre formação, gestão, atenção e participação social, a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional”* (Gigante e Campos, 2016, p.757), também reconhecendo as especificidades das bases locais quanto aos problemas de saúde nelas existentes, as necessidades de construção de estratégias para lidar com eles e articulação e ações de formação de profissional para atuar neste âmbito.

2.3- Formação, Saúde Mental e Desinstitucionalização

Para a efetivação da Desinstitucionalização e implementação de cuidados comunitários que questionem as relações de poder entre usuário-profissional-comunidade e possibilitem a emancipação dos usuários, há que se atentar para a montagem de redes territoriais amplas e diversificadas, construção social de outro lugar para a loucura, participação e protagonismo de usuários e familiares, compromisso das esferas de gestão pública em conduzir e mediar conflitos inerentes a essa aposta ético-política, produção de conhecimento científico condizentes com a nova forma de cuidado proposta, qualificação permanente para agentes da mudança. (Fiocruz, 2015).

Chamamos a atenção para os dois últimos pontos: formação de conhecimento científico e qualificação permanente para os agentes.

Faz-se necessário considerar a produção de conhecimento a partir de grupos de interesse (gestores, trabalhadores e usuários) que compõem a proposta paradigmática em curso, aproximando essa construção de nortes de atuação

atrelados às necessidades reais dos sujeitos que no território trabalham ou são atendidos. A participação de *stakeholders* no processo se faz fundamental, tal qual discutiremos na metodologia deste trabalho.

A pouca produção de conhecimentos na esfera da atenção psicossocial, mesmo que esteja em crescimento, tem sido apontada por autores, por conta da ausência de política de estímulo à produção nessa área e destacada também a baixa qualidade de informações produzidas pelos serviços (Borges e Baptista, 2008; Fiocruz, 2015)

No que concerne à formação para o trabalho em saúde mental, partimos do pressuposto que ela é sempre parcial e processual (Oury, 1991). Estar aberto à singularidade dos sujeitos, às idiossincrasias dos territórios e à necessidade de cerzimento de novas relações com a diferença deve ser um norte constante. Problematizar o funcionamento dos equipamentos de saúde e as ofertas clínicas que construímos deve ser a força motriz dos trabalhadores. Isso nunca está totalmente pronto, sempre está parcialmente acabado.

Faz-se necessário que os profissionais usem

“ativamente seu papel para desmontar a estrutura, os recursos, as técnicas, as bases científicas, o tecido institucional. O efetivo investimento no trabalho terapêutico implica a transformação das relações com os pacientes, das bases nas quais se estruturam, do mandato social e a invenção de novas respostas(...)” (Nicácio, 2003, p. 96).

Processos de Educação Permanente construídos junto à serviços e equipes de saúde mental têm-se mostrado como importantes estratégias para a qualificação das práticas.

Silva e Knobloch (2016), ao discutirem um processo de EP desenvolvido por uma equipe de CAPS Ad, apontam para a importância da sustentação desses espaços, de forma coletiva e crítica, o que passa pelo suporte da gestão e pelo

protagonismo dos trabalhadores. Tal processo pode ser catalisado a partir de contribuições de um mediador, assim como pelo reconhecimento do saber e potencialidades advindos do próprio processo de trabalho e das ações dos profissionais. Abrahão, Azevedo e Gomes (2016) chamam a atenção para a multiplicidade de modos de entendimento da formação em saúde mental pelas equipes, que podem passar pela legitimação do cotidiano e lócus de trabalho como produtor de conhecimento, ou pela perspectiva que toma outros espaços (instituições, secretarias) como responsáveis pela agenda de formação. Localizam no primeiro modo a maior potência de formação, problematizando os desafios inerentes a ele.

Destacamos também a importância dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, sobretudo os Programas com ênfase em Saúde Mental, que têm sido reconhecidos por alguns autores (Nunes, 2015; Emerich e Onocko Campos, 2016; Coelho, Nunes e Barreto, 2017) como importantes ofertas para a qualificação das práticas profissionais, por meio do aprofundamento de ações em campo e de discussões teóricas acerca do trabalho em saúde.

Relatos de experiências de residentes de Programas em Saúde Mental têm trazido a vivacidade e intensidade de experimentação de desafios cotidianos na clínica e estruturação de redes de atenção a usuários em sofrimento psíquico, assim como a necessidade de construção de estratégias, arranjos e dispositivos corresponsabilizados e criativos frente a impasses advindos da complexidade dos territórios e dos modos de subjetivação constituídos na atualidade (Jesus e Araújo, 2011; Marques et al, 2017; Cordone et al, 2017)

Isso na desconstrução do manicômio, mas também nas práticas a céu aberto. Superar a relação objetivante com o usuário, reconhecer e discutir a contradição do exercício profissional frente ao mandato social que o convida a reproduzir práticas excludentes são fundamentais no trabalho. Reconhecer o usuário como sujeito, também contraditório, que experimenta novas ligações com o outro, com o contexto, com o mundo. Ao invés de dizer ao usuário o que ele deve ou não fazer, estar ao lado dos sujeitos nos caminhos que eles trilham para suas vidas.

Cabe, na transição proposta, a construção de outras possibilidades de sociabilidade e imagem social para a loucura, ou a invenção de uma nova instituição, o que inclui também a participação efetiva de trabalhadores.

Esta posição profissional não é fácil. Exige reflexão, recuo, invenção, ousadia. Convida ao questionamento do lugar da certeza, tão valorizada nas formações profissionais dos cursos da saúde. Pode ser sustentada apenas no plano coletivo.

Esse foi o alicerce da concepção do desenho do Projeto de Formação que deu origem a esta tese e do manejo do seu processo.

2.4- Formação de trabalhadores em Saúde Mental: “Percursos Formativos em Desinstitucionalização”

O projeto “Percursos Formativos na RAPS” foi uma proposta de formação em serviço financiada pelo Ministério da Saúde (MS), tendo sua primeira edição lançada em 2013. Essa edição contemplou 96 municípios do Brasil, por meio de seis diferentes linhas de ação: atenção à crise e urgência em saúde mental, saúde mental infanto-juvenil, saúde mental na atenção básica, demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas, Reabilitação Psicossocial, e Desinstitucionalização.

O município de Sorocaba foi contemplado como Rede Preceptora na Linha de Desinstitucionalização, e abriu chamamento público para a execução do Projeto. A Unicamp, por meio do Grupo de Pesquisa “Saúde Mental e Coletiva: Interfaces”², vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, ganhou o chamamento e passou a gerir o processo de formação, a partir da construção do desenho do Projeto e da coordenação do processo, compartilhada em algum grau com o MS e com a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba (SMS). O projeto teve início em julho de 2014, sendo o convênio assinado com a Prefeitura de Sorocaba e a FUNCAMP (interveniente) em dezembro do mesmo ano. O término do projeto se deu em dezembro de 2015.

²<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

Com o intuito de promover maior participação nas atividades propostas, articulamos a formação a um curso de extensão Treinamento em Serviço, modalidade Treinamento Para Profissional de Saúde, com carga horária de 160 horas na área de Saúde Mental, pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

O “Percurso” em Sorocaba teve por objetivo geral realizar a capacitação de profissionais com foco na troca de experiências entre a RAPS preceptora de Sorocaba (que recebeu os trabalhadores) e as RAPS em formação de 5 cidades participantes, que enviaram trabalhadores: Rio Branco e região do Baixo Acre/AC, Rio Verde/GO, São Sebastião do Paraíso/MG, Ubá/MG, Juiz de Fora/MG. Uma vez que haveria a estruturação de um projeto de formação, foi pactuada a abertura para participação de trabalhadores e gestores de Sorocaba, assim como para a participação de usuários, familiares e representantes de movimentos sociais.

O total de participantes foi dividido em 10 turmas, sendo que a formação de cada turma teve duração de um mês, compreendendo diferentes atividades.

No primeiro dia de cada turma, foi feita uma recepção, por parte de um representante da Secretaria Municipal de Saúde e da coordenação do “Percurso” (Unicamp), para apresentação do desenho do projeto, conteúdos, estabelecimento de contrato. Por vezes havia representação do Ministério da Saúde.

Quatro temas serviram como balizadores para a formação, sob o prisma da Desinstitucionalização. Foram eles: **1.** Reforma Psiquiátrica - nascimento e crítica ao Hospital Psiquiátrico; **2.** Desinstitucionalização: da invalidação dos sujeitos aos direitos de cidadania; **3.** Saúde Mental e reabilitação psicossocial: autonomia, recovery e empoderamento; **4.** Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esses temas foram pensados por nós, em conjunto com a então coordenadora de Saúde Mental de Sorocaba.

Semanalmente, foram realizadas exposições dialogadas com professores/convidados especialistas nas temáticas referidas, com abertura para discussão entre os alunos, que tiveram leituras obrigatórias sobre os temas discutidos, previamente disponibilizados pelo responsável. Cada exposição dialogada teve duração de 3 horas, sendo que no total aconteceram 40 exposições

dialogadas, num total de 120 horas. Esses momentos foram abertos à participação de pessoas de Sorocaba que tivessem interesse, mesmo que não participassem integralmente do processo formativo.

Após as exposições, as pessoas que compuseram cada turma se dividiram em 2 Grupos de Apreciação Partilhada (GAP) para discussão das temáticas propostas e das vivências profissionais de cada um, com o objetivo de indicarem o que consideravam fundamental no processo de Desinstitucionalização, a partir do tema apresentado. No total, aconteceram 80 GAPs. Cada GAP teve duração de três horas, ocorrendo ao final do Projeto 240 horas de Grupos.

Com anterioridade às exposições e aos GAPs, os participantes acompanharam o cotidiano de funcionamento das unidades de saúde, num total de 8 horas por dia, em 4 dias por semana, totalizando 32 horas semanais, ou 128 horas mensais por participantes. Considerando todos os 168 participantes, na finalização do Percursos somaram-se mais de 21500 horas de vivências em campo.

Na primeira semana, as pessoas visitavam diversos pontos da RAPS, para se aproximarem do território e da rede de saúde de Sorocaba apresentada na recepção. As visitas foram organizadas em equipamentos que não seriam campos do “Percursos”, como CAPSi, Consultório na Rua e Unidades Básicas de Saúde, e a proposta era que a visita durasse meio período por unidades, contemplando conversa com gestores, trabalhadores e usuários.

Na segunda semana, o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz foi o destino dos participantes, e na terceira o CAPS III e a Enfermaria de Saúde Mental na Santa Casa (essa, a partir da quinta turma). Em relação à passagem pelo CAPS III, havia uma preocupação que nos advertia intermitentemente: a possibilidade deles conhecerem os SRTs vinculados aos CAPS, mas que isso não se desse de forma invasiva ou descontextualizada. Foi constante a discussão nos GAPs de que as SRTs eram as casas das pessoas; que era necessário conversar com as pessoas que lá habitavam sobre a possibilidade de conhecer ou não o espaço; que a visita só se configuraria como visita se houvesse uma aproximação com usuários em outros espaços e construção de sentido para eles acerca da presença dos participantes naquele espaço. Isso também era tema de conversa com os representantes da SMS e do MS.

Na quarta semana, as pessoas foram divididas entre o Vera Cruz, CAPS III e CAPS Ad III e Enfermaria. Esta divisão era trabalhada nos GAPs, e levava em consideração os interesses dos sujeitos e as necessidades dos municípios: a experiência da imersão que pudesse contribuir para transformação das práticas no município de origem dos integrantes era priorizada.

Essa foi a linha geral das imersões, concebida enquanto processo, a partir das avaliações com integrantes (que ocorriam ao final da passagem pelo Percursos, e quando necessário, também, durante) e entre MS, SMS e Unicamp. A depender do contexto de cada serviço em determinados meses, essa estrutura por vezes foi revista.

Articuladas à imersão em campo, foram realizadas pelos participantes atividades práticas, o que nomeamos de “Atividades de Dispersão”. Elas consistiram em observações e busca de informações e dados a respeito do assunto a ser discutido no encontro posterior. Buscou-se com isso produzir efeito intervenção no cotidiano dos serviços e qualificar a discussão dos GAPs. De acordo com cada tema, foi pensada uma Atividade de Dispersão.

Para o tema “Reforma Psiquiátrica - nascimento e a crítica ao Hospital Psiquiátrico”, os trabalhadores trouxeram a reflexão de seus municípios: “Qual a história e que lugar o hospital psiquiátrico ocupa na sua rede de saúde?”, visto que a exposição dialogada e o GAP foram quase concomitantes à chegada deles em Sorocaba. Para o tema “Desinstitucionalização: da invalidação dos sujeitos aos direitos de cidadania”, perguntaram para algum profissional e algum usuário do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz como seria a vida do usuário fora do Hospício. Na terceira semana, no tema “Saúde mental e reabilitação psicossocial: autonomia, recovery e empoderamento”, trouxeram como atividade de dispersão o relato de uma vivência em campo, algo que se relacionasse ao exercício ou negação da autonomia do usuário, ou ao exercício ou negação do empoderamento e dos direitos dos usuários, incluindo conversa a respeito de tal momento com profissionais, quando possível. Para o tema da RAPS, a tarefa para os participantes foi pensar sobre a pergunta “O que você propõe/ faz para a construção da RAPS no seu município?”

Desta forma, o encadeamento das atividades aconteceu do seguinte modo, para todas as 4 temáticas:

Imersão em Campo → Atividades de Dispersão → Leitura Teórica → Exposição Dialogada → GAP → Construção de Narrativa → Validação da narrativa no próprio GAP → Imersão em Campo.

Ao terminar a quarta semana encerrava-se a formação da turma, sendo iniciado o mesmo processo com a turma posterior, após o intervalo de uma semana.

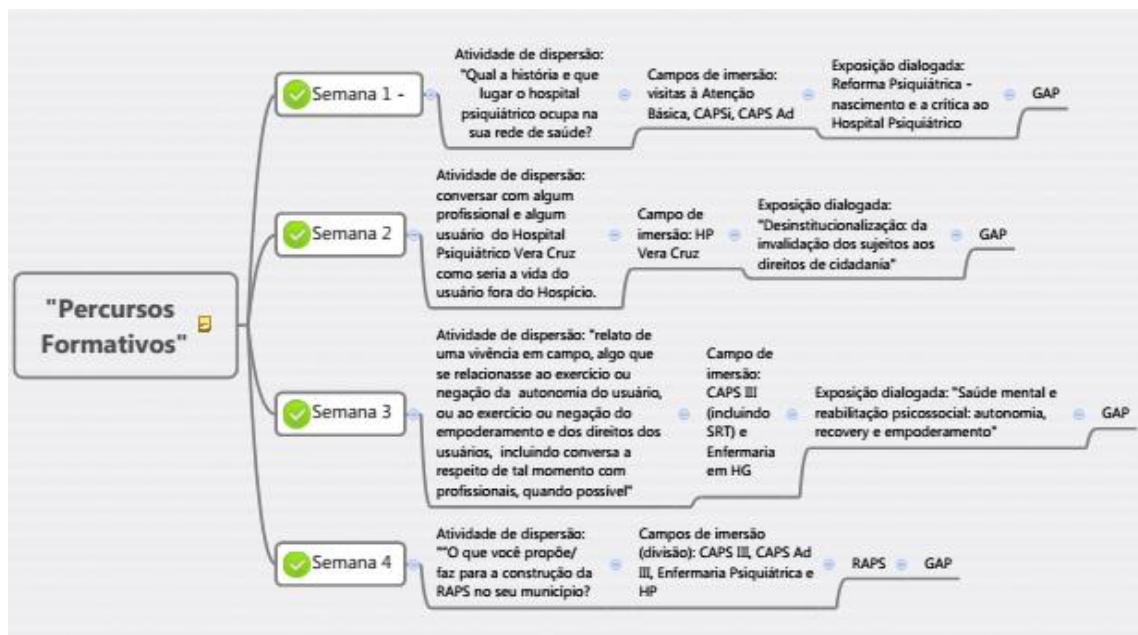


Figura 2- Arranjo formativo do 'Percurso em Desinstitucionalização'

OBJETIVOS

3.1- Objetivo geral

- Descrever e compreender um processo de formação de trabalhadores e gestores na perspectiva da Desinstitucionalização, a partir da experiência de imersão em pontos de atenção da RAPS de uma cidade de médio porte que viveu o fechamento de hospitais psiquiátricos.

3.2- Objetivos específicos

- Apresentar e discutir a experiência de imersão no Hospital Psiquiátrico e em pontos da RAPS, a partir das narrativas dos participantes;
- Contribuir para a construção de estratégias de formação de trabalhadores para a saúde mental, considerando as dimensões singulares, coletivas e institucionais.

METODOLOGIA

4.1-Pesquisa Qualitativa: o caso da Saúde Mental

O uso de metodologias qualitativas em pesquisas nas Ciências Humanas e da Saúde tem ganhado maior legitimidade e consolidação na produção científica em nosso país (Turato, 2005), o que reflete a própria transformação da saúde pública em saúde coletiva, influenciada pelo encontro com as ciências sociais e seus métodos de pesquisar (Furtado e Onocko Campos, 2008).

Bosi (2012) diz que o aumento do uso não significa aceitação total deste paradigma, mas pode refletir a construção de busca de respostas para desafios que o modelo científico tradicional positivista não alcança. No mesmo trabalho, a autora coloca a necessidade de atentarmos à qualidade da pesquisa qualitativa, apontando os riscos gerados pela naturalização do conceito “qualitativo” (que carrega em si uma polissemia de sentidos), pela confusão que por vezes existe entre método, técnica e análise; e pela relação que se estabelece entre qualitativo e quantitativo (um enquanto alternativo ao outro, o embate entre os dois e até mesmo o risco da negação das diferenças, quando se busca uma harmonia paradigmática).

Entendemos que os métodos qualitativos e quantitativos, como métodos que buscam se aproximar da realidade observada (Minayo e Sanches, 1993), apresentam limitações e potencialidades, inclusive em dados momentos podendo ser usados complementarmente ou em diálogo (Flick, 2009). Não nos interessa negar as diferenças epistemológicas e paradigmáticas entre ambas as abordagens, tampouco nos interessa aqui a negação de uma metodologia em prol de uma suposta univocidade de outra.

Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013) criticam o estatuto de única verdade científica que as evidências têm representado na ciência contemporânea. A partir do reconhecimento de que as produções científicas são atravessadas por valores e conflitos ideológicos, apontam que tal leitura tem como pano de fundo a valorização da ciência quantitativa em detrimento de construções de outras possibilidades de evidências, como o discurso, as representações sociais, o consenso.

A construção e validação de evidências científicas a partir da experiência, considerando o saber de diferentes grupos de interesse (usuários, gestores de unidades, trabalhadores, pesquisadores) exigiria o exercício de uma práxis em saúde que considerasse a técnica (uso de referências teóricas na clínica, conhecimentos epidemiológicos sobre o território ou agravo, responsabilidades sanitárias do SUS), porém não se resumiria a ela. Práxis entendida como uso da prudência e da capacidade de reflexão para alterar os padrões, as normas e os protocolos pré-definidos quando a variabilidade for grande em função da complexidade dos fatores que se relacionem com composição de determinado fenômeno (Campos, Onocko Campos e Del Barrio, 2013).

A pesquisa qualitativa parte do pressuposto da existência da intersubjetividade (todos nos relacionamos uns com os outros), do entendimento que as realidades sociais são significativas e ocorrem a partir de contextos construídos socialmente por regras, costumes e culturas. A história é produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam, e constroem seus artefatos e a si mesmos. Assim, no estudo das estruturas, da organização social e da produção dos fatos, as ações humanas podem ser objetivadas (Minayo, 2008).

Não se busca explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas, e sim conhecer as vivências e as representações que essas pessoas têm dessas experiências (Turato, 2005).

Compreende-se, assim, que essa é uma abordagem dialética que

“atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível. Assim, considera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, e as contradições como a própria essência dos problemas reais” (Minayo e Sanches, 1993, p.244).

Disso, deriva-se a perspectiva de que o ambiente natural do sujeito é campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis, e que o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa (Turato, 2005).

Reconhecer que existe um vínculo intermitente entre sujeito e objeto convoca o pesquisador a *“um esforço metodológico que garanta a objetivação, ou seja, a produção de uma análise o mais possível sistemática e aprofundada e que minimize as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo”* (Minayo, 2012, p.626), afinal os problemas (ou incertezas) são parte de contingência e condição dessa metodologia.

Flick (2009) aponta que a reflexividade do pesquisador acerca do processo de pesquisa é força motriz para o êxito do trabalho. A proposição de uma pesquisa que se debruçasse sobre um tema complexo e intenso como a Desinstitucionalização, a partir de um desenho participativo (diferentes grupos de interesse participando do processo de formação, articulação junto ao Município de Sorocaba e ao Ministério da Saúde), fez com que ficássemos advertidos ao apontamento de Flick.

Atravessamentos no processo de Desinstitucionalização que atualizavam linhas instituídas de força de sustentação do modelo manicomial, de processos de gestão verticalizados e de ausência de participação dos usuários na discussão e concepção de práticas condizentes com a Atenção Psicossocial foram constantes. Corríamos o risco de naturalizarmos estas repetições no projeto de formação, de não percebermos a atuação do contexto histórico do território, que por vezes se personificava nos encontros com os participantes.

Minayo (2012) aponta premissas para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas. Dentre outros pontos, considera como fundamentais: a definição do objeto a ser estudado por marcos teóricos; definição de estratégias de coleta de dados; entrada no campo munida de hipóteses e teorias, mas sempre aberta para questioná-las; cuidado com o material coletado/construído, o que inclui sua interpretação; os critérios de validade e fidedignidade.

Considerando esses balizadores, apresentaremos na sequência como tais aspectos foram pensados e cuidados em nosso processo de pesquisa.

4.2- Pesquisa participativa

A pesquisa participativa, ou pesquisa participante é *“uma proposta metodológica inserida em uma estratégia de ação definida, que envolve seus beneficiários na produção de conhecimento”* (Gabarron e Landa, 2006, p.113), a partir da qual os pesquisadores trabalham com e para diferentes grupos de interesse, ao invés de atuarem sobre eles (Meyer, 2005).

Trata-se de um paradigma de pesquisa que surge como crítica à insuficiência dos modelos clínicos de pesquisa para investigar fenômenos sociais e realidades complexas e historicamente construídas.

Alguns autores apontam a polissemia de nomes e sentidos que o termo “pesquisa participativa” tem carregado, considerando seu desenvolvimento no contexto latino-americano a partir da década de 60: pesquisa participante, pesquisa-ação, etc. (Brandão, 2006; Furtado e Onocko Campos, 2008).

Mesmo considerando as especificidades e a pluralidade de interpretações desses diferentes termos, interessa-nos apontar alguns aspectos gerais, ou comuns, a elas, que servem como suporte teórico para este estudo.

Como eixo estruturante das pesquisas participantes encontra-se a ênfase na transformação da realidade social e na melhora do nível de vida das pessoas que nela estão imersas, numa perspectiva que procura promover os sujeitos participantes a sujeitos de fato, retirando-lhes o estatuto de objeto de pesquisa, a ser investigado e interpretado (Gabarrón e Landa, 2006). Para tal intento, deve ser considerada a realidade concreta dos grupos com os quais se trabalha, procurando relações mais horizontalizadas, com aprendizagem coletiva através das práticas grupais, considerando e colocando em análise as implicações políticas e ideológicas que são subjacentes a qualquer prática social.

Brandão (2006) ratifica que a construção de bases para a emancipação dos sujeitos que compõem a pesquisa deve ser a maior aposta dessa estratégia: questionar e propor intervenções frente às vivências e realidades vividas, e não unicamente resolver ou encontrar soluções em relação a um problema ou questão específica. De outra forma, abrir a possibilidade de construção de maiores

graus de autonomia para os participantes (Onocko-Campos e Campos, 2006), no sentido de ampliarem as possibilidades de análise e intervenção em suas realidades, de forma compartilhada e corresponsável.

A participação de grupos de interesse (ou *stakeholders*) em pesquisas no campo da saúde mental tem sido discutida por alguns autores (Passos et al, 2013; Onocko-Campos et al 2013a; Furtado et al, 2013b).

Para Furtado e Onocko-Campos (2008),

“Se a participação popular é elemento vital e constituinte das políticas públicas - sobretudo se quisermos que estas superem seus riscos de degradação e manipulação e efetivamente cumpram sua missão de assistir e empoderar - podemos afirmar então que a participação da comunidade e de grupos de interesse na produção de conhecimentos em torno destas políticas públicas seria igualmente desejável” (p.2672).

Desejável, porém não sem riscos de que reproduza o modelo unilateral pautado no saber exclusivo do pesquisador e na constituição de uma relação que objetualiza quem é pesquisado.

Os autores propõem algumas estratégias para que tais riscos sejam postos em análise, e coletivamente trabalhados: é desejável criar e fortalecer espaços participativos de decisão e ter plasticidade no processo da gestão (desenho, metodologia); ficar advertido ao compartilhamento, em algum grau, das decisões técnicas; zelar pela diversidade de participantes e pelo cuidado à relação de poder que se estabelece entre eles (diferentes classes profissionais, diferentes funções nos equipamentos).

Em trabalho anterior, discutimos o desafio que se coloca em cena, quando procuramos qualificar o desenho de pesquisa em saúde mental que preze pela participação protagonista dos sujeitos (Passos et al, 2013), que culminou na sugestão do conceito de tríplice inclusão para lidar com as problemáticas implícitas no paradigma proposto.

“A primeira é a que coloca lado a lado os diferentes sujeitos implicados na produção do conhecimento. Há, no entanto, consequências do primeiro procedimento, pois ele faz aparecer as tensões geradas pela não hierarquização da diferença entre os grupos de interesse da pesquisa. O engajamento dos diferentes sujeitos implicados no processo de pesquisa não só gera interesse e cuidado, mas também põe em análise, frequentemente, as crenças e os pressupostos do pesquisador. Afirmando o protagonismo do objeto nos fatos, portanto, a inclusão dos efeitos críticos ou os analisadores da pesquisa que emergem da colocação lado a lado do pesquisador e dos participantes, o que caracteriza o segundo nível da inclusão. Por fim, somos conduzidos ao terceiro nível: a pesquisa se efetiva como participativa na medida em que produz uma experiência coletiva ao contrair os diferentes sujeitos em sua diferença em uma experiência de grupalidade com autonomia coletiva. A tríplice inclusão se realiza finalmente com a valorização dos movimentos do coletivo que são ativados e legitimados a partir da lateralidade e da inclusão dos analisadores da pesquisa.” (p. 2922).

A partir de outra experiência (Furtado et al, 2013b) construímos o desenho participativo do presente estudo, colocando em funcionamento alguns arranjos de pesquisa que tinham por função promover as trocas, análises, proposições e avaliações do contexto da pesquisa.

Foram estabelecidos encontros periódicos entre os facilitadores e a coordenação do projeto, composta por mim e pela professora responsável junto à Unicamp.

Esses espaços instituídos mostraram-se importantes para análise dos interesses postos em cena (dos facilitadores, dos coordenadores) e construção de ações e intervenções em conjunto. A minha constante presença em campo com os facilitadores propiciava um agir compartilhado, próximo, corresponsável, inventivo. Por outro lado, a proximidade também trazia pontos cegos, risco de naturalizar silenciamentos, risco de reproduzir na nossa proposta metodológica (o que inclui a relação entre coordenadores e facilitadores) a mesma lógica vertical e

insuficientemente dialogada que fomos percebendo nos equipamentos de saúde do município que serviram como áreas de imersão para os participantes.

Também foi possível nesses momentos colocar em análise nossa implicação no projeto, sobretudo a minha, enquanto um dos coordenadores e ao mesmo tempo interessado nos desdobramentos que comporiam a tese de doutorado, assim como nossa posição frente à saída da coordenadora de saúde mental do município de Sorocaba, sendo ela componente de nosso grupo de Pesquisa.

O exercício da função-gestão (Onocko Campos, 2007) foi posto em prática constantemente na relação dos coordenadores do Projeto com os facilitadores: ofertar suporte, discutir o manejo dos GAPs, sustentar experimentações e continuidade do projeto frente a tantas mudanças no cenário político, retomar pontos que deveríamos executar como parte do projeto, paralisar as atividades quando do atraso de repasse de verbas do município para a Unicamp.

Ainda, alguns facilitadores eram trabalhadores da rede e foram demitidos durante o “Percurso”, o que aumentou a necessidade de momentos de circulação da palavra, acolhimento para o que se colocava, proposição de caminhos, suporte para experimentações e retomada da função de cada um no projeto.

No decorrer do ‘Percurso’, a partir de demandas e dissensos potencializados pelo distanciamento do Ministério da Saúde com a instituição executora e municípios participantes, foi constituído um Colegiado Gestor, com a participação de gestores das redes preceptoras e rede em formação, da Unicamp e do MS. Esse grupo reuniu-se regularmente, discutindo questões pertinentes ao processo de formação.

Somados a essas estratégias compuseram o desenho geral do projeto momentos de avaliação do processo, pelos participantes, com representantes da SMS, MS e Unicamp, quando terminavam a passagem por Sorocaba.

Ressaltamos a construção desses espaços participativos de gestão para apontar que foi necessária plasticidade por parte dos pesquisadores frente a um contexto que se transformava durante a pesquisa na relação com as necessidades dos sujeitos, o que nem sempre correspondia à oferta inicialmente prevista.

Em algumas turmas, alguns campos deixaram de ser ofertados para a imersão, devido às dificuldades do momento que não contribuíam para a experiência formativa dos participantes. Foram construídas avaliações ao final de cada semana de imersão entre participantes, SMS e coordenador da unidade que tinha servido como campo, para que pudessem ser dadas devolutivas que viessem a instrumentalizar o município e a unidade de saúde para qualificação das ações. Foram constituídos profissionais de referência para receberem e ficarem mais disponíveis para os participantes, uma vez que havia crítica em relação a momentos de desamparo institucional (a gestão das unidades também foi convocada a este lugar). Foram pensadas diferentes formas de manejo dos GAPs, a partir da intensidade percebida na imersão no HP. Procuramos, assim, aumentar a profundidade de participação dos sujeitos (Furtado et al, 2013b)

Pesquisas e propostas de formação financiadas pelo dinheiro público, coordenadas por instituição pública e executadas no Sistema Único de Saúde deve ter como pressuposto ético e político a ligação às necessidades dos cidadãos e das instituições que dão suporte às políticas sociais, sobretudo no campo da Política, Planejamento e Gestão, na área da Saúde Coletiva.

O viés participativo coloca-se como intercessor para aproximar a academia da vida dos sujeitos, colocar em diálogo (nem sempre consensual) os saberes produzidos no cotidiano com os saberes universitários. Produzir permeabilidade à mudança nos territórios a partir da oferta de temas teoricamente já constituídos, enquanto esses se reconfiguram a partir das novas experiências em campo e da expertise dos sujeitos que cotidianamente lidam com dificuldades e cerzem estratégias para sobreviver a elas. Entendemos que esta é a função da pesquisa. Entendemos que esta é a função da Universidade.

4.3- Campo

“(...)a cultura aqui é outra, a sociedade é muito autoritária, embora seja uma cidade grande, ainda tem uma cultura antiga, patriarcal. Comenta-se o quanto isso influencia no dia-a-dia, no tratamento do paciente; a sensação de medo fica presente. De certa forma, sente-se mais protegido, inconscientemente, com as pessoas no manicômio. Isso acaba sendo inculcado na cabeça das pessoas”.(NP)

O município de Sorocaba possui 629.000 habitantes e localiza-se no interior do Estado de São Paulo.

Historicamente, a região de Sorocaba constituiu-se em um polo manicomial, sendo no século XIX a pioneira na implementação das Colônias Agrícolas no Estado de São Paulo. No decorrer do século XX, a região chegou a contar com 10 manicômios, quase a totalidade em parceria com médicos e outros profissionais da cidade de Sorocaba (Garcia, 2012). Algumas dessas figuras chegaram até mesmo a ter participação na propriedade de vários manicômios, e por confluências econômicas, políticas e de exercício de poder aliaram-se aos defensores desse modelo de tratamento asilar, assim como a representantes da mídia da cidade e de grupos políticos.

A naturalização e defesa da permanência dos hospitais psiquiátricos se colocam como um importante entrave na transição para uma proposta de cuidado comunitário, seja por conta da resistência cultural e política à mudança, seja por conta da continuidade da atuação dos donos de hospitais na gerência de novos serviços que vieram a ser implementados (Garcia, 2012).

Em 2011, foi feita denúncia de crimes e desrespeitos aos direitos humanos dos internados no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS). Em documento divulgado por esse Movimento, constava o levantamento de algumas características dos sete manicômios então existentes na região, que abrigavam 2792 leitos: o número de

leitos psiquiátricos por habitantes nessa região era cinco vezes maior do que a média do Brasil, os manicômios não contavam com funcionários suficientes para o cuidado proposto e grande parte desses estabelecimentos eram privados (Flamas, 2011).

Em artigo publicado no ano seguinte, Garcia (2012) analisou óbitos ocorridos nos 7 manicômios da região de Sorocaba, comparando-os a óbitos acontecidos em outros hospitais psiquiátricos do estado, considerado o período de 2004 a 2011, concluindo que

“a mortalidade média por mês de pacientes do SUS nos manicômios da região de Sorocaba (mensurada por 1000 AIH/mês) é de 3,025 no período entre 2004 e 2011, sendo 118 % maior do que a dos outros 19 grandes manicômios do Estado (1,386). Os resultados por manicômio também apontam que todos os seis manicômios privados da região estão entre os oito do Estado de São Paulo com maior média de óbitos por mês para cada mil pacientes internados” (p.114).

Ainda, a média de idade quando do óbito dos internados nos hospitais da região de Sorocaba é de 53 anos, bem abaixo da média de idade dos outros hospitais do Estado (62 anos), sendo que há forte aumento de mortes nos meses de inverno (entre maio e agosto).

A publicidade dos dados do relatório do Flamas em 2011, seguida do artigo de 2012, deram início a uma série de investigações e auditorias em Hospitais da região, nas quais foram ratificados o abandono de usuários e crimes antes encobertos pelos muros dos estabelecimentos: falta de investigação acerca das mortes; violação dos direitos à identidade e ao nome e à liberdade, ao tratamento multidisciplinar, dentre outras (Garcia, 2012). Somou-se a isso a repercussão de uma reportagem do programa “Conexão Repórter”, na qual um jornalista se passou por trabalhador do Hospital Vera Cruz e concretizou em imagens todas as denúncias já apontadas por militantes, familiares e usuários.

Os desdobramentos gerados levaram à assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), em dezembro de 2012, que previu o fechamento dos sete hospitais, e a adequação da assistência às pessoas com transtornos mentais, com a implantação de uma rede territorial de serviços.

Dois meses antes da assinatura do TAC um Censo foi realizado no hospital Vera Cruz, com a perspectiva de avaliar o grau de autonomia dos usuários internados, a existência de documentos e outros registros civis e outros aspectos que pudessem ser relevantes no processo de saída desses internos.

Em trabalho anterior, registramos o cenário quando da realização do Censo no Hospital Vera Cruz: usuários nus, sem camas, comendo bichos. Pessoas sem nomes, presas aos pavilhões. Insuficiência de profissionais, atrelada à inadequada formação e assistência por parte destes. Prontuários sem registros, pacientes sem prescrições.

“Ao aproximar-me da última grade, uma sensação inominável me tomava o corpo. O cheiro de urina era extremamente forte. Os gritos, insuportáveis. Um dos internados, surdo, gritava sem parar, em meio aos outros. Fiquei a pensar: parecia representar a surdez institucional, onde nenhum pedido é podido, onde nenhum desejo tem vez, onde a voz é ignorada, quando ainda existe.” (Emerich e Yasui, 2016, p.209).

Os efeitos da institucionalização são obscenos.

“Numa conversa com um deles, perguntei há quantos anos ele estava internado. ‘Há cem anos’, ele responde. Não satisfeito, devolvi. ‘Nossa, mas então quantos anos você tem?’ ‘Quatrocentos’, foi a resposta. Morando num quarto há cerca de vinte anos, sem pertences pessoais ou visita de familiares, sendo o domingo igual à segunda ou à terça, tendo a noção de tempo a partir das alimentações diárias, do nascer e pôr do sol....sintoma psicótico ou institucional?” (Emerich e Yasui, 2016, p.212).

Interessa-nos apontar veementemente aqui as proximidades entre estes relatos atuais e alguns da década de 40, em outro Hospital da Região:

“Na década de 40, relatórios de visitas criticavam o caráter de ‘depósito’ do manicômio Luiz Vergueiro, que servia também de delegacia e prisão, como mostra um trecho da inspeção ali realizada em 1942 por um médico do Serviço Nacional de Doenças Mentais: ‘Cumpre notar que o Manicômio é uma válvula de desafogo para a Delegacia Regional de Sorocaba, que atende a uma rede importante de municípios, pois não existe em toda a região da Sorocabana nenhum estabelecimento para internação de psicopatas. O Manicômio tem servido até de presídio: o pavilhão novo foi inaugurado com o recolhimento de um bando de garotos’. (Arquivos do Serviço Nacional de Saúde Mental, 1943, p. 705). Há referências em período próximo também à ausência de prontuários de pacientes e de médicos psiquiátricos na instituição e à avaliação de que o manicômio “desconhece o tratamento especializado” (Boletim de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1939)” (Garcia, 2012, p. 108).

Entendemos que o Hospital Psiquiátrico encarna na sua existência uma estratégia de abandono da clínica e apagamento da singularidade e da liberdade dos sujeitos, culminando em atentados aos direitos humanos, mesmo em estabelecimentos de menor porte, com melhor hotelaria e número ampliado de profissionais. Marca-se a dupla exclusão do louco (Basaglia, 2010). Ainda, atualizam o risco de repetições das narrativas acima apresentadas: entre 1942 e 2012 o tempo parece ter-se congelado.

De posse dos dados do Censo, o município planejou o processo de desinstitucionalização dos moradores dos HP, sob os critérios previstos no TAC, a saber: município de residência atual dos familiares, locais de procedência das pessoas internadas, e o respeito ao vínculo construído ao longo da institucionalização.

Juntamente com a saída dos internos, foi discutida e proposta a expansão dos pontos de atenção e de estratégias de cuidado aos usuários.

Em 2013,

“(...) Sorocaba não era das cidades que carecia quantitativamente de serviços de saúde mental. Eram, pelo contrário, muitos os serviços existentes, mas com absoluta fragilidade no que se refere à qualificação técnica, organização sob os preceitos da Política Nacional de Saúde Mental; ausência de lógica de Rede; conformada quase que totalmente por serviços privados e ligados aos hospitais psiquiátricos existentes” (Surjus, 2016, p. 69).

Existiam 3 ambulatórios de saúde mental, 10 CAPS (a partir do estabelecimento de convênios com as mesmas empresas donas dos Hospitais Psiquiátricos, com exceção de 2 CAPSij), 13 SRTs e 4 HPs (Vera Cruz com 512 leitos, sob gestão municipal; Teixeira Lima com 240 leitos; Mental Medicina Especializada com 250 leitos e o Jardim das Acácias com 110 leitos, única instituição sem fins lucrativos).

Em 2014 foram fechados os ambulatórios e iniciou-se o processo de matriciamento nas Unidades Básicas de Saúde. Houve a finalização de contrato com as instituições que gerenciavam os CAPS ligados aos HPs, permanecendo os CAPSij e sendo abertos um CAPS III e um CAPS Ad III. Foram inaugurados também 1 Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil, 1CAPSij; 12 SRTs, 1 Enfermaria com 10 leitos de Retaguarda em Hospital Geral. O SAMU passou a contar com psiquiatras, e a central de regulação passou a regular as internações (Surjus, 2016).

No final do mesmo ano, houve a troca da coordenação municipal de saúde mental e do secretário de saúde, o que gerou descontinuidade nas ações acima descritas, além de descontinuidade das ações de cuidados no plano micropolítico, com a demissão de funcionários e coordenadores do Polo de Desinstitucionalização e de serviços substitutivos.

O ano de 2015 foi marcado pelo pequeno investimento na expansão dos serviços comunitários e por um distanciamento da gestão em relação aos trabalhadores e usuários. Tais aspectos foram apontados pelos participantes do 'Percurso', assim como críticas à assistência prestada nas unidades, conforme será explicitado na sequência deste texto.

No final de 2016, o município contava com 411 internos no Vera Cruz. Na região, ainda estão abertos a Clínica Psiquiátrica e Hospital Santa Cruz, de Salto de Pirapora, e também o Vale das Hortências, em Piedade, totalizando cerca de 800 internos. Apresentam-se como pontos de atenção da RAPS, além da CTs e equipamentos da Atenção Primária, 2 CAPS III, 2 CAPS Ad III, 3 CAPSi, Enfermaria em HG com 10 leitos e 26 SRTs.

A saída de muitos moradores dos HPs e o fechamento dos leitos que evitaram a internação de outros tantos se constituem em um inegável avanço. O aumento da oferta de tratamento territorial também se configura como uma estratégia fundamental, mesmo sob o risco de ser gerenciada por grupos que operam na lógica manicomial.

Porém, há pouca formação dos trabalhadores para atuarem na lógica da RP, as equipes estão em número defasado nos equipamentos, inexistente gestão compartilhada a nível central e nas unidades, há insuficiência de estratégias de educação continuada, dentre muitas outras questões que deveriam ser intermitentes pautas e investimento por parte de todos os níveis de gestão.

Tem sido apontado pela mídia local que o Hospital Vera Cruz não mais será fechado ao final do TAC, transformando-se em moradia para pessoas "que não tem possibilidade alguma de contato com a comunidade"³. O argumento em favor da manutenção dos Hospitais Psiquiátricos e do isolamento de pacientes é frequente, sobretudo quando acontecem episódios com usuários que envolvam momentos de agitação ou de agressividade.

³<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/708935/80-pacientes-devem-ser-mantidos-no-hospital-psiquiatrico-vera-cruz;> <http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/761607/nova-gestao-quer-manter-pacientes-no-vera-cruz;>

Por outro lado, o Ministério Público Federal e Estadual descartaram a expansão do prazo do TAC e ratificaram o fechamento de todos os Hospitais Psiquiátricos da região até o final de 2016.⁴

Campo por outras vozes

No decorrer das dez turmas, os relatos dos participantes se constituíram em mais uma das vozes do processo de Desinstitucionalização.

A primeira turma, que ocorreu em junho de 2014, teve início sem que houvesse sido organizada a estruturação pedagógica do 'Percurso': ainda não estavam definidos os facilitadores, nem os professores das exposições dialogadas, tampouco tinha sido negociada previamente a inserção dos participantes nos campos de imersão. Isso ocorreu por conta do atraso gerado pela burocracia referente ao Chamamento Público para a coordenação do Projeto, frente à necessidade de cumprir o calendário proposto pelo Ministério da Saúde, com início imediato naquele momento. Dessa forma, a constituição do desenho do projeto se deu em ato, com avaliações semanais junto aos participantes. Houve, nesse momento, muitas críticas dos participantes: algumas referentes à falta dessa estruturação prévia, outras relativas à expectativa de participar de um processo que contemplasse muitas horas de aulas expositivas, próximo a modelos tradicionais de formação.

Neste momento, houve também a transferência, sob sigilo de justiça, de 240 mulheres do Hospital Mental para o Hospital Vera Cruz⁵. Os profissionais que acolheram essas usuárias no Vera também não tiveram acesso a informação, sob risco de vazamento da operação. A turma 1 vivenciou tudo isso.

⁴<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/715264/quatro-hospitais-da-regiao-fecharao-em-dezembro-deste-ano;>

⁵Seguem dois relatos antagônicos sobre o fechamento do Hospital Mental e a transferência das usuárias. O primeiro link reflete o ponto de vista hegemônico dos setores tradicionais que sustentam politicamente há décadas o polo manicômio. O segundo, está em consonância com as propostas de fechamento dos Hospitais e construção da RAPS, alicerçadas no ideal da desinstitucionalização. <http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2014/07/pacientes-sao-transferidos-de-hospital-psiquiatrico-de-sorocaba.html>; http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=124

“Na semana inicial avaliamos que os profissionais de outras cidades ficaram muito ‘soltos’ na passagem pelo Hospital Vera Cruz. Entendemos que com a transferência das mais de 200 internas do Hospital Mental as equipes tiveram mais dificuldade em nos receber, mas que isto deve ser mais bem cuidado”.
(NP).

“Pegaram o Mental no susto e transferiram para o Vera Cruz. Todo mundo sabia que um dia o Mental ia fechar, e que as pacientes seriam transferidas para o Vera Cruz, que ficou mais ou menos um mês com uma enfermaria fechada, mas não fizeram as reformas necessárias para receber as pacientes (...). Faltou comunicar melhor os funcionários do Vera Cruz para ficar prontos para recebe-las quando a ordem judicial fosse executada. As pessoas do curso que tiveram que separar as roupas da ala 5 e 7.” (NP).

Na turma 2, o desenho iniciado no mês anterior estava mais delineado, com definição de campos, professores, facilitadores, o que possibilitou a circulação dos participantes de forma mais intensiva e com maior protagonismo.

Já a terceira e quarta turmas experimentaram um tenso momento no município: demissão do secretário de saúde e da coordenadora de saúde mental, por falta de governabilidade frente à proposta inicial de Desinstitucionalização, que passou a sofrer maiores resistências de setores políticos e de parte da comunidade local. Esse fato foi seguido de demissão, via poder executivo municipal, de coordenadores e trabalhadores de serviços substitutivos e de gestores e trabalhadores do Polo.

Para a coordenação do ‘Percurso’, isso gerou dificuldades nas articulações de campo, dada a instabilidade política e a sensação de retrocesso quanto ao que vinha sendo construído e ofertado aos participantes como campo formador. Nesse momento, também teve início um afastamento do Ministério da Saúde em ações e deliberações referentes ao TAC. Se por um lado este afastamento era compreensível por conta da menor governabilidade nesse árido terreno, por outro lado a função no fomento e apoio à Desinstitucionalização não

poderia ter sido desinvestida pelo próprio Ministério. Facilitadores e participantes do 'Percurso' que trabalhavam nos serviços de saúde de Sorocaba foram demitidos, durante a formação.

Isso gerou mobilizações a atos na cidade. Muitas críticas foram suscitadas pelos participantes:

“Alguns de nós, que trabalham no Vera pontuam que viram a consequência que um bom trabalho técnico teve sobre os pacientes, e não entendem porque alguém que faz um bom trabalho está sendo mandado embora.” (NP).

“Iniciamos com uma discussão sobre a atual conjuntura política da cidade de Sorocaba. Pensamos sobre a necessidade do processo continuar e das pessoas enfrentarem a batalha. Refletimos que os profissionais que foram mandados embora conseguirão encontrar outros empregos, mas o pacientes que vivem no manicômio, ali permanecerão. As demissões prejudicam diretamente o cuidado e o serviço.” (NP).

“A diferença é visível da semana passada pra esta e, principalmente, com relação aos comentários das turmas anteriores do 'Percurso' que passaram por aqui. Teve um paciente, em especial, que estava bem na semana passada, conversou com alguns de nós, nos ajudou a andar de ônibus, contou-nos um pouco da sua história de vida, mas nesta semana ficamos muito assustados e não era possível nem chegar perto dele”. (NP)

“Para muitos de nós foi frustrante encontrar Sorocaba nesse contexto e também angustiante e pesado acompanhar a manifestação em frente ao CAPS, mas todos nós avaliamos como uma experiência rica, ver tudo o que está acontecendo e estar atento pra não deixar isso acontecer em nossas redes.” (NP).

Com o contexto acima descrito, e com a demora para a liberação de verba para pagamento de todas as ações realizadas até então, por parte da Secretaria Municipal de Sorocaba, o 'Percurso' foi paralisado em novembro de 2014, sendo retomado apenas em abril de 2015, após repasse financeiro. Foram feitas repactuações com os municípios, com os novos gestores de Sorocaba, com os coordenadores das unidades que receberiam os participantes, e ocorreu a reaproximação do MS.

Importa aqui ressaltar que essa aproximação teve efeitos importantes na articulação do projeto: foi colocado em funcionamento um colegiado gestor com coordenadores de saúde mental de todos os municípios participantes e o Ministério, o que possibilitou maior corresponsabilização pelas ações e pactuações; o Ministério passou a compor com a SMS Sorocaba e Unicamp a avaliação realizada ao final de todas as turmas. O fomentador do projeto passou, enfim, a exercer função de Apoio à proposta por ele formulada.

Na retomada das atividades, algumas definições foram tomadas, a partir de encontros entre MS, Unicamp e SMS Sorocaba: acolhimento das turmas pela gestão municipal; pactuação com os campos que serviriam como espaços de imersão; avaliação no final da semana entre participantes e gestores da unidade para devolutivas ao serviço, com vistas a fornecer subsídios para a gestão; definição de um profissional de referência por serviço para os cursistas; avaliação ao final da passagem da turma por Sorocaba, com a presença ampliada dos atores (SMS, MS, Unicamp, gestores de unidades e participantes). Mesmo que tenham sido pactuados para acontecerem com maior sistematização nesse momento, alguns desses arranjos já eram usados em turmas anteriores, conforme já descrito.

As turmas 5, 6, 7 e 8 foram recebidas a partir dessa organização, e presenciaram a transformação de um CAPS II em um CAPS III, fechamento do Hospital Psiquiátrico Teixeira Lima e abertura de novos SRTs. Houve reconhecimento quanto a esta nova configuração da rede, acompanhado de críticas quanto à relação da SMS com as OSs que gerenciavam serviços e quanto às ações no cotidiano dos serviços, sobretudo no HP Vera Cruz e nos CAPS.

Chamamos a atenção para aspectos em comum que aparecem em relatos nessas turmas. Há críticas ao modo como a Desinstitucionalização se configura naquele momento, se comparado ao momento anterior antes da troca do secretário de saúde, da coordenação de saúde mental e da ampla demissão de funcionários.

“Alguns de nós vivenciamos o processo de desinstitucionalização no ano passado e perceberam algumas diferenças, no início estava muito acelerado, a coisa estava acontecendo realmente. Havia apoio do secretário da saúde... mas, começou um desmonte, todos os objetivos foram perdidos, antigamente tinha muita reunião e hoje parece que não ocorre mais, não era só o pessoal da saúde mental mas também intersetorial (...). Outros de nós perceberam a diferenças dos colegas que participaram das outras turmas do percursos formativos, a primeira turma voltou com um discurso totalmente diferente do pessoal que veio depois. Parece que em novembro o processo estava parado, as pessoas voltaram decepcionadas (...)” (NP).

“Um de nós refere ter visitado um local onde já havia estado em outro momento, e avalia que este regrediu em alguns aspectos: a casa estava suja, os cuidadores não estão conseguindo investir em promoção de autonomia para os usuários cozinhareem, limparem, etc.; o processo de retirada do documento pessoal de uma paciente parou, e ninguém mais deu andamento; em outra residência, um usuário foi impedido de ficar com seu cachorro; alguns cuidadores infantilizam os usuários, chamando-os de coitadinhos, dizendo que agem como crianças.(...) havia, por exemplo, papéis coloridos com os nomes dos usuários, cuidadores se autodenominando “tios” para os usuários, colocando regras e punições como com crianças” (NP).

“Alguns de nós que conhecemos o Vera Cruz antes, percebemos, hoje, muitas mudanças pra pior, um retrocesso: não tem mais assembleia ao ar livre, só nas alas, porque, segundo informações dos profissionais, a Prefeitura falou que

não podia mais ter porque não estava no contrato ter assembleia ao ar livre; percebemos um número de técnicos bem reduzido e que não ficam nas alas” (NP).

Os participantes avaliaram que o Vera Cruz não se organizava como um Polo de Desinstitucionalização:

“Não existe um espaço onde as pessoas possam discutir o trabalho, não há espaço para reflexão, isso permite que cada profissional trabalhe do seu jeito, não há possibilidade de construção em conjunto, a comunicação entre a equipe é muito rasa. Não há reunião onde as pessoas possam discutir o trabalho e fazer algo em conjunto, ou seja, cada profissional trabalha de um jeito. Não há uma comunicação entre a equipe, ninguém se comunica ali dentro” (NP).

Na passagem da turma 7, inclusive, teve início a construção de uma enfermaria clínica no Vera Cruz:

“Outra questão que nos incomoda é sobre a enfermaria clínica que construíram no Vera. Se querem fechar, como estão fazendo essa enfermaria? Não tem dinheiro pra comprar um banco para os pacientes usarem enquanto comem, mas reformam a enfermaria!” (NP).

Outro ponto de crítica comum foi o distanciamento dos gestores em relação aos trabalhadores:

“Acreditamos que as coisas são feitas tudo de cima pra baixo e nunca com a participação de todo mundo, quando pensamos em um trabalho de saúde mental é preciso envolver todas as

esferas, é importante que todos os trabalhadores possam passar por essa quebra de paradigma, o atendimento deve ser integral. Mas, não, apenas ouvimos “Veio do ministério da saúde, você deve implementar isso” não há uma valorização. Quando falamos da relação de poder falamos da relação manicomial que é colocada” (NP).

“A gestão precisa estar mais próxima das discussões, como o secretário de saúde ou o prefeito, para compreender a importância do suporte da gestão” (NP).

“Percebemos que a gestora da área técnica de saúde mental ficou se protegendo das perguntas, assim como os responsáveis do Vera. Alguns de nós aponta que a responsabilidade de fiscalizar a OS que assumiu o Vera é da prefeitura. Contratar a OS é sintoma da conjuntura política da cidade, e quando o gestor da OS foge da lógica, tem que ser cobrado pela Secretaria. O Estado, quando apenas se justifica, negligencia o que acontece” (NP).

Reconheceram, em meio a todas essas questões, a importância da mudança do modelo de tratamento na vida dos usuários e apontaram como potente o funcionamento da Enfermaria de Saúde Mental no HG:

“Todos os pacientes que tivemos contato, todos respondiam de imediato que viver fora do Vera era melhor, muitos repetiam isso, nas falas ouvimos ‘agora é melhor porque posso ter uma namorada, porque vou para casa de ônibus, porque tenho celular, no hospital eu ficava só rastelando’; ‘Sabe, nunca pensei que o mundo fosse tão bonito aqui fora’ (NP).

“Eu passei pela Santa Casa e tive uma experiência bem diferente, os profissionais lá faziam reunião de equipe, todos discutiam os casos em conjunto e avaliavam a possibilidade de alta assim como a diminuição e ou retirada de medicamentos, pude acompanhar também o processo de alta de uma paciente” (NP).

A nona turma foi surpreendida com o fechamento dos Leitos de Psiquiatria do HG, o que também gerou estranhamento e críticas:

“Outro de nós diz achar muito complicado o que vem acontecendo em Sorocaba. Acontece um boicote de fechar leitos da enfermaria que estava funcionando, onde a equipe estava desenvolvendo um trabalho interessante, estava atuando numa perspectiva que não era pautada apenas no sintoma e no prazo de 15 dias, mas no caso clínico. Enquanto isso, o Vera continua aberto. Diz estar se sentindo muito mal, pois achava que Sorocaba era uma referência em desinstitucionalização, e está vendo tudo o que se construiu ser desmanchado” (NP).

Finalizando o processo, a décima turma participou das ações e formativas no mesmo cenário da turma 9.

4.4- Sujeitos da pesquisa

A expectativa era de que houvesse a participação de 200 trabalhadores, sendo 100 da cidade de Sorocaba e 100 das cidades de Rio Branco/AC, Rio Verde/GO, Juiz de Fora/MG, Ubá/MG e São Sebastião do Paraíso/MG. Vinte por cidade, com exceção do Estado do Acre, que teve os 20 trabalhadores divididos entre mais de uma cidade.

Sorocaba não se organizou para indicar o número pactuado de participantes, sendo proposta então pela coordenação do projeto a participação dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNISO (Universidade de Sorocaba).

O número total de participantes foi 168 pessoas, cerca de 80 por cento representados por mulheres.

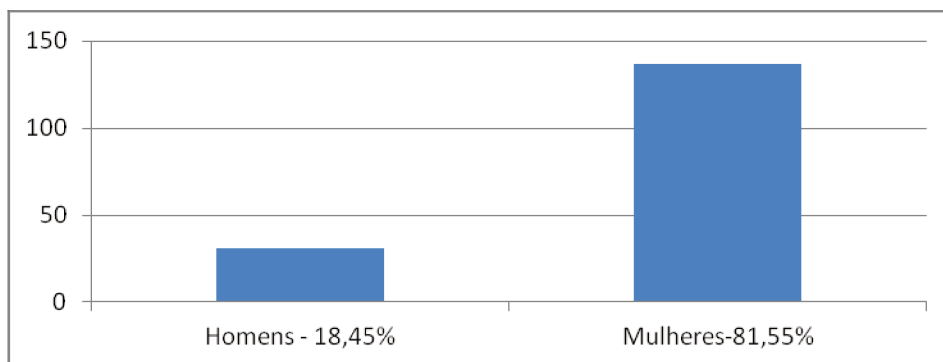


Gráfico 4- Participantes do 'Percurso', por gênero

Chamou-nos a atenção a incompleta participação de pessoas de Sorocaba no Projeto, quando comparada à previsão inicial. Se partirmos do pressuposto que a proposta de Desinstitucionalização em curso no município requeria a problematização das práticas e construção e efetivação de processos de trabalho e proposições clínicas condizentes com a mudança de paradigmas de cuidado, a adesão do município a um projeto que fosse de encontro a isso deveria ser fortemente investida.

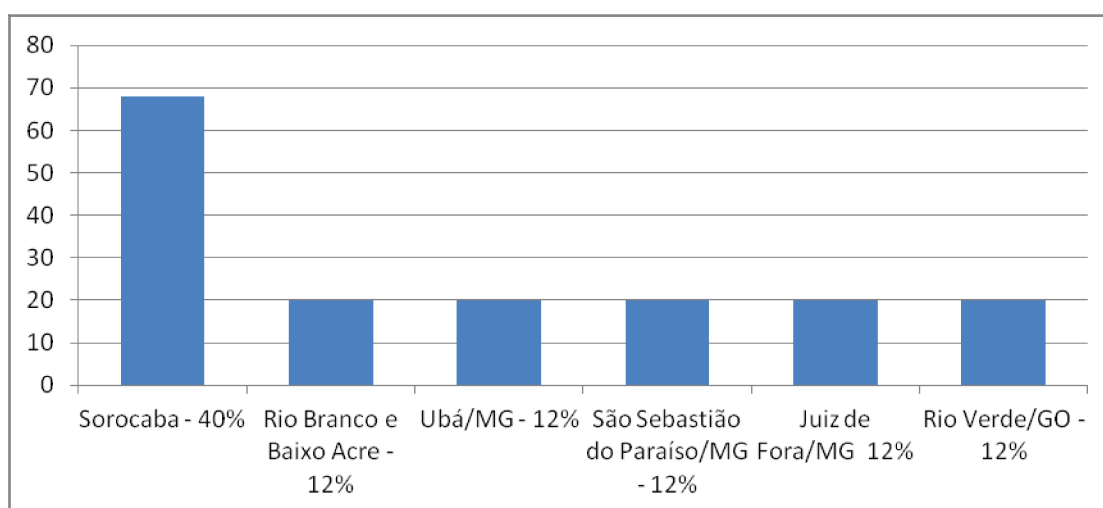


Gráfico 5- Participantes do 'Percurso', por cidade

Não havia necessidade de investimento financeiro, apenas de articulação junto aos serviços: liberação das atividades de trabalho para participação, pactuação junto aos gestores e equipes. Podemos inferir que, esse aspecto, mesmo que atravessado por todas as turbulências políticas e de trocas de gestão, aponta para a pouca participação de outros atores que não os gestores de Sorocaba no processo de construção e avaliação da Desinstitucionalização. Esse tema apareceu de modo recorrente em diferentes turmas do ‘Percurso’, como vimos um pouco acima.

Participaram tanto profissionais que promovem assistência como gestores de unidades. A participação não foi restrita aos profissionais de unidades de saúde mental do tipo CAPS e HP, sendo que também participaram profissionais da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde) e de Ambulatórios de Saúde Mental.

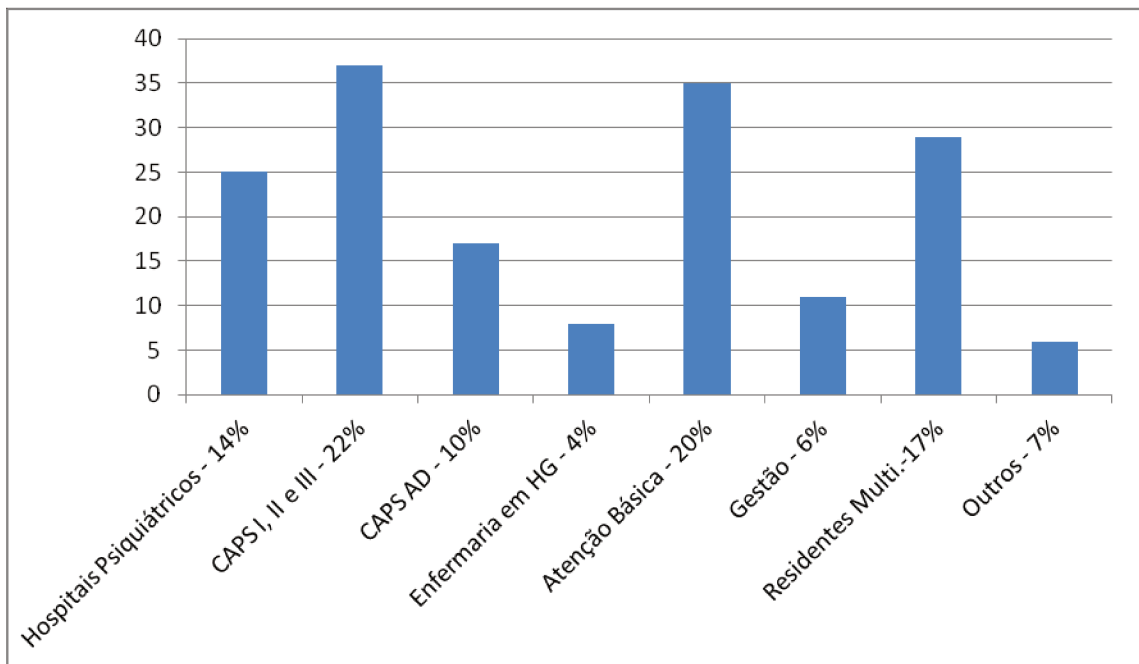


Gráfico 6- Participantes do ‘Percurso’, por local de trabalho

Percebe-se a maior participação de representantes de CAPS, CAPS Ad, Hospitais Psiquiátricos e Atenção Básica.

Importa ressaltar a escolha nossa em colocar “Gestão” e “Residentes” como categorias neste quadro, uma vez que eles não são “serviços”.

Os residentes circulam pela RAPS de Sorocaba, ficando alguns meses em cada serviço. Deste modo, não seria possível localizá-los num serviço específico, e interessou-nos reforçar a diferença de papel (por isso também estão divididos pela categoria residentes, e não pela formação profissional).

A única experiência do 'Percurso' em todo o país, que contou com a participação dos residentes, nessa primeira edição, foi a aqui relatada. Em recente trabalho (Emerich e Onocko-Campos, 2016) discutimos a proposta de inclusão dos residentes neste processo formativo, considerando que a estruturação do Projeto que propusemos apresentava alguns pontos que estavam afinados com a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, tal qual também vimos trabalhando na Unicamp: valorização da experiência pessoal, ofertas teórica e tomada da palavra em espaços coletivos que coloquem em questão esses pontos, considerando a construção singular de cada participante.

“Pensávamos que o processo do ‘Percurso’ poderia servir como momento trófico de acolhimento, da experiência (no sentido que Bondia nos traz) e de proposições ou ressignificações no âmbito formativo, permitindo a construção de estratégias para lidar com tais atravessamentos, tanto em Sorocaba, onde se encarnavam o risco e os desafios, quanto nos municípios que compunham a rede em formação, candidatos a viverem riscos semelhantes aos ali presentes” (Emerich, Onocko Campo 2016, p.102).

A participação dos residentes foi reconhecida e valorizada pelos demais participantes, por promover outros pontos de vista sobre os serviços e sobre a atuação profissional, uma vez que eles atuavam nos campos de Sorocaba, mas não como trabalhadores. Eram formados e realizavam ações nos campos, mas não compunham as equipes formais dos serviços, o que trazia possibilidade de outras leituras acerca das vivências. Ao mesmo tempo, há a crítica quanto ao risco de serem cooptados pelo modo de funcionamento em vigência em alguns campos.

“Percebemos também a importância da criação da Residência em Saúde pra esse processo de desinstitucionalização, formar profissionais mais engajados, mas no momento parece que a Residência é só pra colocar mão de obra barata pra trabalhar nos serviços, além disso, os residentes são muitos cobrados pelo que fazem” (NP).

No que concerne à categoria “Gestão”, está posta no quadro porque alguns participantes ocupavam cargos de gestão, seja na coordenação de serviços, municipal, ou estadual.

Ao mesmo tempo, como será notada no quadro abaixo, a “gestão” também aparece diferenciada em relação às formações profissionais. Entendemos ser importante marcar esta diferença, pela importância que o exercício da função gestão (Onocko Campos, 2007) carrega consigo. A efetivação da desinstitucionalização só poderá ser alcançada se carregar consigo a aposta na implementação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico que operem numa perspectiva cogestiva, participativa, democrática, conforme discutiremos mais adiante.

Em relação à profissão dos trabalhadores, participaram profissionais de nível médio e de nível superior, dentre diferentes núcleos de formação, a saber: médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social.

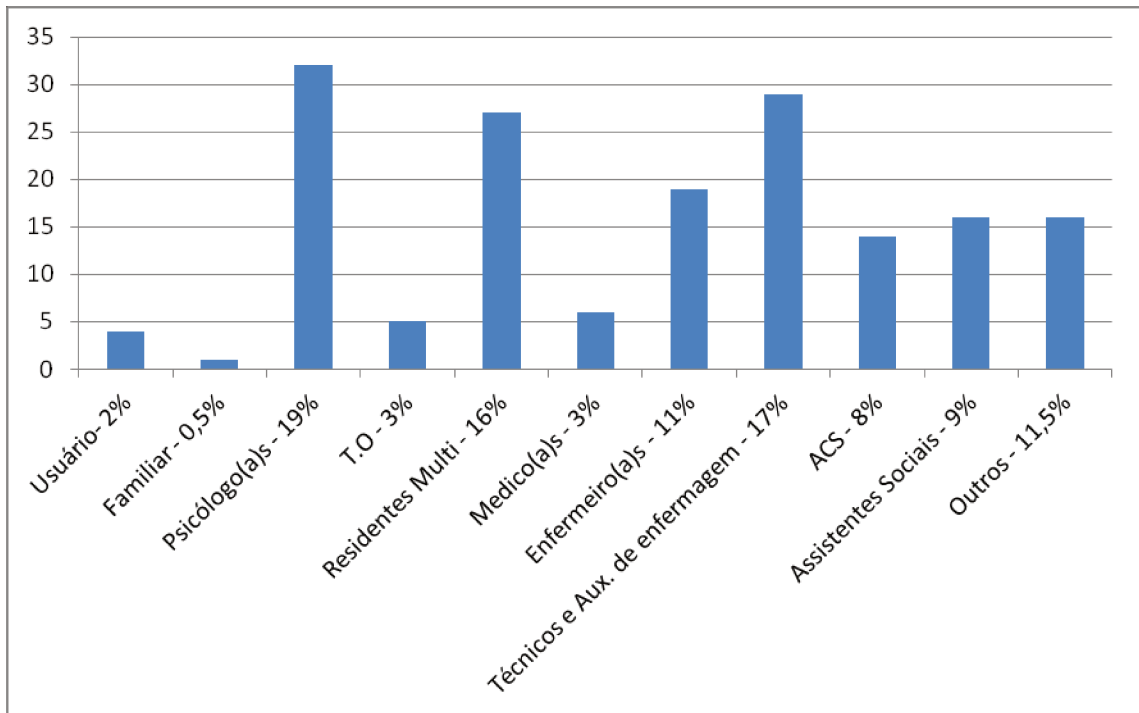


Gráfico 7- Participantes do 'Percurso', por profissão

Nota-se maior participação de profissionais do núcleo da enfermagem e da psicologia, assim como de Residentes. Chama-nos a atenção a pouca participação de T. Os e médicos, e cabe destacar a baixíssima participação de usuários e familiares.

Estudos têm apontado a importância da participação de usuários na proposição e avaliação das políticas públicas de saúde mental (Onocko Campos et al, 2013a; Onocko Campos et al, 2012a). Mesmo considerando a dificuldade de articulação para a participação de usuários e familiares da Rede em Formação, entendemos que tal proposta seria desejável, aumentando a diversidade de atores, ou a amplitude da pesquisa (Furtado et al, 2013b).

A proposição para a participação de usuários partiu do nosso desenho de pesquisa. Entendemos que o paradigma de saúde mental que sustenta a transposição de práticas tutelares para cuidados ligados à singularidade e garantia dos direitos humanos das pessoas que apresentam sofrimento mental passa necessariamente pelo protagonismo e maiores graus de autonomia destes sujeitos também na construção de conhecimento, também na participação ativa em seus

projetos de cuidados e nos serviços onde fazem acompanhamento. Mais: para os lugares pelos quais circulam, constroem rede, vivem.

Sabemos que essa escolha traz em seu bojo muitos desafios para nós, pesquisadores, porém apostamos que a metodologia

“(...) produz novos modos de pesquisar também para os pesquisadores, que passam a ter menor controle das variáveis na produção e interpretação dos dados e têm que sustentar seu ‘não saber’ coletivamente. Essa perspectiva tem como pressuposto que o conhecimento técnico do pesquisador está atrelado à legitimação do saber de todos os outros atores envolvidos, em uma construção compartilhada” (Ferrer et al, 2016, p. 115).

Em relação à rede Preceptora, Sorocaba, essa participação parecia-nos ainda fundamental: a logística seria mais viável e os efeitos da participação poderiam trazer a voz do usuário sobre as discussões e vivências.

4.5- Aspectos Éticos da Pesquisa

A presença das pessoas no “Percurso” se deu através da indicação das respectivas Secretarias Municipais de Saúde, sendo que a certificação de Formação em Serviço pela Unicamp se deu a partir da integralidade da inserção (atividades, horas, etc.).

Como critério de inclusão na pesquisa, tivemos o interesse das pessoas que compuseram o projeto formativo, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Todos os sujeitos puderam optar por participar da formação e não participar da pesquisa, sem prejuízo. Da mesma forma, a qualquer momento poderiam retirar o interesse em participar da pesquisa, o que faria com que os conteúdos por eles narrados não compusessem os produtos finais. Nenhum sujeito se recusou a participar.

Como critérios de exclusão, tivemos a recusa à participação no início ou durante o processo de formação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido com todos os participantes, e por eles foi assinado, formalizando o aceite em participar.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unicamp: CAAE - 38502214.9.0000.5404 (Anexo 2) e pela Secretaria Municipal de Sorocaba (Anexo 3).

4.6- Grupos de Apreciação Partilhada - GAP

Buscando uma construção de conhecimento coletiva e plural, optamos por realizar o que Jalbert et al (1997) chamam de Grupo de Apreciação Partilhada (GAP), que permite alimentar a reflexão e a autoavaliação coletiva.

O GAP difere dos grupos focais ao buscar relações horizontalizadas e bidirecionais e de transferência do controle do grupo para si próprio. Além disso, os GAPs permitem desenvolver um julgamento da ação e formular eventuais ajustes na ação coletivamente desenvolvida, considerando as informações dadas pelos participantes nos encontros formais e nas falas informais (Laperrière, 2008).

“Esse exercício (GAP) destina-se a levar diferentes agentes à partilha de suas análises sobre o projeto em curso e, assim, contribui para a construção de uma ação efetivamente coletiva, permitindo entre outras coisas, emitir julgamentos sobre as práticas e eventualmente conceber ajustes” (ibidem, 2008, p 530).

Desta forma, os GAPs apostam que diferentes atores partilhem

“sua análise da ação que realizam no serviço, contribuindo assim com a construção e aprimoramento dessa ação coletiva. Nos parece uma forma original para fomentar a reflexão dos organismos e sua auto-avaliação” (Zúñiga & Luly, 2005, p. 11).

Nesses grupos, os participantes podem decidir a forma e os temas a discutir (Laperrière, 2008), podendo os coordenadores da pesquisa ofertarem material para disparar a discussão ou até mesmo estratégias como a técnica de grupo nominal ou outra que se apresente mais pertinente para o desenvolvimento de uma dada questão.

Para garantir a diversidade de olhares e respeitar as idiossincrasias de cada município e aspectos comuns à desinstitucionalização e à estruturação de uma RAPS, optamos pela divisão dos participantes em 2 GAPs. Cada um dos GAPs contou com a participação de 10 pessoas, além do facilitador e do relator.

Optamos pela composição mista nos Grupos: trabalhadores de diferentes municípios mesclaram-se na composição de cada grupo. Dessa forma, as duplas de cada cidade se dividiram entre os grupos, assim como os participantes de Sorocaba. Evitamos a presença de gestores e trabalhadores da mesma cidade (ou mesma unidade de saúde) no mesmo GAP, para podermos cuidar da livre circulação da palavra, diminuindo riscos de silenciamento ou medo de represálias a críticas. Quando participavam usuários ou familiares, cuidamos para que estes não ficassem no mesmo grupo em que estivessem representantes de serviços de saúde nos quais faziam acompanhamento.

A composição dos Grupos manteve-se pela turma toda, ou seja, por 4 semanas. Tal articulação foi proposta, considerando longitudinalidade dos encontros e proposta de construção de vínculo entre os participantes, para que fosse possível a criação de relações de confiança e a modulação das diferenças, apontando para os objetivos pactuados no próprio grupo. Também, tal aproximação entre os participantes servia como suporte e sustentação para as pessoas de outros municípios, que passavam um mês longe de suas casas, em uma cidade desconhecida, circulando por serviços de saúde, atravessados por relações muitas vezes tensas, e sempre densas. A criação de laços, mesmo que temporários, teve importante efeito de sustentação para a permanência no projeto e para investimento nas ações em campo, o que pelos participantes foi relatada.

Ao facilitador coube a mediação do processo, não requerendo outra especialidade que a de compreender a delicadeza e efetividade dos princípios que vimos expondo aqui e zelar para que os mesmos guiassem as ações nos grupos.

O facilitador teve como função estimular as trocas, lembrar as regras do jogo, assegurar coerência e articulação entre essas mesmas trocas e manter o grupo rumo ao horizonte estabelecido. Semanalmente, cada facilitador se comprometeu com 10 horas de trabalho, sendo que no total cada um trabalhou por 720 horas.

Para disparar as discussões, eram retomadas as perguntas da Atividade de Dispersão e feito o convite para que houvesse a articulação destas com a experiência vivida em Sorocaba e em seus municípios ou lócus de atuação.

Toda a discussão era registrada por um relator em arquivo digital, onde os principais conteúdos discutidos foram salvos. Esse material foi transformado em narrativas por facilitador e relator no intervalo entre os encontros, considerando os núcleos argumentais que sustentaram as discussões, e apresentado ao grupo no início do encontro seguinte, para sua validação: alteração de pontos, supressão de trechos, ratificação de apontamentos.

Foram realizados 8 GAPS por turma, sendo 2 Grupos por semana. Ao final do Projeto, aconteceram 80 GAPs, tendo cada GAP duração de três horas.

Os GAPs constituíram-se em momentos de debate e trocas sobre as vivências e experiências profissionais em locais tão diferentes (diferentes municípios, diferentes RAPS, diferentes demandas) que muitas vezes apresentavam impasses semelhantes. Também catalisaram encontro e fortalecimento de redes dentro dos próprios municípios: pessoas que trabalhavam nas mesmas redes em seus municípios e não se conheciam passaram a articular ações, quando do retorno a partir das vivências em Sorocaba.

4.7- Narrativas

Retomando Ricoeur, Onocko-Campos e Furtado (2008) abordam a temporalidade da experiência, que acontece entre a memória, o que foi vivido e de certo modo apresenta-se como pré-conceito para a interpretação de novas ações a serem experimentadas e a espera do que está por vir. Debruçando-se em Santo Agostinho, apontam que a espera (futuro) é análoga à memória (passado), e a narrativa pode ter como função promover a mediação entre experiência vivida e o discurso acerca dela, produzindo construção de sentido.

A narrativa pode abarcar a experiência enquanto trânsito, e não enquanto o que foi cessado ou passou, visto que “*memória (passado), atencio (presente), espera (futuro) existem em nós como um triplice presente*” (Onocko Campos e Furtado, 2008, p.1091). Onocko Campos et al (2013b) apontam que a narrativa recupera o tempo, visto que “*o tempo só se verifica pelos acontecimentos narrativos que o recuperam, e a narrativa só pode existir porque o tempo passa*” (p.2849).

Ainda segundo os autores, se uma experiência pode ser narrada, é porque ela está simbolicamente mediada. Miranda e Onocko Campos (2010) propõem que a narrativa tenha por função operar a mediação entre o vivido e as possibilidades de inscrevê-lo no social, articular a subjetividade com um campo político, sendo por meio dela possível “*instituímos nossa verdade numa temporalidade humana, podendo anuncia-la e compartilhá-la*” (p.444).

Em nosso trabalho, os relatos dos participantes foram digitalizados durante os GAPS, sendo transformados em narrativas e posteriormente apresentados ao mesmo grupo que os produziu, para interpretação e validação por parte de seus autores. Essa proposta aproxima-se à dos Grupos Focais Hermenêuticos (Onocko Campos et al, 2013a), porém realizada no contexto dos GAPS.

As narrativas construídas nestes espaços somaram cerca de 400 páginas. Cada narrativa tinha cerca de 5 páginas, sendo que cada participante teve acesso a 4 narrativas a serem validadas (uma por GAP), num total de 20 páginas por participante

O material devolvido aos participantes transformou-se numa interessante possibilidade de criação de sentido para a experiência vivida nos quentes interstícios do processo de Desinstitucionalização. Quando dos momentos de avaliação acerca da estruturação do mês de atividades em campo, por todas as turmas que integraram o projeto, foi unânime a aprovação da metodologia pelos alunos, a partir dos GAPS e das narrativas.

Podemos inferir que, ao tomarem contato com o que disseram, alcançou-se sentido ao restituir o tempo de agir (Onocko Campos e Furtado, 2008), ou seja, os participantes conseguiam simbolizar vivências difíceis, pensar em saídas para os

impasses enfrentados. Este é um efeito interessante notado: todos os grupos reconheceram a validade da narrativa, e se reconheceram nela.

A narrativa como parte de uma metodologia mostrou-se um interessante recurso para aproximar a experiência apresentada por grupos para outros que não necessariamente passaram pelo mesmo processo, trazendo voz à humanidade histórica que nos toca a todos. No caso, ao desafio que é compormos relações mais democráticas, inclusivas e respeitosas entre todos e as consequências que a exclusão, distanciamento e redução de sujeitos a diagnósticos podem gerar na vida cotidiana.

Em artigo em que discutem os usos de narrativas em pesquisas em Saúde Coletiva, Onocko Campos et al (2013b) apontam para a importância de considerarmos a amplitude das concepções e usos de narrativas nas metodologias de pesquisa.

“Não há, desse ponto de vista, uma técnica narrativa apropriada, a qual, quando aplicada, conseguiria responder às perguntas levantadas ou "extrair" a narrativa certa. Isso posto, remete-nos às questões de método em pesquisas qualitativas no campo da saúde coletiva, algo que já vem sendo tematizado, apontando para a necessidade do uso de abordagens que permitam situar os problemas metodológicos no contexto da contemporaneidade” (p.2848).

Para além de uma estratégia para construção de dados, poderíamos considerar a narrativa um dispositivo dialógico entre práxis e epistemologia. Um dispositivo que provoca efeitos de intervenção nos próprios sujeitos ao perceberem-se, reconhecerem-se, questionarem-se a partir dos contextos em que operam e pensam o trabalho; mas que requer certa técnica na proposição e operacionalização, com o desenvolvimento de um olhar narrativizante (Onocko Campos e Furtado, 2008) e com os embasamentos teóricos acerca dos significados e sentidos que a narrativa pode ter.

4.8- Compreensão dos dados

Para análise e compreensão dos dados, utilizamos a abordagem hermenêutico-dialética. A Hermenêutica é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os sujeitos, tendo como núcleo a linguagem (Minayo, 2014). Partindo do pressuposto de que todos pertencemos a tradições históricas, constituídas em relação intermitente uns com os outros, a

“experiência de pertença em relação a tudo o que é humano permite compreender o fato ou a obra particulares, distinguir as experiências pretéritas e alheias das próprias, identificar, a um só tempo, o si mesmo e o outro.” (Ayres, 2005, p.557).

A comunicação e a linguagem, ao colocarem-se como elementos fundantes das relações humanas, apresentam-se carregados de sentidos, algumas vezes consensuais e partilhados; outras vezes marcados pelos dissensos e nem sempre entendidos. A compreensão constitui-se em tarefa para ressignificar o não entendimento ou um impasse na comunicação no encontro com o outro, por conter

“a gênese da consciência histórica, uma vez que significa a capacidade da pessoa humana - e no caso do pesquisador- de se colocar no lugar do outro (que é o “tu” do passado, ou o “diferente de mim” no presente, mas com o qual eu formo a humanidade)” (Minayo, 2014, p.328).

Dito de outra forma, entender a realidade que se expressa no texto (numa narrativa, por exemplo) torna possível entender o outro, entender-se no outro. Assim, partir da relação no presente se marca o encontro com o passado e com o futuro, ou entre as marcas históricas que determinam a existência de um fenômeno e a singularidade que possibilita escolhas para o sujeito, para o que a ele é endereçado. Nesse sentido, a compreensão é sempre incompleta e parcial, tal qual a humanidade; constrói-se a partir da dialética entre necessidade e liberdade.

Enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, numa proposta de mediação, a dialética *“se orienta para o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica”* (Minayo, 2014, p. 168). Os símbolos, a cultura, a linguagem possuem núcleos contraditórios, e deve ser construída uma crítica informada sobre estes aspectos. Sobre eles recaem aspectos de dominação, de atravessamento de poder, de silenciamento e verdades unilaterais.

A escolha de abordagens que coloquem em diálogo o consenso e o dissenso, a mediação e a crítica e a desconstrução, ou da hermenêutica e da dialética, torna-se possível por uma superfície de contato comum a ambas.

“Uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, tendo em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico, e por isso, podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das expostas nos produtos sociais (textos, momentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações” (Minayo, 2014, p. 347).

Ao reunirmos trabalhadores e gestores, que no cotidiano operacionalizam cuidados em saúde coletiva e saúde mental, atravessados por diferentes lógicas institucionais e históricas, abrem-se possibilidades de compreensão de diversos signos e tradições que transversalizam as temáticas neste texto abordadas. Diferentes concepções de loucura e cidadania, diferentes concepções de clínica e de modos de cuidar dos sujeitos que apresentam intenso sofrimento psíquico, diferentes concepções que orientam as ofertas terapêuticas e a estruturação do processo de trabalho.

A retomada e discussão de tradições que (in)formam esses posicionamentos e a constituição de um senso comum (na acepção hermenêutica) a essa representação histórica podem dar maior subsídio para entender o processo de desinstitucionalização e a constituição das RAPS. Um processo de singularização da atuação dos trabalhadores, coproduzido a partir do encontro (por vezes com colisões!) entre o indivíduo e o coletivo.

Segundo Onocko-Campos (2005), quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente, permitindo que diferentes vozes possam compor a ressignificação das relações.

Ao mesmo tempo, trazer à cena, dialeticamente, discussões e dissensos nos GAPs, concretizados nas narrativas, convocou os trabalhadores a proporem saídas para os impasses que se apresentam, novos caminhos para lidar com as demandas e responsabilidades que lhe são postas.

Ao contemplarmos a construção plural de conhecimento relativo à Desinstitucionalização e à formação de trabalhadores partilhadas entre os diferentes atores, pensamos ser possível promover maior permeabilidade à mudança em direção ao tratamento mais qualificado dos sujeitos em intenso sofrimento psíquico e a uma atuação profissional mais ampliada, concordando com Ayres (2005)

“de trazer novas vozes ao campo da saúde, seja de outras áreas científicas pouco ouvidas aí, seja de áreas não científicas que raramente se fazem ouvir, como a filosofia, a arte, o direito, as sabedorias tradicionais, os saberes populares, os saberes práticos”. (p.558).

Na fusão de horizontes (Ayres, 2013), pode residir a possibilidade de compreensão e de transformação das práticas: eu e o outro somos singulares, mas podemos e precisamos viver em comum, por meio de compartilhamentos linguísticos. Não necessariamente concordando com o outro, ou coincidindo com o outro, mas entendendo-nos com ele sobre algo. E a partir daí, novas perguntas e respostas se colocam, produzindo diálogo e novas compreensões em diferentes alturas hermenêuticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Nos cursos de saúde em geral, e não só em medicina, não há formação para trabalhar no SUS. Aprendemos isso em cursos de pós-graduação. Por isso é comum esse perfil de trabalhadores que defendem o manicômio e têm uma lógica de trabalho manicomial e institucionalizada”. (NP)

O conteúdo da narrativa acima foi trazido por diversas turmas, mesmo que explicitado de formas diferentes, de acordo com os contextos em que apareceram.

O desafio de atuar em um campo híbrido e complexo como o da saúde mental intensifica-se, quando embasado no paradigma da Desintitucionalização e da RPB, tal qual vimos discutindo na introdução deste trabalho.

A diversidade de papéis profissionais exercidos por cada núcleo de formação, a aposta no trabalho compartilhado e interdisciplinar, a intensidade do encontro com a loucura, o contato direto com muitas situações de vulnerabilidade, violência e de violação de direitos constituem-se em aspectos cotidianos a serem encarados por profissionais.

Ao mesmo tempo, apostamos que a capacidade de invenção de relações mais criativas, múltiplas, potentes e vivas também pode ser produzida nesse terreno. Relações de profissionais entre si, com usuários, com comunidade e com as unidades de saúde.

Para Campos (2007), o trabalho tem uma tripla finalidade: interferência na produção social e subjetiva dos trabalhadores e dos usuários, produção de bens ou serviços e reprodução da própria organização.

O trabalhador carrega consigo uma história de vida, com sua subjetividade e posicionamentos políticos frente às relações que estabelece, ao que se soma o percurso profissional que envolve a escolha de sua profissão, área ou local de trabalho.

O trabalho na saúde, e na saúde mental, traz consigo a possibilidade de produção de sentido para trabalhadores e usuários, num interjogo que pode ser modulado por processos de cogestão que têm no coletivo maior possibilidade de democratização das relações e estabelecimento de contratos para lidar com os diferentes interesses, rumo à produção de valores de uso que a RPB se propõe alcançar.

Tudo isso em ações e serviços, dentro de um Sistema Único de Saúde e de paradigmas da Desinstitucionalização, com alguns nortes e conceitos a serem sustentados, investidos e até mesmo transformados. Mas que não podem ser negados, e são reproduzidos (ou servem como indução para sua superação).

Considerando a necessidade de formação de profissionais que estivessem advertidos a essas finalidades e às necessidades e desafios da RP na atualidade, construímos um processo de formação calcado na experiência e em estratégias que se colocaram como mediadoras para a construção de interfaces entre três dimensões que, a nosso ver, devem ser abordadas e investidas num processo formativo: a do Sujeito, a do Coletivo e a da Instituição.



Figura 3- Processo formativo de interfaces entre as três dimensões

Ao propormos as três dimensões, não as pensamos de forma estanque. Diferentes graus e intensidades de intersecção podem ser tensionados e experimentados entre todas, ou entre algumas, de preferência com experimentações e vivências que consigam contemplar o encontro das três.

As possibilidades de (trans)formação a partir do encontro destas instâncias dependerão das estratégias metodológicas usadas, dos sujeitos participantes e dos contextos em que ocorrem os processos formativos. A partir do que a experiência em campo traz ao sujeito, das reflexões e pactuações construídas, das proposições e investimentos em sua atuação profissional.

“Precisaremos sempre fazer recombinações, não é um processo confortável de fazer, é importante se colocar em questão. Não sabemos exatamente como devemos fazer, nem irá existir um manual, ou algo certo a ser seguido! Então entra a angústia, pois é um processo que nos coloca em questão o tempo inteiro, precisamos conseguir fomentar esses espaços”.

(NP)

Não se trata de uma modulação simples, tampouco sem conflitos.

5.1- Dimensão dos Sujeitos

“O que é que motiva esses operadores nas suas relações com os pacientes?” (Enriquez, 1991, p.86)

A leitura de textos teóricos relativos às temáticas trabalhadas, feita com anterioridade às Exposições Dialogadas, colocou-se como um importante investimento na proposta metodológica desenvolvida.

Entrar em contato com construtos relativos à clínica, gestão, políticas públicas e conceitos que sustentam o cotidiano das ações em saúde mental é fundamental para a o exercício da prática, o que inclui os porquês, para quês e para quem desenvolvemos nossas ações. Sem embasamento teórico não se assiste com qualidade, não se gere com competência.

Para alguns participantes, sobretudo profissionais de nível médio, foi o primeiro contato teórico com alguns temas trabalhados.

“Eu achei que a gente estava atrasada, mas não tinha a dimensão de quanto. Quando na aula ele falou 1970... pra mim isso começou no ano passado, quando a turma parou a rua” (NP).

Para profissionais com formação superior, também o foi, ou foi a retomada de leituras já feitas anteriormente, mas agora colocadas sob a luz da experiência prática que viviam na intensidade dos campos.

Aos professores que compuseram a exposição dialogada coube o desafio de transformar o encontro com os participantes em espaços de conversa e novas construções acerca dos temas trabalhados. Foi preciso considerar os diferentes entendimentos gerados pela leitura, contemplar as experiências prévias e as do momento do ‘Percurso’, pensar coletivamente nos modos como cada participante apreendia as discussões para uso, quando do retorno aos diferentes contextos. Além dos textos, foram utilizados outros recursos como vídeos, músicas e discussões em grupos menores.

Os facilitadores participaram das exposições, no intuito de amarrar discussões que apareciam nestes momentos com aspectos que emergiam nos GAPs, além de trazer longitudinalidade ao processo.

Mesmo com a pouca participação numérica de usuários e familiares, faz-se necessário ressaltar a importância dessa inclusão.

Para trabalhadores e gestores, as trocas com usuários e familiares ajudaram a ampliar o espectro de leituras dos contextos institucionais e das violências e desafios vividos nas relações sociais por quem recebeu algum diagnóstico psiquiátrico. Os usuários trouxeram nas avaliações o reconhecimento da importância deles participarem de um projeto de formação, de trazerem o seu olhar e de conhecerem o posicionamento dos profissionais, de poderem tecer críticas ao

processo de Sorocaba e contribuírem para a construção de um material que pudesse ajudar no cuidado de outras pessoas⁶.

As exposições dialogadas convocavam os professores a ficarem atentos à linguagem, para que não se tornasse acadêmica demais, a ponto de trazer dificuldade de compreensão aos usuários e familiares. Os relatos das atividades de dispersão e imersão em campos muitas vezes traziam conteúdos densos e intensos da parte dos usuários, de registros simbólicos diferentes dos relatados pelos trabalhadores e gestores. Foram convidados profissionais e professores que atendessem a esse perfil, com experiência em serviços substitutivos e/ou experiência docente. Estarmos advertidos a tal ponto tinha por objetivo evitar a repetição das tradições tutelares ou excludentes, que historicamente atravessam a biografia dos usuários (Basaglia, 2010).

Para alguns usuários, era muito difícil retornar (ou conhecer) o Hospital Vera Cruz, o que despertava neles diversos conteúdos, angústia e ansiedades. Para outros, retornar àquele espaço mobilizava alguns desses aspectos, mas mobilizava também a potência da vida fora de lá, de como os internos poderiam se beneficiar com a saída. Para um familiar, foi muito difícil encontrar a modulação entre o reconhecimento da melhora da mãe ao morar numa SRT e a crítica a pontos do funcionamento da SRT e do CAPS aos quais a mãe estava vinculada, o que gerava medo de retaliação por parte dos serviços.

A diversidade de experiências trazida por usuários e familiares fez com que nós tivéssemos que maleabilizar o desenho da pesquisa e pensar em arranjos, de acordo com as necessidades desses sujeitos: mudança de campos de imersão para alguns; maior proximidade dos usuários em momentos específicos; acolhimento e manejo por parte dos facilitadores dos GAPs quando das discussões, inclusive com uso de outras estratégias de mediação, como textos literários, casos de vida, etc.. Isso fez com que tivéssemos que nos haver e sustentar a proposta da tríplice inclusão, já discutida nesse trabalho,

⁶Um dos produtos do 'Percurso Formativos' foi o "Diário de Bordo para trabalhadores e gestores em percursos de Desinstitucionalização", construído a partir da mesma metodologia aqui apresentada, acrescida de uma Oficina de Construção de Consenso. O material está disponível em <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

Além da imersão em equipamentos de saúde, também compuseram campos de atuação espaços de controle social, como a participação em reuniões do TAC e do Conselho Municipal de Saúde.

A participação das turmas 4 e 5 em atos de protesto contra os retrocessos anunciados na política municipal foi marcante:

“Levamos muitas experiências boas, como o ato na reunião no Conselho Municipal na quarta-feira(...). Um momento importante foi ato do FLAMAS em frente ao Vera Cruz, com os outros movimentos, como a Associação De Volta pra Casa (São Bernardo), AFLORE (Associação de Usuários-Campinas), Fórum Popular de Saúde de Campinas Sorocaba, Fórum da Luta Antimanicomial, estudantes de graduação (Uniso e Unip) e residentes em saúde mental (Unicamp e Uniso), integrantes do Percursos Formativos. Num dado momento, fechamos a Rodovia Raposo Tavares, como parte da manifestação. Percebemos que as reportagens que cobriram o evento (TV, jornal) limitaram as notícias ao fechamento dos hospitais, sem discutir o motivo pelo qual realmente protestávamos.” (NP)

Entendemos que

“A formação deve incluir um vasto arsenal de atuações e intervenções clínicas, e também contemplar aspectos que permitam maior compreensão e melhores possibilidades de posicionamento nas relações institucionais. O engajamento político, a participação ativa na avaliação, execução e proposição de modos de funcionamento dos equipamentos de saúde, da Rede de Atenção Psicossocial e do Sistema Único de Saúde também são molas do processo formativo” (Emerich e Onocko Campos, 2016, p.103).

A oferta de participação em espaços de controle social foi pensada por entendermos como fundamental a ocupação desses espaços, sobretudo nos sombrios tempos em que vivemos o risco cada vez mais iminente e cotidiano de retrocessos do Sistema Único de Saúde. A aposta no controle social como campo formativo tem sido ratificada também por outros autores (Ceccim, 2010).

“Este Percurso nos mostra como são importantes e potentes estes espaços coletivos: a partir do CRP, as assembleias, o encontro com professor Silvio Yasui, etc... Isso nos faz pensar como em nossos municípios é importante oferecer espaços coletivos para debater a saúde mental” (NP).

“Sobre o que aconteceu com relação à OS, é importante participarmos disso para ver o quadro mais amplo de forças, que envolve a resolução do TAC. Houve municípios em que ao final de 01 ano de contrato, queriam mandar todos os profissionais embora. Mas com a mobilização, conseguimos reverter o quadro e garantir que durante o curso do TAC, os profissionais mantivessem o emprego. Participar destas construções e desconstruções é muito rico” (NP)

Entendemos que a luta pela garantia do funcionamento constitucional e pela produção de valores de uso a que SUS se propõe deve acontecer também nas instâncias da avaliação, fiscalização e proposição de políticas. É função dos trabalhadores, tão importante quanto a clínica, construir linhas de força que agreguem também gestores e usuários, rumo às defesas comuns que se colocam como alicerces para a sustentação do Processo de Desinstitucionalização, o que é dito pelos participantes

“Em Sorocaba, tudo começa com o movimento, com o FLAMAS. Muito antes de poder se pensar no TAC, havia o movimento resistindo. Não dá para ficar apenas no micro, a clínica em saúde mental é uma clínica necessariamente política! Não dá para separar o cuidado com o paciente do

contexto político mais amplo. Algumas de nós, em Sorocaba, foram demitidas justamente porque lutaram contra tudo que estavam vendo de errado. Tirar as pessoas do manicômio é muito fácil: basta trancar numa casa e medicar. Mas desinstitucionalizar é outra coisa!”(NP).

Tal qual nos aponta Lancetti (2010), a formação deve-se dar também como combate, o que a nosso ver pode produzir marcas nas dimensões jurídico-política e sociocultural.

“Alguns de nós entendemos que a sociedade tem uma dívida com essas pessoas, é um problema nosso, um problema coletivo. Essas práticas institucionalistas de reclusão e exclusão não devem nunca mais acontecer. É um dever nosso tentar reparar, apesar de não ser possível reparar porque a vida já foi roubada”. (NP)

Sujeitos da experiência

Ao mergulharem na experiência, imersos nos campos de atuação, os profissionais teceram críticas ao modelo de formação, pautados na informação e transmissão de conhecimento verticalizado e fragmentado.

“Reconhecemos, também, a necessidade de mudança na lógica da formação para que não se fragmente o sujeito. É necessário reconhecer que o ser humano é um ser integral, e não um robô. É normal rir, chorar, ficar nervoso, ter angústia. É comum a medicalização e a sugestão de diagnósticos. A criança, por exemplo, é normal que ela queira explorar o ambiente, mas se ela faz isso já ganha um diagnóstico de hiperatividade; demorou um pouco mais para aprender na escola e ganha um diagnóstico de déficit de atenção ou dificuldade de aprendizagem. Um de nós lembra que teve aula de saúde mental na graduação com uma professora que era dona de manicômio e, em toda a formação, nunca ouviu falar de reforma psiquiátrica” (NP).

A própria crítica já vem acompanhada de sugestões de modos de lidar com tais problemas, como o investimento em espaços coletivos:

”Em nossa percepção, há uma falha na formação de alguns profissionais, na dificuldade de trabalhar em equipe, ou pensando que o cuidado com o sujeito é como cuidar de crianças, desconsiderando os desejos e a autonomia dos sujeitos. Os cuidadores, por exemplo, parecem-nos sem a devida capacitação para refletir sobre suas práticas e acabam reproduzindo o manicômio nas residências terapêuticas (...). Os auxiliares são, por vezes, os que mais conhecem os pacientes e precisam participar da troca, do diálogo com a equipe. Quanto mais profissionais (inclusive da limpeza) participarem (de reuniões), mais teremos um processo coerente. Considerando que muitos cuidadores são contratados por ONG/OS, não há uma preparação adequada e acreditamos que isso é responsabilidade da gestão da Saúde Mental, porque não podemos depender das ONG’s.”(NP).

Visando romper com a lógica tradicional de formação, a centralidade do processo formativo deu-se a partir das ações práticas em campo, junto a usuários e trabalhadores das unidades de saúde.

Concordamos com Bondia (2002), para quem a educação deve ser sustentada pelo saber da experiência. Ao criticar os modelos de formação que se baseiam no acúmulo de informações, na construção de opiniões e uso tecnicista de teorias ou técnicas, o autor aponta para a importância de o sujeito estar aberto à experiência, permeável ao que vem de fora, o que também traz em seu bojo certa insegurança e vulnerabilidade. A vivência e destinos dados à experiência poderiam transformar os sujeitos, e conseqüentemente trazer (trans)formação profissional.

“É experiência aquilo que nos passa, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação” (Bondia, 2002, p.24).

A experiência de passar pelo HP foi relatada por todas as turmas, de forma instensa, por vezes pouco suportável:

“A percepção é que se ficássemos mais um dia que fosse lá, nas alas do Vera Cruz, não aguentaríamos mais: enlouqueceríamos. Foi difícil lidar com as pessoas chegando, empurrando, pegando. Nunca tínhamos passado por isso”.
(NP)

“Aquilo foi construído como um labirinto, pra pessoa se perder mesmo lá dentro. Eu fiquei perdido ali dentro. Você fica doido só de estar lá dentro. Eu me senti um rato literalmente, só que sem queijo. Sai de lá e parecia que eu tinha carregado um caminhão de areia, de tão cansado.” (NP)

“Porque no hospital ficamos com a sensação de estar em um zoológico de gente... tivemos a mesma percepção de quando vamos num zoológico: ala das girafas, alas das crianças... Existem as alas dos que precisam de mais cuidado, existem aqueles que são mais autônomos, os que são violentos e assim vão as classificações e segregações.” (NP)

Amarante (2010) tece importante crítica ao modelo manicomial utilizado como formador de novos profissionais, uma vez que se centra no paradigma da observação da doença e isolamento do contexto de vida dos sujeitos. Para avançar na formação, traz a necessidade de considerar a questão epistemológica nesse processo: criticar a suposta neutralidade da ciência e o caráter de verdade absoluta que ela pode assumir, ponderar as relações de força e interesses em que subjazem os construtos teóricos e a práxis no cotidiano das ações.

A proposta metodológica de imersão no HP deu-se com esse sentido e não um lugar de aprendizagem de como construir clínica, ou de confirmação da necessidade desse lócus no tratamento, o que reproduziria o ideário excludente que a sociedade deposita nos sujeitos ditos loucos e/ou nos ditos drogaditos. Nas palavras de um dos grupos,

“(...) o Hospital Psiquiátrico antes de existir fisicamente, existe a partir de uma concepção de sociedade que exclui, ele é a representação física de algo da sociedade que não suporta a diferença. É a representação de um modo de viver da sociedade” (NP).

A experimentação da intensidade deveria vir acompanhada da crítica aos efeitos de institucionalização, às necessidades de extensão de estratégias de desinstitucionalização, com toda a ampliação de escopo de intervenções e proposições necessárias à mudança.

Do mesmo modo que Basaglia (2010) diz que a estrutura do manicômio deve ser desmontada nos processos de desinstitucionalização, a inserção nesse espaço procurou um desmonte do paradigma de formação calcado no HP rumo às necessidades da ampliação, articulação e qualificação de serviços comunitários e marcas sociais no território.

“Um de nós comenta sobre um artigo que sugere que a ‘desinsti’ começa primeiro dentro de cada um de nós. A prática manicomial tende a se desenvolver por desejo de poder e dominação, por isso é importante que o profissional esteja sempre atento, reconhecendo e falando de seus limites, para se desinstitucionalizar e produzir a desinsti de fato”(NP)

A aposta em atividades de dispersão teve o objetivo de nortear alguns pontos importantes a serem abordados ou experimentados pelos participantes: conversar sobre expectativas de usuários acerca da alta do HP, com os próprios usuários e com trabalhadores; sobre cenas em que a construção de maiores graus de autonomia se dava, ou não se dava. Conversar sobre proposições a serem levadas para as RAPS em que os trabalhadores atuavam, a partir das teorias e práticas experimentadas durante o mês em Sorocaba, assim como sobre a necessidade desses trabalhadores se colocarem também como catalisadores em seus municípios do que foi trabalhado no processo de formação.

O investimento no dispositivo grupal do GAP assumiu lugar estratégico na nossa proposta, devido à necessidade de um espaço para que as impressões fossem narradas, acolhidas, elaboradas e ressignificadas na tentativa de construção de sentido para o que se viveu nos Campos em diálogo com as formações de cada Núcleo de competência e saber (Campos, 2000a).

Tratou-se de um espaço protegido, que não se propôs a negar as diversas relações que atravessam o grupo (relações de poder, diferença de formação profissional, diferentes concepções teóricas), mas que se propôs “*a dar sentido ao que somos e ao que nos acontece*” (Bondia, 2002, p.21), uma vez que

“...o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência” (2002, p.27).

O autor complementa que “*ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria*” (p.27).

“*O grupo funcionou como uma caixa de ressonância, nos afetamos, podemos nos avaliar, repensar, mudar opiniões e até mesmo enxergar com os olhos do outro*” (NP).

Entendemos que a constituição de um grupo ajudou a dar suporte a esse processo, na dialética entre sujeitos e coletivos. Ajudou a dar suporte, mas não homogeneizou; o singular se construiu, mas não de forma individual, e, sim pelos partilhamentos que aproximaram os diferentes e fizeram com que o inédito emergisse em meio ao coletivo. Um convite à formação para trabalhadores e gestores, pelo grupo, condizente com o convite à clínica que fazemos aos usuários.

Nessa perspectiva, foram cuidadas as reverberações que a proximidade com usuários em intenso sofrimento psíquico trouxe para alguns participantes, inédita na frequência e intensidade experimentada, que destacamos nas quatro narrativas abaixo:

“(...) a luta se materializa, por mais difícil e denso que isso seja. Traz sentido para lutar pela desinstitucionalização e pela RAPS. Quando lemos Goffman não tem o mesmo sentido da vivência ou da permanência no Hospital Psiquiátrico”(NP) .

“Por outro lado, ficamos trancados no lugar fez com que nos aproximássemos da experiência de internação dos internados: sensação de não participar das coisas, sem definição de objetivos claros, apenas observando o que aconteceu”. (Narrativa - Participantes do Percursos) (NP).

“A experiência que eu tive no Vera Cruz, talvez tenha sido uma das coisas mais estranhas que eu tenha sentido na minha vida, nesse meu processo de autoconhecimento, de busca e de troca, eu não sei. Sinceramente ouvi algumas falas de profissionais de uma miniequipe em que se questionava se aqueles seres humanos que estavam lá seriam capazes de ir pra uma SRT(...) eu não sei se esse paciente seria capaz de realizar o auto cuidado, eu fiquei na reflexão se aquela condição era por conta do tempo que estavam internados ou não (...) porque eles não têm condições de troca nem de aprendizado (...) fiquei pensando no processo no quanto a sociedade é perversa por tira-los do contexto familiar , por que essa pessoa em especial foi parar nesse lugar assim?” (NP).

“Alguns de nós não nos sentimos bem diante das alas trancadas, nos remetendo a conteúdos pessoais e histórias de vida. Pensamos que quatro dias no mesmo lugar e a exigência do horário torna-se muito desgastante. Em alguns momentos ficamos ociosos e esperando para cumprir o horário. O excesso de tempo dentro do manicômio fez com que a situação perdesse o sentido”(NP).

Para Oury (1991), a formação em saúde mental deve ser permeada pela mobilização e transformação de aspectos da subjetividade dos trabalhadores. O autor trabalha com a ideia de construção de Itinerários de Formação: retomada dos percursos de vida que fizeram com que os trabalhadores escolhessem sua profissão, área de atuação, quais marcas importantes compõem suas histórias. Por isso a nossa escolha pelo termo Sujeitos, para essa dimensão: inconscientes, múltiplos, dotados de afetos e contradições.

Temos trabalhado com essa ferramenta na formação dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Mental da Unicamp, como estratégia para frequentes voltas às escolhas e aos desdobramentos destas. Pensar nas questões pelas quais eles são tomados em campo, nos porquês delas paralisarem ou produzirem invenções ou potência de agir. Responsabilizar-se pelas escolhas (de campo de atuação, de preceptoria, de ações a serem desenvolvidas na prática profissional) e pela construção compartilhada de modos de lidar com os desdobramentos delas. Esses têm sido nortes que têm auxiliado na extensão da formação para além das ofertas teóricas e técnicas.

Considerando o tempo curto da passagem dos participantes pelo 'Percurso', os aspectos acima mencionados foram utilizados como subsídios para lidar com as questões pessoais que emergiram no grupo, mas de forma menos intensa e mais pontual que em um programa de Residências em Saúde Mental, por exemplo.

Coube aos facilitadores problematizar junto aos trabalhadores a importância de pensarem nesses aspectos pessoais e na interface que poderiam ter com as sensações despertadas pela passagem nos lugares. Para isso, além de serem conversadas no espaço grupal onde foram endereçadas essas narrativas, foram utilizados outros registros simbólicos para a construção de sentidos e direcionamentos do que emergiu: poesias, textos literários, músicas, etc...

Investir na ampliação de perspectivas, ou no que Lancetti (2015) chama de plasticidade psíquica do trabalhador, é tarefa necessária para enfrentar contextos, na maioria das vezes difíceis, de trabalho e de relações.

A complementaridade (Oury, 1991) também se colocou como uma ferramenta investida na formação dos profissionais. Além da complementaridade profissional, proposta a partir do trabalho interdisciplinar em equipe e de arranjos e dispositivos (Onocko Campos, 2007) que compõem o cotidiano da gestão dos serviços, entendemos ser importante ratificar a potência que pode ter a complementaridade de modos de atuação dos profissionais, de estilos pessoais, de encontro com o outro.

“Há algumas características pessoais dos trabalhadores que podem ajudar no exercício da profissão” (NP).

Se atenciosamente cuidada, entendemos que a diversidade de modos de viver dos profissionais pode compor um potente e colorido mosaico no encontro com a diversidade de modos de existir dos usuários, uma vez que o coletivo é sempre heterogêneo (Oury, 1991).

Conforme discutimos em recente trabalho, também sobre formação,

“Não se trata de deixar de lado o aspecto técnico da formação em saúde, muito pelo contrário: como, a partir do jeito e do estilo profissional de cada um, colocamos nossa formação técnica a serviço dos usuários?” (Onocko et al, 2017, p. 19).

Encarar a complexidade proposta pela Desinstitucionalização e pela Reforma Psiquiátrica desafia trabalhadores a se abrirem para a experiência na sua formação, ancorados em construtos teóricos e com possibilidade de flutuação pelas incertezas provenientes de um campo que deve sempre ser sustentado pela práxis. Faz-se necessário que o profissional saiba hesitar (Amarante, 2010) e tenha “compromisso, sensibilidade, capacidade de negociar e de lidar com incertezas” (Dimenstein e Macedo, 2012, p.240).

Entre bagagens teóricas e novos conhecimentos demandados pela complexidade dos casos atendidos. Entre o reconhecimento dos efeitos da institucionalização e o investimento na qualificação e ampliação de ações e serviços comunitários, em rede, que priorizem o cuidado singular e corresponsável, a partir do vínculo. Norteados pelos princípios dos direitos humanos e da sustentação de políticas públicas de saúde mental democráticas, universais e equânimes. Embasados numa clínica que se faz política no encontro com vidas pulsantes nos territórios. Eis alguns aspectos que devem ser sensibilizados na formação de profissionais no âmbito da Desinstitucionalização.

Consideramos que esse convite torna-se possível de ser sustentado, quando as histórias singulares de cada um se encontram com as possibilidades de partilha e de individuação nos espaços coletivos e nas instituições, como será discutido na sequência.

5.2- Dimensão da Instituição

O trabalho do profissional em Saúde Mental se dá necessariamente nas instituições e com as instituições.

Diversas são as abordagens possíveis para o conceito de instituição, de acordo com correntes teóricas utilizadas.

Para Bleger (1991) a instituição é *“o conjunto das normas, das regras e das atividades agrupadas em torno dos valores e das funções sociais”* (p.67). Enriquez (1991) aponta que as instituições são criadoras de normas que servem como lei organizadora da vida física, mental e social dos indivíduos que dela participam, permitindo que as pulsões sejam *“metaforizadas e metabolizadas em desejos socialmente aceitáveis e valorizados”* (p.74).

Em que pesem diferentes concepções que possam ser adotadas acerca do conceito de instituição⁷, interessar-nos-á nesse trabalho discutir as funções e efeitos que esta construção social tem para os sujeitos nela se inserem e a partir dela buscam trocas em seus locais de atuação: serviços de saúde mental. Assim, utilizaremos o termo instituição concordando com Moura (2003):

“Um equipamento de saúde mental é, portanto, ao mesmo tempo um estabelecimento e uma instituição ou, melhor dizendo, um conjunto de instituições. Podemos entender que estabelecimento e instituição se constituem mais como

⁷Baremblytt (1992) e Bleger (1991) apontam a diferença entre instituição, organização e estabelecimento.

movimentos inerentes a uma formação coletiva, do que entidades diferenciadas. Por isso é imprescindível que se explicita de modo constante a tensão, a abrasividade entre estas duas tendências, e que se garanta, ao mesmo tempo, sua análise e as conseqüentes modificações de enquadre e de rumo”(p.40).

Kaes (1991) aponta que a instituição nos *“precede, nos determina e nos inscreve nas malhas e no discurso”* (p.20). Tornamo-nos humanos, dotados de cultura e inscritos em leis partilhadas a partir da troca de uma felicidade possível por uma parte de segurança. A fundação da civilização, a partir da não completude do princípio do prazer, e a constituição de instituições, leis e do pacto fraterno entre os irmãos frente ao parricídio tornam-se alicerces da fundação dos conjuntos de normas e regras que regulam as relações sociais.

Se por um lado o convívio entre pares e o partilhamento de leis e projetos permitem a regulação do coletivo, por outro, isso não se faz sem custo aos sujeitos.

A instituição é fundada a partir da violência, pelo assassinato do pai e posterior inscrição da lei que protege os sujeitos entre si do risco de um mais forte prevalecer, e não pode fugir da emergência disso (Enriquez, 1991). O embate entre os iguais e o desejo da transgressão serão partes inerentes aos processos institucionais. Não há como extingui-los, não há como evitá-los: há, sim, como não negá-los.

Entendemos que esse ponto é fundamental: que os trabalhadores estejam atentos a que a instituição se coloca como palco de disputas, de atualização de desejos que foram escamoteados, quando da inscrição no social. As mudanças e movimentos institucionais trazem à cena as mudanças e movimentos na constituição dos próprios sujeitos. Com todos os riscos que isso representa, para ambos.

No caso da loucura, e de sua institucionalização, a violência tem marcas fortes e presentes, seja pela história permeada por desrespeito aos direitos humanos e mortificação do eu nas Instituições Totais, seja pela constante encomenda cotidiana aos profissionais e serviços comunitários para que tutelem os sujeitos, o que faz com

que devemos estar constantemente advertidos dos riscos do controle que pode ser operado a céu aberto (Oliveira e Passos, 2009), como nos é apontado pelos participantes:

“Eles (usuários moradores de SRTs) não têm a casa como deles porque os profissionais não deixam. Imagina você ter que pedir pra abrir a geladeira da sua casa!” (NP)

Nos momentos de avaliação com os participantes, fora dos GAPs, foram constantes as falas deles sobre disputas por reconhecimento de espaço nos seus serviços de origens, efeitos ruins das chamadas “focacas” nas relações de trabalho, furos de pares nas ações pactuadas em Projetos de Terapêuticos, demandando mais investimento de alguns profissionais, em detrimento do investimento de outros; excesso de usuários de referência para serem acompanhados por alguns profissionais, ao passo que outros ficavam com um número menor; etc...

As instituições servem como suporte para conteúdos inconscientes dos sujeitos que nelas depositam sua busca por segurança e perenidade (Kaes, 1991). Ao mesmo tempo em que servem para estruturação do sujeito e como fundamento narcísico para sua continuidade, sustentando uma identidade, servem como receptáculo do que nele é indiferenciado:

“Esse trabalho coletivo do pensar realiza uma das funções capitais das instituições, que é fornecer representações comuns e matrizes identificadoras, o que supõe determinar lugar e exercer poder: dar um “status” às relações da parte e do conjunto, unir os estados não integrados, propor objetos de pensamento que tenham um sentido para os indivíduos aos quais é destinada a representação e que gerem pensamentos sobre o passado, o presente e o futuro; indicar os limites e as transgressões, assegurar a identidade, dramatizar os movimentos pulsionais.” (Kaes, 1991, p. 21).

O autor sustenta que se cria uma formação psíquica intermediária entre o sujeito e a instituição, que pertence a ambos e, ao mesmo tempo, a nenhum. A formação de grupos, nesse sentido, faz com que as relações tenham que ser pensadas de forma intersubjetiva entre sujeitos-grupos-instituição. Quando há falhas nesse contrato, é posta em jogo a instituição e a relação de cada um com ela, o que pode despertar uma séria de sofrimentos da/na instituição.

Destacamos aqui o que Kaes (1991) denomina 'Sofrimento do Inextrincável', quando sujeitos são confrontados com seus núcleos indiferenciados, com a angústia daquilo que lhes é desconhecido, ou considerado como não-identitário. De outro modo, do que lhes foge do controle, ou os aproxima da loucura.

Todo serviço de saúde tem a tendência de manter a estrutura do problema que enfrenta e para o qual foi criado (Bleger, 1991). Esse risco ocorre porque em todos nós se encontram estratos sincréticos, ou indiferenciados, da personalidade.

Ao compormos agrupamentos, esses aspectos não diferenciados dos sujeitos constituem-se em cimentos da vinculação entre os membros e constituição dos grupos, porém devem ser imobilizados para que aspectos integrados da personalidade possam emergir e possibilitem a interação e a construção de compromisso entre os membros, a diferenciação sobre um fundo de indiferenciação. O grupo resulta da possibilidade de se vincular (sociabilidade sincrética) e de se relacionar (sociabilidade integrada).

O mecanismo da clivagem permite a coexistência dessas duas estruturações egoicas.

Os aspectos sincréticos trazem consigo o medo "*não da novidade, mas do desconhecido que existe dentro do conhecido*" (Bleger, 1991,p.64), da dissolução da identidade estruturada pelos níveis mais integrados do Eu.

As defesas frente ao medo desse desconhecido, para manutenção da clivagem, se apresentam de diversas formas, como o recurso à burocratização, ou à estereotipia e às repetições.

“Na conversa com um profissional que trabalha há muito tempo em hospital psiquiátrico, ele disse que só percebeu que estava fazendo errado no momento em que viu isso na TV. Ele fazia no automático e nem percebia”. (NP)

A construção de defesas no HP se torna mais explícita, dado o medo da exposição contaminadora, denunciada por Goffman (1974), o que faz com que a equipe dirigente construa rigidez institucional para se proteger do contato com o louco, ao mesmo tempo que consegue manter dele uma clara separação.

“Os profissionais parecem não estar preparados para lidar com algumas situações ali dentro, como por exemplo quando observamos um paciente tomando banho nu em uma biquinha, no frio, e questionamos um trabalhador, ele disse: “ele está em surto, ele é perigoso, vou ligar pra ala dele e avisar que ele está ali”. E o paciente tomou banho depois vestiu a roupa dele e voltou...” (NP).

Porém, a defesa e o sofrimento dos trabalhadores não são exclusivos, quando da sua inserção no HP. Ao atuar no território, em lugares menos controlados e mais abertos à real dinâmica e pulsar da vida e da morte, outros desafios se impõem aos profissionais.

“Profissional de saúde mental também adocece e precisa entrar em recovery, há desmotivação do profissional, mas não há diálogo sobre essas questões. Os espaços que não favorecem o recovery ao usuário de saúde mental também causam angústias ao profissional. Para alguns o caminho da afetividade surgiu como uma possibilidade de trabalho num ambiente não favorável ao recovery e à sua atuação profissional, como ação de resistência” (NP).

A insuficiente formação técnica para o campo da saúde mental e o contato com a vulnerabilidade e miséria de territórios são apontados como possíveis fontes de sofrimento para trabalhadores (Onocko Campos, 2012), o que pode gerar intensa identificação, fazendo com que profissionais se sintam tão desvalidos e violentados quanto os usuários, ou que componham entraves à realização da tarefa primária (Kaes, 1991) no local onde trabalham.

“Digamos que o trabalhador de saúde que não conte com razoável formação técnica será submetido a mais um fator de sofrimento, a angústia que provoca o “nada saber”, ou, no dizer de Oury, o fato de não estar advertido. Quando a insegurança técnica é grande, toda demanda é amplificada, não é possível discernir em relação a riscos e urgências. Tudo se torna tão intenso que, para aplacar essa angústia, tudo acaba por ser banalizado, caracterizando uma das formas da burocratização. Também, essa insegurança está por trás dos mecanismos que perpetuam certos usos do poder na instituição, como, por exemplo, o excessivo poder médico: se eu nada sei, suponho que outro saiba, delego a ele o saber e o poder... Por esses argumentos todos, consideramos os trabalhadores menos qualificados, do ponto de vista técnico, mais vulneráveis a sofrimento psíquico no contexto dos equipamentos do SUS” (Onocko-Campo, 2012, p.88).

Pensar em estratégias de formação, técnica e de gestão do processo de trabalho, voltadas para os núcleos mais duros ou que tiveram menores ofertas formativas voltadas a essa área de atuação, como o corpo de enfermagem, constitui-se em uma necessária e importante estratégia para a qualificação da assistência, ao mesmo tempo que pode se tornar um fator de cuidado para a saúde mental do próprio trabalhador.

“Discutimos sobre a questão da autonomia do paciente e do trabalhador, identificando que no caso do técnico de enfermagem, geralmente, não há inserção na equipe multiprofissional, com demonstrações de submissão com relação ao resto da equipe e uma certa hierarquia entre os profissionais de saúde” (NP).

“O modelo de cuidado fragmentado faz com que muitos profissionais cumpram sua escala, mesmo que não tenham muito o que fazer em dados momentos, e não ajudam outros colegas que podem precisar de ajuda. Alguns de nós notamos que quando tentam tornar a escala mais flexível, de acordo com a necessidade do momento, passa a ser mal visto por colegas ou às vezes recebe chamada de atenção do enfermeiro” (NP).

Nos serviços substitutivos, outras fontes de sofrimento psíquico dos trabalhadores se atualizam, como atitudes entre a onipotência de tudo controlar e a impotência de nada conseguir fazer, e a intensa responsabilização dos profissionais pelo projeto terapêutico de usuários para os quais exercem a função de referência (Miranda e Onocko Campos, 2013). Quanto mais solitários ficam os profissionais com isso, menor a possibilidade de construção de maiores graus de autonomia e de aumento de suas redes de dependência no contexto profissional. Advertem os trabalhadores

“Os profissionais, por sua vez, precisam admitir seus limites, reconhecer que não podem fazer tudo sozinhos e que precisam de outros serviços” (NP).

Propor mudanças na organização do trabalho, abrir-se ao desconhecido nas experimentações institucionais, também é propor mudanças nos próprios sujeitos, ou colocar sob risco os fundamentos narcísicos e objetivos (Kaes, 1991) que fazem com que os sujeitos se engajem nas instituições.

Enquanto trabalhadores, é necessário que coloquemos em análise esses aspectos, sobretudo os indiferenciados, pois não o fazemos

“(...) significa admitir essa segregação sancionada pela sociedade; significa admitir tanto os critérios normativos quanto os mecanismos pelos quais determinados sujeitos ficam doentes e acabam segregados; é também admitir o critério adaptativo de saúde e de doença e a sua segregação como ‘cura’”(Bleger, 1991, p. 68).

A formação de trabalhadores em saúde mental, seja na estruturação das metodologias pedagógicas seja no que ela quer sensibilizar nos profissionais, deve contemplar aspectos teóricos institucionais que ajudem na compreensão da complexidade do que está em jogo, uma vez que *“(...) sofremos também, na instituição, por não compreendermos a causa, o objeto, o sentido e a própria razão do sofrimento que aí experimentamos”* (Kaes, 1991, p.51).

Todo sujeito é, em alguma medida (ou em muitas), instituição. Entendemos que ampliar o leque de ofertas de compreensão desses fenômenos pode ajudar os trabalhadores a criarem maior escopo de leituras das cenas cotidianas, reconhecerem-se como parte integrante e integrada dos processos que procuram mudar, assim como dos processos que entendem ser potentes e criativos.

Apostamos que a supervisão clínico-institucional se constitui em um importante dispositivo para trabalhar essas questões, numa ação que é simultaneamente, clínica, ética e política (Onocko Campos, 2012). Ao mesmo tempo em que remete a aspectos da intervenção teórica e técnica de cada profissional e da equipe frente aos casos e ofertas de cuidado (clínica), aborda o modo em que se pensa e age sobre o processo saúde-doença a partir do protagonismo dos usuários e dos alicerces do SUS e da RP (ética). Apresenta, ainda, uma dimensão política na medida em que remete a aspectos do processo de trabalho, às relações entre sujeito-grupo-instituição, ou seja, a mecanismos que permitem a construção coletiva de projetos para os usuários, para as equipes e para os serviços. Um espaço que cuida da construção dos contratos narcísicos das equipes, da aderência à tarefa primária, do interjogo entre diferenciação e indiferenciação, com todas as consequências e desdobramentos que isso traz.

“É necessário que tenha uma supervisão para os profissionais que estão diretamente com os pacientes, se não tiver alguém dando um suporte, educação continuada, o profissional vai ter dificuldades e ficar também perdido” (NP).

“Quando a equipe esta com dificuldades é um termômetro de como está o processo de trabalho, nesse momento é importante parar e olhar para o processo de trabalho. É importante que o trabalhador e que a equipe tenha um momento para falar de seu processo de trabalho, de suas angústias e opiniões. Neste ponto está a importância da voz do trabalhador ser ouvida, a participação e o protagonismo de seu trabalho deve ser respeitado, quando essas discussões são feitas estamos empoderando e estabelecendo a autonomia” (NP).

No ‘Percurso’, o tempo para o aprofundamento desses aspectos era curto, mas mesmo assim houve abordagem desses pontos durante as exposições e GAPs, e houve provocações para que essas problematizações tivessem continuidade nas trajetórias profissionais dos sujeitos que ali estavam, assim como foi ressaltada a importância de investimentos pessoais em espaços/ações que promovessem saúde de acordo com seus interesses, que trouxessem outras experiências para o corpo e outras relações para além das profissionais. As pessoas eram indagadas sobre como faziam para lidar com o que viviam no trabalho, como procuravam cuidar de seu bem-estar ou de sua própria saúde mental: prática de exercícios, vivências culturais, etc..

Por vezes, essa provocação e necessidade eram reconhecidas pelos próprios trabalhadores, antes que fossem por nós disparadas: *“Quando pensamos na saúde mental, pensamos em um cuidar do outro, mas precisamos também cuidar de nós mesmos, dos profissionais, para que não adoecem facilmente” (NP).*

Concordamos com Enriquez (1991), quando discute o trabalho da morte nas instituições, muitas vezes materializado em violência, disputas e defesas frente ao desconhecido.

“(...) o trabalho da morte se confunde com o trabalho do negativo, mas o negativo tem duas faces: o da destruição, signo do ódio pela forma viva, e o da destruição da unidade-identidade, signo do amor pela variedade.” (p.101).

Conceber a complexidade dos atravessamentos institucionais faz com que tenhamos que os pensar na interface entre o que é singular e os espaços coletivos, com vistas à construção de espaços cogestivos e democráticos que permitam a modulação entre a responsabilidade profissional de cada um e maiores graus de criação e invenção frente aos desafios que se colocam na prática cotidiana. Assim, é possível a construção de um espaço psíquico comum que sustente a realização de projetos, ou de uma ilusão compartilhada (Kaes, 1991).

No nosso caso, a invenção de novas possibilidades para a loucura, a provocação, criação e sustentação de novas formas de sociabilidade para a diferença. A dos outros, usuários que atendemos, e a nossa, trabalhadores.

5.3- Dimensão do Coletivo

Um dos recursos formativos utilizados no ‘Percurso’ foi a aposta em encontros grupais, para discussão e construção de estratégias para lidar com os desafios que se constituíam no encontro com os usuários e com as dificuldades vividas no processo de Desinstitucionalização. Uma aposta na (trans)formação de práticas a partir do partilhamento, trocas, tensionamentos e elaboração de caminhos para os impasses encontrados.

A aposta em espaços de discussão coletiva tem-se mostrado um importante recurso para o trabalho nos equipamentos em saúde mental, como forma de pactuar contratos de trabalho, ampliar o espectro de atuação dos profissionais e a corresponsabilização desses pela gestão da clínica e do próprio processo de trabalho (Campos, 2000).

Para Campos (2000), a democracia institucional depende do funcionamento de espaços coletivos, que podem ser definidos como *“um espaço e um tempo em que ocorrem encontros entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomadas de decisão sobre temas relevantes”* (p.232).

O autor, no mesmo texto, crítica a Racionalidade Gerencial Hegemônica, lógica de gestão que se propõe controlar os trabalhadores por meio da subordinação do trabalho a funcionamentos padronizados, tomando o trabalhador como recurso a ser moldado a partir do interesse dos equipamentos nos quais trabalha. Ignoram-se, assim, os desejos, interesses e poder de criação e de resistência dos trabalhadores.

Para contrapor tal paradigma excludente, sugere o Método da Roda, que se propõe investir em espaços de cogestão entre trabalhadores, considerando que os diferentes interesses postos em cena devem ser discutidos e negociados, a partir do Valor de Uso que deve ser produzido pelos equipamentos. Os Coletivos Organizados (equipe ou grupo de pessoas que se organizam em função do compromisso da construção de algum valor de Uso) cumprem uma tríplice finalidade: a produção de Bens ou serviços com Valor de Uso, a constituição de Sujeitos e a reprodução dos próprios coletivos (Campos, 2000).

A produção de maiores graus de autonomia para os sujeitos, de novas possibilidades de sociabilidade nos territórios e de combate ao estigma, de modos de tratamento que coincidam com o discurso dos profissionais quanto à singularidade e expertise dos próprios usuários na construção de seus Projetos de vida, a garantia democrática dos direitos constitutivos pela lei do SUS e pelas leis da RP. Estes devem ser alguns dos Valores de Uso que nos propomos produzir nos serviços de saúde mental. A continuidade das políticas públicas, a perenidade dos serviços, a legitimação do lugar social para os núcleos profissionais seriam formas de reprodução do próprio coletivo.

A constituição de Sujeitos, em consonância com o que já discutimos nas duas outras dimensões, se daria de forma coconstruída com coletivos. O Sujeito, ao integrar o Coletivo, neste investe, influi, toca. Ao mesmo tempo, pode ser exposto, influenciado, transformado pelo Coletivo. Uma relação dialética que convida à tomada de poder pelo grupo, com possibilidade maior de corresponsabilização pelas decisões e desdobramentos, num movimento que considere as técnicas dos profissionais e as diferentes formações profissionais, ou saber acumulado, operadas a partir da análise do contexto em que se inserem, rumo a uma práxis (Campos, 2000).

“Tendemos a direcionar coisas para a vida das pessoas, sem poder ouvir seus desejos e suas sabedorias. Às vezes isso está cronificado dentro da gente, e só descronificaremos quando compartilharmos nossas nuances, quando a borda da psicologia borrar a borda da enfermagem, e assim por diante” (NP).

A negociação desses pontos é sempre atravessada por relações de poder, afetos, que não podem ser evitados. Já nos diria Bleger (1984) que uma instituição saudável é aquela na qual os problemas aparecem, e não aquela na qual não há problemas.

A composição de espaços em que haja discussão dos casos clínicos, do processo de trabalho, das dificuldades enfrentadas é fundante da proposta cogestiva. Nela as negociações entre os interesses diversos e a confluência de projetos comuns podem acontecer.

Tal estruturação pode-se dar a partir da constituição de Arranjos e Dispositivos (Onocko Campos, 2007). Os Arranjos teriam certa estruturação e permanência, como formas de organização a serem institucionalizadas, sob constante análise para não serem capturados pela lógica dominante que pretendem subverter. Poderiam ser eles colegiado gestor, equipe e profissional de referência, apoio matricial, dentre outros. Os dispositivos, por sua vez, buscariam subverter as linhas instituídas, dentre os quais destacamos as assembleias, cursos e formação (como o ‘Percurso’) e a supervisão clínico-institucional.

Há críticas quando não são postos em cena esses referenciais organizativos: *“As reuniões de equipe seriam muito importantes para desmistificar os casos, contudo isso não acontece”* (NP).

Em contrapartida, há o reconhecimento de produção de efeitos no processo de trabalho, quando essa experimentação é possível.

“A reunião de equipe também é muito importante, nem que seja pra dizer um monte de besteiras e depois ressignificar e construir junto” (NP).

“Ver realidades diferentes, mas semelhanças que eu vivo no meu cotidiano de trabalho, amplia a visão. Antes eu tinha a visão do meu núcleo profissional, hoje eu vejo a equipe, a gestão, a família, a sociedade, a política, tudo isso envolvido. Além disso, é muito bom ver as experiências de fora, as trocas com outros profissionais, os avanços dos outros locais” (NP).

Vários foram os relatos de participantes a respeito da valorização desses espaços, seja porque foram vividos em suas potências e/ou fragilidades nos campos de imersão, seja porque foram discutidos nos espaços grupais, como ilustrado abaixo:

“Outra coisa que eu vou colar e copiar é a questão das mini equipes (uma equipe mais reduzida dentro de outra mais ampliada)”. É uma proposta interessante, que qualifica a atenção ao usuário, e também o trabalho da equipe” (NP).

“A organização das equipes de referência do CAPS por território é uma proposta interessante para ser levada ao CAPS. Num dos CAPS em que uma de nós trabalha, o profissional é responsável sozinho pelo paciente, não tem mini equipe que partilha o caso, o que sobrecarrega os técnicos. Quando os casos são graves são discutidos em reunião de equipe. Alguns de nós apontamos que a idéia da territorialização ajuda na distribuição de usuários por técnicos de referencia: evita que alguns técnicos fiquem com muitos usuários como referencia, e outros técnicos com poucos” (NP).

“Às vezes a gente se pega controlando o paciente. Até que ponto esse controle cabe? A formação e a discussão em equipe são importantes para que a gente não acabe burocratizando o trabalho e colocando regras em cima de regras, sem incluir o paciente” (NP).

“Isso nos faz pensar como em nossos municípios é importante oferecer espaços coletivos para debater a saúde mental.

Não apenas como profissionais do CAPS, mas também para as unidades básicas de saúde, inclusive para desconstruir a lógica manicomial em outros espaços. É preciso desmistificar a noção de que o paciente é só do CAPS, como se o CAPS fosse uma ilha” (NP).

“Como estratégia para contribuir com a comunicação entre os serviços e com o cuidado ao usuário, adotamos na cidade o Forum de Saúde Mental que agora se chama colegiado gestor e tem como intuito justamente isso” (NP).

Ressaltamos que este é um dos efeitos esperados de um processo formativo: o contato com diferentes formas de lidar com questões que por vezes podem ser próximas ou semelhantes, numa singularização das práticas ao serem contextualizadas em novos espaços e novos territórios:

“reuniões intersetoriais, em que se discutam questões relativas ao “projeto” de saúde mental, que seria comum aos diversos serviços e setores, sustentadas por diferentes secretaria e rodiziando por diferentes serviços; Tornar pactuada com gestores essa atuação dos trabalhadores fora dos serviços em que trabalham, pois em alguns locais isso ainda não é reconhecido nem legitimado Outra proposta é de reuniões/encontros dentro do setor saúde, para discussão do projeto de saúde mental, como um grupo condutor da RAPS, convites às equipes das unidades básicas para conhecer os serviços da RAPS, no sentido de aproximação maior” (NP).

Importa-nos ressaltar que a aposta formativa a partir dos grupos (GAPs) procurou manter a coerência com a proposta de investimento em espaços cogestivos que devem permear o cotidiano institucional. Acreditamos que ao viver essa experiência junto ao coletivo, durante o processo formativo e durante a atuação profissional, o trabalhador e o gestor podem de fato apostar na construção dessa perspectiva junto aos usuários: a gestão de seus Projetos de Cuidado, a negociação junto aos profissionais de referência, a experiência em processos grupais nos serviços.

O cerzimento de maiores graus de autonomia junto aos usuários ganha relevo e potência, quando os trabalhadores constroem maiores graus de autonomia no seu processo de trabalho, quando têm ampliadas suas capacidades de analisar, decidir, agir e avaliar (Figueiredo e Campos, 2014).

Moura (2003) amplia a discussão sobre os Coletivos, quando não os reduz ao estabelecimento, ou grupos, ou instituições, embora também os contenham. No Coletivo coexistem uma variedade de fatores, elementos e referenciais, que vão da clínica aos construtos sociais, passando pelo Estado.

Acrescentamos a essa multiplicidade as diversas tradições acerca da desinstitucionalização, das concepções de loucura, da constituição de políticas públicas que coloquem centralidade na substituição do HP ou no investimento em serviços intermediários. Tudo isso permeia o Coletivo, devendo ser negociado, como exposto por uma das turmas.

“Meu primeiro questionamento foi como é que esse pessoal vai pra residência terapêutica?”. Nesse ‘Percurso’ pudemos avaliar que todos terão condições de ir pras residências terapêuticas, mas precisa investir nas pessoas que estarão lá cuidando diretamente dessas pessoas, para mudar essa lógica e para que elas tenham um cuidado adequado” (NP).

A retomada de aspectos teóricos, as trocas entre serviços e profissionais e as experiências de cada um (na acepção de Bondia) colocam-se como catalisadores para essas construções. Assim como consideramos que a multiplicidade de ofertas terapêuticas é essencial para que os usuários consigam se engancharem em seus tratamentos, a complementaridade profissional e multiplicidade de arranjos e dispositivos institucionais podem ajudar na transformação das práticas e na própria constituição de ofertas dos profissionais aos usuários, numa intermitente interface entre clínica e gestão.

O exercício da função gestão é não apenas desejável, no processo de constituição e atuação do Coletivo, na perspectiva cogestiva, mas fundante e necessário, seja via Apoio Institucional ou gestão das próprias unidades.

O Apoiador Institucional pode servir de “(...) *suporte à constituição do coletivo, facilitando a interação e reflexão. Mas, ao mesmo tempo, deve ofertar novos conceitos, categorias e recursos, empurrando o grupo para atingir seus objetivos.*”(Figueiredo e Campos, 2014, p. 933), ajudando o grupo a colocar em análise seus dilemas e impasses, rumando da análise e da crítica para a intervenção na realidade, numa perspectiva cogestiva.

Em relação à gestão das unidades, os participantes apontam que

“Uma questão pra se pensar é que no ‘Percurso’ quase não tem participação da gestão e seria interessante que os gestores também viessem. Não adianta só o técnico mudar o jeito de trabalhar se o gestor não trabalha de um modo também diferente, de acordo com a proposta da Reforma” (NP).

“Vemos que muitos profissionais são institucionalizados e não conseguem fazer uma reflexão mais aprofundada. Alguns coordenadores de CAPS não têm o mínimo de preparo, mas ocupam esses cargos por serem efetivos no serviço público, como condição em alguns municípios, ou por serem amigos de políticos, no caso de cargos comissionados”(NP).

“O papel da gestão local também é indicado por um de nós como importante, no sentido de mobilizar o serviço, com comprometimento”(NP).

Cabe ao gestor sustentar uma função que oferte segurança e suporte às experimentações e criações das equipes, seja em ações clínicas, seja na vivência da experiência grupal de trabalho, por meio do reconhecimento e valorização do que se produz, da sustentação de arranjos e dispositivos (Onocko campos, 2012). Ao mesmo tempo, cabe ao gestor apontar os limites necessários, as obrigações dos trabalhadores, ter em pauta sempre a *quê e a quem servem os serviços de saúde*, a partir da leitura de movimentos institucionais. Transitar entre o *gerir e o gerar*.

Quanto maior for a capacidade da gestão em trabalhar de modo participativo, mais possível será a construção de maiores graus de corresponsabilização e de criação para os trabalhadores.

Campos (2000) aponta que o gestor deve estar atento à dimensão técnica do trabalho, conhecer o processo de trabalho e o campo onde se insere, além de já ter tido experiência prévia no campo. Deve coordenar a partir de

“(...) múltiplas dimensões: uma voltada para a gestão de modelos de atenção (modos de organizar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso); outra especialmente concentrada em administrar pessoal (construção de equipes com autonomia e responsabilidade); outra, ainda, mais tradicional, de administração financeira e centrada na sobrevivência da organização; e, por fim, uma última instância de representação política nos Sistemas públicos, governos e sociedade em geral” (p. 169).

Espera-se que os gestores estejam nessa função, não como chefes, mas como atores que sustentem o cuidado de uma intersubjetividade e construção de um espaço intermediário, do “eu” dos profissionais ao “nós” do coletivo (Onocko Campos, 2007). Estar advertido aos limites imprecisos que são gerados a partir do ato de governar, uma vez que

“Em certo sentido o gerente, então, tem de poder exercer várias funções, só que em momentos e situações diferentes, e nunca terá certeza da justeza dos meios (ética). Além do que, ele tem de poder entender um pouco e suportar o próprio mal estar. É impossível mesmo governar se o tempo todo está em jogo a necessidade de se sentir amado(a) e aprovado(a) por todos, e agradar a todo mundo permanentemente. Também é impossível se cada desacordo ou controvérsia faz o gerente sentir-se ameaçado ou ferido de maneira mortal” (p.137).

Sugeriram os participantes que os gestores sejam escolhidos a partir de processos seletivos, o que incluiria perfil, currículo e carreira, preferencialmente com participação das equipes nesses processos.

Trata-se de um complexo trabalho, para o qual pouquíssimas ofertas de formação têm sido estruturadas.

De um universo de 168 participantes, apenas 11 destes eram coordenadores de Unidades, municipais ou estaduais. De Sorocaba, nenhum gestor participou.

Entendemos que a participação de gestores num projeto como o 'Percurso' colocar-se-ia como mola propulsora na estruturação de serviços que se proponham ir ao encontro dos ideais da Desinstitucionalização, conforme discutido no início deste trabalho: nos HP que funcionam como Polo de Desinstitucionalização, nos serviços comunitários, nas coordenações municipais de saúde mental.

Os participantes ainda reforçaram, além da importância de participação dos coordenadores nos processos formativos, a necessidade desses gestores fomentarem e sustentarem processos de educação permanente para profissionais, o que vai ao encontro das atribuições dos gestores, se considerada responsabilidade de formação de trabalhadores para o SUS (Brasil, 1990).

“Um elemento que propõe a mudança e vemos de fato a mudança é a educação permanente, pois caso isso não aconteça acabamos voltando para a lógica manicomial. É preciso que a gestão esteja envolvida dentro do processo de trabalho, nesse contexto é importante que repensemos sempre nossas praticas” (NP).

“Discutimos, também, sobre o fato de alguns municípios não investirem em capacitação profissional, ficando ao encargo de cada profissional investir por conta em sua formação. Para nós, isso deveria ser papel do município, enquanto política, para que no cotidiano, as discussões fossem levantadas e as reflexões compartilhadas, de forma que a rede fosse, aos poucos, unindo-se e capilarizando-se”(NP).

Uma vez que a participação foi baixa, sobretudo de gestores do próprio município de Sorocaba, propusemos momentos de avaliação dos participantes com os coordenadores dos campos de imersão, para devolutivas acerca dos processos vividos a das proposições que os diferentes sujeitos que por lá passaram poderiam trazer para os serviços em questão, como matéria-prima para a gestão trabalhar junto às equipes.

A externalidade que os participantes apresentavam em relação aos serviços em alguma medida os aproximava dos Residentes Multiprofissionais que participaram do 'Percurso': tinham responsabilidades clínicas e compromisso, ao mesmo tempo em que não respondiam formalmente às linhas de poder instituídas como trabalhadores contratados dos serviços. A proximidade entre essas categorias foi apontada:

“Pensamos que outra coisa importante é o trabalho dos residentes (em saúde mental), é algo que possibilita novas construções e reflexões além de ser um importante suporte técnico para equipes e para nós” (NP).

Tal qual acontece com os residentes, consideramos que habitar essa zona híbrida poderia trazer questionamentos advindos do olhar e da atuação estrangeira às unidades, com *“potencial questionador e problematizador quase inerente à condição de um agente que se insere no espaço social em uma posição de aprendiz participativo”* (Nunes, 2015, p.25).

Ao propormos essa estratégia, tínhamos proximidade e articulação com a gestão municipal e com os coordenadores das unidades, como forma de mediar conflitos relacionais e disputas de espaço e de poder desses atores com os trabalhadores dos campos de imersão, rumo a um potencial de realização e de inovações nos processos de cuidado (Nunes, 2015).

Com o desacelerar do processo de Desinstitucionalização e as demissões dos então coordenadores, percebeu-se menor permeabilidade a essa mediação e à catalisação de possibilidades de transformações advindas das trocas, uma vez que os novos gestores das unidades em grande medida atuavam mais na lógica do modelo gerencial hegemônico do que na perspectiva do exercício da função de modo cogestivo.

Mesmo não conseguindo lograr nosso intento inicial em relação à formação de gestores, apostamos que a perspectiva coletiva e da gestão da clínica pôde ser trabalhada com as turmas, trazendo possibilidade de reverberações no retorno aos seus serviços.

“A mudança só vai acontecer a partir de debates. A saúde mental só veio mudando porque teve gente que foi pra rua, questionou... nós vamos voltar pros nossos serviços com essas mudanças: falar nas reuniões, discutir, a passos de formiguinha. Assim, avaliamos que é importante a participação da gestão, mas é importante a capilarização que os próprios profissionais vão fazendo no dia a dia do trabalho. Isso faz a diferença, muda muita coisa. Às vezes a gente não tem parceria com a gestão mas conseguimos formar outras parcerias... participar de conselho municipal de saúde, movimento social. As questões macro, talvez, a gente não consiga acessar nesse momento, mas no micro temos o que fazer”. (NP)

CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem nos trabalhadores uma das principais forças motrizes de sua constituição, sustentação, transformação e crítica.

Por meio do protagonismo desses atores no movimento da RS, no MTSM e nas primeiras experiências de serviços substitutivos, foi possível construir uma política pública de Estado que embasa as cotidianas ofertas de tratamento que ampliam e qualificam o cuidado em liberdade para os usuários em intenso sofrimento psíquico.

Em que pesem muitas conquistas, diversos desafios permanecem presentes nos serviços comunitários pautados pelos ideais da Desinstitucionalização, como riscos de controle de usuários a céu aberto, práticas de trabalho fragmentadas e hierarquizadas, construção de defesas institucionais frente à intensidade do sofrimento dos usuários atendidos pelos trabalhadores, dentre outros.

Corremos o risco constante de sermos atravessados por perigosas repetições nas proposições de mudanças que produzimos, sendo que os processos de formação dos profissionais podem-se constituir em importantes recursos para lidar com toda essa complexidade. Urge pensar na atuação profissional, na construção de estratégias de cuidado (com usuário e para o próprio trabalhador), no aumento do escopo teórico, em conhecer melhor os pontos que afetam a potência do trabalho, seja paralisando, seja catalisando ações.

Nesse cenário, faz-se necessário pensar em processos formativos que estejam em consonância com a complexidade da clínica e da gestão que se atualizam nos serviços e ações da RAPS e do SUS.

Apostamos que a formação deve-se dar para o SUS e pelo SUS, tendo nos equipamentos de saúde o mais fértil terreno para o aprendizado e experimentação das práticas, a partir das reais demandas e desafios que se colocam no encontro com os usuários e com os territórios. Ao mesmo tempo em que os sujeitos transformam os serviços nos quais se formam, por meio de críticas e das

necessárias proposições e invenções de modos de lidar com os problemas, por eles são (trans)formados.

A formação deve incluir um vasto arsenal de atuações e intervenções clínicas, e também contemplar aspectos que permitam maior compreensão e melhores possibilidades de posicionamento nas relações institucionais. O engajamento político, a participação ativa na avaliação, execução e proposição de modos de funcionamento dos equipamentos de saúde, da Rede de Atenção Psicossocial e do Sistema Único de Saúde também devem ser molas do processo formativo de profissionais que consigam hesitar e se colocar em questão (Amarante, 2010), *“críticos, reflexivos, atentos às demandas das necessidades dos setores excluídos da sociedade, com maior humildade intelectual para estabelecer diálogos com outros campos do conhecimento, melhor preparados para ouvir o sofrimento”* (Yasui, 2006, p. 162).

Acreditamos que para novos caminhos, fazem-se necessárias novas perguntas. Para aprender a lidar com novos modos de cuidado, com a complexidade que se apresenta na vida em território a céu aberto, novos percursos de formação devem ser trilhados.

Se buscamos transformar os modos como as pessoas são tratadas para transformar seus sofrimentos, havemos de investir na transformação dos modos pelos quais formamos profissionais para atuarem no processo de Desinstitucionalização.

Discutimos nessa tese uma metodologia formativa que pudesse lançar luz e apontar caminhos possíveis para lidar com as questões acima expostas.

Lancetti (2010) provoca-nos para a necessidade de construção de campos de consistência para a RP: apresentarmos modos de se fazer, formas de conseguirmos discutir com o outro o quê, por que e como atuamos.

A partir da experiência do ‘Percursos’, por nós coordenada, pudemos experimentar a abordagem de três dimensões que a nosso ver são fundamentais na proposição de processos de formação para trabalhadores que atuam/atuarão na RP.

- 1) A Dimensão do Sujeito, que deve considerar o trabalhador a partir de sua história de vida, escolhas profissionais, regido pelo inconsciente. Ao mesmo tempo em que se fazem necessárias ofertas teóricas acerca da clínica, gestão e demais aspectos que atravessam e conformam o cotidiano de trabalho, apostamos que colocar o sujeito a pensar nas suas escolhas e nas ancoragens que estabelece com as instituições pode fazer com que ele reconheça aspectos que potencializam ou fragilizam suas ações, e o que pode se colocar como complementaridade junto à diversidade de sujeitos que com ele trabalham (diversidade de estilos profissionais, de formação, de histórias de vida, de linhas teóricas).
- 2) A Dimensão da Instituição, que deve contemplar estofo teórico e crítico acerca das funções que a instituição tem para o corpo social e para a projeção de parte do psiquismo dos sujeitos que a ela aderem, em troca de segurança e constituição de identidade. Problematizar, a partir de casos e situações reais, o quanto a mudança institucional pode colocar em risco a continuidade psíquica dos trabalhadores, assim como as defesas que se constituem a partir disso, pode ser estratégico para a construção de maiores graus de autonomia dos sujeitos e investimento em projetos comuns, sem negar as diferenças postas em cena. Ainda, não deixar em segundo plano os sofrimentos advindos da/na instituição, e também os que se evidenciam, quando do contato com a intensidade que a loucura e os contextos territoriais disparam.
- 3) A Dimensão do Coletivo, que deve lançar luz à multiplicidade de atravessamentos que incidem sobre os grupos, assim como sobre a importância e potência que a criação de espaços cogestivos e democraticamente geridos podem ter para a produção dos Valores de Uso e para a construção de contratos que norteiem as relações de poder e os diferentes interesses que se atualizam no jogo entre trabalhadores, usuários e instituição. Ainda, a discussão sobre a importância do exercício da função dos gestores (coordenadores de serviços ou gestores municipais), e da necessidade de formação deles, é fundante nesse processo, uma vez que desses atores espera-se o suporte para experimentações e limites quanto às obrigações dos trabalhadores, numa intermitente dialética entre o gerir e o gerar.

A frequência e intensidade com que essas Dimensões se interpenetram nos processos formativos certamente dependem do contexto em que se dão, das pactuações entre os atores, das metodologias utilizadas.

O encontro entre as três dimensões propostas pode-se dar por meio da transversalização de ações que apostem na experiência de imersão em campos, discussões e construções grupais acerca das teorias que norteiam as práticas e dos efeitos que tais imersões produzem nos sujeitos (trabalhadores e usuários). Pode-se dar por meio de outras possibilidades a serem criadas, experimentadas.

Reconhecer as tradições que nos marcam e a história que se atualiza em nós é fundamental para traçarmos os caminhos que queremos, para propormos as mudanças que desejamos experimentar. Já dizia Álvaro de Campos que somos formados pelo que vivemos e pelo que não vivemos: *“Quanto fui, quanto não fui, tudo isso sou. Quanto quis, quanto não quis, tudo isso me forma. Quanto amei ou deixei de amar é a mesma saudade em mim”* (Pessoa, 2006, p.384).

Entre as desconstruções que formam a Reforma e as proposições que a ressignificam, muitos itinerários podem ser trilhados por trabalhadores e gestores em suas trajetórias e atuações profissionais. Acreditamos que discutir partilhamentos entre essas trajetórias e construir nortes que as guiam, podem diminuir a solidão e potencializar a criatividade, sem perder de vista princípios que nunca devem ser deixados para trás.

REFERÊNCIAS

Abrahão AL, Azevedo FFM & Gomes MPC. A Produção do Conhecimento em Saúde Mental e o Processo de Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. Trabalho, Educação e Saúde. 2017;15(1),55-71.

Alverenga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface (Botucatu) [online]. 2006;vol.10,n.20, pp.299-316.

Amarante P. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. Lobosque AM (Org.). Seminário Saúde Mental: Os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010;V.3.

Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciênc saúde coletiva. 2009; v.14,n.1,p.195-204.

Ayres JRJM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2005;v.10,n.3,p.549-60.

_____. Hermenêutica, conhecimento e práticas em saúde. In Onocko-Campos R et al (Orgs). Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec, 2013.

Assis JT, Barreiros CA, Jacinto ABM, Kinoshita RT, MacDowell PL, Mota TD, et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro. 2014;N.52,P.88-113.

Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2008;13(5):1385-97.

Basaglia F. *Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Garamond. 2010.

Baremlitt G. *Sociedades e Instituições.* In: Baremlitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.* Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos. 1992.

Bleger J. *O grupo como instituição e o grupo nas instituições. A instituição e as instituições.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 1991.

Bleger J. *Psico-Higiene e psicologia institucional.* Porto Alegre: Artes Médicas. 1984.

Bondia JL. *Notas sobre a experiência e o saber de experiência.* *Revista Brasileira de Educação (Rio de Janeiro).* Jan/Apr,2002;n.19,s/p.

Bosi MLM. *Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e desafios.* *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro. 2012;v.17,n.3,p.575-86.

Borges CM, Baptista TWF. *O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.* *Cad. Saúde Pública [online].* 2008;vol.24,n.2,pp.456-68.

Brandão CR. *A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre os tempos e espaços a partir da América Latina.* In: Brandão CR, Streck DR (Orgs). *Pesquisa participante: a partilha do saber.* Aparecida, SP: Ideias & Letras. 2006; p.21-44.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, *Saúde Mental em Dados.* 2015;ano VII,n.10.

_____ Ministério da Saúde. *Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.* Brasília, 2012.

_____ Ministério da Saúde. Decreto 7508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

_____ Ministério da Saúde. Portaria 3089 dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011b.

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

_____ Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004b. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 fev. 2004.

_____ Ministério da Saúde. Programa de Volta para Casa. Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10216. 2001.

_____ Ministério da Saúde. Portaria Nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília. 2000.

_____ Ministério da Saúde. Lei 8080. 1990.

Campos Gastão W. S. Saúde Paideia. 3.ed. São Paulo: Hucitec. 2007.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000a;vol.5,n.2[pp.219-30].

_____ Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec. 2000b.

Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013;vol.18,n.10.

Campos FE, Aguiar Rat, Belisário SA. A formação superior dos profissionais da saúde. Giovanella L, Escorel S, Lobato ELV, et al (Org). *Políticas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Campos GWS, et al (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. 2012.

Ceccim RB. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. Lobosque AM (Org.). *Seminário Saúde Mental: Os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010;v.3.

Cordone NG, Ricci EC, Emerich BF, Campos RTO & Barberio MC. Oficina de teatro em um centro de convivência: Uma vivência de diálogo sobre questões sociais e empoderamento de crianças. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*. 2016;8(18),146-56.

Delgado PGG. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2011;v.63,n.2.

Dias MK, Gonçalves RW, Delgado PGG. Leitos de atenção integral à saúde mental em Hospital Geral: configuração atual e novos desafios na política de Saúde Mental. In Vasconcelos EM, organizador. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec. 2010.

Dimenstein M, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol. ciênc. Prof.* 2012;p.232-45.

Emerich BF. Direitos dos usuários em intenso sofrimento psíquico, na perspectiva dos usuários e dos gestores de CAPS. Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2012.

Emerich BF, Onocko-Campos R. Formação de trabalhadores para a saúde mental: a experiência da Residência Multiprofissional no Projeto Percursos Formativos em Desinstitucionalização. In Rosa SD, Vasconcelos EMA, Rosa-Castro RM (Orgs). Formação em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde. Curitiba: Editora CRV. 2016.

Emerich BF, Yasui S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. Interface (Botucatu) [online]. 2016;vol.20,n.56.

Emerich BF, Onocko-Campos R, Passos E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2014;v.18,n.51,p.685-96.

Enriquez E. O trabalho da morte nas instituições. Kaes, et al (Org). A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1991.

Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental. Documento Técnico. Rio de Janeiro, RJ. 2015.

Ferrer AL, Emerich BF, Figueiredo MD, Trapé TL, Paraguay NLBB, Pinto CAG, et al. Tecendo a história da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na visão dos sujeitos envolvidos: o desenho qualitativo da pesquisa com utilização da técnica de grupo focal. Divulgação em Saúde para Debate | Rio de Janeiro. Mar 2016;n.55,p.84-117.

Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. Interface (Botucatu). 2014;vol.18, suppl.1 [cited 2017-01-31], pp.931-43.

Flamas - Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba. Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região. São Paulo: SinPsi. 2011.

Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman. 2009.

Foucault M. Em defesa da sociedade. Trad. Mana Ermantina Galvão - São Paulo: Martins Fontes. 1999.

FUNDAP. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014/organizadoras Cayres AZF...[et al.]; autores Cayres AZF... [et al.]. São Paulo : FUNDAP: Secretaria da Saúde. 2015.

Furtado JP, Tugny A, Baltazar AP, Kapp S, Generoso CM, Campos FCB, et al . Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Dec [cited 2015 Aug 14]. 2013a; 18(12):3683-93.

Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trape TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad. Saúde Pública [online], 2013b;vol.29,n.1[cited 2016-08-04],pp.102-10.

Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FCB, Tugny AD. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. Interface (Botucatu) [online]. 2010;vol.14,n.33[cited 2016-08-11],pp.389-400.

Furtado JP, Onocko-Campos R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. Cad. Saúde Pública. 2008;vol.24,no.11,p.2671-80.

Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11.3,pp 785-95.

Gabarrón LR, Landa LH. O que é pesquisa participante? In Brandão CR e Streck DR (Orgs). Pesquisa participante: a partilha do saber. Aparecida, SP: Ideias & Letras. 2006;p.93-122.

Garcia MRV. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. Revista Psicologia Política. 2012;12.23:105-20.

Gigante RL, Campos GWS. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro. Dec. 2016;v.14,n.3,p.747-63.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva S.A. 1974.

Kaes. Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições. Kaes, et al (Org). A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1991.

Jalbert Y, Pinault L, Renaud G, Zuniga R. Epsilon: guide d'auto-évaluation des organismes communautaires. Montréal: Coalition des organismes de lutte contre le Sida (COCQ-Sida). 1997.

Jesus ML, & Araujo D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. Psicologia: teoria e prática. 2011;13(3), 67-80. Salvador: Edufba. 2017.

Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec. 2015.

Lancetti A. A formação como combate. Lobosque AM (Org.). Seminário Saúde Mental: Os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010;v.3.

Laperrière H. O caso de uma comunidade avaliativa emergente: re-apropriação pelos pares-multiplicadores da apreciação de suas próprias ações preventivas contra DST/HIV/Aids, Amazonas, Brasil, Interface. 2008;12(26):527-40.

Lucena MAS, Bezerra FB. Reflexões sobre gestão de processos de desinstitucionalização. Ciênc. Saúde coletiva. 2012;17(9):2447-56.

Marques DM, Ricci EC, Trapé TL, Onocko-Campos RT & Emerich BF. A dimensão do rádio no campo da saúde mental: a experiência da rádio ondas mentais online. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. 2016;8(20),125-37.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2014.

_____. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2012;v.17,n.3,p.621-6.

_____. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: Onocko-Campo R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. 2008;p.27-37.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. Jul/set 1993;9(3):239-62.

Miranda L, Onocko-Campos R. Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: uma leitura psicanalítica. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental. 2013;v.16,n.1,p.100.

Miranda L, Onocko-Campos R. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. Rev Latinoam Psicopatol Fund. 2010; 13.3:441-56.

Meyer J. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. Pope C, Mays N (Orgs). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. São Paulo: Artmed. 2005;p.71-86.

Moura AH. A psicoterapia institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Hucitec. 2003.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Doutorado. 2003;Campinas, SP:[s.n.].

Nunes M. Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental - produções epistemológicas e pedagógicas. Nunes M, Torrenté M, Prates A. O Otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental. Salvador: EDUFBA. 2015.

Oliveira JAM, Passos E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção à saúde mental. In Carvalho SR, et al (org): Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. 2009;322-41

Onocko-Campos R. Psicanálise e saúde coletiva. São Paulo: Hucitec Editora. 2012.

Onocko-Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec. 2007;pp122-49.

Onocko-Campos R, Emerich BF, Pereira MB, Goto CS, Blanes LS, Rosa-Cómitre ACD. Diário de Bordo para trabalhadores e gestores em processo de Desinstitucionalização. DSC/FCM/Unicamp. 2017.

Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Orgs). Avaliação em saúde mental: participação, intervenção e produção de narratividade. São Paulo: Hucitec. 2013a.

Onocko-Campos R, Palombini AL, Leal E, Serpa Junior OD, Baccari IOP, Ferrer AL, et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. Ciência & Saúde Coletiva. 2013b;18(10),2847-57.

Onocko-Campos R, Palombini AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Serpa Júnior OD, et al Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2012a;16(43),967-80.

Onocko Campos R, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública. 2008;42(6):1090-6.

Onocko-Campos R, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M, Carvalho YM (Orgs). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2006;669-88.

Onocko-Campos R. Metodologia de pesquisa em políticas de planejamento e gestão em Saúde Coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER (Orgs). Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Unicamp. 2005;p.261-71.

Oury J. Itinerários de formação. In: Revue Pratique. 1991;n1,pp42-50. Trad. Jairo Goldberg (mimeo).

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: uma contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

Passos E, Otanari TMC, Emerich BF, Guerini L. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013;vol.18,n.10 [cited 2016-08-04],pp.2919-28.

Pessoa F. *Obra Poética*. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar S.A. 2006.

Righi LB. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014;vol.18,suppl.1[cited 2017-02-08],pp.1145-50.

Rotelli F. A instituição inventada. In Nicácio F. (org) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 1990.

Rotelli F, Leonardi O & Mauri D. *Desinstitucionalização uma outra via*. In Nicácio F. (org) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 1990.

Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(1):273-80.

Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde soc., São Paulo*.v.24,n.2,p.438-46.

Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. June,2016; [cited 2017 Apr 12];20(57):325-35.

Surjus LTLS. *Fazeres impossíveis: coordenando uma revolução na saúde mental de Sorocaba*. In Rosa SD, Vasconcelos EMA, Rosa-Castro RM (Orgs). *Formação em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde*. Curitiba: Editora CRV. 2016.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*. 2005;v.39,n.3,p.507-14.

Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 3(1), São João del-Rei. 2008.

Venturini E. *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2016.

Zuniga R, Luly MH. *Savoir-faire et savoir-dire: un guide d'évaluation communautaire*. Québec: Coalition des Organismes de Lutte Contre le SIDA. 2005.

Yasui S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2010.

Yasui S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. 2006.

_____ A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental*. Jan-abr. 2009;vol 1,no1.

WHO. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. The World Health Report. 2001.

ANEXO 1**Universidade Estadual de Campinas**

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
Barão Geraldo - Campinas/SP - CEP 13083-887
<http://www.fcm.unicamp.br>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: **“Construção e Compreensão do Guia de Boas Práticas em Desinstitucionalização”**

Número do CAAE: 38502214.9.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Esta pesquisa justifica-se pela importância da construção de ações e práticas voltadas para processos de Desinstitucionalização, pressuposto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao participar, você estará contribuindo para construção participativa de diretrizes que podem embasar profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde na direção do fechamento de Hospitais Psiquiátricos e da Desinstitucionalização.

Os objetivos da pesquisa são:

- 1) Descrever e avaliar a construção do “Guia de Boas Práticas em Desinstitucionalização”, produzido no bojo de um processo de formação de trabalhadores de saúde mental composto por profissionais de 6 cidades do Brasil, encomendado e financiado pelo Ministério da Saúde e implementado no município de Sorocaba;
- 2) Compreender o conteúdo do “Guia de Boas Práticas em Desinstitucionalização”;
- 3) Contribuir para a produção de conhecimento centrada na participação de trabalhadores no processo de desinstitucionalização, sob o prisma da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados será realizada por meio de grupos de discussão com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais e gestores de serviços de saúde mental das 6 cidades envolvidas: Sorocaba (SP); Ubá (MG); São Sebastião do Paraíso (MG); Juiz de Fora (MG); Rio Verde (GO) e Rio Branco e Região do Baixo Acre (AC), assim como usuários, familiares e representantes de movimentos sociais de Sorocaba. Esses grupos acontecerão semanalmente, com duração de três horas cada, por quatro semanas, sendo coordenados por facilitadores que irão apresentar as temáticas a serem discutidas e focar o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas, como forma de garantir a fidedignidade dos conteúdos ali trabalhados, que serão validados posteriormente pelo próprio grupo.

É compromisso do pesquisador e dos facilitadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos.

Os sujeitos terão liberdade para recusar a participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham qualquer tipo de prejuízo. Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Não há riscos ou desconfortos previstos quando da participação na pesquisa.

Não há previsão de ressarcimento de despesas para a participação dos sujeitos na pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante

Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL

Data

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Assinatura do pesquisador

Data

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Contato

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador Bruno Ferrari Emerich, pelo email brunoemerich@yahoo.com.br. Telefone para contato: (19) 3521-9574 do Depto de Saúde Coletiva/FCM/Unicamp.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas - SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e compreensão do "Guia de Boas Práticas para Desinstitucionalização"

Pesquisador: Bruno Ferrari Emerich

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38502214.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 903.516

Data da Relatoria: 24/11/2014

Apresentação do Projeto:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo complexo, com a participação de diversos atores, que aponta para a transformação da lógica de tratamento aos usuários em intenso sofrimento psíquico, com o fechamento das instituições asilares e a construção de uma rede de serviços substitutivos de cuidados que contemple a singularidade e a garantia de direitos dos sujeitos ditos loucos. Tal transformação deve incluir novos modos de cuidar destes sujeitos, o que convoca os trabalhadores da área para um processo contínuo de questionamento de práticas, sob o risco de repetirem processos de exclusão dos usuários, mesmo em serviços territoriais a céu aberto. A pesquisa aqui apresentada tem por objetivos descrever e avaliar a construção do "Guia de Boas Práticas em Desinstitucionalização", produzido no bojo de um processo de formação de trabalhadores envolvidos num projeto encomendado e financiado pelo Ministério da Saúde e implementado no município de Sorocaba (SP). Este processo de formação é composto por profissionais e gestores de serviços de saúde mental de 6 cidades do Brasil, e por usuários, familiares e representantes de movimentos sociais de Sorocaba. A pesquisa também objetiva compreender o conteúdo deste Guia, e contribuir para a produção de conhecimento centrada na participação de trabalhadores no processo de Desinstitucionalização, sob o prisma da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 903.516

qualitativa, cuja compreensão dar-se-á por meio da abordagem hermenêutica, com coleta de dados realizada por meio de Grupos de Apreciação Partilhada (GAP).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender o conteúdo do “Guia de Boas Práticas em Desinstitucionalização”;
- Contribuir para a produção de conhecimento centrada na participação de trabalhadores no processo de Desinstitucionalização, sob o prisma da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Objetivo Secundário:

- Descrever e avaliar a construção do “Guia de Boas Práticas em Desinstitucionalização”, produzido no bojo de um processo de formação de trabalhadores de saúde mental composto por profissionais de 6 cidades do Brasil, encomendado e financiado pelo Ministério da Saúde e implementado no município de Sorocaba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos previsíveis e há potenciais benefícios direto aos participantes pela participação no projeto, principalmente pelo processo de reflexão. Riscos e benefícios foram adequadamente indicados no Projeto, na Plataforma Brasil e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa para doutorado do departamento de saúde coletiva da FCM/UNICAMP que é o coordenador do O Grupo de Pesquisa Interfaces para este estudo.

Pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando Grupos de Apreciação Compartilhada

(GAP) compostos por trabalhadores de serviços de saúde que demonstrem interesse e que tenham sido indicado pelas secretarias de saúde de seus municípios, assim como usuários e familiares do município de Sorocaba que demonstrem interesse. Os GAP - que não são grupos focais - permitem alimentar a reflexão e a auto-avaliação coletiva. Cada GAP contará com a presença de um facilitador e de um relator, que serão os mesmos durante todos os GAPS, em todas as turmas. Ao facilitador caberá a mediação do processo, tendo como função estimular as trocas, lembrar as regras do jogo, assegurar coerência e articulação entre essas mesmas trocas e manter o grupo rumo ao horizonte estabelecido: as temáticas já apontadas. Toda a discussão será registrada pelo relator. Este material será processado pelas duplas (facilitador e anotador) no intervalo entre os encontros, sendo construídas narrativas a serem apresentadas ao grupo no início do encontro

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 903.516

seguinte, para sua validação. Os GAPs terão composição mista, sendo os participantes de cada município divididos igualmente entre os 2 Grupos, 10 trabalhadores por grupo, com o objetivo de contemplar a diversidade de realidades e a catalisar as trocas. O projeto não prevê gravação digital das falas, somente registro em texto eletrônico por parte dos relatores, e portanto não exige autorização específica para gravação de áudio dos GAPs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo chefe do departamento de saúde coletiva da FCM-Unicamp (por ser o centro coordenador do projeto), mas há também uma carta de anuência da Coordenadora Municipal de Saúde Mental de Sorocaba, onde a coleta de dados será realizada.

O TCLE contempla todos os itens obrigatórios e está redigido de forma compreensível para a compreensão dos voluntários. Riscos e benefícios e critérios de inclusão estão adequadamente descritos. O projeto apresenta responsabilidade ética. Cronograma descrito de forma satisfatória.

Recomendações:

No TCLE inserir no contato com pesquisador o endereço do departamento de saúde coletiva e os horários em que o pesquisador pode ser localizado neste endereço.

Como o TCLE tem mais de uma página, aquelas que não contém a assinatura do participante e pesquisador devem ser rubricadas por ambos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 903.516

realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

CAMPINAS, 09 de Dezembro de 2014

**Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)**

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		CEP: 13.083-887
Bairro: Barão Geraldo		
UF: SP	Município: CAMPINAS	
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 3



Universidade Estadual de Campinas

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
Barão Geraldo – Campinas/SP - CEP 13083-887
<http://www.fcm.unicamp.br>

Carta de Anuência

Eu, Luciana Togni Surjus, Coordenadora Municipal de Saúde Mental do Município de Sorocaba (SP), autorizo que a coleta de dados da pesquisa “Construção e Compreensão do Guia de Boas Práticas em Desinstitucionalização”, seja realizada no Município de Sorocaba, sede do projeto de formação de profissionais para a Desinstitucionalização em Saúde Mental, respeitadas as normativas da comissão de ética da Universidade.

Sorocaba, 09 de outubro de 2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Luciana Togni de Lima e Silva Surjus', is written over a horizontal line.

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Coordenadora Municipal de Saúde Mental –
Sorocaba/SP