

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

ALICE MEDEIROS LIMA

**A GESTÃO DOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A
IMPLANTANÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

NITERÓI

2017

ALICE MEDEIROS LIMA

**A GESTÃO DOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A
IMPLANTANÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do programa de *stricto sensu* do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense como requisito para conclusão e obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ândrea Cardoso de Souza

NITERÓI

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

R 788 Lima, Alice Medeiros.
A gestão dos processos de desinstitucionalização e a
implantação da rede de atenção psicossocial em um
município da região metropolitana II / Alice Medeiros
Lima. – Niterói: [s.n.], 2017.
97 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde)
- Universidade Federal Fluminense, 2017.
Orientador: Profª. Ândrea Cardoso de Souza.

1. Saúde mental. 2. Desinstitucionalização. 3. Serviços
de saúde mental. I. Título.

CDD: 362.21

Bibliotecária responsável: Inaya Gomes de Andrade CRB-7 7747

**“A GESTÃO DOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A
IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO”**

ALICE MEDEIROS LIMA

Dissertação submetida à Comissão do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, formação para o SUS.

Aprovada em: ____ / ____ / 2017.

Banca Examinadora:

Presidente: Dr.^a Ândrea Cardoso de Souza – UFF

1^a Examinador: Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato – UFRJ

2^o Examinadora: Dr.^a Ana Lúcia Abrahão – UFF

Suplente: Dr.^a Mônica Gouvea – UFF

Suplente: Dr. Deison Alencar Lucietto – UFRGS

Niterói

2017

*“Em caso de dor ponha gelo
Mude o corte de cabelo
Mude como modelo
Vá ao cinema, dê um sorriso
Ainda que amarelo, esqueça seu cotovelo
Se amargo foi já ter sido
Troque já esse vestido
Troque o padrão do tecido
Saia do sério deixe os critérios
Siga todos os sentidos
Faça fazer sentido
A cada mil lágrimas sai um milagre
Caso de tristeza vire a mesa
Coma só a sobremesa, coma somente a
cereja
Jogue para cima, faça cena
Cante as rimas de um poema
Sofra apenas viva apenas
Sendo só fissura ou loucura...”*

(Alice Ruiz)

Aos que têm suas histórias marcadas pelo estigma da loucura, pelos muros de grandes instituições, pelo sofrimento psíquico. Grandes encontros, vínculos inesquecíveis, trocas inigualáveis. Com vocês, descubro maneiras de ressignificar a vida a cada dia.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pois somente com a fé que tenho foi possível caminhar e não desistir.

À minha amada filha, **Anna Júlia**, pelo amor e pela serenidade que sempre me inspiram e me trazem ânimo para lutar pelos meus sonhos.

À minha querida mãe, **Lilian**, que sempre esteve comigo, dando apoio e todo o suporte que só uma mãe pode ofertar. Grande mulher, minha maior inspiração nessa vida.

Ao meu pai, **Eugenio**, que, com toda a sua simplicidade, vibra com minhas conquistas e me enche de amor desde sempre.

Aos meus irmãos, **Bruno** e **Aline**, que sempre torcem e querem o melhor para mim.

À minha orientadora, **Dr.^a Ândrea Cardoso de Souza**, com quem tenho dividido um tempo significativo de trabalho, desde a graduação. Por confiar em mim, por fazer críticas que sempre me impulsionaram a avançar, por estar comigo em diversos momentos ao longo desses anos. Você sabe acolher. Tenho grande orgulho de ter você em minha trajetória.

Aos professores da banca examinadora, **Carlos Eduardo Honorato** e **Ana Abrahão**, por contribuírem muito com o meu trabalho, pela chance tão especial de dividir esse momento com vocês, por quem tenho grande admiração e respeito.

À **Maria Thereza Santos**, por todos os momentos nos quais me trouxe alegria, em momentos duros de trabalho, sempre me recebendo com afeto na Gerência de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro e nos mais diversos espaços. Pela atenção, pela paciência e pela disponibilidade ao longo da realização deste projeto.

À **Isabel Senra**, que foi minha coordenadora no Ministério da Saúde, tendo importante presença em minha vida. Por apostar em mim, me ensinar e estimular. Com você aprendi muito e ganhei mais amor pelo Sistema Único de Saúde.

Aos amigos de mestrado, principalmente **Rodrigo**, **Pâmela** e **Priscila**, por dividirmos momentos de alegria, dificuldade, amor e parceria. Vocês tornaram tudo melhor.

Aos demais amigos, por compreenderem minha ausência nesse período, por acreditarem em mim e pelo amor que sempre recebo de vocês – principalmente **Fernanda Laxe, Patrícia Lima, Luiza Beretta, Daniella Mello, Luciana Assad e Carla Medeiros.**

A toda a equipe do CAPS Rubens Corrêa, com quem divido momentos de trocas, aprendizado, amor, desafios. Em meio às dificuldades do cenário atual do país, sobretudo, na saúde, estar com essa equipe dá forças para lutar e acreditar no SUS. Em especial à diretora **Fernanda** e à coordenadora **Mariana**, pelo apoio e pela compreensão nesse momento tão difícil de conciliar mestrado com o trabalho intenso. Aos amigos tão especiais que trazem conforto na dureza do cotidiano: **Raquel, Letícia, Mariana Cardoso, Ana Carolina, Raíssa e Everaldo.**

À **Mônica Clemente Machado**, por todo o ensinamento, por todo o estímulo e pela sua aposta em mim, desde que concluí a graduação.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
GSM	Gerência de Saúde Mental
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAR	Plano de Ação Regional
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SDH	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta

UA Unidade de Acolhimento

UAI Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de altas por ano, p. 58

Figura 2 – Motivação da Alta, p. 59

Figura 3 – Distribuição de pacientes por município de origem, p. 62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, p. 15

2 METODOLOGIA, p. 25

3 DESAFIOS E AVANÇOS NA REFORMA PSQUIÁTRICA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, p. 31

4 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS), A REGIONALIZAÇÃO E O CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: MEUS ENCONTROS E DESENCONTROS NA GESTÃO, p. 40

5 RESULTADOS, p. 53

5.1 O Hospital Colônia na cidade de Rio Bonito: atravessamentos e marcas do fim de um hospício e a abertura para o novo, p. 53

5.2 O que aconteceu com os usuários do Hospital Colônia de Rio Bonito?, p. 57

5.3 O começo a partir do fim: o processo de fechamento do hospital e a expansão da RAPS, p. 62

5.4 Discussão: O que fica do que foi narrado, p. 70

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS, p. 74

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, p. 77

APÊNDICE A – Produto: E depois que o hospício fecha? Breves narrativas em vídeo, p. 82

ANEXO A – Termo do Comitê de Ética e Pesquisa, p. 86

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, p. 91

ANEXO C – Termo de Consentimento para Uso de Imagem, p. 94

RESUMO

Este trabalho se refere a uma pesquisa de mestrado cujo **objeto** era a gestão dos processos de desinstitucionalização a partir do fechamento de um macro hospital psiquiátrico e sua influência na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Rio Bonito na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. **Objetivo:** analisar os processos de desinstitucionalização a partir do fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB). **Metodologia:** estudo qualitativo. Participaram da pesquisa cinco gestores envolvidos na gestão pública nos âmbitos municipal e estadual. A coleta de dados se deu por meio de pesquisa documental e por narrativas de atores do processo de desinstitucionalização ocorrido no município. **Resultados:** a pesquisa documental possibilitou o conhecimento de informações sobre os usuários após sua saída do hospital, como o número de altas por ano, a motivação da alta e a distribuição de pacientes por município de origem. As narrativas foram gravadas e transcritas e apresentadas em cenas que representaram o processo de desinstitucionalização, objeto desse estudo. Os resultados foram trabalhados a partir do encontro dessas cenas com o que traz a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre regionalização e rede de atenção psicossocial. **Discussão:** em conformidade com os achados da investigação, é possível trabalhar na perspectiva da alta em um cenário pouco animador e desacreditado por profissionais, gestores e até mesmo pelos pacientes. Os principais impasses identificados foram: falta de rede nos municípios; muitos profissionais sem experiência e com pouca ou nenhuma formação no campo da Saúde Mental; resistência diante do fato de pacientes graves viverem fora do hospício; lentidão nos processos burocráticos de gestão; falta de documentação dos pacientes; falta de renda; suporte familiar precário; alta rotatividade de profissionais. **Conclusão:** O processo de desinstitucionalização apresentou grande potencial em relação à construção da RAPS. Os municípios que tinham pacientes na instituição precisaram organizar e montar suas redes. Muitos pacientes foram encaminhados para residências terapêuticas; alguns municípios só implementaram esses dispositivos a partir da desinstitucionalização do Hospital Colônia de Rio Bonito. Alguns pacientes ainda precisaram ser transinstitucionalizados, e outros retomaram para o cuidado de seus familiares. Podemos afirmar que a RAPS se fortaleceu a partir desse processo, mas a luta por sua manutenção e aprimoramento, é diária.

Esse estudo traz como produto um vídeo com narrativas sobre o processo de desinstitucionalização, promovendo reflexão sobre ele.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Master's research wherein the **object** is to manage the processes of deinstitutionalization after the closure of a macro psychiatric hospital and its influence on the implementation of the Psychosocial Care Network in the city of Rio Bonito in the Metropolitan II region of the state of Rio de Janeiro. **Objective:** to analyze the processes of deinstitutionalization after the closure of the Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB). **Methodology:** qualitative study. The subjects were five managers involved in public management at the municipal and state levels. Data collection was done through documentary research and through narratives, with actors of the deinstitutionalization process which has occurred in said city. **Results:** documentary research allowed the knowledge of the destination of these users after leaving the hospital, such as the number of discharges per year; the motivation of discharge and the distribution of patients by city of origin. The narratives were recorded and transcribed and presented in scenes that represented the deinstitutionalization process, object of the present study. The results were worked from the meeting of these scenes with the Sistema Único de Saúde (SUS) legislation on regionalization and psychosocial care network. **Discussion:** According to the research findings, it is possible to work in the perspective of discharge in a scenario that is not very encouraging and discredited by professionals, managers and even patients. The main impasses identified were: lack of network in the cities; many professionals with no experience and little or no training in the field of mental health; resistance upon the fact that serious patients live outside the hospice; slowness in bureaucratic management processes; lack of patient documentation; lack of financial income; precarious family support; high turnover of professionals. **Conclusion:** The deinstitutionalization process presented great power in relation to the RAPS construction. The cities that had patients in the institution needed to organize and set up their networks. Many patients went to therapeutic residences; some cities only implemented these measures from the deinstitutionalization of the Hospital Colônia de Rio Bonito. Some patients have to be trans-institutionalized yet, and other patients have returned to the care of their families. We can say that RAPS has strengthened from this process, but the struggle for its maintenance and improvement is daily. This study brings as a product a video with narratives about the process of deinstitutionalization, helping its reflection.

Key-words: Mental Health; Deinstitutionalization; Psychosocial Attention Network.

1 INTRODUÇÃO

Roda mundo, roda-gigante, rodamoinho, roda pião. O tempo rodou num instante, nas voltas do meu coração.

Chico Buarque.

Ainda consigo me recordar do temor que causava a disciplina de Saúde Mental na graduação em Enfermagem. Grande parte dos alunos queria distância do campo prático, enquanto eu aguardava com grande expectativa por aquele momento, pois, até então, não me reconhecia nos demais espaços de atuação dos enfermeiros.

O estágio nessa disciplina era no único hospital psiquiátrico público que ainda funcionava no município de Niterói. Lá, a divisão de alunos se dava por setor. “A enfermaria feminina é a mais agitada” – enquanto todos fugiram ao ouvir essa frase, eu e apenas mais uma acadêmica nos prontificamos a estar nessa enfermaria.

Esse foi, pois, o meu primeiro encontro; foi o momento em que me deparei com a loucura de uma maneira e em um espaço que nunca havia imaginado. A partir daí, tomei uma decisão: meu percurso seria na Saúde Mental. Assim aconteceu e acontece até o momento.

Cursei a residência multiprofissional em Saúde Mental no município de Niterói, vivenciando diversas experiências em diversos serviços: os encontros com os Centros de Atenção Psicossocial, com a Residência Terapêutica, com as Enfermarias de Agudos e com a Emergência Psiquiátrica.

Nesses lugares, tantos encontros e desencontros subjetivos também aconteceram, como o reconhecimento de que não existe um manual para ser enfermeira de Saúde Mental. Na verdade, esse lugar é construído a cada vez e, para cada um, ocorre de uma maneira. O encantamento e o interesse pela Psicanálise, em determinado momento, confundiam e me faziam questionar minha formação. O tempo passou, e hoje a Psicanálise orienta e dá chão ao meu trabalho e ao meu lugar de enfermeira.

O encontro com a psicose, acima de tudo com sujeitos psicóticos, trouxe uma nova perspectiva de cuidado para minha formação. Enfermeiros costumam gostar de

manuais, com diagnóstico pronto, intervenções possíveis e resultados esperados (a conhecida Sistematização de Assistência de Enfermagem). A psicose traz à tona o não saber, a aposta que pode ser frustrada, o risco, a criatividade, o abandono de práticas engessadas.

Ainda consigo me lembrar de Dona Clara (nome alterado para preservar a identidade) e de seus dois filhos – todos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), todos psicóticos (bastante psicóticos). Viviam em grande miséria, tanto financeira, quanto subjetiva. Dona Clara tinha relação incestuosa com um de seus filhos, o que causava pavor na comunidade em que moravam. Ela catava lixo durante todo o dia – inclusive do cemitério – e levava para casa. Dava comida podre aos filhos. Comecei, então, a acompanhá-los numa postura que buscava limpeza e era guiada por uma questão moral: em determinado momento, conseguiria encerrar o incesto que acontecia ali. Doce ilusão.

O tempo passou, e me deparei com inúmeras frustrações. Vi que era preciso suportar todo aquele horror e ouvir essa família. Dona Clara me ensinou bastante: quando lhe pedi que não catasse mais lixo, ela me disse: “Não sou eu que cato o lixo, é o lixo que me cata”. A relação de objeto em que essa senhora se encontrava, o vínculo com seus filhos, o peso das palavras – tudo vinha de outro lugar, fazendo-me ir para outro lugar também. Quando passei a suportar tudo isso, Dona Clara passou a aceitar a comida enviada pelo seu primo, o que pode ser considerado um pequeno grande avanço, pois se tratava de uma refeição que não era podre.

Após a residência, tornei-me enfermeira de um CAPS e professora substituta de Saúde Mental na Universidade Federal Fluminense. Outro bom encontro aconteceu: falar e ouvir sobre Saúde Mental no meio acadêmico, em outra posição. No que se refere à Reforma Psiquiátrica, vi o quanto a graduação tem responsabilidade nesse processo: a maneira pela qual trocamos e discutimos sobre a prática e o cuidado com esses alunos influencia no avanço ou no retrocesso de uma nova perspectiva de atenção em Saúde Mental.

Aproveitando a palavra *reforma*, o ano de 2014 foi um ano de mudança. Ingressei em um trabalho na gestão, como apoiadora descentralizada do Ministério da Saúde para o estado do Rio de Janeiro. Dentre os meus objetos de trabalho, encontravam-se: o planejamento em saúde e todos os seus instrumentos; o apoio à

gestão, para o fortalecimento da articulação interfederativa; e o apoio à regionalização e às redes de atenção à saúde.

Estar na gestão era empolgante e assustador. Precisava ir à Brasília mensalmente, trabalhar com Secretários de Saúde no Rio de Janeiro, participar de espaços de pactuação e viajar por todo o estado. Inicialmente encontrava dificuldade até em dizer a minha função. As palavras pareciam não sair ou não fazer sentido: “Sou apoiadora Descentralizada do Departamento de Articulação Interfederativa para o estado do Rio de Janeiro”. Onde estava a Saúde Mental nisso? Onde estava a escuta, o vínculo, a troca, o toque? Pensei que não daria conta; tudo parecia tão distante e burocrático.

Depois de um tempo de resistência, comecei a atribuir sentido às palavras que me confundiam: rede, articulação, apoio, entre outras. Tudo se refere à troca, à conversa. Vi o quanto esse trabalho se relacionava com algo que eu havia aprendido com a Saúde Mental: cuidar de relações. Comecei a me tomar menos pela insegurança de estar nesses espaços, em uma postura mais voltada a ouvir e menos à necessidade de falar.

Passei, assim, a frequentar os Grupos Condutores Estaduais de Redes. Conheci de perto a equipe estadual da Rede de Atenção Psicossocial. Embora não fosse exatamente meu objeto de trabalho, visto que existia apenas uma apoiadora para essa rede, eu me fazia presente nas discussões. Comecei a fazer a minha rede, passando pela rede que me formou.

Em determinado momento, eu estava na assistência, na gestão e na universidade, vendo e vivendo saúde em três âmbitos diferentes, que se completam, mas que tantas vezes se desencontram. Em todos, ficava clara a necessidade de se efetivarem avanços na Reforma Psiquiátrica e o quanto cada espaço desses é crucial para não retrocedermos ou paralisarmos.

Então, conforme aponta Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica é um processo socialmente complexo que precisa ser ressignificado diariamente na atuação nos dispositivos de Saúde Mental, na gestão, no meio acadêmico, na lida com os usuários portadores de transtorno mental, na articulação intra- e intersetorial,

com a absorção de seus princípios éticos na cultura e na sociedade. Nas palavras de Tallenberg (2015, p. 6), essa

[...] é uma proposição em se operar o cuidado nos processos de desinstitucionalização que demandam mais que a reconfiguração de um modelo de atenção, mas de produção de vidas, afirmando sua errância e singularidade, bem como da relevância em sustentar tais ações, tendo em vista que os processos de institucionalização da vida cada vez mais extrapolam o campo da saúde mental, atualizando novas formas de confinamento e exclusão.

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou mais força a partir da década de 80. Na Europa, porém, esse movimento teve início anos antes, com o protagonismo importante do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que repercutiu em todo o mundo.

Em sua publicação intitulada “A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização – Mortificação e liberdade do ‘espaço fechado’: considerações sobre o sistema ‘open door’”, Basaglia (2005) trabalha em torno do papel das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, sobretudo do médico, no cuidado desses pacientes, com suas reformulações necessárias e com seus desafios:

Em 1925, um manifesto de artistas franceses que assinavam: “*la révolution surréaliste*”, dirigido aos diretores dos manicômios, terminava assim: “Amanhã de manhã, na hora da visita, quando, sem nenhum dicionário, tentarem se comunicar com esses homens, queiram lembrar e reconhecer que, diante deles, os senhores têm uma única superioridade: a força”... Quarenta anos depois – como grande parte dos países europeus, atrelados a uma lei antiga, ainda indecisa entre assistência e segurança, piedade e medo –, a situação não mudou muito: limites forçados, burocracia e autoritarismo regem a vida dos internados, em nome dos quais Pinel já reclamara clamorosamente, o direito à liberdade. Mas a liberdade que Pinel falava, tinha sido concedida num espaço fechado, e deixava nas mãos dos legisladores do médico, que a deviam dosar e tutelar. Por isso, mais de dois séculos após aquela espetacular ruptura dos grilhões, o ritmo da vida dos asilos ainda é marcado por regras forçadas e mortificações, exigindo uma solução urgente, com fórmulas que finalmente levem em conta o homem no seu livre situar-se no mundo. (Basaglia, 2005, p.23)

Diante desse contexto, o papel do médico começa a ser revisto, buscando romper com a figura de vigilante nesse processo, associando-se, pois, à figura de um profissional que vislumbre o cuidado extra-muros, e se distanciando daquela de moderador dos sintomas da doença.

Ainda é um desafio para alguns profissionais a atuação no contexto psicossocial. Vemos, em 2017, movimentos de psiquiatras que visam ao aumento de

leitos em hospitais psiquiátricos, tomando por base a fragilidade dos novos dispositivos de cuidado em Saúde Mental por não poderem acompanhar usuários em momentos de crise. Muitos profissionais ainda têm dificuldade de romper com a figura de detentores do saber e de quem fica restrito ao consultório. Mas, felizmente e em maior número, também tenho e tive excelentes encontros nesse percurso de trabalho. Vi, por exemplo, psiquiatras à frente de movimentos em prol dos usuários de saúde mental e de sua circulação livre pelas ruas, tomando os CAPS como dispositivos para cuidar de sujeitos em crise, sendo, dessa forma, parceiros numa equipe multiprofissional.

Além da figura do médico psiquiatra, tenho tido experiências gratificantes com médicos da Atenção Básica, que acompanhavam diversos casos com cuidado e dedicação, compartilhando situações difíceis, sendo parceiros e interessados em cuidar desde sujeitos psicóticos a sujeitos em sofrimento psíquico com ideias suicidas. Isso faz grande diferença no trabalho: é bonito e traz conforto no cotidiano.

No que tange, contudo, aos efeitos da instituição manicomial sobre o sujeito em sofrimento psíquico e sobre a sua objetificação em função das regras do asilo, Basaglia (2005) entende que o portador de transtorno mental era visto, até a década de 70, como um problema biológico e social. O manicômio, por sua vez, seria o espaço para perda total de individualidade e liberdade, e o paciente se tornava objeto pela sua doença. Para Talleberg (2015),

Não há justificativa clínica que sustente a necessidade desta população permanecer nestas instituições, exceto pelo esgarçamento de suas redes protetivas e de cuidado, produzidas historicamente por um modelo assistencial manicomial, que operava na lógica do confinamento e do isolamento social e cujos efeitos resultaram nesta população institucionalizada (Talleberg, 2015, p.23)

O modo asilar implicava diretamente em um apagamento da subjetividade dos usuários, de forma a torná-los objetos e a deixar que aparecesse somente um sofrimento sem sujeito, ao invés de buscar por um sujeito dentro desse sofrimento.

Esse apagamento ocorre de várias maneiras. Vejo companheiros de trabalho defendendo hospitais psiquiátricos, fazendo pesquisas e teses com moradores de longa permanência, que, obviamente em sua grande parte, dizem que gostam de viver nessas instituições atualmente. Primeiramente, note-se que, se comparadas com momentos anteriores, de fato, essas instituições estão em melhores condições.

Além disso, compreenda-se que a maioria desses usuários não conhece outra forma de vida. Entretanto, esse apagamento ainda ocorre no modelo atual, pois a instituição é sedutora, visto que poupa trabalho e reduz a necessidade de criatividade diante do imprevisto. A instituição tem rotina pouco permeável, embora busque fugir dos moldes de manicômio.

Cito, como exemplo, uma vivência minha. Trabalhei em um setor de internação infanto-juvenil, que atuava em conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) do município – um setor que tinha apenas dois leitos. De fato, tínhamos uma equipe diferenciada em sua maior parte; cuidávamos de autistas graves e de adolescentes usuários de drogas.

Uma paciente, de 15 anos, ficou internada por meses nesse setor. Filha de mãe psicótica, Maria (nome alterado) é autista e talvez seja a paciente mais grave que já vi até o momento. Não falava; comia tudo; mordida todo mundo; provocava lesões em si mesma e nos demais. Não gostava de usar roupas; ficava nua, embora tentássemos inúmeras ofertas de roupas. Tinha outra relação com o corpo, sem constrangimento de se tocar na frente de todos. Horrорizava-nos estar com ela na maior parte das vezes. A mãe não aceitava o trabalho do CAPSi; o próprio CAPSi tinha dificuldades com a presença dela no dispositivo. Com muito trabalho, vimos que era possível para Maria descansar e rir no chuveiro. Somente com a água caindo, Maria relaxava e muitas vezes se deitava no chão em posição fetal, deixando a água cair.

Diante de toda a dificuldade com Maria, nós nos encontramos, em certo momento, querendo fazer todas as atividades dela no hospital. Se fosse necessário realizar um exame de ultrassom, nós faríamos o movimento de buscar por uma equipe que fosse ao hospital psiquiátrico, em vez de sairmos com ela para a Atenção Básica, a fim de evitar maiores transtornos. Nossa direção sempre foi de caminhar para a sua alta e para o trabalho no território; no entanto, diversas vezes nos deparamos com isso: poderíamos fazer tudo ali; o hospício poderia dar conta de tudo para que se evitassem problemas na rua. Isso, contudo, não seria produzir vida; seria anular vida, colocá-la em moldes e apagar o sujeito. Por sorte, sempre conseguíamos um reposicionamento, e hoje Maria está em sua casa, frequentando o CAPSi.

No Brasil, mesmo diante das dificuldades de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), os seus princípios basilares, que são a equidade, a universalidade e a integralidade, permeiam a nova perspectiva do cuidado em Saúde Mental. Esses princípios buscam uma prática que pense no sujeito como um todo, ultrapassando o setor saúde e pensando na seguridade social do indivíduo.

Grandes marcos e conquistas no período que se estende da Reforma até dos dias de hoje têm sido: a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental; a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); o Programa de Volta Para Casa, para incentivo financeiro a egressos de longas internações, criado pelo Ministério da Saúde e instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003; e a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013.

Muitos avanços podem ser observados, como o aumento de cobertura de CAPS, o seu lugar de ordenador da rede de Saúde Mental e do cuidado, a instituição das Unidades de Acolhimento (UA) e das Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), a proposta de desinstitucionalização e o matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica. Apesar disso, ainda são muitos os desafios para a consolidação de práticas de cuidado que ilustrem uma saúde mental dentro do contexto da Reforma. Segundo Guljor (2013),

No que se refere à clientela alvo, a reforma engloba uma população com necessidades diversas se considerarmos os diferentes graus de sofrimento psíquico e a consequência destes na autonomia dos sujeitos. Desta forma, não é possível pensar em Reforma Psiquiátrica restrita à implantação de um único dispositivo. Sua configuração se caracteriza por uma rede complexa que constitui um sistema. (Guljor, 2013, p.28)

Os hospitais psiquiátricos ainda possuem importante protagonismo em muitas situações nas quais, para os CAPS, por exemplo, se esgotam as possibilidades de contorno da crise; ou em contextos nos quais o usuário se encontra em situação de risco ou expõe terceiros a ela, justificando, assim, uma internação voltada para questões sociais. Muitas vezes, os muros ganham caráter de proteção e são vistos como recurso único em determinado momento e cenário, tanto pelos profissionais,

quanto pelos familiares e até pelos usuários que se encontram em crise e/ou em situações de vulnerabilidade. Reforça-se, pois, a importância de expansão de CAPS tipo III, de uma rede mais fortalecida e articulada para acolher e não recolher, de desinstitucionalizar a partir de uma desinstitucionalização de cada um que está envolvido nesse contexto, para afastar práticas manicomialis.

Quanto a mim, vivencio, na prática, a quantidade de internações que poderiam ser evitadas caso pudéssemos contar com um maior número de CAPS III, para acolhimento noturno e maior proximidade no momento de crise. Mas como sustentar uma redução no número de internações diante da fragilidade da rede? Para Talleberg (2015), é possível:

Entrar/atravessar/e se deixar atravessar pelo hospício, em sua contraface contemporânea; rotulada, diagnosticada, medicalizada, uniformizada, é uma experiência que aflige, mas que também desacomoda: perceber no cotidiano, os modos de existência que ali proliferam e que igualmente definham e resistem. Problematizar o como estas táticas se multiplicam e re-existem, produzindo outros modos de vida, outras formas de ocupação e uso dos espaços da cidade, como também a construção de territórios domésticos para além da forma-casa (Talleberg, 2015, p. 54)

Embora tenha ocorrido significativa redução de leitos em todo o território nacional, algumas regiões e alguns estados ainda apresentam grande quantidade de leitos psiquiátricos, como o Rio de Janeiro, com grande parte desses leitos concentrada na capital. A reflexão sobre esse processo de desabilitação de leitos psiquiátricos e a avaliação da questão de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pensando em maneiras de expansão e analisando a eficiência em sua ocupação, são frentes de extrema relevância no processo.

A desinstitucionalização representa um foco na atenção em Saúde Mental e no estado do Rio de Janeiro, que apresenta grande quantidade de pacientes de Longa Permanência em seus hospitais psiquiátricos, sobretudo na capital. Portanto, a desinstitucionalização deve ser norteadora de todo o caminhar no cuidado para avançar na Reforma. Também segundo Talleberg (2015),

A desinstitucionalização, muito mais do que uma ação espacial (retirar do espaço do manicômio para o espaço do serviço, da cidade), é produzir novos reais sociais, inventar outras sociabilidades e relações com a cidade, a céu aberto (Talleberg, 2015, p. 62)

A palavra desinstitucionalização surge com uma acepção de *desospitalização*, principalmente nos EUA, e não com o sentido de algo que implica em um movimento

social de grande complexidade. A ideia é que se pense em desinstitucionalização como porta de entrada de cidadania para o sujeito, não somente em retirá-lo do espaço físico do hospício, o que configuraria uma falta de assistência e descaso com o sujeito. Para Souza, Lima e Pinheiro (2007), por exemplo,

O processo de desospitalização se constituiu, sobretudo, como um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações consequentes da crise fiscal. Portanto, não nos parece possível reduzir o conceito de desinstitucionalização a um sinônimo de desospitalização. Torna-se necessário ampliar as ações em relação ao direito à moradia, ao trabalho ou mesmo ao estabelecimento de laços de solidariedade na comunidade onde se insere o louco. (Souza, Lima e Pinheiro, 2007, p. 93).

Além dos grandes hospitais existentes na capital, alguns se concentravam em outros municípios do estado do Rio de Janeiro e também tiveram presença marcante na história da psiquiatria, por realizarem grande número de internações, recebendo pacientes de diversos estados. Alguns deles eram: Hospital Estadual Teixeira Brandão, localizado no município de Carmo; Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi; e Hospital Colônia de Rio Bonito, situado em Rio Bonito. Atualmente, todos já estão fechados, suas atividades estão encerradas. Não há mais internação ali. Passaram pelo processo de desinstitucionalização e tiveram diferentes desdobramentos.

Dessa forma, escolhi abordar, nesse estudo, a desinstitucionalização que ocorreu no Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB). Para isso, acompanhei as discussões nos espaços de gestão, ouvi atores fundamentais no processo e, acima de tudo, aprendi e vi o quanto se faz necessária uma ação responsável e cuidadosa. Por acreditar na relevância do tema para a análise do processo de desinstitucionalização, decidi por delimitar, como objeto de estudo, a gestão dos processos de desinstitucionalização no município de Rio Bonito na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

Para o desenvolvimento da pesquisa, estipulei como objetivo geral:

- Analisar os processos de desinstitucionalização a partir do fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito, localizado no município de Rio Bonito na Região Metropolitana 2 do estado do RJ;

E como objetivo específico:

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da implementação da RAPS num município da Região Metropolitana 2 do estado do RJ.

2 METODOLOGIA

Fazer da palavra um embalo, é o mais puro e apurado senso de poesia.

Mia Couto

A metodologia da pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica-analítica, foi escolhida porque a compreendemos como possibilidade de entender tanto o fenômeno social do processo de desinstitucionalização, ocorrido a partir do fechamento de um macro hospital psiquiátrico localizado na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, quanto as suas relações com a formação das Redes de Atenção Psicossocial. Neste capítulo, serão apresentadas as escolhas feitas para a elaboração desta dissertação; procuramos, portanto, justificar a aposta metodológica que foi utilizada para abordar as inquietações e as questões da pesquisa.

Buscamos produzir conhecimento científico a partir da análise dos dados coletados por meio de narrativas compostas por atores-chave desse processo e de documentos fornecidos pelos gestores, para facilitar a compreensão do processo de desinstitucionalização no município pesquisado.

Os primeiros narradores que procurei indicaram outros atores que poderiam contribuir, pensando cuidadosamente acerca da participação ativa de cada um deles no processo de desinstitucionalização. Os participantes mais engajados nesse processo, nos ofereceram grande auxílio, a fim de mobilizar e fazer contato com os demais – com os quais enfrentei maior dificuldade de contato.

Durante a confecção desta dissertação, que aborda a questão de redes de saúde, vivenciei a construção de uma rede com esses participantes, que, ao longo do processo, se disponibilizaram, de modo a ajudar também nas buscas de fontes para a pesquisa, como os documentos e relatórios trabalhados ao longo do texto.

Através das narrativas, o trabalho ganhou vida. Ao escutar os narradores, deparei-me com a maneira pela qual vivenciaram o processo de desinstitucionalização durante e após o fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito. Por meio desse trabalho com narrativas, diversas visões e sentimentos, pude

me reposicionar e reescrever esta dissertação, deixando que sobressaíssem a minha própria subjetividade e a minha vivência.

Usar narrativa como recurso para a pesquisa me pareceu, inicialmente, muito distante do que seria possível para uma dissertação de mestrado, como se não fosse possível mostrar a subjetividade e a riqueza do que acontece ao longo da construção de um trabalho. Segundo Benjamin (2012), a arte de narrar encontra-se num caminho de extinção: torna-se cada vez mais raro encontrar quem consiga narrar adequadamente, intercambiando experiências vivenciadas.

A narrativa nasce na Linguística e pode acontecer tanto pela escrita quanto pela fala. Gancho (1998) e Leitte (1994) apontam que o ato de narrar e de refletir sobre as narrativas é muito antigo: Platão e Aristóteles já discutiam sobre a forma de narrar, o modo pelo qual a realidade é representada e a maneira pela qual os ouvintes e leitores recebem as narrativas.

Tomando isso por base, os dados foram analisados mediante a narrativa dos gestores, de acordo com o processo temporal e institucional do HCRB. A narrativa permite que aspectos subjetivos dos narradores apareçam e confirmem à pesquisa grande riqueza de informações, pois tornam possível que se vivenciem diversos sentimentos ao se revisitarem os fatos narrados. Segundo Clandinin e Connelly (2000), a narrativa é uma forma de compreender a experiência; pela narrativa, pesquisador e pesquisado colaboram entre si. Metodologicamente, utiliza-se muito a narrativa como coleta de histórias sobre determinado assunto para se chegar ao entendimento da questão estudada. Existem diversas maneiras de se obter essas narrativas: por exemplo: narrativas escritas, podem ser produzidas em forma de diários; notas de campo ou autobiografias; já narrativas orais, em forma de entrevistas e conversas.

Para Muylaert et al. (2014), a partir de histórias de vida e por serem um dispositivo não formatado, as narrativas permitem que se discutam assuntos específicos com profundidade e, assim, possibilitam que o sujeito sinta-se encorajado e estimulado a contar as suas experiências. É importante, pois, que o entrevistador tenha o mínimo possível de interferência e influência nas narrativas.

Usando a narrativa no campo da saúde, sobretudo na área da Saúde Mental, ganha-se grande riqueza de conteúdos objetivos e subjetivos. Neste estudo, utilizei a entrevista aberta como forma de mediar o que era narrado e, durante todo o tempo, procurei interferir o mínimo possível, dizendo apenas quais eram os objetivos desta dissertação, para que, em algum momento, os participantes pudessem tocar nesses pontos. É possível compreender as narrativas como processo e como produto. Elas foram, para este estudo, recolhidas nos encontros com os gestores, destacando as vivências que delinearão e revelaram os microprocessos de desinstitucionalização ocorridos em Rio Bonito.

Para Benjamin (2012), aquilo que o narrador conta, ele retira da experiência, tendo sido suas próprias vivências ou vivências contadas por outros. Desse modo, o que se narra é incorporado às experiências de quem escuta.

Entrei em contato com sete gestores que tiveram papel fundamental nesse processo de desinstitucionalização. Dois, contudo, não confirmaram a sua participação na pesquisa. Com os cinco que se disponibilizaram, não houve obstáculo algum quanto a não se tratar de um questionário ou de uma entrevista mais fechados; pelo contrário, todos reagiram de maneira positiva à possibilidade de narrarem suas vivências.

Cenário da Pesquisa

O cenário deste estudo foi um macro hospital localizado no município de Rio Bonito, o Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB), que fica na Região Metropolitana II do estado do RJ, onde foi desenvolvido um processo de desinstitucionalização.

Esse município apresenta uma população com cerca de 58.000 habitantes, e uma extensão territorial de 456.455 km², segundo dados do IBGE de 2016. A Região Metropolitana II é composta por sete municípios: Niterói, São Gonçalo, Silva Jardim, Rio Bonito, Tanguá, Itaboraí e Maricá; e possui grande importância e crescimento no estado do Rio de Janeiro.

O Hospital Colônia de Rio Bonito tinha, quando da pesquisa, uma presença marcante na cidade e na região. Muitos munícipes trabalhavam ou estavam

internados ali. Muitos não apoiavam a existência dessa instituição, porém um grande percentual apoiava a permanência do hospital, por diversos motivos: todo estigma que envolve a loucura e a visão da necessidade de isolamento dos loucos; a quantidade de empregos gerados pelo hospital; o interesse financeiro que transformava o hospital em empresa, tendo o lucro como norte.

Participantes

Os participantes do estudo eram gestores públicos nos âmbitos municipal e estadual. Incluíram-se os gestores de saúde que participaram efetivamente do processo de fechamento do Hospital Colônia Rio Bonito; excluíram-se, por outro lado, os gestores que participaram do processo de fechamento do HCRB, porém no âmbito federal.

Todos contaram suas histórias do processo e, assim, demonstraram diversos sentimentos nas narrativas de conquistas e também de dificuldades. Para Benjamin (2012), as narrativas, por mostrarem histórias e causarem marcas em quem narra e também em quem ouve, configuram uma forma de arte. Para ele, essas marcas aparecem como consequência das relações do homem consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

A minha busca por esses gestores se justifica pela intenção de focar principalmente no pacto interfederativo, abordando a forma como esses entes se organizaram para compartilhar ações, tendo autonomia e, ao mesmo tempo, sendo corresponsáveis pela atenção em saúde.

Em um processo tão complexo quanto o de desinstitucionalização, percebe-se claramente que se trata de um campo de disputa de projetos, no qual todos os que fazem parte podem ser vistos como gestores: tanto quem está envolvido diretamente na gestão na saúde, quanto os profissionais que prestam assistência, os familiares e os usuários. Fechar o hospício tem um impacto diferente para cada um: cada indivíduo tem o seu desejo e uma lógica que o orienta. O processo de desinstitucionalização ocorre, pois, a partir da presença de cada um dos envolvidos.

Para garantir os princípios éticos, esses profissionais tiveram suas identidades preservadas com a adoção de codinomes: Narrador 1, Narrador 2, Narrador 3, Narrador 4, e Narrador 5.

Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados se iniciou por meio de uma pesquisa documental, que incluiu documentos pertinentes ao referido processo de desinstitucionalização. Nesses documentos, pude encontrar informações valiosas sobre o processo de desinstitucionalização e sobre o Hospital Colônia de Rio Bonito. Posteriormente, foram realizadas entrevistas abertas, com atores do processo, que narraram a desinstitucionalização vivenciada no município. Os entrevistados foram gestores municipais e estaduais que, de alguma forma, participaram desse processo.

Vale ressaltar que a etapa de produção de dados procura escapar da ideia de extrativismo, de relato, pois entendemos que a narrativa está para além disso.

As narrativas foram transcritas na íntegra pela mesma pesquisadora, em banco de dados no Microsoft Word® (2016). Elas foram analisadas de acordo com o método da Hermenêutica-Dialética, conforme apresentado por Minayo (2008). Esse método de análise foi escolhido por ser útil para compreender a dinâmica social, as escolhas e as percepções dos indivíduos em campos dinâmicos e não neutros, como é o caso dos serviços de Saúde Mental.

A análise do material coletado nas entrevistas se baseou pela proposta de Lucietto (2005, 2012), construída a partir de adaptações de Minayo (1992, 2008b). As narrativas foram digitadas concomitantemente à escuta de suas gravações, pela pesquisadora que participou da situação social de coleta. Tal postura tem como objetivo maior, através da imersão da pesquisadora, evidenciar a essência da comunicação estabelecida com os participantes do estudo. Dessa forma, seria possível, *a priori*, visualizar as diferentes percepções dos gestores em conjunto e, especificamente, em um exercício de confronto de ideias, opiniões e valores.

Com o propósito de facilitar a visualização da proposta, esta se dispôs nos seguintes passos sequenciais: 1) transcreveram-se, integralmente, as narrativas; 2) com a primeira leitura geral do conjunto dessas narrativas, foram identificados os temas principais sobre os quais versaram as conversas, o que corresponde à

separação das unidades de registro referenciadas por tópicos do roteiro; e 3) foi conduzida, então, a leitura exaustiva de cada narrativa em separado.

Durante a transcrição e a leitura das narrativas, foi possível observar nuances das produções discursivas até então não percebidas. Além disso, a transcrição e a leitura, em conjunto, possibilitaram que se recuperasse o encontro com os gestores, relembrando posturas, gestos e comportamentos dos participantes. O relacionamento entre os pontos de vista dos gestores e autores da área específica do saber e as minhas impressões gerais como pesquisadora auxiliaram a análise das narrativas do processo de desinstitucionalização em curso no hospital Colônia de Rio Bonito.

Aspectos Éticos

Obedecendo à Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP).

Durante a realização desta investigação, foram entregues aos participantes, carta de anuência e termo de consentimento livre e esclarecido, e se acordou firmemente com os participantes o fato de as narrativas serem gravadas para posterior transcrição. O conforto de quem participou da pesquisa foi um foco de cuidado.

Este projeto foi aprovado pelo CEP do HUAP, sob o número do parecer: 2.183.865 e sob o CAAE: 69914416.4.0000.5243.

3 DESAFIOS E AVANÇOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A loucura é diagnosticada pelos sãos, que não se submetem a diagnóstico. Há um limite em que a razão deixa de ser razão, e a loucura ainda é razoável. Somos lúcidos na medida em que perdemos a riqueza da imaginação.

Carlos Drummond de Andrade

O modelo manicomial de isolamento e violência, centrado no hospital, que visava a calar os sintomas e a apagar o sujeito, começou a ser questionado na década de 70 no Brasil. Com isso, o movimento em prol de uma reforma psiquiátrica ganhou força política e social a partir da década de 80, com mudanças na área da saúde e a inserção de outras categorias profissionais para além da classe médica. Para Santos et al. (2000), nesse período, destacaram-se críticas ao que se entendia por clínica e por cidadania, almejando assim, uma concepção universal do sujeito, de acordo com a qual a busca pela normalidade deveria acontecer.

O cenário ganhou novos atores, que foram incluídos no tratamento, como familiares e outras pessoas que conviviam com o usuário. Essa mudança buscava a valorização do sujeito e a compreensão de cuidado e acompanhamento do usuário com o seu sofrimento psíquico, sendo necessário dar lugar às suas produções delirantes, à sua angústia e/ou a qualquer outro sintoma vivenciado. Dessa forma, seria possível superar o modo asilar de atender a esses usuários e aos que fazem parte de seu meio social.

Segundo Talleberg (2015),

[...] quando o Movimento da Reforma Psiquiátrica começa a arguir os espaços e modos asilares, outros espaços, formas e lógicas são convocados, promovendo uma transformação nos modos de ver e enunciar, colocando em análise a própria concepção de doença, inscrevendo-a num registro histórico como tão bem problematizou Foucault em História da Loucura (1962), onde a loucura se despe de sua dimensão trágica para se transformar em acontecimento-objeto: em doença mental. (Talleberg, 2015, p. 56)

Com uma maior participação de usuários e familiares, foi possível dar lugar à busca por novas maneiras de operar o cuidado, com novas formas de atenção e novos espaços. Para Santos et al. (2000), nesse momento, o país foi fortemente influenciado pela psiquiatria democrática italiana. Com a estratégia de

implementação de hospitais-dia; com maior protagonismo da psicanálise em vários espaços; com a Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987; com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, em São Paulo, também em 1987; com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta; e com o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado, esse movimento de Reforma ganhou força.

Pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, e pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, reforçou-se a importância de rompimento com o modelo hospitalocêntrico, direcionando o cuidado para serviços territoriais, dando ao CAPS o lugar de ordenador da rede de Saúde Mental. O CAPS, assim, tornava-se principal dispositivo do ato de cuidar.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa”, expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas, ao tempo que se assistiu a uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, particularmente nos estados do sudeste e nordeste brasileiro. Paralelamente se solidifica um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha da política pública de saúde mental no país. (Pitta, 2011, p. 4580)

Para Souza (2005), a adoção da diretriz de desinstitucionalização impele a implantação de novos modos de lidar com a loucura, pois desenvolve serviços centrados nos usuários – serviços que trabalhem com a lógica da clínica ampliada e que tenham o território como lócus de ação.

O conceito de clínica é abordado por muitos autores, sob diversas perspectivas. Para Amarante (2003), por exemplo, a clínica se relaciona com a construção de possibilidades e subjetividades e leva em consideração diversas dimensões para elaborar um projeto terapêutico singular, que acontece a cada encontro com o usuário. Nesse caso, faz-se necessário o cuidado para não tomar um viés colonizador.

Pensando em Clínica do Encontro, Cunha (2005) afirma que, apesar de todo o aparato da instituição, a clínica é o que acontece quando dois sujeitos se encontram, e as suas singularidades, juntas, produzem algo e trazem à tona novos

sujeitos. Essa clínica traz a questão da doença em si, mas também carrega as questões das desigualdades em suas diferentes apresentações, sem oferecer um peso maior somente a algum aspecto que envolva o sujeito.

No que ainda diz respeito à Clínica do Encontro, Lancetti (2006) reforça que a clínica acontece a partir da força afetiva que é promovida pelo encontro, sendo o ato clínico a soma da força do afeto com a força e o poder que uma organização de saúde possui, colocando o sujeito no centro.

A clínica ampliada, para Souza (2012), é transformadora na medida em que uma nova rede é construída com a presença dos profissionais do território em que os indivíduos estão. Essa nova rede vai além de uma rede de serviços, pois é, também, rede de apoio e de solidariedade. Investe-se, então, no vínculo e retira-se a doença do foco, gerando, assim, uma nova maneira de produção da clínica.

Ainda no que tange à clínica, Souza (2012) aponta:

A diversidade de propostas e de estratégias de cuidado exercida por diferentes atores e em diferentes espaços são nomeadas de maneiras distintas, sendo conhecidas como: clínica do sujeito, clínica do encontro, clínica ampliada, clínica peripatética. Vale ressaltar que todas essas denominações das diferentes clínicas exercidas no cuidado em saúde mental rompem com a lógica de clínica centrada no profissional e/ou no serviço, estabelecem ruptura com o modelo tradicional de assistência e apostam num outro olhar sobre os sujeitos, os profissionais e os serviços. (Souza, 2012, p.33)

Para que em Saúde Mental haja esse tipo de clínica, é preciso que os dispositivos da RAPS se notem na prática. Corremos um risco real e cada vez mais presente de retrocesso, de um retorno a possíveis práticas manicomiais. Estamos vivenciando graves problemas na rede como um todo, com CAPS superlotados, com equipes insuficientes, salários atrasados, e infraestrutura inadequada. Tudo isso impacta diretamente no trabalho no território, deixando, muitas vezes, os usuários restritos ao espaço físico do serviço. Tal situação fragiliza a potente relação com a Atenção Básica, diminui a possibilidade de visitas domiciliares e reduz o trabalho que pode e deve acontecer nas ruas, extrapolando a barreira física dos serviços.

Para Souza (2012), é primordial que o CAPS não seja considerado um serviço e, sim, uma estratégia de cuidado, pois ainda é tido como um espaço circunscrito da loucura no território.

Para Talleberg (2015):

A desinstitucionalização se coloca como um processo de intervenção não só ao nível dos estabelecimentos asilares, mas especialmente ao nível das lógicas que a reproduzem, isto é, não se remete somente a desconstrução concreta do aparato manicomial, mas das relações instituídas que operam e conservam o binômio doença-cura, doença-exclusão. Na tríade doença-tratamento-cura as premissas de intervenção estão calcadas no tratamento e centralizadas em estratégias adaptativas e de remissão de sintomas, impelindo o usuário para uma marcha progressiva em direção à cura a partir da qual seria ofertada a possibilidade de obter uma vida exterior aos esquadros sociais necessários que a ótica asilar impõe. Esta “marcha progressiva”, na promessa de uma cura totalizadora, inscrevem os indivíduos num vazio a-histórico; num “tempo fraco” (Talleberg, 2015, p. 55)

A desinstitucionalização precisa ser orientadora em todos os espaços e nas relações com os usuários. Um serviço pode facilmente se tornar uma instituição com muitas normas e regras, onde não aparece espaço para a loucura, seus barulhos, seus silêncios e todos os seus desafios. Muitas vezes, os profissionais cuidam de suas próprias angústias no momento em que se deparam com os sintomas dos usuários; trazem, pois, uma espécie impositiva de normatização e normalização do ambiente de cuidado.

A superação de uma clínica direcionada somente para a remissão dos sintomas, com olhar para a doença, torna-se essencial, porque rompe com a perspectiva de se curar o sujeito e entende o território como organizador da atenção e do cuidado. Para Nunes, Jucá e Valentim (2007), quando se pensa em atenção psicossocial, pressupõe-se cuidado terapêutico que ultrapasse o escopo medicamentoso exclusivo e se coloca o sujeito como foco do tratamento, incluindo familiares e outros agentes essenciais do cuidado.

Movimentos sociais, de familiares, dos próprios usuários, de gestores, de profissionais e de pesquisadores do meio acadêmico dispararam a reformulação no cuidado e a constante busca pelo redirecionamento no acompanhamento e pela inserção das pessoas acometidas por transtornos mentais. A presença desses atores tem sido marcante e frequente nos conselhos de saúde e nas conferências nacionais de Saúde Mental. Para Pitta (2011), a ditadura militar e o interesse mercantil da indústria da loucura acabaram promovendo a coesão de um movimento de luta, ao criarem um cenário favorável para movimentos sociais contra a violência e os maus tratos sofridos pelos usuários das instituições psiquiátricas no Brasil.

Diante da consolidação do CAPS, permanece o desafio de não transformar o dispositivo em um local de práticas manicomiais e de institucionalização. É

importante valorizar o cuidado extramuros, a circulação do usuário pela cidade, acompanhando-o nesse percurso, incluindo os familiares e acolhendo suas angústias e incertezas diante do desafio que é cuidar e proteger sem prender; tratar sem trancar, portanto. Porém, ainda é muito desafiador o contorno da crise em diversas situações. Temos uma rede que suporte esses momentos? Conseguimos prescindir dos muros dos hospitais psiquiátricos nos momentos de crise?

Ainda não conseguimos assegurar o cuidado das crises psicóticas ou das demandas de fissura e abstinência de usuários de crack em situação de rua se os serviços ambulatoriais e comunitários cerram suas portas às cinco da tarde na sua grande maioria. O que fazer quando a noite vem? Continua o manicômio no imaginário coletivo como o abrigo seguro para as situações críticas? Extremo retrocesso! (Pitta, 2011, p. 4580)

Os CAPS atendem sujeitos em sofrimento, pessoas em crise. Não é possível pensar em crise sem sujeito, meramente como sintoma. Apesar disso, apaga-se o sujeito e se reforça um pensamento manicomial. Os serviços, no entanto, têm a incumbência de construir, com seus usuários, maneiras de estar na vida, incluindo suas dificuldades e limitações.

Uma parcela importante da sociedade ainda desconhece a importância de se integrarem esses usuários no meio social. Para muitos, o manicômio ainda passa uma imagem de proteção, como se fosse um dispositivo que pudesse tirar das cidades o mal-estar causado pela presença de um portador de transtorno mental e a sua circulação entre os ditos “normais”, que seguem uma rotina imposta como maneira correta de viver. Os loucos aparecem, assim, para romper com essa lógica que faz as pessoas acordarem e seguirem um fluxo pré-determinado como ideal; por isso, os loucos causam tanto incômodo.

Outro grande desafio para o avanço na Reforma são as condições – muitas vezes precárias – de trabalho, tanto em relação aos vínculos empregatícios, quanto em relação à infraestrutura desses serviços. Gera-se, nesse contexto, grande rotatividade de profissionais. Tal fato prejudica significativamente o tratamento dos usuários, que deveria ser fortalecido pela relação e pelo vínculo com os profissionais que prestam os cuidados.

Delgado (2015) elenca fragilidades e desafios que a Reforma Psiquiátrica deve obrigatoriamente citar:

Graves problemas na gestão dos serviços, que vão desde: a) deficiências na estrutura (serviços comunitários instalados precariamente; vínculos profissionais fragilizados pela tendência avassaladora da terceirização), nos processos (baixíssima consolidação de consensos técnicos para funcionamento das equipes nos vários dispositivos da rede de atenção; ausência de mecanismos de avaliação permanente) e nos resultados (disparidade entre a efetividade de serviços mesmo em contextos semelhantes; critérios pouco claros de cobertura territorial efetiva, impedindo avaliação de impacto); b) fragilidade da articulação com a Atenção Básica, problema que não pode ser enfrentado apenas pela burocratização das ações nas redes de atenção, mas pela abordagem sistemática do diálogo entre os modelos teóricos diversos que sustentam atenção primária e atenção psicossocial; c) baixa densidade de articulação das ações intersetoriais, significando impacto muito pequeno das recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, de 2010; d) ausência de estratégia clara para enfrentar a vulnerabilidade social, não só no campo das drogas, onde a política pública submeteu-se à pauta do pânico social amplificado pelos meios de comunicação, mas nas situações envolvendo diversas manifestações da violência e do desamparo social, cuja interface com a saúde mental oferece caminho propício para a abordagem das políticas públicas intersetoriais. (Delgado, 2015, p. 15)

Durante todo o seu percurso, a Reforma Psiquiátrica no Brasil passou por problemas como a morosidade de ações e de retornos governamentais e outros que se referiam à sociedade e à superação do estigma que envolve a loucura. Ainda é muito recorrente que se exclua a pessoa que é acometida por transtornos mentais, com ações higienistas e conservadoras por municípios e estados. Ao mesmo tempo, a Reforma permeia diversas áreas e redes, para além do âmbito da saúde, como educação, arte, justiça, previdência, esbarrando nos obstáculos, porém avançando aos poucos.

Entre os grupos contra e a favor da Reforma, nos governos, na sociedade civil e na população em geral, o estigma contra o louco persiste e de vários modos, explícitos ou sutis. Evidências disso são localizadas na não escuta e não credibilidade da palavra dessas pessoas, gerando uma crônica postergação de suas demandas. Também presente num certo descompromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, profissionais do direito, da previdência e assistência social, que administram com ambiguidade a ideia de uma sociedade onde o louco e o usuário de substâncias psicoativas sejam pares, parceiros na definição de políticas e nos seus próprios tratamentos. (Pitta, 2011, p. 4581)

Outra questão importante é a própria concepção dos profissionais que atuam no cuidado em Saúde Mental acerca da pessoa com adoecimento psíquico. Muitas vezes, esses profissionais não se sentem protagonistas nesse cuidado e acabam por ainda permitir que ideias manicomiais e médico-centradas interfiram e impossibilitem sua atuação. Para desinstitucionalizar, é preciso ultrapassar práticas antigas, considerando o todo que cerca o portador de transtorno mental.

Ingressei na Saúde Mental bastante tempo após o início da Reforma Psiquiátrica e, mesmo assim, me deparei – e ainda me deparo – com falas e ações de profissionais que ainda parecem viver no período pré-reforma. Escuto, por exemplo, enfermeiros de CAPS que dizem: “Esse médico pega muito leve em medicação, não pode ser assim”; vejo psicólogos que passam o dia atendendo em consultórios; equipe multiprofissional que enxerga o médico como quem está ali apenas para liberar receitas.

CAPS lotados, com poucas oficinas terapêuticas,¹ funcionam muitas vezes numa lógica de “apagar incêndios”, com dificuldade na interlocução com a Atenção Básica – apenas alguns com funcionamento ambulatorial. Existe uma vertente que diz: “CAPS bom é CAPS vazio”. Acho difícil tomar isso como uma verdade absoluta. Acredito que CAPS bom seja CAPS que sai do âmbito de instituição que ainda circunscreve um espaço de loucura na sociedade. CAPS bom é, portanto, CAPS que dialoga com a cidade.

Para desinstitucionalizar, deve-se pensar em desinstitucionalização com responsabilidade, ou seja, olhar o sujeito da maneira pela qual se constroem suas relações e sua existência. Para Pitta (2011), *tratar* extrapola o âmbito da exclusão em locais violentos que produzem uma morte do social; dessa forma, ganham lugar a busca pela subjetivação e a vida social no meio da comunidade.

São grandes e significativos os avanços; porém, é preciso que se enfrentem os desafios e até os retrocessos que inviabilizam o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, que precisa ser renovada a cada encontro com o usuário, a cada momento vivenciado no trabalho em Saúde Mental.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), o Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal também têm suma importância para o avanço da desinstitucionalização, pois atuam sobre a legislação da atenção psicossocial e trabalham em cima de denúncias aos locais de maus tratos aos portadores de transtorno mental e usuários de drogas.

¹ Isso, em si, não é um problema se considerarmos que as ações deveriam acontecer no território. O problema é que, por inúmeros motivos, não temos atividades nas ruas e nem nos CAPS.

Nas intervenções em grandes hospitais historicamente internantes, muitas vezes as ações do Ministério Público Estadual e do Ministério Público Federal são cruciais: impulsionam que municípios e estados agilizem e cuidem do trabalho de desinstitucionalização dos pacientes que por tantos anos sofreram e ficaram restritos àqueles espaços de esvaziamento de vida.

Outra questão importante para o avanço da desinstitucionalização é o Programa de Volta para Casa (PVC), por meio do qual os usuários egressos de longas internações recebem um valor mensal para auxílio em suas questões pessoais. Além dos serviços residenciais terapêuticos, esses usuários recebem financiamento direto do Ministério da Saúde, que busca, assim, garantir a política de desinstitucionalização no país.

Para Assis et al. (2014), quando pensamos no movimento da luta antimanicomial, pensamos na complexa relação entre movimento social e instituição: apresentam-se antagonismos, complementariedade e concorrência. No entanto, com um fluxo comum de crítica às instituições e superação, buscam-se novas instituições e sociabilidades.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial pela Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, confere uma série de articulações necessárias, serviços e ações de saúde que são prioritários para que o cuidado avance. Para Talleberg (2015):

Estes espaços viabilizam a construção de novos territórios existenciais e sobretudo políticos, que comportam outros sentidos para a loucura, que buscam escapar da lógica dos processos de exclusão social, apresentando novas modalidades de serviços como os CAPS (I, II, III, III e ADII), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Unidades Básicas de Saúde, Projetos e ações intersetoriais tais como Projetos de Economia Solidária, Pontos de Cultura, estratégias de desinstitucionalização, leitos de atenção à crise em hospital geral, etc. Estes pontos de atenção reunidos constituem a rede de atenção psicossocial – RAPS, instituído pela PT GM/MS n. 3088 de 23 de dezembro de 2011. Tais pontos de atenção, em seus diferentes níveis de complexidade e atribuições na rede de cuidados, inauguram outras formas de fazer funcionar e organizar os mesmos, adotando e inventando não somente outras tecnologias como uma transformação radical na relação entre cuidador-cuidado e sujeito-do-cuidado. Nesta perspectiva, com a criação e desdobramento de outros territórios de atuação, se articulam outros discursos, práticas e técnicas que se instrumentalizam no corpo de uma Política Pública. Esta assume, concomitantemente, uma dimensão macropolítica no que se refere à implementação e desenvolvimento dos programas e políticas oficiais, como também sua dimensão micropolítica, de ações cotidianas de organização e produção de vida, em suas faces mais banais: moradia, trabalho, educação, lazer, alimentação, complexificando e ampliando o campo e o conceito de saúde. (Talleberg, 2015, p. 36)

Embora seja evidente o avanço das políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado na atenção psicossocial, ainda existe uma lacuna no que tange às questões dessas políticas serem permeadas de realidade, especialmente no que se refere às questões da micropolítica e a como esses avanços podem repercutir direto no cuidado. O quanto essas políticas são atravessadas por dados do cotidiano dos serviços e, sobretudo, dos usuários? São construídas de maneira ascendente ou são colocadas de modo mais vertical? O quanto o nível assistencial tem notícias e dimensão do que é direcionado e discutido em nível de gestão? Esses são questionamentos atuais e importantes para seguir com o trabalho.

4 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, A REGIONALIZAÇÃO E O CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: MEUS ENCONTROS E DESENCONTROS NA GESTÃO.

Só se escreve com intensidade se vivermos intensamente. Não se trata apenas de viver sentimentos mas de ser vivido por sentimentos.

Mia Couto

“Essa é a Alice, apoiadora descentralizada do Departamento de Articulação Interfederativa para o estado do Rio de Janeiro.” Nesse momento, parecia que as palavras ditas pela minha coordenadora, não se encaixavam. O que significava isso? Sei que ouvir isso em Brasília, na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), diante de gestores de longa data do SUS, não foi fácil. Queria correr dali, queria voltar para a Saúde Mental.

Inicialmente, pensei que o trabalho se tratava somente de decorar toda a legislação do SUS. Contudo, foi muito mais do que isso: o mundo ia além do espaço da atenção psicossocial. Na Saúde Mental, podemos demonstrar fragilidades entre nossos pares, que são muitos. Acredito que, justamente por ser Saúde Mental, compreende-se que somos também cheios de falhas e podemos trabalhar com isso. No meio da gestão, aprendi de maneira dura que é preciso cuidar atentamente antes de se expor; deve-se respirar, contar até três mentalmente e, muitas vezes, não dizer. Foi um árduo caminho até a descoberta de parcerias também nesse meio e, assim, poder ter um descanso e ser frágil em alguns momentos, com algumas pessoas que tive o privilégio de conhecer e trabalhar.

Nesse trabalho, me encantei pelo SUS. Comecei a acreditar no SUS, mesmo diante das inúmeras dificuldades. Vi a teoria, vi a prática, vi a prática da teoria. O SUS é complexo, é desafiador e, não raro, parece utópico. Ganhei força e vontade de lutar pelo Sistema Único de Saúde.

Mensalmente, viajava para Brasília para encontrar outros apoiadores do Ministério da Saúde dos demais estados do país. Era grande o investimento em educação permanente para a qualificação do apoio aos estados e municípios. Discutíamos instrumentos de planejamento do SUS; fazíamos boas reflexões sobre o controle social e nossa participação nos conselhos de saúde; falávamos e

escutávamos sobre o contexto econômico e político de cada estado, principalmente no que ocorria nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), dentre outros espaços de pactuações entre gestores.

Regionalização, redes, regulação, ações e serviços de saúde, planejamento – era em torno de disso que eu me encontrava. Antes de estar nesse trabalho, parecia-me desagradável ler e estudar tudo isso e perceber o quanto são pontos cruciais para um avanço do SUS, o quanto estamos aquém em todos esses aspectos, de uma forma geral, em todo o país – alguns estados mais, outros menos. Note-se, contudo, que são temas que já surgiram há certo tempo.

A Constituição Federal de 88 já nos propiciou o debate sobre as redes de atenção à saúde, ao apontar que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo, assim, um sistema único.

Segundo Carneiro, Foster e Ferreira (2014),

Apesar da previsão, desde o início, da descentralização e regionalização com gestão compartilhada e planejamento ascendente e participativo, não era essa a realidade vivida pelos entes federados: os municípios acabavam de entrar na gestão do sistema e os dispositivos de controle social e participação começavam a se organizar. Apesar das diretrizes previstas para o sistema sobre descentralização e regionalização, não existiam instrumentos por meio dos quais o planejamento desses movimentos sistêmicos pudesse ocorrer. (Carneiro, Foster e Ferreira, 2014, p. 58)

Temos uma federação que coloca os municípios como entes autônomos, assim como os estados, formando os três entes federativos, junto à esfera federal. Além disso, os três têm como incumbência garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, com acesso a um sistema único. Dessa forma, deparamo-nos com a grande complexidade jurídico-administrativa e técnica para um funcionamento, dentro dessa unicidade, que atenda às demandas de um país com tamanha desigualdade econômica e social, para garantir a integralidade do cuidado. Os entes federativos precisam arcar com as responsabilidades e parcerias necessárias entre si, para conseguir avançar com a maior política pública do país, que é o Sistema Único de Saúde. Nas palavras de Santos (2013),

O SUS todo o tempo nos desafia com seus conteúdos complexos: a sua estrutura; a sua organização jurídico-administrativa; o conceito de saúde; os serviços que devem ser oferecidos à população; o aspecto econômico cada dia mais ofensivo e oneroso e a luta que se trava entre um sistema que deve ser público e universal e serviços que podem e são explorados economicamente pelo mercado. (Santos, 2013, p. 15)

No papel, o SUS é coerente, tudo parece ser passível de encaixe, mesmo sendo desafiador o fato de três entes federados serem autônomos e, ao mesmo tempo, precisarem compartilhar ações e responsabilidades. Na teoria, o SUS é harmônico, é acessível, oferece dignidade e garante cidadania. E na prática?

Na prática, o SUS também funciona. Funciona porque nos mais diversos âmbitos do sistema, vemos pessoas engajadas em buscar proximidade com a teoria de portarias e decretos (com os de qualidade, porque temos alguns inqualificáveis), mesmo que, não raramente, os infortúnios se façam presentes e ameaçadores.

Com a Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, instituiu-se um marco legal das diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. As RAS, segundo Silva (2013), são

Uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde. (Silva, 2013, p.81)

Ao discutir as Redes de Atenção à Saúde, é fundamental e primordial ter o acesso como princípio e devem ser entendidas como um processo de construção tripartite, de organização horizontal e dinâmica dos serviços. As RAS buscam a superação da fragmentação da atenção à saúde, representando um avanço para o SUS, com muitos desafios para sua real articulação e alinhamento, como a atuação na lógica da região de saúde. Pensando que se trata de um sistema único, as redes são um arranjo inovador e de muita coerência. Com as RAS, caminha-se para a concretização da integralidade.

Quando falamos em redes, é importante pensarmos em fios que ligam, aproximam e conectam. Portanto, o objetivo das RAS é organizar esse sistema de saúde tão fragmentado. E o que eu vi na prática? Muitas vezes, as RAS ajudam nessa aproximação, mas nem sempre conseguem estar próximas umas das outras. Nos Grupos Condutores Estaduais, por exemplo, não era comum ter representantes

das demais redes. Nosso papel como apoiadores também incluía buscar essa aproximação, fomentando discussões e pontos comuns entre essas redes.

Segundo Costa e Santos (2014),

A horizontalidade das relações entre os pontos de atenção, objetivando oferta de atenção contínua e integral; o conseqüente fortalecimento da Atenção Básica como centro de comunicação e o acompanhamento do usuário durante seu percurso nos serviços de saúde; o cuidado multiprofissional e a busca de resultados na saúde, que faça sentido na vida das pessoas. Sob essa perspectiva, as RAS são responsáveis pelos resultados sanitários e econômicos relativos à saúde da população do território e devem ser estruturadas segundo alguns princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e numa relação dialética entre eles. (Costa e Santos, 2014, p.4)

O SUS nasceu em um contexto de fragmentação e sem um processo de planejamento ascendente, que refletisse as necessidades de saúde do território. A baixa qualificação da gestão ainda gera reflexos na atualidade e enfraquece a real concretização dos seus princípios basilares. Inicialmente, houve significativa expansão da Saúde da Família e o fortalecimento da municipalização. Entretanto, essa expansão e esse fortalecimento, atrelados ao papel indefinido das secretarias de estado em fortalecer as redes regionalizadas e ao papel do Ministério da Saúde com suas políticas de saúde muitas vezes distantes da realidade dos territórios, geraram grande fragmentações, que ainda são visíveis.

Outro ponto importante é a participação do setor privado na saúde, que deveria ser complementar ao SUS, traçada no planejamento em saúde, diante da necessidade local. No entanto, na prática, a participação do setor privado compete com o SUS, e a concorrência se torna um dos motivos de fragilização do sistema. É um grande desafio manter um sistema público para todos os cidadãos, em um contexto capitalista no qual a saúde passa a ser vista como mercadoria: você a tem, a partir do momento em que pode pagar por ela.

Segundo Junior (2014):

O SUS, que é irmão gêmeo da democracia brasileira contemporânea, ambos filhos da mesma Constituição (BRASIL, 1988), vai se moldando, também, em um ambiente de intenso debate ideológico e político, e tem que responder rapidamente às demandas de toda a população. Afinal, e felizmente, saúde no Brasil deixa de ser formalmente um bem a ser disputado majoritariamente no espaço dos mercados, seja por prestação de serviços públicos aos trabalhadores formais, beneficiários do Inamps, seja pela oferta já em expansão dos planos privados de assistência à saúde, coexistindo com prestação de serviços assistenciais e de saúde pública a várias parcelas da população, antes denominada indigente. (Junior, 2014, p. 9)

Atualmente, grande parte das redes regionalizadas funciona de maneira burocrática e ainda muito fragmentada. Quando se lança um olhar cuidadoso sobre as regiões de saúde, nota-se que são estruturas administrativas que não funcionam efetivamente como região, mas, sim, de acordo com uma lógica ainda muito municipalista. Os municípios frequentemente não se enxergam na lógica regional; o estado ocupa um lugar ainda indefinido, muitas vezes somente tecnocrático, sem levar em consideração as questões políticas e econômicas que envolvem o processo de regionalização. É preciso definir as responsabilidades de cada ente federado no âmbito da região de saúde, tanto sanitárias quanto financeiras.

Quando iniciei meu trabalho como apoiadora do Ministério da Saúde, sempre ouvia falar da importância dos estados conseguirem atingir um planejamento regional integrado da saúde, ou seja, planejar ações, distribuir serviços e recursos numa lógica da região de saúde. Agora, após os dois anos em que permaneci nesse trabalho, não posso afirmar que algum estado tenha apresentado esse planejamento regional integrado de forma satisfatória. Algumas regiões de saúde, em alguns estados, avançavam bastante nessa discussão, mas em pequeno número ainda.

Um espaço do qual participei durante esses dois anos foram os chamados GT de Planejamento, organizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro nas nove regiões de saúde do estado. A ideia era que esse grupo promovesse uma espécie de liga entre as redes ao trabalhar em torno de matrizes diagnósticas regionais, pensando em ações, prazos e investimentos. Em uma dentre as nove regiões, era visível o avanço de trabalho na lógica regional. O grupo não ficava com um aspecto meramente burocrático de atualização de números, mas com reflexões sobre os desafios e avanços. De uma forma geral, porém, ainda se percebia a dificuldade de se promoverem discussões potentes para redirecionar o planejamento e ajudar a fortalecer as regiões. Isso não é exclusividade do estado do Rio de

Janeiro: é uma herança que o país como um todo carrega, em função da forma pela qual nasceu o sistema. Ainda precisamos amadurecer o processo.

O protagonismo da esfera federal ainda é muito maior em relação às demais, quando se pensa em SUS. Esse centralismo deve-se em grande parte ao repasse de recursos federais sobre os programas e projetos, o que gera fortes impactos na organização do sistema e verticaliza as políticas públicas de saúde, quando a ideia, na verdade, seria gerar ações e serviços de saúde baseados nas necessidades da população, com uma construção ascendente, a partir da realidade local.

A Constituição Federal de 88 traz, em seu Art. 198, que o SUS deve ser regionalizado. Segundo Santos (2013), o federalismo formal e o federalismo real precisam se encontrar, pois necessitam de novas configurações no que diz respeito à administração, substituindo práticas centralizadas por práticas interfederativas, no âmbito regionalizado.

O SUS formal, construído sob grande complexidade conceitual e operativa, somente teve sua lei 8.080, de 1990, regulamentada pelo decreto 7.508 em junho de 2011, 21 anos depois. Esse fato postergou deleterianamente a explicitação de conceitos, com desgaste para a organização do sistema, que o tempo todo careceu de uma explicitação adequada e unívoca de conceitos organizativos. (Santos, 2013, p. 19)

Alguns conceitos e pontos que sustentam o SUS, da Lei nº 8.080, de 1990, precisavam de maior clareza e regulamentação, como o planejamento regional integrado; as redes de atenção à saúde; a regionalização, e o que é preciso para compor uma região de saúde; o que são portas de entrada no sistema; a assistência farmacêutica; a regulação; entre outros. As diversas interpretações sobre portarias e publicações fragilizaram o sistema, além da alta rotatividade de profissionais na gestão que tocavam o processo, que se interrompia e reiniciava a cada troca, por falta, muitas vezes, de um arcabouço legal que sustentasse a construção do SUS.

A falta de clareza de dispositivos legais que embasassem as portarias, até as ministeriais, contribuiu significativamente para fragilizar a organização do sistema. As normas operacionais e o Pacto pela Saúde trouxeram falta de coerência em muitos aspectos, uma repetição que gerou muitas dúvidas e pouca possibilidade de governança em todos os âmbitos, distante da realidade vivenciada. O SUS acabou se tornando um sistema centralizado e federal, e a descentralização manteve-se

apenas na teoria. De acordo com Santos (2013), para se regionalizar e estadualizar o SUS, é preciso “desfederalizar”.

Ainda que as mais importantes normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde possam, de algum modo, ter trazido avanços na implementação inicial do SUS, elas sempre estiveram contaminadas pela força de um federalismo centralista que marca nossa República, exercendo o Ministério da Saúde muitas vezes um papel de ente controlador dos 5.568 municípios e 27 estados, com atuações invasivas nas autonomias federativas e contrárias à diretriz constitucional da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, da coordenação estadual e repartição de competências constitucionais na saúde. (Santos, 2013, p. 20).

O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que, 20 anos depois, regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90), traz mais transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações interfederativas e um controle social mais fortalecido. Além disso, define região de saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011)

Atendendo às diretrizes estabelecidas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), essas regiões devem ser instituídas pelo Estado juntamente com os municípios. Dentre as pactuações que ocorrem nas Comissões Intergestores, tanto na CIT, quanto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regional (CIR), está a definição dos entes federados na Rede de Atenção à Saúde, com estabelecimento de responsabilidades individuais e compartilhadas.

Quando fiz a primeira leitura do Decreto nº 7508/11 e vi que precisaria pautar meu trabalho por diversas considerações que tal documento tece, percebi a dimensão da complexidade do SUS, pois os muitos pontos que o Decreto engloba são essenciais para orientar o funcionamento do sistema. Além disso, foram necessários cerca de vinte anos para a construção desse material. Em outras palavras, trata-se de um processo de amadurecimento de todos os envolvidos na história do SUS.

A Constituição Federal de 1988 aponta que as ações e os serviços de saúde se integram em uma rede regionalizada e hierarquizada e trazem descentralização,

integralidade e participação da comunidade como diretrizes. Apesar de levantar a questão de região de saúde, a ideia de organizar o sistema na região foi pouco reforçada. Segundo Silva (2013), os resultados favoráveis que mais se destacam da descentralização com ênfase na municipalização da década de 90 foram a ampliação do acesso aos serviços, a inovação na gestão e o aumento da participação da população.

Regionalizar não se refere somente a recortar espaços, mas também a promover o real funcionamento de serviços e de ações compartilhadas. No entanto, a lógica individual ainda permanece no cotidiano da realidade do SUS, sobretudo com dificuldade dos grandes municípios de compactuarem com a lógica regional, podendo ser perceptível a maior abertura dos pequenos municípios para esse compartilhamento. Por exemplo, a região que pode acompanhar com maior funcionamento na lógica de compartilhar ações e serviços era composta por municípios pequenos.

É preciso que essas regiões saiam do aspecto burocrático e administrativo e se tornem vivas; é preciso, ainda, que se pautem pela realidade do território, feitas também por redes interpessoais, a fim de promover maior acesso através de maior articulação. Tornando-se reais, é possível, com essas regiões, localizar as lacunas na assistência e, dessa forma, redirecionar o processo de planejamento, com envolvimento dos três entes (federal, estadual e municipal), caracterizando um planejamento regional integrado.

Segundo Júnior (2014), ao se tomar o acesso e a qualidade como norteadores, a implantação das redes de atenção à saúde tornou-se prioridade política, juntamente ao fortalecimento da Atenção Básica, sendo ambas a principal agenda assistencial do SUS, com diversos movimentos importantes e aumento no orçamento.

O que podemos ver no cenário atual é que tanto as redes de atenção, quanto a Atenção Básica estão deixando de ser prioridade. Um sério desmonte vem ocorrendo no SUS: podemos ver um retrocesso acontecendo; sentimos e sentiremos os efeitos dessa fragilização. O que era difícil torna-se mais complicado.

As Redes de Atenção à Saúde são: Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas. Para que esses arranjos organizadores de ações e serviços de saúde possam garantir a Integralidade, é preciso que sua articulação ocorra na lógica regional. Muitas vezes, municípios de pequeno porte necessitam contar com os de maior porte para atendimento de Média e Alta Complexidade, por exemplo. Somente a partir de um trabalho dentro da região é possível que isso seja alcançado.

No campo gerencial, para Magalhães Júnior (2014), é essencial a instituição dos grupos condutores das redes temáticas regionais ou estaduais, na medida em que nesses espaços são construídos os Planos de Ação Regional (PAR). Nesses grupos ocorre a formulação, o apoio à implantação e o monitoramento das redes temáticas.

Muitas vezes, esses grupos perdem parte de seu potencial, pois contam somente com equipe técnica, sem a presença de gestores – no caso, secretários de saúde. A discussão técnica é essencial, mas a presença da gestão traz maior potência. Nesses grupos, os três entes federados devem pensar em mecanismos de pactuação necessários. Outro ponto importante em relação aos grupos é que, para uma discussão mais avançada e integrada, é essencial que representantes de todas as redes temáticas se façam presentes em cada grupo de cada rede específica, promovendo espaços de maior articulação e alinhamento, como mais uma maneira de superar a fragmentação do cuidado.

Para Mendes (2011), esse movimento em torno das RAS é baseado na concepção de que essas redes possibilitam uma saída para a crise atual dos sistemas de saúde e no fato de que em vários países se comprova que a experiência das RAS traz melhores índices econômicos e sanitários.

A experiência com as RAS deveria se tornar cada vez mais frequente, em um processo guiado pelas secretarias de estado, com a importante finalidade de se alinharem objetivos e recursos financeiros, de ordenar o sistema e de coordenar os mecanismos de governança. Dessa forma, visa-se a trabalhar com a real oferta de ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde, além de reduzir ofertas iguais no mesmo local, otimizando o cuidado no território.

Foi preciso alterar partes deste texto, desde que comecei o mestrado. O que já acontecia com dificuldades, nos últimos dois anos, parecia estar retrocedendo. No que se refere a todas as redes, à Atenção Básica e à Reforma Psiquiátrica, a sensação é de que estamos andando em marcha à ré.

Segundo Mendes (2011), os movimentos feitos por estados em relação às RAS possibilitaram um consenso acerca das RAS entre a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Isso está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS

Entre as redes de atenção à saúde, temos a Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS traz uma série de dispositivos necessários para prestar cuidados singulares às pessoas acometidas por transtornos mentais, de forma que se enxergue o sujeito, se valorize sua cidadania – com a chamada rede substitutiva –, se tire de cena o hospital psiquiátrico e se reduzam significativamente os leitos no país ao longo desses anos.

Para Assis et al. (2014), o Decreto 7.508/11 teve significativa contribuição para a atenção psicossocial, ao instituir que, na região de saúde, devem ser instituídas ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Em outras palavras, as ações de saúde mental passam a fazer parte do que é previsto para a composição de uma região de saúde.

Como componentes da RAPS, temos: a atenção básica; a atenção psicossocial; a rede de atenção à urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Após a implantação da RAPS, é preciso buscar sua implementação, ou seja, buscar que a rede aconteça na prática. Para isso, não basta elencar e somar os pontos de atenção. É preciso que seja formada uma rede entre pessoas, que buscam o mesmo caminho para o cuidado, para, assim, atingir as diretrizes e os objetivos da atenção psicossocial.

Para Assis et al. (2014):

A RAPS existe em função de projetos, seja um Projeto Terapêutico Singular (PTS), seja uma festa ou intervenção cultural em um determinado território. Quando se chega ao objetivo, desfaz-se esta rede até o próximo projeto e a formação de uma nova rede. Assim, a RAPS tem duas dimensões: uma normativo-institucional, que afirma uma unidade institucional da rede; outra operacional, prática, concreta, que depende das relações efetivas entre as pessoas. (Assis et al., 2014, p. 92)

Aumentam cada vez mais a presença e a demanda de cuidado em Saúde Mental nas diversas unidades de saúde que demandam uso dos dispositivos da RAPS. É importante que haja uma Atenção Básica qualificada e capacitada para acompanhar casos que circulam pelos territórios e necessitam de um cuidado primário. A rede de urgência e emergência também entra nesse circuito e precisa estar incluída em diversos momentos, assim como os leitos de retaguarda em hospital geral. A expansão dos CAPS III é extremamente relevante, principalmente em situações de crise, da mesma forma que também é primordial o aumento de Unidades de Acolhimento Transitório.

E na prática? Um exemplo: o que fazer com as gestantes usuárias de drogas? É fácil a sua inserção na Rede Cegonha e na Rede de Urgência e Emergência? Certamente não. É difícil associar gestação ao uso de drogas, à degradação. Como segurar o que nos traz preocupação com a saúde da mãe e do bebê? Como barrar julgamentos de aspecto moral? Se isso já representa um grande desafio para a atenção psicossocial, para as demais redes representa um desafio ainda maior. Só é possível uma atuação conjunta, com todas as dificuldades e frustrações.

Segundo Magalhães Júnior (2014),

No final de 2013, já eram 2.067 CAPS, com mais outros 64 novos centros especializados em álcool e drogas, os CAPSAD 24 horas, além da ampliação do custeio federal para os CAPS e as Unidades de Acolhimento (UA), do financiamento inovador de Residências Terapêuticas e Centros de Convivência e do financiamento inédito de construção de CAPS e UAs pelo MS, com recursos fundo a fundo. (Magalhães Júnior, 2014, p.27)

Um dos avanços que já podem ser notados é o uso de projetos terapêuticos singulares que preservam a autonomia do sujeito, possibilitando a construção de laços sociais. Esses projetos precisam levar em conta o estilo de vida do sujeito e devem ser construídos a partir das reais necessidades. Para Merhy et al. (2014), as pessoas estigmatizadas são vistas como pessoas a serem governadas por outras. Esses autores questionam, pois, como projetos terapêuticos podem ser feitos dentro

dos muros das instituições e como um projeto terapêutico pode ter um único modo de pensar que pode simplificar a multiplicidade de vidas que o usuário produz.

Para Magalhães Júnior (2014), existe um caminho extenso, porém promissor, para que todas as regiões tenham os dispositivos da RAPS, consolidando, assim, a Reforma Psiquiátrica, reduzindo os leitos e promovendo maior cuidado aos pacientes e familiares.

Os gestores municipais encontram grandes dificuldades nessa área, tais quais o desafio de se manter uma equipe qualificada, a alta rotatividade de profissionais, e a carência de profissionais médicos para atuarem nos serviços.

Ainda existe um grande vazio assistencial em território nacional, além da intensa variedade econômica, cultural e social que o Brasil apresenta, o que aponta para a necessidade de que as diretrizes nacionais possam incluir essas diferenças e acolher as particularidades de cada região. Para isso, é essencial que os três entes federados se aproximem para discussão permanente. Além disso, os parâmetros populacionais para implantar CAPS foram reduzidos, visando a cobrir a carência de serviços de saúde mental, ainda muito significativa.

Em relação a estratégias de Educação Permanente, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na RAPS permite que alunos de graduação, com diversos tipos de formação, discutam sobre o cuidado no modo de atenção psicossocial. Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde mental e o da Residência em Psiquiatria têm aumentado, reforçando a necessidade de profissionais que atuem na área, com experiência e formação adequadas.

O projeto Percursos Formativos na RAPS, do Ministério da Saúde, viabiliza a troca de experiências e a supervisão clínico-institucional. Nesse projeto, os profissionais que atuam na atenção psicossocial têm a possibilidade de, na prática do trabalho, ver novas possibilidades de cuidado. Estados de todas as regiões do país estão incluídos nesse projeto. Os profissionais de um município que necessita de formação vão para outro município de referência e ficam 30 dias no local, discutindo prática e novas ações.

Para uma maior qualidade da RAPS, é preciso que se invista em ações de Educação Permanente e de envolvimento dos profissionais e que se estimule a

gestão acerca do assunto. Para Assis et al. (2014), para se sustentar esse processo de mudança de modelo, faz-se necessária uma mudança de referenciais, que trazem desafios para a política de Educação Permanente do SUS. É primordial, portanto, a produção de novos conteúdos adequados às novas condições institucionais, a novas modalidades de inserção de usuários e familiares.

Trabalhando o conceito de Redes Vivas, utilizado por Merhy et al. (2014), é nas ruas, nas relações, que as redes realmente acontecem. Muitas vezes, os usuários são impelidos a excluir dos serviços de saúde toda essa bagagem de mundo e são colocados diante de profissionais detentores do saber. Isso concede uma posição de objeto ao cidadão que utiliza o sistema de saúde.

Os sinais que vêm da rua nos convocam a todo instante a um processo de desaprendizagem, do já sabido, do já instituído de nossas velhas práticas para poder apreender novas lógicas produzidas pela perspicácia do viver. É preciso colocar em análise o conjunto de práticas ofertadas por nossas instituições de saúde, educação, assistência social entre outras. Mapear a existência e a invenção de espaços para fora do muro, nos quais os usuários/as também percorrem em suas trajetórias, bem como re-conhecer os ditos informais e os sentidos que são produzidos neles, é uma boa forma de enxergar o quanto esse mundo tem elementos em aberto, não capturados, trabalho vivo em ato dependente e que se expressam como tensões e disputas pelo seu sentido. (Merhy et al, 2014, p. 159)

As redes não são reais se forem tomadas somente como protocolo, como matrizes e planilhas que tantas vezes são vistas em discussões no nível central. O planejamento é importante, mas só se pode planejar caso se levem em conta os fios que ligam as redes entre pessoas, entre espaços, fora do muro das instituições. Para a RAPS acontecer, é preciso muito mais do que pensar em seus pontos de atenção; é preciso pensar no trajeto do usuário, nas pessoas com quem convive e na maneira pela qual constrói suas relações a caminho dos dispositivos de saúde ou fora desse caminho.

5 RESULTADOS

O buraco do espelho está fechado... Agora eu tenho que ficar agora... Fui pelo abandono abandonado... Aqui dentro do lado de fora...

Arnaldo Antunes

5.1 O Hospital Colônia na cidade de Rio Bonito: atravessamentos e marcas do fim de um hospício e a abertura para o novo

Estive no Hospital Colônia de Rio Bonito somente uma vez, no ano de 2013. Eu era residente de Saúde Mental e estava acompanhando a equipe de desinstitucionalização do município no qual eu fazia o curso. Fomos lá com o objetivo de acompanhar o processo de alta dos nossos munícipes.

Quando cheguei, já havia se destacado para mim o quanto o hospital ficava afastado da cidade e perto de uma rodovia. O isolamento sobre o qual tanto havia lido foi, portanto, comprovado de perto. Depois, quando entramos, vimos que as instalações aparentavam frieza e distância, e alguns pacientes andavam nus pelo local. Muitos estavam degradados, cansados, com marcas físicas e subjetivas.

Ainda hoje, é impossível esquecer o mal-estar que senti naquele local. Quando escrevo, consigo sentir. Isso, porque cheguei lá após o início da intervenção de desinstitucionalização. Não consigo dimensionar o que seria estar lá anteriormente.

Agora, anos depois, enquanto apoiadora do Ministério da Saúde, acompanhando, pela gestão, as discussões sobre o fechamento do hospital, decido escrever sobre o processo a partir do que ouvi nesse âmbito, sem nunca esquecer o que vi e senti quando estive na instituição. Abaixo, contextualizo brevemente a região de saúde onde se localiza o município do qual o hospital fazia parte.

O estado do Rio de Janeiro é dividido em nove regiões de saúde: Metropolitana I, Metropolitana II, Médio Paraíba, Centro-Sul, Serrana, Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Noroeste e Norte. Como o Hospital Colônia de Rio Bonito encontra-se no município de Rio Bonito, o foco deste trabalho recai, sobretudo, sobre a Região Metropolitana II.

Essa Região corresponde a aproximadamente 6,2% do território do estado do Rio de Janeiro e é composta por sete municípios, entre os quais se notam muitas diferenças. Tais municípios são: Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim, Rio Bonito, Tanguá e Maricá.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro (SES-RJ), em seu diagnóstico regional, disponível em sua página oficial na internet, a Região Metropolitana II tem grande possibilidade de crescimento econômico, por se localizar perto de grandes centros e por alguns de seus municípios com atividade agropecuária predominante, como Rio Bonito e Silva Jardim, terem grande potencial para o turismo. Além disso, essa Região conta com instituições de nível superior, cujos cursos abrangem diferentes formações.

De acordo com dados do IBGE de 2016, a população do município de Rio Bonito é de 57.963 habitantes, em um território que se estende por 456.455 km². No ano de 2011, segundo dados da SES-RJ, Rio Bonito tinha 89,71% de cobertura de Atenção Básica; apenas o município de Silva Jardim recebia 100% de cobertura. Em relação à cobertura de CAPS, a região apresentou cobertura regular quanto aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

Localizado no município de Rio Bonito, desde 1967, o Hospital Colônia de Rio Bonito era uma grande instituição psiquiátrica, com convênio com o SUS, chegando a ter 1000 pacientes em internação, apesar de grande precariedade e de um significativo número de óbitos.

Diante das notícias das condições precárias do cuidado, fez-se necessária uma intervenção dos três entes federados na instituição, em um processo encabeçado pela Gerência de Saúde Mental (GSM) do estado do Rio de Janeiro, apoiando e orientando os municípios que possuíam pacientes internados a conhecer seus usuários e a começar o processo de retorno desses pacientes aos seus municípios.

Pontos importantes nesse processo foram, primeiramente, a participação do controle social e dos conselhos profissionais e, também, o descredenciamento da unidade no ano de 2007. Dessa forma, notou-se um impulsionador para a gestão

colocar em prática a retirada dos seus munícipes, iniciando uma significativa redução de leitos.

No ano de 2008, a GSM contou com a parceria do Ministério Público Estadual (MPE), que somou forças com o Ministério Público Federal (MPF), para, assim, pensarem em uma ação conjunta nesse processo de intervenção. Em 2009, encerraram-se as internações pela Central de Regulação do estado.

Segundo dados do Relatório sobre o Fechamento da Ação Civil Pública para a Desinstitucionalização do HCRB da SES-RJ, foram elaborados, diante do cenário desumano, os seguintes objetivos em um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), pelo MPE e pelo MPF:

1. Realização de um censo psicossocial que, posteriormente, revelaria que 90% dos pacientes não possuíam justificativa clínica para permanecer ali;
2. Contratação de equipe de apoio;
3. Cuidados com as condições clínicas dos pacientes, com exames e tratamentos indicados;
4. Trabalho mais próximo aos municípios internantes;
5. Atuação em conjunto com a direção do hospital, para que os investimentos fossem feitos nas ações prioritárias;
6. Obras para melhorar a infraestrutura do local.

Mesmo diante desse TAC, a situação continuou precária. Então, realizou-se a judicialização da Ação Civil Pública, com o objetivo principal de retirar esses pacientes do HCRB para inseri-los nos dispositivos da RAPS. Os gestores das três instâncias governamentais precisaram arcar com determinadas medidas. O município de Rio Bonito passou a administrar a unidade; o MS precisou manter o teto financeiro no equivalente a 400 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH); e o estado precisava fazer um repasse mensal ao município de Rio Bonito no valor de R\$50.000,00. A GSM ficou, pois, com a função de cuidar dessa ação.

Durante esses anos de intervenção, houve um esforço significativo de se mobilizarem esses municípios, visando a sensibilizar os gestores a se preocuparem com a sua rede, com os seus dispositivos de cuidado e com as demandas de implantação e qualificação para receber os usuários. Tal movimento era realizado

em diversos espaços, como nos Grupos Condutores Estadual e Regionais, nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), fóruns, conselhos.

A GSM estabeleceu, como prazo de encerramento do processo de desinstitucionalização, o ano de 2016, quando se completariam 4 anos da ação civil pública. Nesse período, a GSM realizava visitas periódicas à instituição, com equipe de desinstitucionalização.

Após o fechamento do HCRB, o teto financeiro destinado às AIHs pôde ser direcionado para os municípios que receberam de volta seus usuários. Em espaços como a CIB, as CIR e a Assembleia de Secretários Municipais de Saúde, era possível ver gestores de determinados municípios estimulando outros a receberem seus pacientes, comentando sobre a ética no processo e sobre a garantia de recursos para o cuidado desses cidadãos.

Segundo dados da Gerência de Saúde Mental do estado (GSM/SES-RJ), os seguintes serviços foram implantados após o fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito:

- São Gonçalo: 5 SRTs;
- Tanguá: 1 SRT;
- Rio Bonito: 3 SRTs;
- Maricá: 2 SRTs;
- Silva Jardim: 2 SRTs;
- Itaboraí: 3 SRTs;
- Saquarema: 2 SRTs;
- Araruama: 2 SRTs;
- São Pedro da Aldeia: 1 SRT;
- Cabo Frio: 2 SRTs;
- Iguaba Grande: 1 SRT;
- Rio das Ostras: 1 SRT;
- Macaé: 1 SRT.

Podemos observar uma organização de rede que vai além da Região Metropolitana II: municípios de outras regiões de saúde precisavam construir e

montar seus dispositivos para receberem essa clientela que agora não viverá mais em isolamento e, sim, no território.

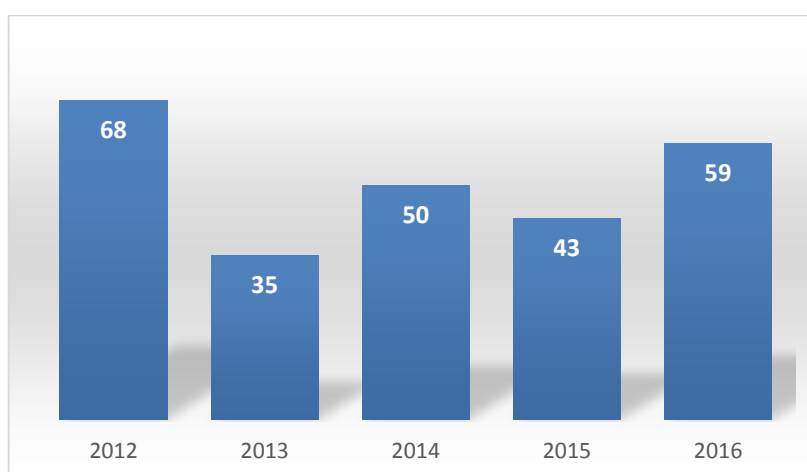
Compreendem-se, portanto, diferentes destinos para diferentes pessoas. Uns estão em casa; outros, em residências terapêuticas; outros, em hospitais psiquiátricos; outros faleceram. É um alívio saber que maiores condições de dignidade podem ser oferecidas após a saída do hospício, mas ainda temos muitos desafios nesse cenário atual. Uma onda de retrocesso invade o SUS, e isso impacta diretamente a Reforma Psiquiátrica. Precisamos insistir e investir no Sistema Único de Saúde.

5.2 O que aconteceu com os usuários do Hospital Colônia de Rio Bonito?

Neste item, apresentaremos questões importantes para pensarmos na potência que esses processos de desinstitucionalização apresentam para a criação e expansão das RAPS.

Por meio de gráficos, quadros e tabelas visualizaremos que é possível trabalhar o destino dos usuários e a retomada de suas vidas em suas cidades de origem, na perspectiva da alta ainda em um cenário pouco animador e bastante desacreditado por profissionais, gestores e até mesmo pelos próprios pacientes.

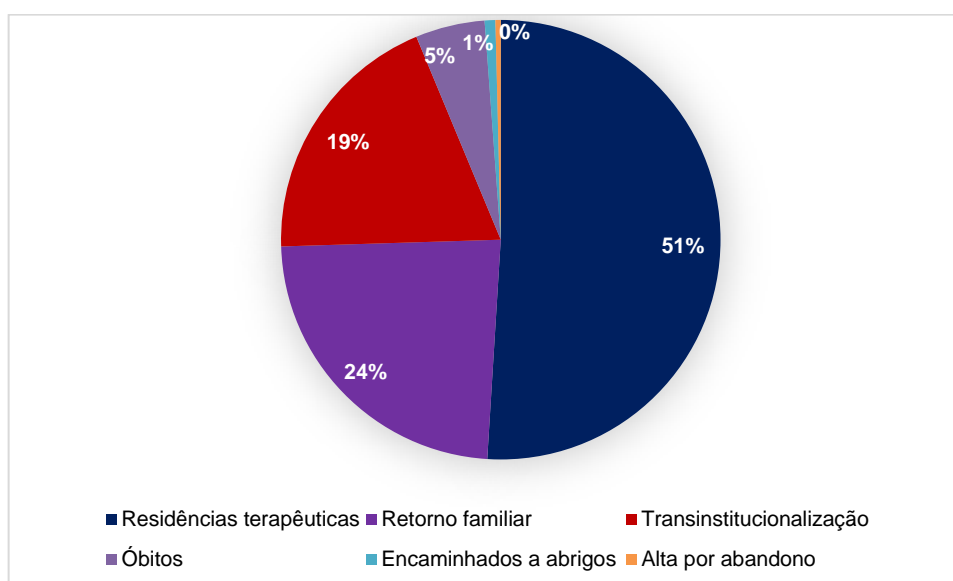
Figura 1:
Número de Altas por Ano



Fonte: Dados da pesquisa

Após judicialização da Ação Civil Pública para Desinstitucionalização do HCRB pelo Ministério Público Federal e pelo Ministério Público Estadual, delimitou-se, como objetivo principal, a retirada dos pacientes internados no hospital para uma assistência territorial, nos dispositivos que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme direciona a Lei nº 10.216, de 2001. Cada ente federado teve seu papel determinado por essa ação, sendo necessário um movimento compartilhado para finalizar o processo. Em 2012, houve 68 altas; em 2013, 35 altas; em 2014, 50 altas; em 2015, 43 altas; e, por fim, em 2016, 59 altas. Totalizaram-se, portanto, 255 altas no período de 2012 a 2016. A ação teve duração de quatro anos e obteve êxito a partir de um trabalho de conscientização em diversos espaços, como na CIR, na CIB, nos Grupos Condutores Estadual e Regionais, nas Assembleias de Secretários do COSEMS, nos fóruns, entre outros.

Figura 2:
Motivação da Alta



Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se que a maior parte dos pacientes foi para residências terapêuticas em seus respectivos municípios de origem (51%), o que mostra uma organização da rede para receber esses usuários, com fortalecimento da política de desinstitucionalização. Dentre todos, 60 pacientes (24%) conseguiram retorno familiar, o que demonstra ainda uma fragilidade ou inexistência de laços afetivos com familiares depois de um longo período de institucionalização. Outros 49 pacientes (19%) foram transferidos para outras instituições, a maioria das quais

também são hospitais psiquiátricos. Isso demonstra a manutenção de uma rede substitutiva com poucos dispositivos em condições de receber essa clientela. Por fim, apenas 1% foi encaminhado para outro tipo de serviço, e, durante esse processo, houve 5% de óbitos.

Para Santin e Klafke (2011), o papel da família passa por muitas mudanças, assim como se transforma a maneira pela qual a sociedade se relaciona com a loucura.

Nossa sociedade, bem como as famílias, estão pouco preparadas e amparadas para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental. Por outro lado, muitos são os esforços empreendidos pelos serviços e pelos profissionais da saúde na busca por reverter a lógica de atenção à saúde mental arraigada na nossa cultura, em que prevaleceu por muitos anos, a exclusão e o preconceito. (Santin e Klafke, 2011, p. 147)

No cotidiano do cuidado e até mesmo no que diz respeito à política de saúde mental, podemos perceber o diferencial que promovem a presença e a atuação dos familiares. A clínica acontece junto às ações políticas, e os familiares são importantes protagonistas nesse sentido.

No caso de familiares de pacientes egressos de longa internação, as dificuldades são ainda mais intensas, e a necessidade de um trabalho junto às famílias torna-se extremamente relevante, tanto no período em que o usuário ainda se encontra internado, quanto no período pós-alta.

Conheço inúmeras situações de retorno de pacientes institucionalizados para suas casas e pude presenciar dificuldades e avanços. Um exemplo é a história de João, que teve seu nome trocado para preservar sua identidade. Egresso havia mais de trinta anos de internação, João tinha o hábito de acender e apagar as luzes durante todo o dia, o que, quando João retornou para sua família, gerou uma conta de luz mensal de valor extremamente alto. A família, inicialmente, resistia a um cuidado mais próximo do CAPS. Hoje, no entanto, nota-se que, com maior frequência de João no serviço e com acompanhamento dessa família, a presença de João em casa tornou-se possível.

Quando pensamos no grande número de pacientes que foram direcionados para residências terapêuticas, vemos o quanto é importante reconstruir o cuidado e a prática em saúde mental, buscando garantir a cidadania dos usuários, afastando a

concepção de que há somente um transtorno mental, e apostando que existe sujeito em cada um.

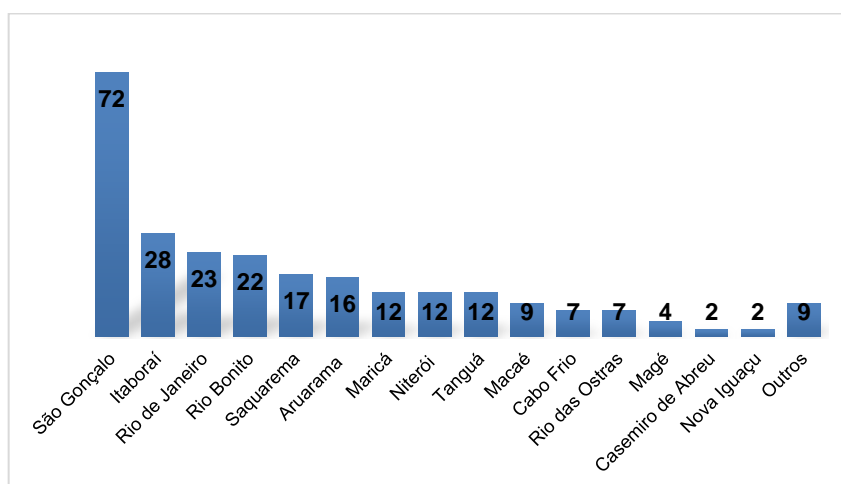
Para Júnior e Silveira (2009), quando um morador é admitido em uma residência, é o começo de um longo processo de reabilitação, que visa à progressiva inclusão social do morador e sua emancipação pessoal. Segundo Oliveira e Fortunato (2003):

A desinstitucionalização é o conceito-chave no processo da reforma psiquiátrica, representa uma crítica teórico-prática, que reorienta instituições, saberes, estratégias e formas de lidar com a loucura, em direção a outro objeto, a existência-sofrimento do sujeito e não à doença mental, transformando sujeitos objetivados em sujeitos de direitos. (Oliveira e Fortunato, 2003, p. 68)

Pensando no número significativo de pacientes que passaram por transinstitucionalização, sobretudo para hospitais psiquiátricos, precisamos refletir sobre a rede substitutiva e a importância de práticas alternativas de cuidado para contrapor às ideias manicomiais de institucionalização que foram adotadas por muito tempo.

O manicômio vai além do espaço físico das instituições: ele representa a repressão e a violência usadas como fontes de segregação e isolamento social do sujeito que adoece mentalmente. A rede substitutiva também precisa ir além do espaço físico. Para construirmos uma rede que de fato substitua o hospício, precisamos lidar com angústias, contradições e dificuldades que envolvem a ocupação dos serviços e, sobretudo, do território.

Figura 3:
Retorno ao município de origem



A distribuição geográfica das internações apresentava um caráter bastante variado, o que aponta para a descentralização nesse processo. Poucos locais ofereciam leitos de psiquiatria, que se concentravam em grandes hospitais, como o Hospital Colônia de Rio Bonito, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, e o Hospital Estadual Teixeira Brandão, em Carmo.

Ao lançarmos um olhar para a clientela do HCRB, vemos que as internações ultrapassavam a lógica das regiões de saúde, pois absorviam, inclusive, pacientes de outros estados do Brasil.

Após pactuação entre as três esferas (municipal, estadual e federal), os gestores assumiram o compromisso de receber os seus usuários do HCRB. Houve intensa conversa nos mais diversos espaços de articulação interfederativa, como as CIR, a CIB, Conselho Estadual de Saúde(CES), a Assembleia de Secretários Municipais de Saúde, fóruns e grupos condutores. Pude vivenciar esses momentos de uma maneira mais lateral, assistindo a discussões, vendo os avanços e as dificuldades. Alguns municípios encontravam muitos impasses para receber esses pacientes, por não contarem como uma rede substitutiva com os dispositivos necessários para absorção da demanda. Era interessante observar que gestores de alguns municípios estimulavam os demais a receberem seus usuários, falando sobre a garantia do recurso financeiro que voltava para o município e sobre a importância dessa ação para o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Os trabalhadores de Saúde Mental contribuíram significativamente para o início e o avanço da Reforma Psiquiátrica; foram vistos, portanto, como protagonistas nesse movimento que ainda se mantém, sofre avanços e também retrocessos. Somente a partir da organização desses trabalhadores e da luta pela desinstitucionalização foi possível que tanto gestores municipais, quanto estaduais pudessem começar a reorganizar a proposta de cuidado aos portadores de transtorno mental.

5.3 O começo a partir do fim: o processo de fechamento do hospital e a expansão da RAPS.

Ao nos depararmos com a história do fechamento do HCRB já no seu fim, foi necessário construir cenas que dessem sentido a essa árdua produção. Tomamos o processo de desinstitucionalização ocorrido no HCRB como um filme ora de horror, ora de drama ou suspense. Por isso, optamos pela descrição do seu fechamento em tomadas, em cenas da vida real de quem conduziu esse processo: os gestores, compreendidos aqui como narradores dessa história. A história é, portanto, contada em dez atos, para que o leitor compreenda como se deu o processo.

Cena 1 : O início

Porque a gente se deu conta que as pessoas eram internadas e elas eram abandonadas na internação, como se o município ou o programa – porque na época a gente chamava de programa de saúde mental – tinha os dispositivos, mas ainda não tinha a RAPS, como está colocada agora, que eles se desresponsabilizavam quando os pacientes eram internados ou então era como se eles estivessem fora da responsabilidade. E naquela época, a gente via que as internações eram longas e que as AIH's, chamadas AIH's de continuidade, que era 45 dias depois da AIH de internação, elas iam sendo emitidas automaticamente, sem nenhuma avaliação. (Narrador 1)

A primeira coisa foi propor um censo clínico dos pacientes [...]. Paracambi, começou sempre com censo clínico psicossocial, Carmo, que foi o primeiro hospital que a gente fechou do estado mesmo, foi com censo. Porque esse censo era quase que uma intervenção já em si, porque além de você mapear os casos, os pacientes, você tinha uma avaliação clínica do estado de saúde de cada um, uma avaliação clínica tanto psiquiátrica como clínica geral. A gente tinha uma avaliação social, no sentido de quem tinha família; quem não tinha família; quem recebia visita; quem não recebia; quem contava com benefício; quem não contava com benefício; quem não contava, mas poderia contar, tinha direito; quem contava, mas não usufruía do benefício, enfim. Então o censo acaba, conforme foi construído, foi sendo adaptado para diversas situações. Hoje, se não me engano, já foi feito censo na maioria dos hospitais no interior do estado. Então o censo, da maneira que ele foi construído, a gente adaptava para cada situação e ele abria um leque de possibilidades para aquelas pessoas que estavam internadas e pro trabalho com elas. Então, por isso que a gente entendia que esse censo já era uma intervenção, porque esse sujeito ia ser olhado como talvez nunca tivesse sido por uma equipe. (Narrador 1)

Cena 2: Arrumar para fechar

Para manter uma melhor situação dos pacientes, isso envolvia tanto questões estruturais mínimas, quanto questões de alimentação, número de alimentações, uma alimentação balanceada – envolvia vários aspectos, tanto da questão minimamente de hotelaria, tipo roupa de cama, roupa de banho, enfim... medicação e alimentação seriam os itens básicos, né? Além de umas minirreformas estruturais, que melhorassem a dignidade dos pacientes. A ideia da gente na época, não era fazer com que o hospital permanecesse. (Narrador 1)

Não se tratava de fechar as portas do hospital e botar todo mundo embora; se tratava de fazer, realmente, um processo de desinstitucionalização a partir de dentro. A gente sabia que tinha um processo que ia continuar do lado de fora, mas a gente sabia que tinha um processo a partir de dentro do hospital, que era a gente poder garantir minimamente que essas pessoas seriam cuidadas lá fora... O fechamento do hospital, mas com a saída responsável e cuidadosa dos pacientes, garantindo que eles fossem cuidados nos seus municípios e fora, na rede extra-hospitalar. Não era simplesmente dar alta. (Narrador 1)

Nesse trabalho, não existe uma receita; você chega, você tem mais ou menos o perfil daquela clientela, você tem que aplicar um censo para saber quem é quem, tempo de internação, diagnóstico; e aí você começa uma movimentação grande que esses hospitais-colônia têm uma característica de funcionamento em relação à rotina de enfermagem, em relação à rotina médica, em relação à medicação, em relação à questão da hotelaria que é muito difícil, parece que foi feito para não funcionar. (Narrador 3)

Cena 3: Organização para mudança

2004 mais ou menos, eu posso estar errada por um ou dois anos, para cima ou para baixo, mas eu tenho a impressão que isso foi em 2004. E aí, nessa situação a gente acaba se aproximando, de alguma maneira, da equipe do hospital, porque, justiça seja feita, naquela época com todas as distorções, o hospital também permitiu que nós fizéssemos essa aproximação com os municípios lá dentro do hospital. Então, nesse sentido, apesar das dificuldades, a gente acabou se aproximando da equipe do hospital, pelo menos de algumas pessoas da equipe, porque tem sempre as pessoas que estão mais interessadas na mudança ou outras que estão interessadas não exatamente numa manutenção, mas eu diria que defendem de fato um determinado projeto para esse tipo de situação. E aquilo ainda era 2004. Se a gente pensar, a lei é de 2001, embora o trabalho nessa área já é desde a década de 90, no final da década de 80. (Narrador 1)

Porque essa foi uma ação muito cuidadosa de fato, e a gente queria poder garantir – quando falo garantir, é claro que alguma coisa escapole, mas, no grosso, é que as pessoas fossem de fato acolhidas nos municípios, que saíssem bem, ficassem bem, pudessem ter garantias de que estariam sendo acompanhadas. Os municípios às vezes não tinham recurso; então, esse tempo estendido, para mim, não tem justificativa que não seja a dificuldade que a gente teve de fazer com que os gestores se responsabilizassem por isso, entendessem que aquilo era com eles mesmos. Tomassem isso como causa para si também e não só como obrigação. (Narrador 1)

A gente tinha carro, a gente fez reforma no hospital, que era uma coisa que precisava fazer, porque estava muito detonado e fomos diminuindo espaço e tudo como a gente tinha planejado no plano de ação, ir diminuindo a equipe à medida que o número de usuários ia diminuindo. (Narrador 2)

Tinha uma direção que era o fechamento, mas como isso ia ser feito, onde os pacientes iam estar, como a gente ia se organizar internamente, isso foi mudando de acordo com o tempo [...] Isso com o intuito de poder produzir vida ali dentro daquele lugar, que pudesse servir de parâmetro para gente poder avaliar o paciente para poder sair. (Narrador 3)

Cena 4: As denúncias

Em 2009 – depois você precisa confrontar essas datas, porque eu posso estar me enganando, mas não vai ser por muito – a gente já tinha recebido uma denúncia dos próprios funcionários, do que estava acontecendo lá dentro, em termos de falta de alimentação, de cuidados, enfim, essa precariedade de que a gente sempre escuta falar nos hospitais, e isso levou também a uma visita dos conselhos regionais, de uma caravana dos conselhos que foi visitar os hospitais, enfim, também a partir de denúncias. E aí entrou em Rio Bonito, e aí foi quando isso começou de alguma maneira. Essas denúncias aceleraram o processo que a gente vinha tentando com muita dificuldade ainda. (Narrador 1)

O Ministério Público depois começou a entrar também a partir de denúncias de maus tratos, associações profissionais, até que a gente propôs um TAC, um Termo de Ajustamento de Conduta, que vigeu durante um ano, onde aí a gente fez o censo, levantamento da clientela dos municípios internantes. (Narrador 2)

Cena 5: A articulação interfederativa: compartilhando responsabilidades

Esse plano envolvia os três entes. Aí, sim, teve a Comissão Tripartite, que isso já foi montado desde a época do censo, desde o TAC já tinha essa comissão tripartite, que era estado, município e governo federal. O governo federal tinha um acompanhamento e um financiamento da ação porque já era quem repassava as AIHs e ele botou um recurso a mais, o estado entrou com a equipe do censo e teve o compromisso de repassar R\$50000,00 por mês pro município até o final da ação. Então também teve o co-financiamento do estado e o município era o executor das ações [...] O plano basicamente tinha financiamento, um aporte de dinheiro bastante razoável, a requisição de serviços pelo município, a requisição parcial dos serviços, de modo que o município não tivesse que arcar com nenhum custo trabalhista e a gestão tripartite do processo. (Narrador 1)

A gente tem Ministério Público Federal, que é dessa ação maior, da sentença e do fechamento, e temos Ministério Público Estadual, que começa a incitar os municípios a se responsabilizarem pelos pacientes, pela ação, os gestores a se responsabilizarem, a montar serviços. Enfim, então a gente tem também, nessa ação, o trabalho, o lugar do Ministério Público é fundamental. A ação foi fundamental e foi também, mais fundamental e interessante, porque nós pudemos fazer um trabalho em conjunto. Então, o Ministério Público estava afinado com a direção da política, no início, o Ministério Público, tanto estadual quanto federal [...] muito atento à direção da política, e nós tínhamos esse trabalho de estar junto do Ministério Público, podendo também fazer uma mediação, digamos assim, para que as exigências fossem pertinentes, para não acontecer como aconteceu no passado, que as exigências do Ministério Público sequer estavam de acordo com a direção da política. Então, tivemos esse trabalho e a ação deles foi fundamental. Claro que o conjunto de coisas, a gente teve uma equipe gestora bastante ativa [...]. Acho que a gente fez um trabalho bacana. Eu tenho muito orgulho desse trabalho, porque acho que a gente acompanhou muito de perto, a gente teve também a parceria da gestão de Rio Bonito, tanto no início – depois mudou a política completamente, nós ficamos

apreensivos inicialmente com a mudança, mas a prefeita que assumiu depois também foi super parceira do projeto. Ela cumpriu o projeto e de fato, pelo menos em relação à ação, ela teve um posicionamento muito ativo e muito parceiro. Tudo o que pôde facilitar, facilitou. (Narrador 1)

Aí então, entrou o tripartite, entramos nós e os donos, proprietários saíram para a gente poder administrar o hospital e aí foi todo o trabalho da equipe. (Narrador 2)

Teve toda uma ação antes que envolveu estado, município, governo federal. (Narrador 3)

A gente tinha o compromisso de fechar o hospital, mas a gente reconhecia a incompetência do município em fazer a gestão daquele processo. E aí, por conta desse acordo, nós fomos judicializados, os três entes federados, num acordo que foi um plano que a gente descreveu – não sei se você já leu esse plano. Tem um plano de desinstitucionalização, um plano apresentado à justiça em que a gente é judicializado a partir do plano que a gente apresentou para o Ministério Público, que seria uma ação tripartite. Então, os três entes federados foram judicializados, assumiram responsabilidades financeiras, jurídicas e técnicas para o processo, o governo federal no Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e o município. E uma das ações é que, no processo de seleção dos profissionais que atuariam e desencadearia o processo de desinstitucionalização até o seu fechamento, teria uma equipe técnica, e essa equipe técnica foi contratada. (Narrador 4)

Da parte do governo federal, houve o compromisso de manter o repasse financeiro das 410 AIHs, se não me engano, o governo estadual aportaria com um valor que eu também não me lembro agora, mas estava no plano e o município daria conta de operacionalizar essa tarefa. No plano que a gente apresentou, o Ministério Público judicializa os municípios que tinham pacientes internados lá também. Então cada município que tinha seu grupo de pacientes, de acordo com o diagnóstico que já tinha sido feito pela equipe de saúde mental, mas que foi depois respaldado por essa equipe técnica que assumiu – de acordo com o plano terapêutico daquele conjunto de pacientes que cada município tinha, o município teria que implementar aqueles dispositivos e retirar seus pacientes de lá. E aí, no plano, o governo federal se obrigou a aportar recursos dos municípios de acordo com a rede que ficou definida para aquele conjunto de municípios; se não me engano, eram 18 municípios ou 20 municípios que tinham pacientes internados lá, tinha municípios para além do estado do Rio de Janeiro, acho que era Vitória e Minas Gerais, Bahia também... Esse recurso foi repassado para os fundos municipais de saúde de acordo com o desenho que foi feito por essa equipe. Então o município que tinha que instituir residências terapêuticas, quantas residências terapêuticas, que tinha que ampliar seus CAPS. Pacientes que, depois de um certo tempo – isso ficou por conta do estado – se definiu que o paciente, depois de um certo tempo, tinha instalada mais um quadro neurológico, era mais um neuropata do que um paciente portador de transtornos mentais. O estado assumiu a responsabilidade de remanejar esses pacientes, que era transinstitucionalização. Esse processo, acho que começou em 2010, eu saí de lá em 2012. A gente conseguiu reduzir de 410 pacientes acho que para 268 – não tenho os números exatos assim, mas acho que foi quase que a metade nesse processo todo. Os pacientes de Rio Bonito, de pronto a gente já retirou todos, a gente implantou três residências terapêuticas e transformou o CAPS que era tipo 1 em CAPS tipo 3, então todos pacientes saíram. (Narrador 4)

Cena 6: Intensificação do trabalho

A gente fazia reuniões semanais [...], estávamos presentes lá semanalmente e no início da ação, todos os dias da semana, com pessoas diferentes, pelo menos quatro dias da semana. Depois isso foi modificando, porque, durante os quatro anos de processo, as estratégias clínicas foram mudando, pessoas foram saindo e foram ficando aquelas pessoas que a gente sabia que teriam uma maior dificuldade de serem acolhidos, muita gente saiu para família. E em relação à RAPS, o que isso impactou? O que impactou é que foram feitos acordos com os secretários de saúde, termos de compromisso. (Narrador 1)

A gente tinha umas sessões clínicas mensais, no final de semana, que era o que dava direção do nosso trabalho. Era um momento de parada, de reflexão. (Narrador 3)

Esse processo da desins[titucionalização] que eu pude também acompanhar foi quase que um processo artesanal mesmo. É caso a caso, foi construído passo a passo, com cada paciente, então era um processo de muito estudo. Lembro que às vezes a gente ia sábado pro Hospital Colônia, onde tinha estudo de caso. (Narrador 5)

Cena 7: Estratégias de ação

Tinha estratégia: se o paciente saía de alta, não podia retornar. Então várias estratégias foram sendo feitas na medida de implementar, de forçar uma barra... Então hoje você tem CAPS na maioria dos municípios, residências terapêuticas – aumentou consideravelmente o número de residências nessas regiões que eram maiores internantes no hospital de Rio Bonito. (Narrador 1)

Nós incentivamos que os municípios envolvidos com Rio Bonito, que montassem equipes de desins. Então tinha encontros tanto dentro do hospital – a gente forçava a barra, e eles iam para o hospital, para atender, encontrar. Não era para visitar, mas para efetivamente atender as pessoas dos seus municípios que estavam internadas. Então, os projetos também eram discutidos com as equipes que estavam acompanhando de dentro do hospital. O objetivo era que tivesse uma sintonia no trabalho, numa perspectiva que o trabalho de dentro e de fora se correspondessem. (Narrador 1)

O que impactou é que foram feitos acordos com os secretários de saúde, termos de compromisso. (Narrador 1)

A parceria com o município foi fundamental, acho que isso facilitou muito a requisição de serviços. (Narrador 1)

A gente levava os pacientes: quando o município não ia – quando Maomé não vai até a montanha, a montanha vai até Maomé, ou vice-versa. Então a gente botava na van a equipe e levava no território, levava para os CAPS de todos os municípios. (Narrador 2)

A gente montou equipes de acordo com o território, então os pacientes de São Gonçalo e Niterói eram assistidos por uma única equipe, e aí essas equipes trabalhavam tanto dentro, quanto fora. (Narrador 3)

O que contribuiu para o processo da desins, acredito que foi essa costura da RAPS, essa proximidade que a gente conseguiu estabelecer entre os profissionais, essa parceria do Hospital Colônia com o CAPS, com o próprio

Ministério. Então todo mundo estava muito próximo, e tinha um diálogo, uma conversa muito grande entre todos esses atores. (Narrador 5)

Cena 8: A complexidade, os impasses, os problemas

Agora, o problema maior que a gente detectava era realmente a falta da rede, a insuficiência da rede. Falta de residências terapêuticas, equipes às vezes muito pequenas, e essas equipes precisavam ir ao hospital, precisavam ir às famílias, enfim, um trabalho muito complexo. (Narrador 1)

O maior dos impasses que nós tivemos foi exatamente a falta de estrutura por parte dos municípios, não só da rede, dos dispositivos em si, da questão objetiva, de você ter serviços implantados, mas no sentido da organização dos programas, das coordenações das redes. (Narrador 1)

As pessoas não acreditam que seja possível certos pacientes, certos usuários estarem do lado de fora, e a gente batia pé de que sim, de que a direção era aquela, de que era possível. E muitos de nós já tínhamos visto, vivenciado outros processos. Isso faz diferença, enfim, quando a gente se depara com uma situação dessa, de usuários muito comprometidos, muito graves e que você vê que na verdade é possível; só dar condições que é possível, mas também a gente teve algumas dificuldades. (Narrador 2)

O fato do município de Rio Bonito administrar todos os recursos e a gente não ter conseguido na sentença – nem sei se isso seria possível – mas assim, pelo menos na sentença, separar a ação de Rio Bonito e os recursos de Rio Bonito do resto dos recursos do município, isso comprometeu muito a agilidade. (Narrador 2)

Com o tempo, vai ficando uma clientela cada vez mais difícil, seja por questões clínicas, falta de documentação, falta de benefícios, suporte familiar precário, município complicado sem a RAPS para poder receber. (Narrador 3)

Um dos problemas maiores que eu percebi era primeiro a rotatividade de profissional na RAPS. A gente começou a ação com determinados atores e terminou a ação com atores completamente diferentes,, e isso mudou durante todo o período. (Narrador 3)

Por ser uma contratação em município pequeno e tal, entra a pessoa que é conhecida, que é não sei o quê, que é não sei o que lá, sem uma formação. Então você estava discutindo RAPS, CAPS, porta de entrada, residência terapêutica, desinstitucionalização, e a pessoa não tinha noção nenhuma de nada. (Narrador 3)

Os psiquiatras que lá estavam eram pessoas não comprometidas com esse projeto, com essa visão de desinstitucionalização. Pelo contrário, foram pessoas que, ao longo dos anos, nesse processo inicial, boicotaram ou tramaram contra o quanto foi possível. (Narrador 4)

O caso do B. Um paciente que de princípio foi pensado no processo de trans[institucionalização], nem de desins, então era o único paciente que se chegou a pensar sobre essa questão da trans e, na verdade, a gente fez todo um trabalho com a família, o CAPS e o Hospital Colônia, os técnicos do hospital colônia para gente conseguir fazer essa desins e inseri-lo numa residência terapêutica. Então foi bastante trabalhoso, por conta da clínica desse paciente, que é uma clínica muito complexa também. É um paciente que tem muitas limitações e demanda uma clínica complexa. Hoje em dia, já não é mais uma clínica grave, é um paciente que está estável, mas que

chegou um tempo de ter uma clínica muito grave. É um paciente novo, e ele teve na juventude esse envolvimento com substâncias psicoativas e teve um comprometimento muito grande em relação a todo esse histórico dele. E a gente fez esse processo que foi passo a passo mesmo, em contato com a família. A família coloca a impossibilidade de levá-lo para casa porque a mãe tinha uma idade muito avançada e foi quando a gente pensou nessa adaptação à RT e que também não foi muito simples, porque ele saindo de uma institucionalização de muitos anos, um paciente que foi grave – e fazer essa adaptação na RT não era algo muito fácil. Mas a gente foi contando com essa parceria da equipe do CAPS, da equipe do Hospital Colônia e a gente foi planejando passo a passo essa adaptação dele. Então a gente foi fazendo isso paulatinamente. Ele ficava uma tarde na RT e a gente buscava, e a gente ia conversando com esses atores, com os cuidadores da RT também, para ver como que ele ficava, e a gente foi ampliando isso, até o ponto em que ele já estava conseguindo pernoitar e no dia seguinte ele chegava até o CAPS, a gente observava e até o ponto em que ele ficou e hoje em dia está adaptado à RT. A mãe faz visitas regulares e tem também alguns irmãos que costumam também fazer visitas à RT e em alguns momentos ele vai para casa, ele fica às vezes nos finais de semana em casa. Então assim, esse processo da desins que eu pude também acompanhar foi quase que um processo artesanal mesmo. (Narrador 5)

Um fator que dificultou foi o fato de ser mesmo essa costura um a um, essa coisa artesanal, que a gente tem que fazer cada caso, foi contar com alguns municípios mesmo nessa parceria. Eu me lembro da gente ter reuniões em que alguns municípios colocavam toda a dificuldade em levar seus pacientes, para as RT's ou para algum projeto que eles tivessem ou até a reinserção familiar também. Então isso foi algo que demorou, prolongou um pouco mais o processo da desins. (Narrador 5)

Cena 9: Para fechar

A gente entrou 1 de março e a gente fechou em 29 de fevereiro, saíram os últimos pacientes. Todos os pacientes eram conhecidos dos municípios. (Narrador 2)

O último paciente saiu em fevereiro. A gente ficou até março ou abril para administrativamente fechar tudo, para que não ficasse nenhum resíduo em relação a qualquer tipo de questionamento. (Narrador 3)

Cena 10: Para construir RAPS

O fechamento de Rio Bonito também propiciou a implantação principalmente de residências terapêuticas e também a qualificação dos CAPS, até com outros dispositivos que estavam sendo incentivados, os NASF's, para dar conta do trabalho territorial. (Narrador 2)

Rio Bonito tem três residências. O diferencial aí, até por conta disso tudo que eu falei, diferente de outros processos de desins, Rio Bonito só ficou com os usuários dele, de Rio Bonito, porque eles foram para os seus municípios de origem. (Narrador 2)

Macaé não tinha RT, não era um município dessa região; é da região Norte. Abriu sua primeira RT com os oito municípes que eram de Rio Bonito. (Narrador 2)

Importante dizer que, em relação à RAPS – que logo no início do processo da judicialização, o Ministério da Saúde nos pediu uma previsão de dispositivos que precisavam ser implantados para fechar o hospital. (Narrador 2)

A própria rede começa a ter que se estruturar. Os municípios internantes começam a ter que se organizar para poder dar conta desses pacientes, não só os que estão saindo, mas os que vão surgindo no município deles. Então você tem que ter uma porta de entrada, um serviço minimamente montado para poder dar conta da clientela. (Narrador 3)

O processo de desinstitucionalização dessa clientela forçou uma barra para que esses municípios tivessem residência terapêutica, para que esses municípios se organizassem. (Narrador 3)

A rede está configurada da seguinte forma: a porta de entrada é a UPA, é a porta de entrada das urgências e emergências. A UPA faz o contato com o CAPS, então isso já está bem amarrado, porque a gente tem um protocolo junto à UPA. A UPA faz esse contato, informando que tem um paciente que deu entrada pela urgência, paciente psiquiátrico, e aí o CAPS entra com a avaliação da equipe, com a avaliação da equipe técnica. E a gente faz a avaliação do paciente. Ele pode ficar na UPA até 72 horas. Se não tiver a remissão dos sintomas, a gente tem a possibilidade de estender essa internação no hospital geral. No hospital geral, a gente tem três leitos, inclusive um dos leitos é para infância e juventude. Então a gente pode utilizar esses três leitos para estender essa internação, e é uma internação nos moldes mesmo do Ministério da Saúde, porque é uma internação no território, uma internação assistida pela equipe do CAPS, pela equipe também do hospital geral. (Narrador 5)

A gente precisa caminhar ainda nessa questão da Atenção Básica. Hoje, eles já fazem contato com o CAPS e já falam assim: “Olha, tem um caso aqui que acho que é de vocês, que eu acho que é da saúde mental.” Então a gente já conta com isso também. Ou então a gente já recebe também os coordenadores da Atenção Básica, das ESFs, das Estratégias de Saúde da Família aqui no CAPS. A gente também costuma, às vezes, fazer algumas reuniões com eles. Por exemplo, semana passada a gente teve uma enfermeira que veio buscar aqui no CAPS a listagem de pacientes de saúde mental do território dela, para ela poder acompanhar esses pacientes no território. (Narrador 5)

5.4 Discussão: O que fica do que foi narrado

O fechamento do hospital, o processo, impulsiona a expansão da RAPS com certeza.

Narrador 1

Quando começou o processo de fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito, constatou-se que os municípios que tinham pacientes internados no local, em sua grande parte, não se sentiam responsáveis pelos seus munícipes que estavam na instituição. Segundo os narradores, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) de continuidade, que acontecem 45 dias após as AIHs de

internação, eram emitidas de forma automática, sem critério. Dessa forma, aquelas pessoas permaneciam internadas e isoladas.

Em meados de 2004, começaram as propostas para se encerrarem as internações e fechar a instituição. Segundo a maior parte dos entrevistados, houve uma parcela de pessoas com resistência a essa direção, tanto dos trabalhadores do local, quanto de gestores, familiares e da população em geral. Pude ouvir alguns pacientes egressos do HCRB dizerem que, por mais que mencionassem as grandes dificuldades vivenciadas, gostavam de morar no local, demonstrando como a desinstitucionalização é complexa e o quanto há esvaziamento de vida no hospício. Um desses pacientes, ao ser questionado sobre como era ficar no HCRB, diz que era como a casa dele, pois não era possível fugir; seria possível, no entanto, problematizar essa fala: de casa é possível fugir, sair, voltar. A Reforma Psiquiátrica ganhou força na década de 80; porém, somente em 6 de abril de 2001, publicou-se a Lei nº 10.216, que confere uma série de direitos e proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modo assistencial. Isso apenas três anos antes de começar a discussão de fechamento do hospital. Essa lei traz, como direitos da pessoa portadora de transtorno mental,

Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Brasil, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001).

Os participantes puderam comentar acerca da importância que teve o censo aplicado no local no início da ação, possibilitando altas diante das avaliações clínicas, psiquiátricas e sociais dos pacientes internados. Foi possível, pois, identificar situações relevantes, como: quem recebia benefício, quem não recebia, quem tinha benefício e não usava; pacientes estáveis psiquiaticamente, porém com outras questões clínicas muito graves; os que tinham vínculo com família e os que não tinham. Assim, alguns saíram logo nesse começo e depois ficaram os pacientes

com maiores dificuldades clínicas e sociais, o que implicava em uma reorganização da rede de seus municípios de origem para recebê-los novamente.

Nas falas dos entrevistados, reforçou-se a importância de um cauteloso processo de desinstitucionalização, que começaria por uma reforma dentro do hospital. Por terem permanecido os pacientes mais graves, diante das dificuldades pelas quais passavam muitos municípios e do fato de suas redes não estarem estruturadas para receber esses pacientes, a equipe que coordenou a desinstitucionalização do HCRB começou a cuidar de fatores como alimentação, roupa de banho e de cama, e infraestrutura – sempre com o seguinte objetivo: arrumar para sair. Enquanto esses pacientes permanecessem, teriam dignidade. Um dos entrevistados fez uma fala que me marcou, sobre essa organização para sair: “produzir vida naquele lugar”. Isso envolvia grande trabalho objetivo e subjetivo, principalmente diante dos profissionais mais resistentes ao fechamento do hospital colônia.

Mesmo com todas as dificuldades, os profissionais da equipe de desinstitucionalização, puderam contar com muitos profissionais do hospital. As primeiras reuniões com os municípios foram feitas dentro da instituição, o que permitiu uma aproximação maior. Assim, os gestores puderam se conhecer e formar vínculos com os respectivos munícipes internados.

Um fator importante que pude identificar nas falas da maior parte dos entrevistados foi que tanto o Ministério Público Federal, quanto o Ministério Público Estadual tiveram uma atuação que causou grande avanço no processo. Diante de denúncias feitas sobre a instituição, os conselhos regionais foram visitar o local; diversas associações profissionais também o fizeram, e ambos os ministérios começaram a intervir. Foi possível contar com direções de ambos os ministérios, de acordo com a política de saúde mental. Todos reforçam como essa parceria foi afinada ao longo do trabalho.

Os três entes federados foram judicializados e precisavam compartilhar ações e arcar com suas responsabilidades no processo. O trabalho ultrapassava uma única região de saúde – inclusive, havia pacientes de outros estados. Segundo o Decreto nº 7.508/11, as Redes de Atenção à Saúde deveriam estar compreendidas

no âmbito de uma região de saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores

Um grande diferencial, nesse processo, foi o incentivo financeiro do Ministério da Saúde, que repassava o valor para os municípios sem que estes precisassem solicitar recursos. Geralmente, o que ocorre é o inverso: os municípios solicitam previamente. Em outras palavras, já estava disponível o recurso para recepção desses municípios, o que facilitava o processo. Os municípios que tinham mais dificuldades de fazer esse retorno e construir sua rede precisavam lidar com isso: não era falta de recurso.

Sabemos que no SUS o repasse financeiro é essencial; então, essa maneira de cuidar da ação conferia uma maior proteção ao processo de desinstitucionalização. Alguns narradores reforçaram essa questão e sua importância: foi uma ação com um bom aporte de recursos. Pude ver, em espaços de pactuação na gestão, secretários de saúde que lutavam pela Reforma Psiquiátrica estimularem os que tinham mais dificuldades com as mudanças e com a reinserção de seus usuários.

Quando pensamos em estratégias de Educação Permanente, nas colocações de todos os participantes, emerge a importância de terem se realizado mensalmente sessões clínicas no HCRB aos finais de semana. Esses momentos serviam para reflexão e planejamento, para que se pensasse nas ações feitas, redirecionando o que não era possível ou não era eficaz. Um dos entrevistados nomeou todo esse processo como algo artesanal, uma costura cuidadosa.

Muitas estratégias importantes para a Educação Permanente e para montar RAPS saíram desse processo. Não poderiam retornar os pacientes que tivessem alta, ou seja, os municípios precisavam organizar e compor suas redes. Muitos CAPS e residências terapêuticas surgiram. Quando estavam no hospital, os profissionais de cada município faziam mais do que simplesmente visitar seus pacientes: eles iam ao hospital para atender, construir vínculo, se aproximar.

Novamente, “quando Maomé não vai até a montanha, a montanha vai até Maomé.” Para os municípios com maiores dificuldades de presença e aproximação,

havia uma van, que levava os respectivos pacientes às suas cidades, para início de circulação pelo território.

Os principais impasses identificados nos relatos dos participantes foram: falta de rede nos municípios; muitos profissionais sem experiência e com pouca ou nenhuma formação no campo da Saúde Mental; resistência diante do fato de pacientes graves viverem fora do hospício; lentidão nos processos burocráticos de gestão; falta de documentação dos pacientes; falta de renda financeira; suporte familiar precário; e alta rotatividade de profissionais ao longo do processo.

O fechamento do HCRB de fato contribuiu para montar RAPS. Grandes parcerias foram feitas, grandes apostas, grande dedicação. Muitos municípios que não tinham praticamente dispositivo algum de Saúde Mental passaram a ter. Foram incentivados, assim, a montar suas próprias equipes de desinstitucionalização. Muitos profissionais que atuavam no HCRB atualmente encontram-se na rede extra-hospitalar em diversos municípios. Muitos que eram resistentes, após grande investimento e interesse próprio, puderam ver que existe vida fora dos muros de um hospício.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando não tiver palavras belas, improvise. Diga a verdade. As manhãs de sol são lindas, mas é preciso trabalhar também nos dias de chuva. Abra os braços. Segure na mão de quem está na frente e puxe a mão de quem estiver atrás. Não confunda briga com luta. Briga tem hora para acabar, a luta é para uma vida inteira.

Sérgio Vaz

Debrucei-me sobre este trabalho, tendo vivenciado alguns períodos de distanciamento e conflitos e outros de maior intensidade e proximidade. Passei por diferentes momentos pessoais e profissionais ao longo da construção deste texto. Nesta dissertação, na qual falo de rede, pude fazer e construir minha rede, que certamente não se esgota com sua conclusão.

A institucionalização traz consequências que chamam a nossa atenção. Fui algumas vezes ao município de Rio Bonito e pude conversar com pacientes que permaneceram internados no Hospital Colônia de Rio Bonito por anos. Estão bem, moram em residência terapêutica, vão para o CAPS sem auxílio de terceiros. Entretanto, semelhantemente à maior parte dos pacientes institucionalizados por anos, percebem-se as marcas subjetivas do isolamento.

Esses pacientes contam sobre as dificuldades vivenciadas sobre os mais diversos aspectos, porém sem muitos traços de sofrimento. Tais histórias assemelham-se, pois, a discursos que saíam automaticamente das bocas dos pacientes. Isso não aponta, no entanto, para uma ausência de sentimentos, mas, sim, para algo que está colocado em outra ordem. Dentre esses pacientes, um apresentava um olhar perplexo durante sua fala; outro sorria ao contar sobre essas durezas. Depois de tudo, perguntei como era viver naquela situação, e, para minha surpresa, um disse: “Era bom.” Outra paciente disse: “Eu gostava, todo dia no almoço eu comia salsicha”.

Mesmo diante dessas respostas tão diferentes do que comumente se espera, a aposta na subjetividade e na humanidade dessas pessoas dirigiu o processo de desinstitucionalização. Muitos resistiam em apostar na saída dessas pessoas –

alguns por também herdarem os traços da institucionalização na forma de trabalhar, e outros, por intenções questionáveis.

O processo de desinstitucionalização do HCRB durou um tempo maior do que o estimado inicialmente. Diversos motivos foram apontados pelos participantes da pesquisa, tais quais: lentidão em processos burocráticos e licitatórios; falta de rede nos municípios para acolherem esses pacientes fora do hospício; muitos profissionais sem formação na área da Saúde Mental; resistência à desinstitucionalização desses pacientes; falta de documentação dos pacientes; falta de renda financeira; suporte familiar frágil ou ausente; alta rotatividade de profissionais ao longo do processo.

Se, por um lado, o processo foi mais longo do que se esperava, por outro, os profissionais puderam cuidar desse processo com maior proximidade. Pacientes com questões clínicas e sociais mais delicadas permaneceram e, então, a equipe de desinstitucionalização precisou cuidar do espaço físico do hospital, das questões de alimentação e higiene, para que, dessa forma, o processo de desinstitucionalização se efetivasse de dentro para fora.

Certamente isso gerou conflito, pois, ao se organizar o hospício, poderia se reforçar a ideia de manutenção da instituição, defendida por muitos. Foi preciso grande trabalho com quem ficou: novamente, tratou-se de “arrumar para sair” – o encaminhamento de um fim para um novo começo.

Entre as pessoas que defendiam a permanência do HCRB, muitas temiam perder o emprego. A equipe de desinstitucionalização investiu em quem tinha interesse em aperfeiçoar a formação e trabalhar na rede extra-hospitalar; hoje, muitos atuam fora dos muros, no território.

No que se refere à montagem de RAPS, esse processo apresentou grande potência. Os municípios que tinham pacientes na instituição precisaram organizar suas redes, precisaram montar RAPS. Muitos pacientes foram encaminhados para residências terapêuticas; alguns municípios só implementaram esses dispositivos a partir da desinstitucionalização do HCRB. Alguns pacientes ainda precisaram ser transinstitucionalizados, e outros retomaram para o cuidado de seus familiares.

Sempre existe algum furo nos processos, sempre escapa algo. Podemos afirmar que a RAPS se fortaleceu a partir desse processo, mas a luta por sua manutenção e aprimoramento é diária. Atualmente, vemos grande desmonte da saúde no Brasil.

Vivencio e vivenciei inúmeros momentos angustiantes na Saúde Mental, como ter de falar que não tínhamos determinada medicação (as mais básicas, no que diz respeito à psiquiatria): “Não temos Clonazepam, precisamos tentar com a Atenção Básica. Se não tiver na Clínica da Família, você pode comprar?” Nesse momento vinha uma mistura de horror com constrangimento. Já comprei com meu dinheiro, já consegui doações, já sofri por dizer tantos “nãos”.

Quanto ao salário, em diversos momentos precisei trabalhar sem recebê-lo, assim como outros colegas. Fizemos regime de plantão para urgências, nos revezamos, mas não fechamos. Já passei por momentos nos quais os serviços ficaram sem luz, sem água, sem contrato de manutenção. E o que fizemos e fazemos com isso? Buscamos incluir familiares e usuários para, assim, potencializarmos a luta e as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica que tanto sofre para resistir e avançar até hoje.

Enquanto as dificuldades aumentam, o desejo e vontade de quem está na Saúde Mental nos movem a continuar e ocupar espaços de fala, de pactuação e de deliberação. Não se trabalha por amor; trabalha-se com amor e, por isso, é possível levantar a cada dia e investir, mesmo diante de tempos difíceis para a Saúde Mental e para o Sistema Único de Saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSIS, et al. Política de Saúde Mental no Novo Contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Nº52. Centro Brasileiros de Estudos de Saúde(CEBES). Rio de Janeiro 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Desktop/Divulgacao-52.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2015.

AZEVEDO et al. Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. **Revista Saúde Debate** vol.36 no.95 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400011&lang=pt Acesso em: 18 de maio de 2015.

BARROS, Sônia. SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista de Escola de Enfermagem da USP** vol.45 no.spe2 São Paulo Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800025&lang=pt. Acesso em: 18 de maio de 2015.

BASAGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda, 2005.

BENJAMIN, Walter. **Diário de Moscou**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

BENJAMIN, Walter. **Experiência e pobreza**. In: BENJAMIN, Walter. **Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm . Acesso em: 10 de novembro de 2015.

BRASIL. Lei nº8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Lei nº 10216 de 6 de abril de 2001. Presidência da República -Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 18 de maio de 2015

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de setembro de 2005. **Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima. Ministério da Saúde.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l1-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental> Acesso em: 18 de maio de 2015.

BRASIL, Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

BRASIL, Decreto nº 7508 de 28 de Junho de 2011. **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.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 18 de maio de 2015.

BRASIL, Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.** Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

BRASIL, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral. **Revista Divulgação em Saúde para Debate** nº52. Rio de Janeiro Outubro de 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf> Acesso em: 09 de novembro de 2015.

BUSS, P. M. **Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil.** In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.). **Sistemas de saúde: continuidade e mudanças.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 61-101.

CARNEIRO, Pedro Silveira; FORSTER, Aldaísa Cassanho; FERREIRA, Janise Braga Barros. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre regionalização e pactuação. **Saúde Debate** / *Rio de Janeiro*, V. 38, N. 100, P. 57-68, JAN-MAR 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0057.pdf> Acesso em: 08 de novembro de 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 01 de novembro de 2017.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação Permanente em Saúde.** In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Dicionário da educação profissional em saúde.** 2ª edição revista e ampliada, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 162-168. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> Acesso em: 01 de novembro.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. **Narrative inquiry: experience and story in qualitative research.** San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

DELGADO, Pedro Gabriel. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* vol.25 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013&lang=pt Acesso em: 19 de maio de 2015.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** In: **MERHY, E. E., et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-133.

GANCHO, C.V. **Como analisar narrativas.** 5ª ed. São Paulo: Ática, 1998.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso.** Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro 2013. Disponível em: bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3449 . Acesso em: 23 de maio de 2016.

JUNIOR, Benilton Bezerra. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* vol.17 no.2 Rio de Janeiro 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lang=pt Acesso em: 18 de maio de 2015.

JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* da USP [en linea] 2009, 43 (Diciembre-Enero) : [Fecha de consulta: 8 de septiembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033300008> ISSN

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008 Acesso em: 8 set. 2017.

LEITE, L.C.M. **O foco narrativo.** 7ªed. São Paulo: Ática, 1994.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade.** Revista Divulgação em Saúde para Debate. Nº52. Centro

Brasileiros de Estudos de Saúde(CEBES). Rio de Janeiro 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Desktop/Divulgacao-52.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2ªed. Brasília-DF. Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 1737-1739, July 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700030 Acesso em: 8 de setembro de 2017.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Nº52. Centro Brasileiros de Estudos de Saúde(CEBES). Rio de Janeiro 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Desktop/Divulgacao-52.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2015.

NICACIO, Erimaldo. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 612-613, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300023 Acesso em: 02 de novembro de 2017.

NUNES, M; JUCÁ, V. J; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en Acesso em 18 de maio de 2015.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 56, n. 1, p. 67-70, Feb. 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100014 Acesso em: 8 de setembro de 2017.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva** vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 19 de maio de 2015.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 34, p. 146-160, jun. 2011 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 11 de novembro de 2017.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Os Desafios da Gestão Interfederativa**.. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2013.

SANTOS et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão** vol.20 no.4 Brasília Dec. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lang=pt Acesso em: 18 de maio de 2015.

SILVA, Sílvio Fernandes. Organização de Redes Regionalizadas e Integradas de Atenção à Saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva** v.16 n° 6, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf> Acesso em: 19 de maio de 2015.

SOUZA, Ândrea Cardoso; LIMA, Alan Teixeira; PINHEIRO, Roseni. **Da “instituição negada” à “instituição inventada”: a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói-RJ. Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007.

TALLEMBERG, Cláudia Aparecida Amorim. **Passagens de uma prática clínico-política menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão.** 137 f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

APÊNDICE A – Produto: E depois que o hospício fecha? Breves narrativas em vídeo.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem apresentado importantes avanços, como o aumento de cobertura de CAPS, de serviços residenciais terapêuticos e o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos. Além disso, tem apontado para importantes desafios, tais quais: maior articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica; maior alinhamento da RAPS com as demais redes de atenção à saúde; e aumento de leitos de saúde mental em hospitais gerais, com reflexão do uso que tem sido feito nos dias atuais.

A atenção psicossocial apresenta riscos constantes de retrocesso, como a alta rotatividade de profissionais em função de vínculos empregatícios muito frágeis; dificuldades com pagamento de salários; falta de medicação; infraestrutura precária dos serviços, entre outros. Para Pitta (2011):

Mesmo que na prática ajam de modo a boicotar o crescimento e a qualificação dessa rede comunitária e evoquem, de modo nostálgico, os leitos psiquiátricos perdidos no processo da Reforma, todos advogam uma diversificação de serviços comunitários no território para enfrentar a complexidade dos transtornos mentais e do uso de substâncias psicoativas, e condenam as condições desumanas que muitos hospitais seguem dispensando a seus usuários. Entretanto, observamos que o confinamento e a exclusão da loucura e do uso abusivo de drogas está presente entre políticos, legisladores, gestores, acadêmicos, mídia e no imaginário de setores hegemônicos da sociedade. E é contrário a esses nichos conservadores que o movimento da Reforma Psiquiátrica segue se insurgindo. (Pitta, 2011, p. 4580)

Pensando no cenário da Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro, podemos observar grandes mudanças, pois o estado possuía um dos maiores parques manicomiais do país e, nos últimos anos, tem visto o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos que realizavam um grande número de internações, inclusive de pacientes de outros estados, concentrando muitos em longa permanência entre seus muros.

Entre esses grandes hospitais psiquiátricos, podemos citar o Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB), que, quando ainda se encontrava ativo, chegou a ter aproximadamente 1000 pacientes. Esse hospital tinha pacientes de diversos locais,

inclusive de outros estados distantes. Após denúncias de maus-tratos, no entanto, iniciou-se o movimento para o fim da instituição.

Foi escolhida uma equipe de desinstitucionalização com participação dos três entes federados para coordenar esse processo. Durante os quatro anos pelos quais perdurou essa ação, entre os mais diversos pontos que se destacaram, ficou evidente a importância da Educação Permanente para produzir um cuidado em saúde no que tange às questões da Reforma Psiquiátrica. Segundo Ceccim e Ferla (2006),

Para a educação permanente em saúde, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, mas deve ocorrer também o 'estranhamento' de saberes e a 'desacomodação' com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Isto não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos está errado, quer dizer que, para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de perguntação, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber (Ceccim e Ferla, 2006, p. 164).

Muitos profissionais do HCRB, das mais diversas categorias, mostravam-se resistentes ao fim da instituição e questionavam e/ou negavam a possibilidade de os pacientes internados viverem sem uma "proteção". Podemos afirmar que nem sempre essa resistência dizia respeito a pessoas de intenções questionáveis ou suspeitas, mas, sim, a profissionais que nunca haviam vivenciado outro tipo de experiência de trabalho fora do hospício.

Dessa forma, investiu-se e apostou-se na qualificação dos interessados, muitos dos quais hoje atuam na rede extra-hospitalar em diversos municípios. Segundo um dos entrevistados, que teve grande atuação no processo, organizaram-se pequenas equipes que atuavam dentro e fora do hospital, de acordo com municípios. Até os espaços físicos eram separados por municípios específicos. Em determinado momento, a diretoria ficou sem sala e precisou circular pelo hospital, permitindo, pois, uma proximidade com demais profissionais e um contato muito maior com os pacientes que ainda se encontravam internados ali.

Muitos profissionais que chegaram sem uma dimensão do que eram RAPS, CAPS, SRT e cuidado territorial hoje atuam nessa rede e lidam com os ganhos e desafios que se colocam diante do novo, do "livre". Sabemos que o processo de educação permanente é preciso ser renovado e retomado sempre, ainda mais

quando se trata de saúde mental. Afinal, ideias manicomiais podem atingir a todos que estão no cuidado. Esse processo ainda precisa avançar muito na saúde como um todo.

A formação dos profissionais de saúde, no entanto, tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade, fragilizando-o, o que em última instância, não revertido, a fará participar do desmonte de um patamar de cidadania conquistada, exigindo da sociedade novo posicionamento e novo enfrentamento pela mesma causa: saúde como direito de todos e dever do Estado. Diga-se: saúde como direito à vida com qualidade; saúde como direito atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação e reabilitação dos estados de saúde; saúde como expressão do andar a vida. Coadjuvam para compor essa situação, jogos de influência das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, a disputa pelos imaginários profissionais promovida pelas corporações e pelo ideário social neoliberal e conflitos de posição em estruturas de poder no trabalho, mas também deficiências no processo de educação dos professores, de composição dos cenários de aprendizagem e de interação das instituições formadoras com as instâncias de condução setorial e atuação profissional da saúde. (Ceccim e Ferla, 2008, p. 4)

Mesmo com todos os desafios colocados, o HCRB está fechado, não existe mais. Muitos pacientes tiveram alta. Muitos profissionais atuam fora de hospitais. Achei válido, portanto, saber mais sobre o fechamento desse Hospital, ouvindo pessoas que vivenciaram diversas etapas desse processo de diferentes lugares objetivos e subjetivos.

O Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense traz, como rogativa, a confecção de um produto para conclusão do curso. Escolhi, pois, a produção de um vídeo com narrativas de pessoas que vivenciaram o processo de fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito sobre diferentes óticas e lugares.

Durante o vídeo, também são divulgadas fotos dos pacientes logo após a alta do hospital. Esses registros fotográficos foram ou coletados por mim mesma, ao longo das minhas visitas ao local, ou cedidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Doutor Cléber Paixão, com divulgação autorizada.

A produção desse vídeo tem como objetivo garantir visibilidade ao processo de desinstitucionalização vivenciado no HCRB. Além disso, esperamos que esse material sirva como estratégia para estimular a Educação Permanente nos mais

diversos espaços de cuidado em Saúde Mental, rompendo com ideias manicomiais que ainda perduram.

Material utilizado:

- Câmera;
- Acervo de fotos do CAPS Doutor Cleber Paixão;
- Acervo pessoal de fotos.

ANEXO A – Termo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A gestão dos processos de desinstitucionalização e a implantação da RAPS em um município da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

Pesquisador: Alice Medeiros Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69914416.4.0000.5243

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.183.865

Apresentação do Projeto:

A Reforma Psiquiátrica, que teve início na década de 70, é um processo constante e precisa ser ressignificada diariamente na atuação dos dispositivos de saúde mental, na gestão, no meio acadêmico, na lida com os usuários portadores de transtorno mental, na articulação intra e intersetorial. Grandes marcos e conquistas nesse período foram: a aprovação da Lei nº10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial; o Programa de Volta para Casa, para incentivo financeiro a egressos de longas internações, criado pelo Ministério da Saúde, instituído na Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 e a instituição da Rede de Atenção Psicossocial(RAPS) pela Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013. Embora muitos avanços possam ser observados, como aumento de cobertura de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o seu lugar de ordenador da rede de saúde mental e do cuidado, a instituição das

Unidades de Acolhimento (UA) e Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil(UAI), a proposta de Desinstitucionalização, o matriciamento da saúde mental na Atenção Básica, ainda são muitos os desafios para consolidação de práticas e cuidado que ilustrem uma saúde mental dentro do contexto da Reforma. Os hospitais psiquiátricos ainda possuem importante protagonismo em muitas situações em que para os CAPS, esgotam-se as possibilidades de contorno da crise, ou que o usuário encontra-se em situações de risco ou expõe terceiros a essas situações, justificando assim, uma internação voltada para questões sociais. Os muros ganham muitas vezes, caráter de proteção e são vistos como recurso único em determinado momento e contexto, tanto para os profissionais, quanto para os familiares e até para os usuários que se encontram em crise e/ou situações de vulnerabilidade. Reforça-se assim, a importância de expansão de CAPS tipo III, de uma rede mais fortalecida e articulada para acolher e não recolher, de desinstitucionalizar a partir de uma desinstitucionalização de cada um que está envolvido nesse contexto, para afastar práticas manicomiais. A desinstitucionalização é um foco na atenção em saúde mental, e no estado do Rio de Janeiro, que apresenta grande quantidade de pacientes de Longa Permanência em seus hospitais psiquiátricos, sobretudo na capital, deve ser norteadora de todo o caminhar no cuidado para avançar na Reforma. Embora tenha ocorrido significativa redução de leitos em todo território nacional, algumas regiões e estados apresentam grande quantidade de leitos psiquiátricos, como o Rio de Janeiro. A reflexão desse processo de desabilitação de leitos psiquiátricos e a avaliação da questão de leitos psiquiátricos em hospital geral, pensando em maneiras de expansão e analisando a eficiência em sua ocupação, são frentes de extrema relevância no processo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os processos de desinstitucionalização a partir da RAPS no município de Rio Bonito da Região Metropolitana 2 do estado do RJ.

Objetivo Secundário:

- Identificar os fatores facilitadores da implementação da RAPS no município de Rio Bonito da Região Metropolitana 2 do estado do RJ;
- Conhecer os principais impasses para a implementação da RAPS no município de Rio Bonito da Região Metropolitana 2 do estado do RJ.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar dos riscos serem mínimos, considera-se a possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa. No entanto, a equipe adotará todas as medidas possíveis para evitar tal risco.

Benefícios:

Este estudo contribuirá para o entendimento do impacto do fechamento de um macro hospital psiquiátrico para os processos de desinstitucionalização e implantação da RAPS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem da UFF. O estudo possui relevância, de utilidade para a saúde Pública, pois ao favorecer o conhecimento dos facilitadores e dificultadores de um processo de desinstitucionalização a partir da implantação da RAPS, poderá contribuir trazendo uma série de dispositivos necessários para prestar um cuidado humano às pessoas acometidas por transtornos mentais, enxergando o sujeito, valorizando sua cidadania, com a chamada rede substitutiva, tirando de cena o hospital psiquiátrico, reduzindo significativamente os leitos no país ao longo desses anos. É um caminho promissor para que todas as regiões tenham os dispositivos da RAPS, consolidando assim, a reforma psiquiátrica, reduzindo os leitos e promovendo maior segurança aos pacientes e familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As cartas de anuência do município de Rio Bonito e da Secretaria de Estado de Saúde estão descritas adequadamente com assinaturas de seus gestores. O TCLE está em linguagem adequada com registro dos riscos e benefícios e identificação dos participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências identificadas anteriormente foram atendidas. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFF manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_705103.pdf	18/07/2017 20:49:31		Aceito
Outros	informeCEP.docx	18/07/2017 20:48:34	Alice Medeiros Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATUAL.docx	18/07/2017 20:44:43	Alice Medeiros Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Alice_projeto4.docx	07/06/2017 22:02:57	Alice Medeiros Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan.jpg	07/06/2017 21:58:29	Alice Medeiros Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoSES.pdf	01/05/2017 10:58:27	Alice Medeiros Lima	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	29/06/2016 11:11:57	Alice Medeiros Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 24 de Julho de 2017

Assinado por:

ROSÂNGELA ARRABAL THOMAZ

(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210

UF: RJ **Município:** NITEROI

Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação

Título do Projeto: A gestão dos processos de desinstitucionalização e a implantação da RAPS em um município da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

Pesquisadoras Responsáveis: Alice Medeiros Lima e Ândrea Cardoso de Souza

Instituição a que pertencem as Pesquisadoras Responsáveis: Universidade Federal Fluminense / Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Telefones para contato das Pesquisadoras: (21) 996289485 – (21) 991247279

Nome do voluntário: _____

Idade: ____ anos

R.G. _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**A gestão dos processos de desinstitucionalização e a implantação da RAPS em um município da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro**” de responsabilidade das pesquisadoras Alice Medeiros Lima e Ândrea Cardoso de Souza.

O modelo manicomial de isolamento, violência, centrado no hospital, visando calar os sintomas e apagar o sujeito, começa a ser questionado na década de 70 no Brasil, ganhando força a partir da década de 80. O cenário vai ganhando novos atores que são incluídos no tratamento, como familiares e pessoas que fazem parte da convivência do usuário, numa perspectiva de valorização do sujeito e de compreensão de cuidado e acompanhamento do usuário com o seu sofrimento psíquico. Com a Lei nº10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e com a Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, reforça-se a importância de rompimento com o modelo hospitalocêntrico, direcionando o cuidado para serviços territoriais, dando ao CAPS o lugar de ordenador da rede de saúde mental, tornando-se principal dispositivo do

ato de cuidar. Diante da consolidação do CAPS, permanece o desafio de não transformar o dispositivo em um local de práticas manicomiais e de institucionalização. É preciso ter a Desinstitucionalização como norteadora, sendo também primordial, a articulação entre os três entes federativos na gestão desse processo e no fechamento dos hospitais psiquiátricos de grande porte, para efetiva implementação da RAPS.

Esta pesquisa apresenta como objetivos: Analisar os processos de desinstitucionalização a partir da RAPS num município da Região Metropolitana 2 do estado do RJ; Identificar os fatores facilitadores da implementação da RAPS num município da Região Metropolitana 2 do estado do RJ; Conhecer os principais impasses para a implementação da RAPS num município da Região Metropolitana 2 do estado do RJ.

Sua participação na pesquisa se dará por meio de uma entrevista semiestruturada. Esta será preenchido no próprio ambiente de trabalho de profissional da gestão, durante o espaço de tempo cedido. O tempo de preenchimento será de aproximadamente de trinta minutos. As respostas serão posteriormente digitadas e poderão ser excluídas, a seu pedido, em qualquer momento da pesquisa, visto que sua participação é voluntária. Por se tratar de uma pesquisa realizada com gestores do âmbito municipal e do âmbito estadual, existem riscos dos gestores serem identificados, apesar dos esforços dos responsáveis pela pesquisa em garantir o anonimato dos mesmos.

A partir da realização do estudo, espera-se poder contribuir para que os municípios possam refletir o processo de desinstitucionalização naquela região de saúde, podendo identificar os avanços e desafios para a implementação da RAPS, reforçando a importância da atuação de cada ente federado nesse percurso.

Os participantes da pesquisa poderão acessar a equipe responsável pela pesquisa a qualquer momento via telefone ou e-mail. Antes da aplicação da entrevista, um dos responsáveis pela pesquisa explicará aos participantes os objetivos, os procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária poderá se recusar a participar, não responder uma pergunta qualquer ou interromper sua participação a qualquer momento, com liberdade para isso e sem qualquer prejuízo para você.

Não será revelado e divulgado seu nome e demais dados pessoais e não ficarão identificadas as informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa. As informações estarão seguras e nos comprometemos a utilizar os dados somente para esta pesquisa, sendo as informações apagadas após sua utilização, se assim o desejar. Não haverá despesas pessoais nem compensações financeiras relacionadas à sua participação. Os resultados da pesquisa serão divulgados e estarão acessíveis a qualquer pessoa. Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

Niterói, ____ de _____ de _____

ANEXO C – Termo de Consentimento para Uso de Imagem

Termo de Consentimento para Uso de Imagem

Dados de identificação

Título do Projeto: A gestão dos processos de desinstitucionalização e a implantação da RAPS em um município da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

Pesquisadoras Responsáveis: Alice Medeiros Lima e Ândrea Cardoso de Souza

Instituição a que pertencem as Pesquisadoras Responsáveis: Universidade Federal Fluminense / Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Telefones para contato das Pesquisadoras: (21) 996289485 – (21) 991247279

Nome do voluntário: _____

Idade: ____ anos R.G. _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do vídeo que vem como produto do projeto de pesquisa “**A gestão dos processos de desinstitucionalização e a implantação da RAPS em um município da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro**” de responsabilidade das pesquisadoras Alice Medeiros Lima e Ândrea Cardoso de Souza.

Esta pesquisa apresenta como objetivos: Analisar os processos de desinstitucionalização a partir da RAPS num município da Região Metropolitana 2 do estado do RJ; Identificar os fatores facilitadores da implementação da RAPS num

município da Região Metropolitana 2 do estado do RJ; Conhecer os principais impasses para a implementação da RAPS num município da Região Metropolitana 2 do estado do RJ.

Esse vídeo será veiculado nas mídias sociais e tem o objetivo de auxiliar na Educação Permanente dos profissionais da saúde mental, a partir de uma reflexão sobre o processo de desinstitucionalização vivenciado com o fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito e seu impacto na implementação da RAPS.

Os participantes da pesquisa poderão acessar a equipe responsável pela pesquisa a qualquer momento via telefone ou e-mail. Sua participação nesta pesquisa é voluntária poderá se recusar a participar, não responder uma pergunta qualquer ou interromper sua participação a qualquer momento, com liberdade para isso e sem qualquer prejuízo para você.

Os resultados da pesquisa serão divulgados e estarão acessíveis a qualquer pessoa. Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Nome e assinatura do participante